



HAL
open science

Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie

Pamela Buchman, Julie Erb

► To cite this version:

Pamela Buchman, Julie Erb. Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02379661

HAL Id: dumas-02379661

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379661>

Submitted on 25 Nov 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

Année : 2019

**Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place
des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées
en Savoie et Haute-Savoie**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Pamela BUCHMAN et Julie ERB

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 22 novembre 2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

Madame le Professeur Laurence BOUILLET

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Madame le Docteur Christel ODDOU (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Pamela BUCHMAN et Julie ERB

Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie

RÉSUMÉ :

Introduction : La population française vieillit et le maintien à domicile se pose comme un enjeu majeur. Le médecin généraliste est au centre de cette prise en charge mais son rôle est mal défini.

Objectif : Réaliser un état des lieux sur le ressenti du médecin généraliste et sa place dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées.

Matériels et Méthodes : Une recherche qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels et par groupes de deux auprès de treize médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie.

Résultats : La place du médecin généraliste apparaît le plus souvent comme essentielle. Le dépistage des pertes d'autonomie et la coordination entre les structures d'évaluation, l'entourage et les aides proprement dites sont les deux rôles les plus cités. Ensuite viennent l'information sur la dépendance et les moyens d'y suppléer, la prévention des pertes d'autonomie, la prescription d'aide et la prise en charge de l'aidant. La mise en place effective des interventions à domicile par le médecin reste limitée.

Concernant le ressenti, les médecins déplorent une prise en charge chronophage et insuffisamment rémunérée avec quelquefois une surcharge administrative. Ils considèrent également, pour certains, avoir des lacunes dans leur formation, et méconnaissent le réseau d'aide local. Ils se heurtent parfois au manque d'aide disponible et aux difficultés de communication entre les différents acteurs.

Conclusion : Il existe finalement autant de pratiques que de médecins car leur rôle est mal délimité et ceux-ci doivent s'adapter au réseau local existant mais également à chacun de leur patient. Malgré tout, les médecins restent volontaires pour participer à cette prise en charge, même si actuellement c'est plutôt par devoir qu'ils le font et que de nombreuses améliorations sont à envisager.

Mots clés : Médecins généralistes, affect, sujet âgé, sujet âgé de 80 ans ou plus, personnes dépendantes à domicile, aide sociale aux personnes âgées, vie autonome

“Place and affect of the general practitioner in the establishment of aid for home support for elderly people in Savoie and Haute-Savoie”

ABSTRACT :

Introduction : The French population is aging and home care is a major issue. The general practitioner is at the center of this care but his role is poorly characterize.

Objective : Conduct an inventory of the feeling of the general practitioner and his place in the establishment of home health care for elderly people.

Material and Method : Qualitative research was conducted through individual semi-structured interviews and groups with thirteen general practitioners from Savoie and Haute-Savoie.

Results : The place of the general practitioner appears most often as essential. Screening for loss of autonomy and coordination between the evaluations centres, the patient’s relatives and the caregivers themselves are the two most cited roles. Then comes the information on dependency and how to supplement, the prevention of loss of autonomy, the prescription of help and the care of the caregiver. The actual establishment of interventions at home by the doctor remains limited.

Concerning them affect, the doctors deplore a time-consuming and insufficiently paid management with sometimes an administrative overload. They also consider that some of them have gaps in their training, and ignore the local social support network. They sometimes face the lack of available help and the communication difficulties between the different actors.

Conclusion : Finally, there are as many practices as doctors because their role is poorly defined and they must adapt to the existing local network but also to each of their patients. Nevertheless, the doctors remain voluntary to take part in this care, even if at present it is rather as a duty that they do it and that many improvements are to be envisaged.

Keywords (MeSH Terms): general practitioners, affect, aged, aged, 80 and over, homebound persons, old age assistance, independent living

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologique Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements au Jury

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger notre travail.

Merci pour votre temps et vos conseils et ce pendant toute la durée de notre internat. Votre présence a beaucoup de sens pour nous. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Professeur Laurence BOUILLET,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet de thèse et d'avoir accepté de participer à notre jury. Veuillez trouver l'expression de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU,

Pour nous avoir fait l'honneur de participer à notre jury et de juger ce travail, veuillez accepter nos remerciements respectueux et toute la gratitude que nous vous exprimons.

À Madame le Docteur Christel ODDOU,

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de nous avoir accompagnées et soutenues tout au long de ce travail. Nos rencontres, vos conseils et le partage de votre expérience ont été d'une grande aide et un vrai enrichissement de notre travail.

Aux médecins ayant participé à l'enquête,

Merci de nous avoir reçues, d'avoir pris le temps de nous répondre et merci pour l'intérêt que vous avez montré pour ce sujet. Ces rencontres ont été passionnantes et nous ont beaucoup apporté.

Remerciements de Pamela

Merci à toi, ma Julie, d'avoir partagé avec moi ces moments de stress et de questionnement, mais toujours dans la bonne humeur. Nous nous sommes rencontrées au tout début de l'internat, et finalement nous ne nous sommes plus quittées. Ton optimisme à toute épreuve m'aura toujours épaté. J'espère qu'un jour nous aurons la chance de retravailler ensemble.

Merci à vous, ma famille, qui m'avez soutenue jusqu'au bout.

A ma petite mama qui m'a guidée vers ce métier, qui m'a poussée à ne pas arrêter, qui a toujours eu les mots justes pour me redonner confiance en moi. Merci pour tout.

A mon papou dont ma motivation a été de te rendre fier. Merci pour tout.

A mon Alex, tes conseils remplis de sagesse m'apportent beaucoup.

A mon Lilou, ta vision des choses pleine de sérénité m'apaise. Et la voie dans laquelle tu te lances me rend admirative.

A mon Elena, toi qui fais toujours passer le bonheur des autres avant le tien, ta générosité est une belle source d'inspiration.

A ma mamie, je te dédie ce travail.

Merci à toi, mon homme, de m'avoir suivie pendant tout cet internat, déménageant quasiment tous les six mois. Merci pour ton soutien infailible, merci pour ta patience. Je t'aime.

Remerciements de Julie

Tout d'abord un grand merci à toi Pamela, ma co-thésarde de choc sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Tu as réussi à me supporter et à me motiver pendant ces longues heures de travail ce qui n'est pas un mince exploit. Mais surtout merci pour cette amitié née d'une rencontre fortuite le premier jour de l'internat. Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

Merci à vous les parents de m'avoir soutenue durant ces longues années d'études. Des remerciements tous particuliers à toi maman pour tout le travail accompli dans la mise en page et la relecture de cette thèse. Les accents n'ont jamais été si beaux.

A mon frère et ma sœur pour m'avoir supportée toutes ces longues années. Merci à toi Isabelle pour tes compétences informatiques qui donnent la touche de classe finale à ce travail.

A mes deux mamies mais aussi une pensée pour toi papi même si tu n'es plus là aujourd'hui.

A tous les ami(e)(s) tourangeaux. Les années d'internat nous ont quelque peu séparés mais j'espère vous revoir plus souvent maintenant que j'ai davantage le temps. Vous me manquez !

A toutes les connaissances faites durant ces années d'internat. Une dédicace particulière à toute l'équipe de médecine polyvalente de Saint-Jean-de-Maurienne et à toi Élodie pour ce semestre de stage plein de bonne humeur. Vous êtes géniales, ne changez rien !

Table des matières

TABLE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	15
<i>CONTEXTE</i>	15
<i>PROBLEMATIQUE</i>	15
MATERIEL ET METHODES	17
<i>OBJECTIF</i>	17
<i>DESCRIPTION DE LA METHODE</i>	17
<u>Equipe de recherche et de réflexion</u>	17
<u>Conception de l'étude</u>	17
<u>Analyse et résultats</u>	18
RESULTATS	19
<u>I. Caractéristiques du panel de médecins</u>	19
<u>II. Présentation des résultats</u>	20
<u>A. Discussion autour du maintien à domicile</u>	20
1. <i>Qui pour aborder la question de l'autonomie à domicile ?</i>	20
Le patient	20
L'entourage	20
Le médecin.....	21
2. <i>Quand aborder les conditions de vie au domicile ?</i>	21
Au décours d'une consultation lambda	21
Lors d'une consultation dédiée	22
Lors d'une visite à domicile.....	23
Lorsqu'il y a un début de perte d'autonomie	23
3. <i>Freins à la mise en place des aides</i>	24
Déni et honte de la perte d'autonomie	24
Crainte de l'institutionnalisation	25
Peur de l'intrusion et du changement d'habitude	25
Peur de déranger	25
Réticences de la famille	26
Contrainte financière.....	26
4. <i>Comment aborder la question des aides à domicile ?</i>	27
Importance d'y aller progressivement.....	27
Nécessité d'un contact familial	28
<u>B. Place du médecin généraliste</u>	29
1. <i>Un rôle indispensable</i>	29
a. Anticipation et information sur la dépendance chez les sujets autonomes	29
b. Prévention des pertes d'autonomie	30
c. Dépistage des pertes d'autonomie	31
Autonomie physique.....	31
Troubles cognitifs.....	32
Limites à l'évaluation de l'autonomie en consultation	33
Par un regard extérieur	33
d. Informateur.....	34
e. Prescripteur d'aides et rédacteur de certificat.....	34
f. Acteur dans la mise en place concrète des aides.....	35

g. Coordonnateur.....	36
Quels interlocuteurs ?.....	37
Pour l'évaluation globale et l'organisation des aides	37
Les aides proprement dites	39
L'entourage	40
h. Prise en charge de l'aidant	41
2. Une place qui n'est pas celle du médecin généraliste.....	42
C. <u>Ressenti du médecin généraliste</u>	43
1. Prise en charge chronophage.....	43
2. Mauvaise valorisation financière	44
3. Manque de formation	46
4. Méconnaissance du réseau d'aides locales.....	48
5. Manque d'aides disponibles	49
6. Désintéressement et surcharge administrative.....	50
7. Manque de communication entre les différents acteurs	50
8. Renforcement de la relation médecin-patient.....	52
D. <u>Pistes d'amélioration</u>	52
1. Revalorisation financière.....	52
2. Campagne d'information du public.....	53
3. Création ou développement de postes paramédicaux.....	54
4. Création de postes non médicaux d'évaluation	54
5. Déléguer à d'autres spécialités médicales	55
6. Développement de structures d'accueil temporaire.....	55
7. Création d'une consultation obligatoire dédiée	56
8. Développer la formation des médecins sur la prise en charge sociale.....	56
9. Une simplification administrative	56
DISCUSSION	58
<i>PRINCIPAUX RESULTATS ET DONNEES DE LA LITTERATURE</i>	58
1. Discussion autour du maintien à domicile	58
2. La place du médecin généraliste	59
3. Ressenti du médecin généraliste	62
<i>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE</i>	64
<i>OUVERTURE</i>	65
CONCLUSION	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
ANNEXES	71
<i>ANNEXE 1 : Grille COREQ</i>	72
<i>ANNEXE 2 : Fiche d'information à destination des participants</i>	75
<i>ANNEXE 3 : Guide d'entretien</i>	76
<i>ANNEXE 4 : Fiche administrative à remplir par les participants</i>	77
<i>ANNEXE 5 : Caractéristiques du panel de médecins</i>	78
<i>ANNEXE 6 : Rappel des arborescences du Verbatim</i>	79
SERMENT D'HIPPOCRATE	83
RESUME DE THESE	84

Table des abréviations

- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- BREF : Batterie Rapide d'Efficiency Frontale
- CAPA : Capacité
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- DU : Diplôme Universitaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer
- FMC : Formation Médicale Continue
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hyper Tension Artérielle
- IADL : Instrumental Activities of Daily Living
- INR : International Normalised Ratio
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MG : Médecin Généraliste

- MMS : Mini-Mental State
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
- PMI : Protection Maternelle Infantile
- PRADO : Programme de Retour A Domicile
- RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UGS : Unité Gériatrique de Semaine
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

CONTEXTE

La population française vieillit. En 2018, près d'une personne sur dix avait plus de 75 ans et selon les estimations de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) en 2070, cette proportion devrait quasiment doubler (17,9 %) pour atteindre 13,7 millions de personnes âgées environ.

Or, un des revers du vieillissement est l'entrée dans la dépendance. Estimée par le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée Autonomie, elle touche 7,6 % de la population des plus de 60 ans en France soit près de 1,3 million de personnes en 2017. Cette aide financière permet d'accéder à la mise en place d'aides pour poursuivre les activités du quotidien, que ce soit à domicile (59 %) ou en institution (41 %) [1].

Une grande part des personnes âgées dépendantes vit donc encore à domicile, par choix personnel ou par difficulté d'accès aux EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et autres logements organisés. Par exemple, en Savoie, on compte 79 établissements d'accueil de jour, temporaire ou longue durée pour 9 000 bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) [2]. Et en Haute-Savoie, il y a 12 000 bénéficiaires de l'APA pour 5 200 places en EHPAD [3].

L'organisation des aides au maintien à domicile de ces personnes représente donc un enjeu majeur et elle doit être réalisée dans les meilleures conditions possibles pour durer sur le long terme.

PROBLEMATIQUE

Le médecin traitant semble être un interlocuteur privilégié des familles et patients pour aborder cette problématique, de par sa connaissance et son suivi régulier de la personne âgée. Pourtant, une grande partie de cette prise en charge déborde sur le versant social.

Si l'on regarde d'un point de vue législatif, le médecin généraliste doit « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » selon l'article L.4130-1 du Code de la santé publique. Cette définition reste vague, et le rôle concret du médecin généraliste est mal délimité.

Plusieurs études se sont intéressées à la question du maintien à domicile par différentes approches. Certaines s'intéressaient aux connaissances des médecins et internes sur les aides disponibles [4,5,6,7]. D'autres abordaient les freins au maintien à domicile [8,9,10,11,12,13] ou encore le point de vue des personnes âgées sur la question [14,15,16,17].

Mais finalement aucune étude ne s'est penchée de manière approfondie sur le ressenti du médecin généraliste par rapport à cette prise en charge et la place qu'il considérait devoir occuper.

Par le biais de cette thèse, nous avons donc voulu réaliser un état des lieux des pratiques du médecin généraliste, de leur place et de leur ressenti dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées. Et ainsi, par la suite, pouvoir envisager des pistes d'amélioration.

MATERIELS ET METHODES

OBJECTIF

Notre objectif principal était de réaliser un état des lieux sur le ressenti du médecin généraliste et sa place dans l'organisation des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie.

Notre objectif secondaire était de mettre en évidence quelques pistes d'amélioration pour notre pratique future.

DESCRIPTION DE LA METHODE

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie afin d'explorer des facteurs subjectifs comme leur ressenti.

Equipe de recherche et de réflexion

Les entretiens ont été réalisés par deux internes en troisième cycle de médecine générale, novices dans ce rôle (première expérience de recherche).

Conception de l'étude

Les critères d'inclusions étaient : médecins généralistes libéraux installés en Savoie et Haute-Savoie.

L'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenu.

Les médecins généralistes contactés l'ont été suivant un échantillonnage dirigé afin d'inclure le plus de profils différents en terme d'âge, de sexe et de mode d'exercice (rural, semi-rural et urbain). L'inclusion s'est faite jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont eu lieu entre mai et juillet 2019 et ont été réalisés en grande majorité dans les cabinets des médecins généralistes et pour un médecin, à son domicile.

Dans le cadre des entretiens semi-dirigés, un guide d'entretien a été élaboré à partir de nos questionnements personnels, nos hypothèses et selon une revue de la littérature ([annexe 3](#)).

Les médecins interrogés ont été prévenus de l'anonymat de leur participation, et un consentement oral pour les enregistrements a été obtenu.

Analyse et résultats

La retranscription mot à mot a été réalisée après chaque entretien sur Microsoft Office Word® permettant d'en obtenir un Verbatim.

A partir de celui-ci et grâce au logiciel d'étude qualitative NVIVO 11 Starter®, une analyse thématique avec création de mots-clés (nœuds d'encodage) a été réalisée. Ces nœuds ont ensuite été réorganisés sous forme de grands thèmes. Ce codage a été réalisé individuellement puis une mise en commun des analyses a été faite afin de réaliser le codage final. En cas de divergence, c'est la directrice de thèse qui a tranché, permettant une triangulation des données.

RESULTATS

I. Caractéristiques du panel de médecins

Caractéristiques des entretiens : Les entretiens ont duré entre 19 et 46 minutes, avec une moyenne de 28 minutes. Il s'agissait à la fois d'entretiens individuels dans la majorité des cas, mais également de trois entrevues comprenant deux médecins généralistes à chaque fois.

Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants et n'ont donc pas subi de modification.

Caractéristiques du panel : Nous avons inclus au total treize médecins généralistes : huit femmes (61,5 %) pour cinq hommes (38,5 %).

Les classes d'âge étaient représentées de manière homogène avec quatre médecins de moins de 40 ans, quatre entre 41 et 60 ans et cinq de plus de 60 ans.

Concernant leur lieu d'activité, la plupart des praticiens interrogés exerçaient en milieu semi-rural (sept médecins = 53,8 %). Les milieux ruraux et urbains étaient représentés par trois médecins chacun (23 %). La quasi-totalité (92 %) travaillait en groupe dont certains au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (quatre médecins). Un seul médecin exerçait seul. Les durées d'installations étaient équitablement réparties entre les tranches avec quatre médecins installés depuis moins de 10 ans, cinq depuis 10 à 30 ans et quatre depuis plus de 30 ans.

Côté patientèle on retrouvait environ 5 à 10 % de personnes âgées de plus de 70 ans dans les RIAP des médecins interrogés, excepté pour MG 11 qui en dénombrait 39 % du fait de ses formations en gériatrie. ([Annexe 5](#))

II. Présentation des résultats

A. Discussion autour du maintien à domicile

1. Qui pour aborder la question de l'autonomie à domicile ?

Le patient

La première constatation qui ressort des entretiens, c'est que le principal intéressé – le patient lui-même – n'est que très rarement à l'initiative de la conversation sur les difficultés rencontrées à domicile.

« Souvent c'est pas eux [...], parce qu'ils veulent rester à la maison [...]. » [MG 7]

« On est quand même le plus souvent interpellé par les familles que par les personnes elles-mêmes. C'est rare que ce soit les gens qui disent "Euh, qu'est-ce que je pourrais faire pour pouvoir me faire aider à la maison ?", c'est pas trop l'approche. » [MG 10]

« Les gens ont du mal à l'aborder. » [MG 11]

L'entourage

De ce fait, c'est souvent par l'entourage (famille, aidants, voisins...) que le médecin traitant est informé de la situation à domicile. En effet, les proches pallient fréquemment la perte d'autonomie et sont donc les plus à même de décrire les difficultés rencontrées.

« Des enfants [...] qui viennent me demander si on pourrait pas rajouter ci, si on ne pourrait pas rajouter ça, "j'ai entendu parler que..." » [MG 2]

« Très très souvent c'est plutôt la famille. », « [...] souvent c'est la famille qui vient et qui demande de mettre en place des choses. » [MG 6]

« [...] c'est souvent une sollicitation des enfants. », « C'est vraiment sur une plainte de l'entourage [...]. » [MG 7]

« Ou qu'il y a un des deux conjoints qui rapporte après, ou qu'il y a les enfants qui rapportent des difficultés [...] », « [...] c'est plus la famille qui nous alerte. » [MG 8]

« L'entourage, ouais ! », « [...] On en a pas mal qui ont les familles juste à côté vraiment et qui du coup peuvent nous dire assez vite. » [MG 9]

« [...] il y a une autre entrée c'est les familles. » [MG 11]

Le médecin

Mais tous les patients n'ont pas forcément d'entourage susceptible d'alerter, ou bien celui-ci peut être dans le déni des problèmes rencontrés par leur proche âgé. Pour la plupart des médecins interrogés, il faut donc aborder soi-même le sujet.

« [...] moi je reviens régulièrement là-dessus. » [MG 3]

« [...] non c'est moi. La famille souvent ils sont dans le déni et parfois il faut taper du poing sur la table pour qu'ils mettent la main à la pâte. »,

« [...] c'est à nous d'aborder le sujet [...]. » [MG 4]

« Oui c'est moi. Les gens ont du mal à l'aborder. » [MG 11]

2. Quand aborder les conditions de vie au domicile ?

Au décours d'une consultation lambda

Le plus souvent, les médecins interrogés profitent d'une consultation pour un autre motif type renouvellement d'ordonnance pour introduire la question du maintien à domicile.

« Je vais utiliser le jour du renouvellement d'une ordonnance pour grouper. » [MG 1]

« [...] je pense à la fille qui se pointe avec, elle a pris ce jour-là particulièrement [...] », « ça me serait difficile de lui dire "la mise en place psycho-sociale et compagnie une autre fois". » [MG 1]

« [...] régulièrement je leur demande si sur les actes de la vie quotidienne ça va ou s'il faudrait mettre en place des aides... », « [...] c'est dans le cadre du suivi. », « Et du coup, je pose la question à côté du reste. » [MG 3]

« [...] non ce n'est pas des consultations dédiées, c'est à l'occasion de... » [MG 4]

« [...] sur les renouvellements, ou quand je n'ai pas vu une personne âgée depuis longtemps, j'essaie vraiment à un moment donné de prendre un petit temps de questionnement sur son mode de vie en fait. Essayer de dépister effectivement des dangers ou des insuffisances... » [MG 7]

« [...] c'est au fil de mes consultations. » [MG 8]

« Bah tout le temps. Pourquoi ? Quelle question ! (rires). [...] Vraiment systématiquement [...] » [MG 11]

« [...] s'ils commencent à être dépendants d'une voiture, on essaye quand même de pas obliger les enfants ou les aidants à venir trois fois [...] » [MG 13]

Lors d'une consultation dédiée

Certains médecins ont mis en place des consultations dédiées mais elles restent réservées à des cas particuliers.

En premier lieu pour remplir le dossier APA :

« [...] si, la consultation dédiée, ça va être si on dit il y a l'APA à remplir [...] » [MG 1]

« [Pour remplir le dossier de l'APA] oui j'ai vraiment une consultation dédiée à ça. » [MG 3]

« [...] pour remplir le dossier APA, je refuse de remplir un dossier qu'on me pose au secrétariat, je dis : "Bah vous venez !" [...] "Vous venez et puis on remplit ensemble." Donc ça c'est une consultation dédiée [...] » [MG 10]

D'autres réalisent des consultations « mémoire », à l'occasion desquelles sont évalués les troubles cognitifs :

« [...] s'il y a une plainte de mémoire, dans ce cas-là je vais faire une consultation dédiée à la mémoire [...] » [MG 3]

« [...] les bilans de mémoire, les trucs comme ça, les MMS [Mini-Mental State], là je demande aux gens de venir que pour ça. » [MG 5]

« [...] au moment d'une consultation mémoire c'est des choses qu'on peut aborder. » [MG 8]

« [...] en consultation dédiée, la seule que j'ai c'est les consultations mémoire. », « [...] sur deux rendez-vous. » [MG 9]

Certaines situations complexes méritent également parfois une « réunion de concertation » avec les différents aidants professionnels, l'entourage et le médecin.

« [...] avec le groupe de géronto-psy où on s'est dit qu'on se donne tous rendez-vous chez la personne pour en discuter. Mais c'est ponctuel, une ou deux fois [...] » [MG 1]

« [...] une grosse réunion qui a été convoquée par les services sociaux avec convocation de l'ADMR [Aide à Domicile en Milieu Rural], du médecin, de l'infirmière, de la famille, du patient... » [MG 12]

Lors d'une visite à domicile

Les visites à domicile sont l'occasion de se rendre compte de l'environnement dans lequel évolue le patient et permettent bien souvent de dépister des difficultés non détectées au cabinet.

« [...] la femme s'escrie à le mettre dans le lit [...]. Il n'y a pas de lit médicalisé. [...] les toilettes étaient petites, ils avaient empilé des rouleaux de Sopalin de chaque côté pour faire des accoudoirs... », « Il faut aller chez les gens voir. [...] tu ne te rends pas compte des fois... ». « J'ai découvert qu'en fait son médecin traitant ne faisait plus de visites, le patient était incapable d'y aller, donc il faisait les ordonnances à distance et il ne l'avait pas vu depuis 2 ans, il n'avait aucune idée... » [MG 1]

« [...] les toilettes à l'extérieur, [...] donc il fallait qu'elle sorte... »,
« [...] j'essaie de faire attention aux lumières, aux tapis qui soient fixés. »
[MG 3]

« [...] c'est des choses que tu regardes, la salle de bains, comment on peut circuler dans l'appartement, le lit médicalisé, c'est des automatismes ça. »
[MG 5]

« [...] ça permet d'observer comment les personnes vivent dans leur milieu. C'est très enrichissant. » [MG 6]

« Après les aides type toilette et compagnie c'est plus quand y'a un début..., enfin c'est soit qu'on est en visite et que, qu'on voit bien que ça ne va plus... » [MG 8]

« [...] quand je faisais beaucoup plus de visites c'était le test du frigo hein, on allait voir dans le frigo », « [...] à domicile on a une excellente impression. » [MG 11]

Lorsqu'il y a un début de perte d'autonomie

L'apparition de symptômes pouvant créer des pertes d'autonomie peut servir de prétexte pour aborder la question des aides possibles.

« Si je vois qu'il y a des troubles cognitifs [...] », « “Tiens, elle commence à baisser”. », « [...] ça peut être au décours d'une consultation, parce qu'on remarque qu'il s'est trompé dans les médicaments. Ça peut être parce qu'on trouve qu'il a une hygiène qui est douteuse, parce qu'elle se plaint de douleur et puis on se dit : “Dieu sait comment elle fait son ménage...” »
[MG 1]

« [...] les personnes âgées que je suis à domicile et dont je vois l'état se dégrader [...] » [MG 12]

« [...] quand je vois que les gens commencent à vieillir... mal. » [MG 13]

« *Qu'elle a fait plusieurs chutes [...]* », « *[...] l'autonomie commence à se dégrader un petit peu [...]* », « *[...] et devant des troubles cognitifs* », « *[...] devant des pathologies [...], qui commencent à s'accroître* », « *[...] à l'occasion d'un petit coup du destin, fracture ..., pour dire bon ça pourrait être sympa qu'ils aient une aide pour faire le ménage.* » [MG 4]

« *Quand on va faire un bilan de mémoire, c'est qu'on commence à se dire qu'il y a des troubles cognitifs et que, et que ça va poser des problèmes sur l'organisation un peu médicale mais surtout non médicale, que là il va falloir trouver des solutions.* » [MG 5]

« *[...] quand j'ai des plaintes de troubles mnésiques, des fonctions supérieures, des désorientations [...]* », « *[...] il y a eu un épisode aigu avec une chute, une fracture [...]* » [MG 7]

« *[...] quand je sens que ça commence à être un peu compliqué [...]* » [MG 8]

3. Freins à la mise en place des aides

Les entretiens ont permis de mettre en évidence des paramètres pouvant gêner la mise en place des aides, et impacter la manière d'aborder le sujet.

Déni et honte de la perte d'autonomie

Lorsque les médecins abordent les possibilités d'aides à domicile, ils se heurtent fréquemment à un refus de la part des personnes âgées. Derrière ce refus se cache bien souvent un déni de la dépendance.

« *Et puis c'est toujours non quand c'est abordé de toute façon...* », « *C'est tout le temps "J'en ai pas besoin."* » [MG 1]

« *Les personnes âgées : "Tout va bien, tout va bien Docteur." Elles minimisent souvent et puis en fait elles sont en difficulté.* » [MG 3]

« *[...] les personnes âgées enfin "tout va bien, il y a pas de problème, je mange bien" (rires) mais en fait la réalité, ouais, elle est tout autre.* » [MG 7]

En effet, admettre que l'on n'est plus capable de se débrouiller seul pour les actes de la vie quotidienne, que l'on a besoin d'aide, est difficile à accepter.

« *[...] ils acceptent pas trop la baisse d'autonomie.* », « *[...] ce n'est pas facilement accepté.* », « *Parce que des fois tout ce qui est continence, ils n'osent pas trop en parler.* » [MG 3]

« *Parce qu'en colloque singulier lorsqu'on l'aborde avec la personne euh, elle est souvent un petit peu réticente ou shunte carrément et n'en parle*

surtout pas à ses enfants. », « [...] ils ont souvent du mal à accepter les aides. » [MG 6]

« Les gens ont du mal à l'aborder. Je pense que c'est un peu compliqué et ça peut être un peu honteux parfois de dire "Je m'en sors plus". » [MG 11]

Crainte de l'institutionnalisation

Il semblerait également que parler des difficultés à domicile pour les patients, c'est aussi risquer d'être jugés comme inaptes à rester à la maison.

« Quand tu leur dis "faudrait faire un dossier à la maison de retraite, on sait jamais, faut anticiper", vaut mieux le dire aux enfants qu'à celui qui est concerné parce qu'il risque d'oublier... Ils ont pas envie d'y aller. » [MG 5]

Peur de l'intrusion et du changement d'habitude

Pour les médecins interrogés, un autre frein à l'acceptation des aides par la personne âgée c'est la peur du changement d'habitude, peur de l'intrusion de personnes étrangères au domicile et dans leur intimité.

D'autant plus qu'au sein des services d'aide à domicile le personnel tourne régulièrement, apportant de nouvelles têtes.

« Il y en a beaucoup qui ont peur. Peur que quelqu'un vienne chez eux. Et puis il y en a aussi ils n'acceptent pas trop la baisse d'autonomie. C'est vrai que c'est difficile hein. », « [...] ils n'acceptent pas trop le changement d'habitude... » [MG 3]

« [...] qu'ils acceptent qu'il y ait des gens étrangers qui viennent et très sincèrement les aides à domicile, euh, on rencontre tout et n'importe quoi. » [MG 4]

« L'ADMR par exemple, ils sont souvent très réticents. Quelqu'un d'étranger qui va venir chez eux, voire qui va les aider pour faire leur toilette... » [MG 5]

Peur de déranger

De plus, les médecins rappellent que malgré l'acceptation des aides, certaines personnes âgées ont peur de déranger.

« On en a régulièrement qui sont tombés, qu’ont pas osé appeler la télé-
alarme pour pas déranger [...] » [MG 5]

Réticences de la famille

Cette difficulté peut aussi provenir de la famille qui a du mal à voir son proche vieillir et qui craint une dégradation de leur relation par la suite.

« Et puis c’est conflictuel avec les familles, parce que pointer le fait qu’ils ne sont plus aptes à se maintenir à domicile... », « Ils voient ça comme un grignotage petit à petit pour dire “Votre vieux, il n’est plus bon à rester chez vous.” » [MG 1]

« [...] il y a aussi une part de la relation parents-enfants, des enfants qui se sentent coupables d’abandonner leurs parents. », « “Si on le met à la maison de retraite, c’est pas bien, on les abandonne, on les soigne pas.” Il y a aussi du chantage, les vieux qui disent “ah vous m’avez parqué là, vous me laissez tomber.” Donc tout ça, ça s’entremêle » [MG 12]

Contrainte financière

Enfin, parmi les réticences, on retrouve la problématique budgétaire. En effet, malgré les aides financières possibles, une partie des frais reste à la charge du patient ou de sa famille.

« Les familles, les aidants, qui ne veulent pas faire les choses, parce que ça coûte cher [...] » [MG 2]

« [...] et puis après il y a des familles qui ont très peur de perdre leur fric [...] » [MG 1]

« Que même si on fait les dossiers d’APA, qu’ils aient les moyens aussi de faire passer [...] », « C’est bien l’APA mais c’est pas suffisant. » [MG 4]

« [...] quand il s’agit de sortir un sou comme ça, des fois ils ont du mal [...] », « [...] ça coûte cher, ça coûte très cher. Le maintien à domicile coûte au bout d’un moment, certainement plus cher [que l’EHPAD]. » [MG 5]

« [...] ces organismes privés qui proposent des aides... Et ça généralement bah ça dépend aussi du revenu [...] », « [...] c’est une question financière [...] » [MG 7]

« [...] je pense que souvent il n’y a pas que, avoir envie/pas envie, il y a une histoire de sous. », « [...] les enfants, qui se disent “on n’a pas envie de payer pour le vieux” [...] ». « [...] c’est une grosse somme, qu’ils n’ont forcément pas eux. Donc c’est les enfants qui ont besoin d’avancer. », « [...] les deux facteurs qui rendent réticent à la maison de retraite c’est effectivement ne pas avoir envie de quitter son domicile et puis, quand même, le problème de l’argent qui n’est quand même pas négligeable. » [MG 13]

4. Comment aborder la question des aides à domicile ?

Importance d'y aller progressivement

Globalement, les médecins interrogés étaient unanimes pour dire qu'une des clés pour parler de dépendance et mettre en place des aides à domicile c'est de l'aborder de manière très progressive. Il semble nécessaire de répéter plusieurs fois les informations lors de consultations différentes afin que le cheminement se fasse. Cela renforce l'importance du suivi par le médecin pour pouvoir régulièrement évoquer ce sujet.

« On va commencer à lui demander d'avoir une aide-ménagère, je vais y aller très progressivement. », « Puis peut-être qu'une fois, deux fois, trois fois... C'est comme pour le tabac ça, ça va peut-être percuter [...] »
[MG 1]

« C'est une question de dignité aussi des personnes. Faut pas y aller en rentre-dedans. » [MG 2]

« Souvent j'y reviens plusieurs fois, et au bout de deux-trois fois, ça y est, ils captent. », « [...] c'est une première étape pour qu'ils commencent à accepter qu'un jour ce sera moins facile. », « Elle a accepté quand même la télé-alarme au bout de trois-quatre ans, à force de lui répéter. » [MG 3]

« [...] la mise en place du maintien à domicile en fait, s'est fait progressivement dans la mesure où ils étaient d'accord pour modifier certaines choses. » [MG 4]

« On aborde les choses tout doucement mais en plus ils ont quand même souvent quelques troubles cognitifs ou c'est quelque chose qu'ils ne veulent pas entendre. » [MG 5]

« [...] à chaque fois, j'essaie juste de leur poser une question [...] » [MG 7]

« [...] faire rentrer dans la durée des aides à domicile c'est en général plutôt difficile à vendre. Donc on s'inscrit quand même en général dans des schémas où on va répéter les choses [...] », « [...] c'est plutôt ce travail un petit peu au long cours hein, souvent sur un ou deux ans, qu'on commence à évoquer... », « "on peut commencer par du ménage et puis le jour où vous avez besoin qu'on vous accompagne faire des courses, eh bah on vous emmènera faire des courses". » [MG 10]

« [...] il faut deux ans à partir du moment où on en parle la première fois pour que ça se fasse parce que les gens sont pas pour, ensuite ils y réfléchissent, ensuite ils vont se renseigner, puis une fois qu'ils ont décidé, qu'ils ont rempli le dossier, il faut encore qu'il y ait une place... ». [MG 12]

Nécessité d'un contact familial

La famille joue un rôle primordial dans l'acceptation ou non des aides et beaucoup de médecins cherchent à avoir un contact avec elle. La présence d'un proche lors d'une consultation semble donc être un moment privilégié pour aborder le sujet.

« Elle était avec sa fille, je me suis dit je vais en profiter [...] » [MG 1]

« [...] j'ai des personnes très âgées qui sont amenées par leur enfant, du coup là, souvent je pose la question aux enfants aussi [...] », « Mais sa fille n'est pas toujours présente, donc j'ai demandé à ce qu'elle vienne en consultation pour qu'elle écoute un peu aussi ce que je dis. », « [...] j'essaie au maximum à ce qu'un membre de la famille qui vienne [...] » [MG 3]

« [...] c'est souvent quand on voit avec les enfants [...] », « Et des fois les enfants les accompagnent et c'est bien, on peut quand même en discuter. » [MG 5]

« [...] c'est des choses qu'on aborde avec les gens mais aussi avec leur famille. » [MG 12]

L'entourage du patient est d'autant plus nécessaire lorsqu'il existe des troubles cognitifs.

« Je vais essayer d'avoir des contacts avec la famille assez vite, parce qu'après on sait que s'ils sont trop perdus [...] » [MG 1]

« Et quand les patients ne sont plus assez coopérants ou ne comprennent plus, dans ces cas-là on voit avec les familles. », « Moi maintenant je dis à la famille de venir parce que tout seul c'est impossible [...] » [MG 5]

« [...] j'essaie vraiment tout le temps d'avoir l'entourage pour avoir des informations aussi... », « C'est vrai que moi, les personnes âgées, j'aime bien les voir systématiquement avec les enfants parce que déjà il y a des troubles cognitifs [...] », « En fait le principal c'est l'aidant. Si on a une famille qui tient le..., qui est organisée, ou voilà qui sont surtout motivés et disponibles, c'est vrai que ça nous facilite beaucoup les choses. » [MG 7]

La mise en place des aides est bien plus compliquée chez des personnes isolées socialement, ce qui renforce l'importance du rôle de la famille.

« Quand il n'y a pas de famille c'est très compliqué. » [MG 5]

« Dès que les personnes sont isolées, là c'est vraiment catastrophique [...] » [MG 7]

« Si on a zéro entourage à mon avis c'est très aléatoire. Enfin ça marche moins bien. » [MG 11]

Mais ce contact avec la famille peut être difficile à obtenir de par l'éloignement géographique ou par le refus du patient d'impliquer sa famille.

« Et puis nous on ne connaît pas toujours la famille. Et puis des fois je me dis : “Purée mais qui c'est que je vais appeler ?” », « [...] j'ai demandé à un monsieur [...] “Je veux bien les coordonnées de votre fille.” “Ça ne vous regarde pas.” » [MG 1]

« Parce qu'on essaie au moins d'avoir un numéro de téléphone de quelqu'un de la famille mais ça peut être hyper compliqué ça. » [MG 11]

B. Place du médecin généraliste

1. Un rôle indispensable

Concernant la place du médecin généraliste dans la démarche de maintien à domicile, nombreux sont ceux considérant leur rôle comme primordial, faisant pivot, et étant la référence pour les patients et leur entourage en tant qu'interlocuteur de première ligne. Le médecin généraliste connaissant le contexte de vie du patient mieux que d'autres spécialistes.

Plusieurs rôles lui sont alloués :

a. Anticipation et information sur la dépendance chez les sujets autonomes

Les réponses sont très partagées sur cette question.

Pour quelques-uns des médecins interrogés, l'anticipation des pertes d'autonomie en informant sur les aides disponibles peut-être intéressante surtout quand ils ont affaire à des personnes isolées socialement.

« On peut anticiper un peu ça en disant : “Vous savez si on ne fait pas ce qu'il faut, le jour où il y a une grande perte d'autonomie, la structure ne va pas être adaptée.” » [MG 2]

« Oui. En disant que c'est pas mal d'anticiper, de faire un dossier APA. Qu'après il y a des aides qui peuvent se mettre en place et il vaut mieux que ce soit anticipé plutôt que dans l'urgence, qu'il n'y en a pas forcément besoin pour maintenant... » [MG 3]

« Ça tout à fait. [...] c'est une évidence pour moi. » [MG 5]

« Je vais plus le faire chez des patients qui sont seuls. », « Je leur dis que le jour où ils sentent que ça devient compliqué qu'ils m'en parlent avant que ce soit la cata. » [MG 8]

« Oui très souvent. » [MG 11]

Pour ces praticiens il y a aussi nécessité d'informer au-delà des aides possibles, sur ce qu'est la dépendance, sur son évolution et sur la nécessité de s'y adapter.

« [...] on est amené à être le médiateur pour introduire la notion que [...] si les gens veulent choisir leur lieu de vie quand ils deviennent dépendants, [...] il faut qu'ils mettent des choses en place car sinon [...] les autres vont décider pour eux à un moment ou un autre. », « Donc on a quand même ce rôle qui est potentiel [...] d'expliquer que la dépendance [...], c'est une réalité du vieillissement. » [MG 10]

Mais d'autres préfèrent ne pas anticiper la dépendance avec l'impression que cela pourrait précipiter la perte d'autonomie. D'autant que certaines personnes resteront autonomes très longtemps.

« Alors je ne vais pas parler d'aides, non. » [MG 1]

« Jamais. » [MG 2]

« Non. » [MG 12]

« [...] c'est pas nous qui allons lui dire » [MG 13]

« Tant qu'ils n'en ont pas besoin, non. Parce que du coup, euh, je trouve que ça les laisse dans leur autonomie [...]. », « [...] pas trop leur forcer la main s'ils sont capables de le faire pour pas leur enlever leur autonomie. » [MG 4]

« [...] avec une personne qui va vraiment très bien, non. C'est difficile elles ne sont pas du tout dans l'acceptation [...] » [MG 6]

« [...] je trouve que les projeter très tôt dans l'idée (rires) que même des choses simples euh, comme se laver, vont devenir compliqué, je... pas trop non. » [MG 10]

b. Prévention des pertes d'autonomie

Il y a également une nécessité de prévenir la dépendance en mettant en place par exemple la télé-alarme ou des séances de kinésithérapie.

« [...] dans la prévention aussi. », « Je les incite à prendre la télé-alarme par exemple. », « [...] je fais facilement de la kiné aussi dans la prévention des chutes [...] » [MG 3]

« [...] les kinés aussi, que je fais passer pour entretenir la marche, prévention des chutes. » [MG 7]

c. Dépistage des pertes d'autonomie

Pour plusieurs médecins, un des rôles semble être celui du dépistage des pertes d'autonomie avec notamment l'évaluation des troubles cognitifs et physiques.

« Notre rôle il est plus là-dedans. », « [...] dans le dépistage... » [MG 3]

« Oui. On voit quand ça bascule. » [MG 5]

« Essayer de dépister effectivement des dangers ou des insuffisances... » [MG 7]

Ainsi, l'évaluation de l'autonomie est réalisée par tous les médecins interrogés.

Autonomie physique

Sur le plan de l'autonomie physique, une bonne partie des praticiens déclare l'évaluer au feeling par l'observation, leur connaissance du patient et quelques questions ouvertes.

« C'est une impression. » [MG 1]

« A la louche. » [MG 2]

« Au pif. », « [...] il y a les gens tout à fait autonomes qui viennent en consultation tout seul au cabinet, dans leur voiture. », « [...] on sent les choses », « Il y a toujours des questions larges sur la vie de la personne. Et là on se rend compte [...] » [MG 12]

« [...] on le ressent parce qu'on connaît les gens et qu'on a l'expérience... humaine » [MG 13]

« [...] j'ai envie de dire à la louche [...]. C'est-à-dire que je l'évalue en fonction de ce qu'ils me racontent, en fonction des questions que je vais poser pour évaluer quand même leur autonomie [...] » [MG 6]

« [...] je fais un état des lieux, le mode de vie de la personne, ses pertes de fonction que ce soit au niveau visuel, au niveau auditif, au niveau moteur. » [MG 7]

« [...] moi clairement j'utilise pas d'échelle. [...] Je fais un interrogatoire de la personne et de l'entourage et puis je vois comment elle se déplace, comment elle se tient, si le monsieur il sent le pipi, enfin voilà des choses comme ça [...] » [MG 8]

« [...] des questions un peu ouvertes : "Comment ça se passe pour les courses ?", "est-ce que vous éprouvez des difficultés pour entretenir votre maison ?" [...] » [MG 10]

Même s'ils ne les remplissent pas strictement, la plupart des médecins ont quand même des grilles d'évaluation validées dans la tête et notamment la grille AGGIR (Autonomie

Gérontologie Groupe Iso-Ressources) – utilisée pour l’APA – et l’IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

- « [...] on a tous l’APA dans la tête [...] » [MG 1]
- « [...] ça se termine par l’évaluation de l’autonomie avec les questions du GIR. », « IADL. Oui. » [MG 3]
- « [...] j’utilise la grille AGGIR qui est dans le dossier de l’APA [...] » [MG 4]
- « [...] je me base sur la grille GIR [...] » [MG 6]
- « Je pense que j’utilise les items à peu près des échelles en faisant le tour des activités de la vie quotidienne. IADL des trucs comme ça. » [MG 9]
- « [...] je reprends le canevas de la grille du GIR [...] » [MG 10]
- « [...] c’est en les observant et en les évaluant avec les grilles... La grille naturelle que j’ai dans la tête c’est le GIR. » [MG 11]

Troubles cognitifs

Les médecins évaluent de façon moins systématique les troubles cognitifs. C’est surtout à l’occasion d’une plainte mnésique du patient ou pour remplir les dossiers d’APA que des tests sont réalisés et une consultation est souvent dédiée à cette problématique. Les plus utilisés sont le MMS, les cinq mots de Dubois et l’horloge.

- « [...] La pendule je la fais très souvent. » [MG 1]
- « Le MMS je vais le faire pour l’APA par exemple, [...]. Après bien sûr s’il y a une plainte de mémoire [...], avec une batterie plus large, donc le MMS, le BREF [Batterie Rapide d’Efficacité Frontale], l’horloge... » [MG 3]
- « [...] on fait les MMS, les cinq mots, l’horloge, le basique quoi. » [MG 5]
- « [...] je les évalue sur les tests les plus courants hein, à savoir le MMS, le test de l’horloge, le test de Dubois. Parfois j’aime bien faire les évocations, évocation de fleurs, d’animaux. Je trouve que c’est très... c’est assez performant pour les troubles cognitifs précoces. » [MG 6]
- « Et là souvent je fais trois tests, sur les tests cognitifs donc le MMS, le test des cinq mots et le test de l’horloge. » [MG 7]
- « Je fais le MMS, le test des cinq mots, l’horloge [...] » [MG 9]
- « [...] je fais assez facilement un MMS, ou les cinq mots de Dubois, ou l’horloge. » [MG 11]

Ils permettent une évaluation de base avant une éventuelle orientation vers des spécialistes en cas de dépistage d'anomalies.

Mais pour certains praticiens, l'évaluation cognitive peut nuire à la relation de confiance qu'ils ont avec leur patient.

« [...] j'ai du mal aussi par rapport à la confiance dans les personnes. J'ai l'impression [...] de l'infantiliser un peu. Il n'a peut-être pas très envie d'être jugé non plus. Disons que ça me perturbe moi dans ma relation à lui. Je préfère lui tendre des pièges plus subtils [...] » [MG 2]

« Moi après, quasiment je m'excuse. » [MG 1]

Limites à l'évaluation de l'autonomie en consultation

Cependant, certains médecins estiment qu'il faut se méfier de l'évaluation de l'autonomie basée sur une consultation ponctuelle, certains patients donnant de bonnes impressions le temps du rendez-vous, alors que la réalité à domicile est différente.

« Parce que là, c'est la fille, elle fait tout. Elle fait ci, elle fait ça à sa maman, et moi, j'avais pas cette impression [...] » [MG 1]

« [...] on connaît un peu l'autonomie des gens. Encore qu'il faut se méfier parce que des fois quand ils sont avec le médecin, ils ont un coup de feu extraordinaire... », « [...] ils font l'effort de, parce qu'ils se disent que si le médecin dit aux enfants que ça va pas, ils vont me coller à l'EHPAD. » [MG 5]

« [...] parce que des fois on s'en rend pas forcément compte. Je pense sur des gens qui ont des troubles cognitifs qui peuvent encore donner le change ici, quand on les voit au cabinet. » [MG 8]

« Bah nous, on voit les gens, parfois ils font bonne figure en consultation, on n'a pas forcément conscience des difficultés. » [MG 10]

Par un regard extérieur

Certains praticiens s'appuient sur la vision des paramédicaux intervenants à domicile pour mieux se rendre compte.

« [...] quand les gens commencent à perdre de l'autonomie, j'essaie de faire passer l'infirmière. Voilà. Comme ça, on vérifie que le traitement il est bien préparé, qu'il est bien pris, et il y a un regard... » [MG 12]

« [...] l'autonomie c'est peut-être, en un : pouvoir venir en visite voir comment il se débrouille dans sa maison, en deux : de demander aux infirmières comment elles le voient... » [MG 13]

d. Informateur

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les patients. Un de ses rôles semble être d'informer sur les aides disponibles ou sur les personnes pouvant les aider.

« En glisser un mot c'est évident "au fait vous n'avez toujours pas de femme de ménage..." », « Non, c'est de l'information, le seul rôle c'est nous. », « [...] comment mettre en place le lit médicalisé, le passage du SSIAD [...] » [MG 1]

« [...] on fait la liste des organismes qui peuvent aider. » [MG 6]

« donner des informations ». « [...] on va tenir compte un petit peu de ce qu'on connaît de cet environnement de la personne, parce que [...] on sait qu'il y a beaucoup d'aidants familiaux, là au contraire on sait que c'est quelqu'un de très seul [...]. Et on va pouvoir là un petit peu différencier le type d'intervention par la connaissance qu'on a des gens. [MG 10]

e. Prescripteur d'aides et rédacteur de certificat

Plusieurs aides n'étant prises en charge que sur prescription médicale – infirmières, SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), kinésithérapeutes... – le médecin se doit de faire un certain nombre d'ordonnances.

« [...] j'ai fait une prescription pour une toilette par semaine [...] » [MG 3]

« [...] l'ESA c'est moi qui le prescris directement », « La première chose c'est de lister les besoins. » [MG 6]

« Moi je fais l'ordonnance pour ça et je leur donne les coordonnées [...] » [MG 8]

« [...] les gens vont se référer plus à nous parce que c'est nous qui avons d'abord l'autorisation de prescription. [...] C'est nous qui prescrivons l'aide à domicile, c'est nous qui prescrivons les soins [...] » [MG 13]

De même certains formulaires (type APA, EHPAD...) nécessitent un certificat médical qui ne peut être fourni que par un médecin.

« Si je peux faire un mot, un certificat, une demande, je le fais [...] » [MG 2]

« [...] on fait les certificats APA [...] », « [...] “L’autonomie se dégrade il faut la réactualiser pour recompter les heures.” » [MG 3]

« [...] on fait les dossiers d’APA [...] » [MG 4]

« Tous les dossiers d’APA, de choses comme ça, je vais les remplir. » [MG 5]

« [...] j’essaie de faire assez rapidement un dossier d’APA [...] » [MG 7]

« On remplit les certificats APA [...] » [MG 9]

« [...] je remplis des certifs [...] » [MG 8]

« Tel que c’est fait actuellement, [...] sans démarche du médecin traitant les gens n’auront pas l’APA, n’auront pas un remboursement des infirmières, n’auront pas une prise en charge de leurs aides à domicile. », « [...] c’est aussi souvent notre papier là, de demande d’APA qui compte [...] » [MG 13]

f. Acteur dans la mise en place concrète des aides

Le médecin met rarement en place les aides lui-même sauf dans des cas exceptionnels de personnes très isolées où il peut être amené à téléphoner directement aux différents prestataires.

« [...] ça m’est arrivé d’appeler l’ADMR [...] » [MG 3]

« [...] du coup on a rapidement appelé l’assistante sociale, j’ai fait un dossier APA et puis on a essayé de mobiliser les aidants [...] » [MG 7]

« [...] ça dépend de la capacité de démerde des gens. [...] Est-ce qu’ils seront capables, ou leurs familles, d’aller à la recherche aux renseignements pour déclencher les processus ? Alors quand ils savent pas faire, nous on essaie de faire. » [MG 12]

Ils ont quelques fois les coordonnées des services d’aides à donner au patient ou à la famille.

« [...] les secrétaires [...] leur donnent le numéro de téléphone et du coup la famille appelle. » [MG 3]

« [...] je leur donne les numéros de téléphone. Si c’est l’APA je leur dis où il faut aller chercher les éléments, l’ADMR, etc. [...] Ou si c’est des organismes privés... [...] » [MG 6]

« [...] je leur donne les coordonnées [pour l’ESA, Equipe Spécialisée Alzheimer]. » [MG 8]

« Le portage des repas on peut le demander nous, enfin on donne les coordonnées c’est très facile. », « J’ai les coordonnées de ça. » [MG 11]

Les aides sont donc le plus souvent mises en place par l'entourage.

« *Mais souvent les familles s'en chargent et les suivent derrière.* » [MG 3]

« [...] *qu'ils aillent faire les courses, [...] qu'ils prévoient le repas à domicile...* », « *On n'a pas à se substituer à la famille qui doit mettre en place les choses.* » [MG 4]

« [...] *la mise en place des aides, [...] généralement c'est la famille [...]* », « *Ça peut être une nièce ou un voisin.* » [MG 6]

« *Mais après on peut pas appeler la télé-alarme et l'infirmière et...* », « [...] *c'est la famille qui a appelé l'ADMR.* » [MG 9]

« [...] *je fais contacter les enfants.* » [MG 8]

g. Coordonnateur

Ce rôle de coordonnateur ressort dans quasiment tous les entretiens réalisés. Pour les praticiens interrogés, la place du médecin en contact avec le patient, la famille, les services d'évaluation et les aides le rend le plus à même d'organiser tout cela. Même si parfois cette fonction leur semble imposée en l'absence d'autres personnes plus appropriées.

« *Si on n'est pas là, je ne vois pas qui va le faire.* », « [...] *je pense qu'on est essentiel parce qu'à la fin il y a bien que nous qui faisons des visites. C'est pas les spécialistes qui vont aller les voir.* » [MG 4]

« *C'est quand même le médecin généraliste qui est au contact même de la famille, qui est au contact du patient. De pouvoir mettre les structures nécessaires au maintien à domicile, ou si impossible à domicile, mise en EHPAD. Je ne vois pas qui devrait le faire d'autres.* » [MG 6]

« *Je dirais si c'est pas moi qui le fais, qui coordonne tout ça, qui le fait ?* » [MG 7]

« *Tout ce travail un peu de fourmi qu'on fait, avant et après, les dossiers, les ordonnances, les contacts avec les services sociaux tout ça... Mais ça fait partie du job. Et surtout c'est indispensable.* », « [...] *on est vraiment la meilleure personne, le premier recours.* », « [...] *Je pense que ça doit faire partie de notre suivi médico-social.* » [MG 11]

« [...] *c'est nous qui faisons pivot.* », « [...] *on est forcément pivot et dispatcheur de soins.* » [MG 13]

Quoi qu'il en soit, le médecin généraliste peut difficilement être seul à gérer cette mise en place d'aide. C'est un travail d'équipe, sa responsabilité dans l'organisation du maintien à domicile est donc partagée avec les autres.

« *On a une partie de responsabilité mais on n'est pas responsable de tout.* » [MG 4]

« [...] *tu arrives il y a des papiers de partout, des tapis... Tu leur dis aux gens mais moi je peux pas jeter tous les papiers qui traînent dans lesquels ils vont se prendre les pieds et tomber.* » [MG 5]

« [...] *l'idéal ce serait qu'on soit plusieurs à prendre ces décisions et à rechercher ça ensemble.* », « *Si ça pouvait être effectivement une prise de décision avec le patient bien sûr, la famille, le médecin traitant et les aidants extérieurs.* », « [...] *je pense que c'est compliqué pour moi de porter ça toute seule à bout de bras et d'être la seule à m'en préoccuper.* », « *C'est pluridisciplinaire [...]* » [MG 7]

« *Donc on est indispensable, on est pivot, mais en même temps tout seul... Tout seul, on ne peut pas.* » [MG 12]

Quels interlocuteurs ?

Pour l'évaluation globale et l'organisation des aides

Les médecins généralistes s'appuient beaucoup sur les pôles gériatriques ou sur les services d'évaluation hospitaliers (consultations gériatriques, hôpital de jour, hôpital de semaine...) où des équipes pluridisciplinaires interviennent (médecins, assistantes sociales, psychologues, ergothérapeutes...).

Ils s'occupent notamment de l'évaluation poussée des troubles cognitifs.

« *Alors moi, au tout début des troubles cognitifs, j'envoie.* », « *Moi je lui envoie peut-être une fois, deux fois par an pour des gens en tout début pour lesquels je me pose des questions sur des troubles cognitifs, pas pour chiffrer un déficit patent.* » [MG 2]

« [...] *s'il y a des petits signes qui me font penser à des signes évolutifs de prémices d'une démence et dans ces cas-là, je les envoie en test.* » [MG 3]

« *Après, quand il y a vraiment une euh une suspicion de démence, je me fais aider par l'équipe mobile.* » [MG 4]

« *Alors quand c'est pathologique, [...] j'adresse [...]* » [MG 9]

« [...] *une fille qui est neuropsychologue à l'hôpital qui est remarquable et qui nous fait des bilans alors là de deux heures mais ça, c'est le grand bilan neuropsychologique. Mais ça, je [le] prescris beaucoup.* » [MG 11]

Les médecins leur adressent également les patients pour des bilans gériatriques globaux mais aussi pour des avis téléphoniques.

« [...] il y a cette évaluation neuropsychologique, il y a une évaluation des besoins, des bilans. Ils les revoient [...] » [MG 1]

« Ils passent régulièrement, il y a un suivi psycho-thérapeutique au sens large [...] » [MG 2]

« [...] la consultation de gériatrie à l'hôpital [...]. », « A n'importe quel moment de la journée il y a un gérontologue de garde qui nous répond à l'hôpital dès qu'on a un souci, un souci médical, un souci social [...] » [MG 1]

« Ce qui est bien, c'est qu'il y ait des gériatres. Et surtout que derrière ils puissent nous proposer ou pas, de prendre les gens. » [MG 12]

« [...] le service de gériatrie de l'hôpital. Ils ont une équipe mobile. La responsable du service de gériatrie elle est vraiment super-gentille et on peut appeler, on peut envoyer des mails... » [MG 4]

« Il y a la hotline de gériatrie qui fonctionne vraiment bien [...] » [MG 9]

« [...] dans le Chablais on a une filière gériatrique qui est très dynamique [...] », « [...] je donne surtout l'adresse du pôle gérontologique au Conseil départemental parce qu'ils sont hyper efficaces. » [MG 11]

De nombreux médecins comptent aussi beaucoup sur l'assistante sociale qui intervient dans le cadre de l'APA pour la mise en place concrète des aides.

« Quand on fait un dossier APA, il y a une assistante sociale qui passe [...] » [MG 1]

« [...] c'est via l'APA. C'est vraiment l'APA qui met en place les aides comme ils viennent à la maison évaluer. [...] Et du coup, c'est eux qui décident "ben là il faudrait tant d'heures" » [MG 3]

« Et puis l'APA on l'a vite. [...] Le passage de l'infirmière coordinatrice il est super rapide pour voir quels sont les besoins à domicile [...] », « [...] l'assistante sociale elle a toutes les coordonnées et donc je la laisse gérer ça [...] » [MG 4]

« Quand on fait une demande [...]. Il y a une assistante sociale qui se déplace pour voir les gens, mais ça, ça prend du temps. » [MG 12]

Dans une moindre mesure, quelques médecins font appel à des assistantes sociales libérales.

« L'assistante sociale [pour] accompagner le patient dans ses lourdes démarches administratives. » [MG 7]

« Je leur dis d'aller voir les assistantes sociales. Je les adresse vers. »,
« [...] je renvoie beaucoup vers l'assistante sociale [...] » [MG 8]

Lorsque la situation devient compliquée, les médecins peuvent être amenés à contacter la MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) qui est habituée à gérer les cas difficiles.

« [...] ils ont la MAIA [...] », « [...] c'est pour des gens qui sont déjà plus lourds à domicile, qui sont limités [...] » [MG 5]

« [...] y compris dans des situations difficiles. Moi je pense par exemple aux cellules MAIA [...] » [MG 6]

« Le dispositif MAIA ça nous aide énormément quand on est en bout de course. » [MG 11]

Les mairies et centres locaux d'information tels le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), etc. sont également des endroits où les médecins adressent leurs patients pour plus d'informations sur les différentes démarches à condition que la commune soit suffisamment grande.

« Chaque commune a un peu son CCAS qui donne de l'info. » [MG 10]

« Ici les petits villages n'ont pas de service d'action sociale même si par la loi ça existe et qu'il y a une section budgétaire, le CCAS ça n'existe pas. [...] Dans une grosse mairie il y a un service qui est dédié à ça, avec du personnel. Les gens ils ont les réseaux [...] » [MG 12]

Les aides proprement dites

Les médecins sont plus ou moins en contact avec toutes les personnes intervenant à domicile selon les problèmes rencontrés. On retrouve les aides ménagères, les aides-soignantes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes...

« [...] l'ADMR moi ça m'est arrivé qu'ils m'appellent pour un patient où ils étaient inquiets [...] » [MG 3]

« [...] on fait la liste des organismes qui peuvent aider. » [MG 6]

« [...] il y a la télé-alarme aussi, plein de petites choses comme ça aussi, le portage des repas [...], faire passer une fois par jour ces sociétés privées, que ce soit pour l'aide à l'habillage, pour parfois voilà faire des petits travaux dans la maison, pour simplement aider à habiller la personne ou faire du ménage, enfin c'est vrai que ça, ça aide bien aussi [...] », « [...] les

infirmiers ils sont vraiment très présents, et moi j'hésite pas à faire un passage. », « [...] les kinés aussi, que je fais passer pour entretenir la marche, prévention des chutes. » [MG 7]

« [...] on a un service d'ADMR, et sur les communes à côté on a des prestataires d'aide à la personne. [...] on donne les adresses [...]. On a un SSIAD [...] », « [...] le cabinet infirmier [...] » [MG 10]

« Le portage des repas on peut le demander nous, enfin on donne les coordonnées c'est très facile. » [MG 11]

« [...] la première chose c'est le portage des repas. », « [...] on se rend compte que ça commence à ne plus aller et à ce moment-là on dit "bah les aides c'est l'ADMR". Mais encore faut-il qu'ils soient disponibles à l'ADMR ! » [MG 12]

« [...] entre le ménage et le portage des repas on peut assurer que [la personne âgée] va [...] être au moins surveillé presque tous les jours [...] » [MG 13]

Enfin, que ce soit des organismes privés (ADMR...) ou publics (SSIAD...), les intervenants professionnels sont autant de moyens qu'a le médecin généraliste d'être alerté en cas d'apparition d'une baisse d'autonomie ou d'un événement aigu.

« Elle a des infirmières qui viennent régulièrement [...], qui jettent un coup d'œil. » [MG 2]

« [...] il y avait l'infirmière, donc on a pu discuter ensemble, on a pu voir... [...] elle allait passer régulièrement et comme c'est un critère d'alerte aussi [...] » [MG 3]

L'entourage

Effectivement, l'entourage du patient est un interlocuteur privilégié pour le médecin traitant afin de connaître les conditions de vie au domicile et les capacités de la personne. Ce sont souvent eux qui font office d'aide non professionnelle et sont les plus au fait des difficultés rencontrées.

« Ils sont quand même bien observateurs [...] », « [...] après je demande aussi à l'entourage. Je fais beaucoup intervenir l'entourage en fait pour cette problématique. [...] c'est surtout à eux qu'il faut que je m'adresse, parce que c'est en fonction de ce qu'ils font. » [MG 3]

« [...] si j'ai un doute, c'est là où je vais faire revenir la personne avec un parent ou un enfant, enfin quelqu'un de la famille. » [MG 7]

« Ou qu'il y a un des deux conjoints qui rapporte après, ou qu'il y a les enfants qui rapportent des difficultés [...] » [MG 8]

« Il y a un aidant familial [...], c'est le premier responsable je dirais pour alerter si ça va pas. » [MG 12]

Mais l'entourage peut aussi poser problème pour la mise en place des aides notamment en cas de conflit familial.

« Mais du coup [...] c'est compliqué parce que il faut déjà que la famille soit d'accord. » [MG 4]

« [...] les enfants qui n'étaient pas d'accord entre eux, [...] refusaient de faire des démarches administratives indispensables avec des vieux parents incapables de faire les démarches [...] » [MG 12]

h. Prise en charge de l'aidant

Unanimement les médecins interrogés reconnaissent le rôle fondamental des aidants, sans que cette prise en charge sociale serait difficilement assurable uniquement par le médecin généraliste.

« [...] ça dépend de la capacité de démerde des gens ou de leur famille. », « Tout seul, on ne peut pas », « [...] la majorité, je crois 7 sur 10 au moins si ce n'est pas plus, des personnes âgées, très âgées et dépendantes, [...] vivent à domicile, elles ne sont pas dans des maisons de retraite. Donc ça veut dire qu'il y a déjà un énorme travail qui est fait par les familles [...] » [MG 12]

« [...] il faut que l'entourage euh, enfin, coopère parce qu'on ne peut pas le faire tout seul en fait [...]. On n'a pas à se substituer à la famille qui doit mettre en place des choses. », « Mais encore faut-il que la famille soit en capacité d'assumer ça, parce que c'est lourd quand même », « On a une partie de responsabilité mais on n'est pas responsable de tout. » [MG 4]

« Quand il n'y a pas de famille c'est très compliqué. Et puis le médecin qui essaye de gérer tout ça et de maintenir les gens parce qu'ils ont pas tous besoin, effectivement, d'aller à l'hôpital. » [MG 5]

« [...] la famille est incontournable. », « [...] C'est souvent la famille qui doit venir en aide. Donc je pense que la famille doit avoir un grand rôle. Mais il ne faut pas compter que sur la famille, dans la mesure où il y a des enfants qui sont absents, absents physiquement ou par goût [...] » [MG 6]

« [...] le principal c'est l'aidant. Si on a une famille qui tient le..., qui est organisée, ou voilà [avec des membres] qui sont surtout motivés et disponibles, c'est vrai que ça nous facilite beaucoup les choses. », « Moi je pense que c'est compliqué pour moi de porter ça toute seule à bout de bras et d'être la seule à m'en préoccuper. » [MG 7]

« [...] après tout dépend, deuxièmement, de la famille et de l'entourage. Si on a zéro entourage, à mon avis c'est très aléatoire. [...] La personne toute seule et le médecin et les services sociaux ok mais je pense qu'il faut quand même un tiers. » [MG 11]

De ce fait, un des rôles du médecin est de s'assurer que l'aidant ne s'épuise pas.

« [...] c'est son mari à la place d'aidant. Donc on discute beaucoup du vécu de ça, [...] ce qui pourrait être accepté, pour le soulager lui [...] »,
« C'est-à-dire s'il commencent à être fatigué par l'aide qu'il apporte [...] »
[MG 3]

« [...] des aidants familiaux. A qui on dit de se ménager. Le nombre de fois où je leur dis : "arrêtez parce que vous allez... vous allez y laisser votre peau" [...] » [MG 5]

« [...] la fille qui voudrait quand même lâcher un peu, parce qu'il y a des enfants qui viennent à domicile aider et qui s'épuisent gentiment quoi. »
[MG 11]

« [...] quand même un des critères c'est aussi la fatigue des aidants. »
[MG 13]

2. Une place qui n'est pas celle du médecin généraliste

D'autres estiment que le côté purement social ne devrait pas être du ressort du médecin généraliste.

« C'est pas notre rôle. » [MG 1]

« [...] je ne m'investis pas beaucoup. C'est un investissement minimum que je dois à des gens que j'ai connus auparavant [...] » [MG 2]

« [...] moi j'ai l'impression qu'elle est pas très importante à l'heure actuelle [la place du médecin généraliste], par méconnaissance et par manque d'impact, parce que comme je vous le disais [...], on a plutôt tendance à subir la famille qu'à proposer. » [MG 6]

Pour certains médecins, le rôle qu'ils occupent aujourd'hui devrait être assuré par d'autres professions comme les assistantes sociales, mais leur déficit dans certaines zones entraîne un glissement des tâches notamment en milieu rural.

« Vous pouvez pas savoir le temps qu'on passe à convaincre les gens que peut-être, s'ils acceptaient d'être un peu aidé, [...] la vie serait un petit peu plus facile. Et ça, je pense que c'est nous qui nous en chargeons, mais ce n'est pas vraiment médical en fait. Ça vient dans nos consult[at]ions parce que les gens sont pris au dépourvu mais s'il y avait un vrai message par ailleurs... » [MG 10]

« *C'est aussi du boulot d'assistante sociale [...] » [MG 12]*

« [...] *en fait là on est en train de pleurer qu'il y a de moins en moins de médecins, que les médecins n'ont pas de temps pour les malades, mais ça c'est... On fait un boulot d'assistante sociale. » [MG 13]*

C. Ressenti du médecin généraliste

1. Prise en charge chronophage

Un des ressentis qui a été mis en évidence unanimement était le temps, considéré comme trop important, que les médecins passaient à cette prise en charge.

« *Et là, je passe ce jour-là 1 h 30 à dire ce qui n'allait pas [...] »*, « [...] *c'est tellement chronophage dans la pratique [...] » [MG 1]*

« [...] *nous on est un peu désabusé sur notre place, par manque de temps. »*, « [...] *je suis bien content de me débiter pour les visites parce que pff... c'est une heure de temps à chaque fois. » [MG 2]*

« [...] *c'est long [...] »*, « *C'est pas un quart d'heure qu'on y passe [...] » [MG 4]*

« *C'est chronophage d'aller chez les gens et d'envisager un peu tout ce truc-là, ce maintien à domicile, et d'être disponible [...] »*, « *Ça demande du temps de tout prévoir, tout organiser parce que c'est quand même des gens fragiles à domicile. »*, « *C'est un peu chronophage. » [MG 5]*

« *Parce qu'une consultation comme ça, ça peut rapidement prendre une heure [...] »*. « *C'est malheureusement très chronophage [...] » [MG 6]*

« [...] *ça demande beaucoup de disponibilité [...] »*. « *J'ai pas le temps [...] » [MG 7]*

« [...] *c'est qu'il y a tout le reste de la journée à faire et des patients qui attendent. » [MG 9]*

« [...] *C'est le manque de temps. » [MG 11]*

Mais d'une manière générale tous les médecins prennent le temps malgré les conséquences sur la suite de leur journée avec souvent du retard qui s'accumule.

« *On accepte encore de passer [...] trois quarts d'heure sur une consultation d'un quart d'heure [...] » [MG 2]*

« *Ce qui va concerner la personne, moi je ne vais pas couper. » [MG 1]*

« *Je passe le temps qu'il faut »*, « *Alors tu essayes de boucler parce que tu sais que derrière tu as du travail [...] » [MG 5]*

« [...] c'est qu'il y a tout le reste de la journée à faire et des patients qui attendent. Après, si ça fait vraiment partie des problématiques, on les aborde quand même. » [MG 9]

« [...] des fois on a une consultation où on va emboliser la salle d'attente et tant pis. » [MG 11]

2. Mauvaise valorisation financière

Pour beaucoup de médecins, la rémunération des consultations où ont été abordées les problématiques en lien avec le maintien à domicile est insuffisante par rapport au temps passé.

« [...] on n'est pas aidé. C'est pas valorisé. [...] Et c'est vrai que c'est long, enfin je veux dire de prendre en charge... 35 euros... Parce que tous ont pas le droit à une visite longue », « [...] je comprends que ça ne donne pas envie d'aller perdre du temps à aller faire des visites. » [MG 4]

« Oui. Mais ça coûte plus cher pour faire les choses bien. Il faut beaucoup plus coordonner. » [MG 5]

« [...] si on veut faire un travail correct sur le long terme et qui soit un travail plus de recherche, de prévention, il faudrait effectivement qu'il puisse y avoir des codifications qui permettent de bien identifier la longueur de consultation. Le but dans tout ça, ce qu'on a souvent à l'esprit, c'est de ne pas gagner plus c'est de gagner mieux, c'est-à-dire de pouvoir avoir le temps de donner au patient... » [MG 6]

« [...] le ressenti alors c'est que premièrement c'est lourd, c'est clair. Effectivement c'est pas rémunéré. Tout ce travail un peu de fourmi qu'on fait, avant et après, les dossiers, les ordonnances, les contacts avec les services sociaux tout ça... » [MG 11]

« [...] la consultation elle vaut 25 euros pour cinq motifs dont celui administratif qui est souvent le plus long... » [MG 13]

Il existe quelques cotations telles que la visite longue, les majorations de sortie d'hospitalisation, la première visite « nouveau médecin traitant » et l'évaluation de troubles cognitifs qui sont utilisées pour les personnes âgées par certains des médecins interrogés mais qui ne sont pas pour autant totalement adaptées et finalement peu appliquées.

« Quand j'y pense. S'il y a un trouble type maladie neurodégénérative / parkinsonienne [...] », « 2-3 fois par an, et les sorties d'hôpital... » [MG 1]

« Ils ont droit à une visite longue s'ils ont des troubles neurodégénératifs [...] » [MG 4]

« Non, parce qu'on n'est jamais dans les clous en fait. », « [...] On n'a pas de consultation spécifique gériatrique pour un bilan un peu plus long, une prise en charge un peu plus longue. » [MG 5]

« Je fais la cotation [...] DEQP006 : évaluation d'un déficit cognitif. Et donc tu peux pas faire que le MMS en fait pour pouvoir coter cette évaluation, il faut vraiment faire plusieurs tests de mémoire. » [MG 7]

« Il y a la visite longue pour les gens atteints d'une maladie neurodégénérative mais c'est une visite, c'est pas la consultation. » [MG 12]

« [...] ils ont étendu à une personne âgée dont on deviendrait le médecin traitant, une fois [...] » [MG 4]

« [...] il me semble qu'il y a une consultation une fois par an, on doit pouvoir faire un gros bilan général gériatrique » [MG 11]

Pour autant, ce n'est pas un frein pour eux sur la prise en charge car le patient passe avant la question financière.

« Non, non. Parce que je le fais pour mes patients, je le fais pas pour ça. » [MG 4]

« Je passe le temps qu'il faut sans regarder la rémunération comme plein de médecins. On n'est pas comme les plombiers à l'heure. Non, non, je veux dire il faut faire, il faut faire. » [MG 5]

« [...] ça me bloque, non ! Parce que ça se noie dans la masse [...] » (MG 6)

A noter tout de même qu'il existe une rémunération par le Conseil général pour inciter les médecins à remplir les dossiers d'APA.

« En fait après ça déboule sur l'APA, et l'APA on est payé [par le conseil général]... [...] Et du coup on est vachement bien payé finalement... Bon du coup ça nous prend du temps [...] » [MG 3]

« [...] c'est une consultation dédiée qui, en plus, est rémunérée puisque le Conseil général nous indemnise pour ça. » [MG 10]

« [...] le dossier APA il est rémunéré. » [MG 11]

Et pour les maisons de santé, il est possible de valoriser la prise en charge pluridisciplinaire via les nouveaux modes de rémunération versés par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

« Grâce à la maison de santé pluridisciplinaire. », « [...] on a reçu des sous qui nous permettent de rémunérer du temps qu'on passe en coordination, y compris hors présence des gens, à passer des coups de fil, à faire des certificats, à discuter avec la famille... » [MG 12]

« [...] c'est le genre de chose quand on a un gros dossier qui nous prend beaucoup de temps, on utilise les NMR donc les nouveaux modes de

rémunération qui sont versés par l'ARS [...] », « [...] tous ces sous-forfaits sont faits pour favoriser la coordination des aides [...] », « [...] la réunion inter-professionnelle [...] c'est rémunéré par ce forfait-là au professionnel qui a passé une heure. » [MG 13]

3. Manque de formation

La formation des praticiens interrogés est très hétérogène sur ce qui concerne le social. Il semble tout de même ressortir un manque dans l'enseignement en ce qui concerne le cursus général des médecins généralistes.

« [...] mais pour moi c'est peut-être un défaut de formation. » [MG 2]

« Déjà un dossier d'APA, aujourd'hui, je ne sais pas à qui il faut le demander. Je dis : "allez voir la mairie" mais je n'en sais rien si c'est la mairie. » [MG 1]

« Du coup je ne sais même pas comment ça fonctionne. » [MG 8]

Même si certains ont tiré bénéfice de leurs stages hospitaliers lors de leurs études.

« [...] je ne suis jamais passée en gériatrie en tant qu'interne, ça m'a manqué. J'y étais déjà passé en tant qu'externe donc j'avais déjà beaucoup appris. » [MG 3]

« Je dois avoir un semestre d'interne [...] mais c'est tout » [MG 5]

Pour la majorité des médecins interrogés, leurs connaissances concernant la prise en charge sociale ont été acquises par l'expérience.

« Sur le tas. » [MG 1]

« Que par l'expérience. [...] on savait pas, on a demandé, on a merdé... [...]. On s'est repris, on a cherché et ainsi de suite. » [MG 13]

« Et après bah c'est quotidien. » [MG 3]

« Sur le tas [...]. Quand on en avait besoin et qu'il fallait trouver les informations. » [MG 4]

« [...] on apprend ça sur le tas. », « Avec l'expérience. [...] Avec du bon sens comme tous les médecins et puis de la pratique. » [MG 5]

« [...] plus en autodidacte [...] » [MG 6]

« sur le tas ». « quand tu t'installes, euh, il n'y a pas le choix, donc on doit trouver des solutions » [MG 7]

« [...] c'est un peu... Les infos qu'on a pu avoir en rencontrant les partenaires. » [MG 10]

« Que par l'expérience [...]. De notre temps de toute façon il y avait zéro cours de quoi que ce soit, ni aucun séminaire d'aucune sorte de mise à niveau et d'informations sur les différentes possibilités... » [MG 13]

Ou bien par le partage d'informations avec des confrères.

« Au contact des plus jeunes, qui eux sont plus... formations. On en a dans notre groupe de pairs, il y a une grande disparité [...] » [MG 2]

« [...] je pense qu'il faut surtout en parler aux confrères. » [MG 7]

Ceux qui ressentent le moins de difficultés sont ceux qui ont été amenés à travailler dans le milieu gériatrique.

« L'hiver il y a moins de remplacements donc j'avais postulé à l'hôpital en gériatrie, donc j'ai travaillé 5-6 semaines [...] » [MG 3]

« J'ai quand même travaillé assez longtemps, 30 ans [...] en gériatrie à l'hôpital [...] donc je connais quand même un petit peu le secteur [...] » [MG 6]

Ou qui ont suivi des formations complémentaires : congrès, FMC (Formation Médicale Continue), DU (Diplôme d'Université), capacité de gériatrie, médecin coordinateur d'EHPAD...).

« [...] il y avait aussi des congrès d'hôpitaux locaux auxquels on allait. », « [...] puis certaines FMC et certaines lectures un peu plus ciblées, de temps en temps [...] » [MG 6]

« J'ai fait un DU "infectiologie de la personne âgée" [...] on avait des cours sur la gériatrie et des cours d'infectiologie [...] », « [...] c'est là où j'ai appris les IADL, les différentes grilles d'évaluation, les concepts de gériatrie. [...] ça m'a donné un bon bagage en fait, sur les problématiques particulières des personnes âgées. » [MG 3]

« J'ai une formation en douleur, en éthique clinique... [...] J'ai une formation assez solide en soins palliatifs, j'ai été médecin coordonnateur en EHPAD [...] » [MG 10]

« J'ai une capacité de gérontologie. », « [...] je suis médecin coordonnateur d'EHPAD [...] » [MG 11]

4. Méconnaissance du réseau d'aides locales

Une moitié des médecins participants avait une méconnaissance des aides disponibles localement.

« *Parce qu'en fait il y a plein d'associations, plein de choses qui sont dans le coin, mais on ne les connaît pas, donc on ne les utilise pas.* », « *Après on fait avec le réseau qui est en place.* », « *Et on ne le connaît peut-être pas assez bien.* » [MG 3]

« *[...] je leur donne pas les coordonnées parce que je les connais pas forcément moi-même.* » [MG 4]

« *[...] il y a certainement un problème d'information* », « *[la] connaissance des différentes structures qui ne sont malheureusement pas toujours connues de tout le monde.* », « *Moi je pense par exemple aux cellules MAIA [...], c'est pas inné, tout le monde ne le sait pas [...]* » [MG 6]

« *[...] je compte aussi beaucoup sur les assistantes sociales parce qu'elles ont souvent plein de bonnes idées aussi, elles connaissent les filons que moi je ne connais pas forcément.* » [MG 7]

« *[...] je renvoie beaucoup vers l'assistante sociale mais j'ai pas de numéro à donner [...]* », « *Mais même la télé-alarme, le truc tout bête [...]* en fait je sais pas exactement », « *[...] je le fais volontiers mais après je me dis : "oh la la, par quel bout il faut commencer ? A qui il faut adresser ?" J'ai un peu l'impression que c'est le parcours du combattant.* », « *[...] peut-être que je botte trop en touche, je sais pas... Mais je serais plus à l'aise si j'avais des numéros de téléphone à donner au patient.* », « *[...] cette histoire d'ADMR [...]* je sais même pas comment ça fonctionne. [...] tout ça, c'est un peu la grande nébuleuse. » [MG 8]

D'autant qu'un réseau se modifie régulièrement, ce qui nécessite une remise à niveau permanente.

« *Ça change tout le temps surtout. On connaît les structures, on connaît les gens, on fait un effort et puis ça change, ça disparaît...* » [MG 1]

Ils acquièrent leur connaissance le plus souvent avec l'expérience personnelle ou par partage d'expérience avec leurs confrères.

« *[...] on en parle aussi entre nous, en groupe de pairs "comment tu fais dans telle situation ?"* » [MG 1]

« *[...] ce sont des collègues qui m'ont informé que c'était possible, genre en groupe de pairs.* » [MG 3]

« [...] j'ai eu une aide précieuse c'est avec l'hôpital puisque on était dans le milieu gériatrique, en réseau avec l'hôpital, en réseau avec l'ensemble des gériatres. » [MG 6]

« Sur le tas [...] », « [...] les kinés qui font des visites à domicile, souvent sur le coin c'est toujours les mêmes [...] », « [l'assistante sociale] c'est celle du coin [...]. C'est sectorisé [...] » [MG 7]

« [...] sur le tas [...] », « [...] j'ai été président du SSIAD [...] » [MG 10]

« [...] je répands l'information dans le cabinet. » [MG 11]

« On se débrouille. Quand on reste longtemps dans un endroit, on finit par connaître un peu tous les réseaux [...] ». « [...] Au fur et à mesure. » [MG 12]

« C'est de la débrouille. » [MG 13]

Parfois, l'information revient au médecin par les patients ou leur famille qui ont cherché et trouvé des solutions de leur côté.

« Pour moi c'est les familles qui m'apprennent ce qui est possible. Moi je ne m'y connais pas. » [MG 2]

« [...] les associations ou autres c'est souvent les patients qui sont les bons informateurs [...] » [MG 7]

Enfin il arrive que les interlocuteurs se soient présentés directement ce qui est plutôt le cas des structures d'évaluations pluridisciplinaire.

« Ils se sont présentés. [...] quand le pôle de géronto-psy s'est fait, l'infirmière est venue se présenter, ils nous ont donné un papier [...] avec téléphone. » [MG 1]

« L'hôpital [...] nous a envoyé des flyers avec tous leurs éléments. » [MG 2]

« [...] ils nous ont envoyé des courriers [...] » [MG 4]

« [...] on a été informé par l'hôpital », « [...] L'ESA, je pense que c'est sur un retour de courrier de bilan mémoire fait par l'un d'eux qui me parlait de ça et donc j'ai découvert comme ça. » [MG 8]

« [...] ils nous avaient envoyé un mail pour dire qu'ils ouvraient la hotline. » [MG 9]

5. Manque d'aides disponibles

Mais, pour certains généralistes, l'offre d'aides est limitée localement les conduisant souvent à des prescriptions impossibles à satisfaire ce qui peut provoquer une certaine frustration.

« [...] On n'a pas beaucoup d'interlocuteurs ici. » [MG 1]

« [...] dans le coin les infirmières ne font pas les toilettes, on n'a pas de réseau d'aides-soignantes qui font les toilettes. », « [...] les infirmières dans le coin sont souvent débordées [...] », « [...] des soins sur prescription [...] je ne peux pas les mettre en place du coup. Parce qu'il n'y a pas le personnel qui permet de le faire. », « [...] l'ADMR [...], ils manquent de personnel [...] » [MG 3]

« Mais oui, les aides, y'en a pas tant que ça, on peut pas avoir quelqu'un qui soit à 100 % à côté de chaque personne [...] » [MG 5]

« [...] c'est une question de moyens disponibles sur place. » [MG 7]

« Il n'y a jamais de place [pour les aides à la toilette]. Ouais y'a un manque... » [MG 9]

« Mais encore faut-il qu'ils soient disponibles à l'ADMR ! Parce que c'est mal payé donc il n'y a pas beaucoup de monde. [...] les infirmières, elles peuvent aider, [...] elles font une toilette par semaine mais c'est absolument par leur métier. », « [...] c'est le boulot d'aide-soignante mais il n'y a pas de SSIAD. Le service d'aides-soignantes à domicile donc euh... Comme y'a pas, il y'a pas. » [MG 12]

6. Désintéressement et surcharge administrative

Chez certains, il existe un manque d'intérêt pour le côté purement social.

« Moi je ne m'investis pas beaucoup. C'est un investissement minimum que je dois à des gens que j'ai connus auparavant [...] », « La gestion du social si, idéalement, je peux m'en passer... », « J'aurais pu y penser, j'aurais dû y penser si j'avais plus d'intérêt, mais c'est difficile à trouver. » [MG 2]

« [...] ce n'est pas un travail inintéressant [...] » [MG 5]

« C'est sûr, c'est long, c'est pénible, c'est pas des consultations super intéressantes de remplir des trucs comme ça [...] » [MG 8]

La surcharge administrative est également quelque chose de pesant.

« [...] refaire 67 fois un papier différent [...] ça c'est usant. » [MG 2]

7. Manque de communication entre les différents acteurs

Le maintien à domicile fait intervenir de nombreux interlocuteurs, du dépistage des troubles jusqu'à la mise en place des aides et cela nécessite une indispensable communication, avec le médecin comme coordinateur de tout ce réseau.

« [...] il y avait l'infirmière, donc on a pu discuter ensemble, on a pu voir... », « [...] l'ADMR moi ça m'est arrivé qu'ils m'appellent pour un patient où ils étaient inquiets [...] », « [...] l'APA ils nous envoient un compte rendu [...] et du coup moi ça me permet de revenir dessus aussi [...] » [MG 3]

« [...] on faisait le point avec son aide-ménagère qui l'amenait, pour voir si ce qui était mis en place était suffisant [...] » [MG 4]

« [...] on a l'ADMR qui est au même étage que nous. C'est très pratique. On traverse, on discute, on s'appelle c'est bien. », « [...] le CMP, le centre médico-psychologique [...], une infirmière qui est venue avec le patient au cabinet et on a pu échanger [...] » [MG 5]

« C'est comme les réunions de concertation quand on le fait avec les équipes infirmières ou autre [...] » [MG 6]

« Ou parfois aussi ça peut être le kiné, qui me fait un retour, qui vient à domicile, ou les infirmiers, en me disant "bah tiens la situation se dégrade" [...] » [MG 7]

Mais les médecins interrogés déplorent un manque de communication récurrent entre les différents acteurs.

Que ce soit entre la ville et l'hôpital :

« Moi je m'en fiche d'un intervenant qui voit quelqu'un à l'hôpital, si c'est mon patient il faut qu'il m'appelle et qu'il me dise "qu'est-ce que vous en pensez, on va faire tel ou tel truc" » [MG 1]

« [...] on a quand même des gros problèmes de communication. » « [...] "C'est pas normal que ce soit une famille qui vous annonce le décès des gens quand vous les croisez dans la rue en arrivant au cabinet." Il faut quand même qu'on prenne l'habitude de prendre son téléphone, le médecin ou l'infirmière, pour le dire. Oui on communique mais pas assez. » [MG 5]

« Donc je l'ai renvoyé à l'hôpital [...] presque aussi sec et puis j'ai dit : "Bah la prochaine fois vous nous prévenez à l'avance, qu'on ait le temps d'organiser avec l'ADMR, avec les infirmières, avec les kinés, qu'on puisse s'organiser." » [MG 12]

Mais également avec les différentes structures d'aide à domicile.

« [...] on manque de coordination. », « [...] l'assistante sociale, non. Elles ont des permanences mais comme elles ne sont pas sur place c'est rare quand elles nous appellent. », « [...] ça manque un petit peu [...] », « Parce que ce serait bien de se connaître, de se rencontrer. » [MG 5]

« Moi aborder le problème, tout ça, ça va mais c'est la mise en place. [...] je manque d'interlocuteurs pour ça » [MG 8]

« Le système MAIA, mais en fait je ne sais pas à quoi ça sert [...] » [MG 12]

8. Renforcement de la relation médecin-patient

D'autres voient dans cette prise en charge l'occasion de renforcer la relation médecin-patient et apprécient ces moments privilégiés dans la communication.

« Ça crée un très très bon relationnel, une relation de confiance », « Il y a un bon relationnel parce qu'on y a passé un jour beaucoup de temps » [MG 1]

« Des fois il faut se poser et le côté médical ça passe un peu après. Faut quand même voir un peu les gens » [MG 5]

« [l'APA] me permet de refaire une synthèse globale sur la personne donc j'apprécie beaucoup cet exercice-là » [MG 3]

« C'est intéressant, moi j'aime bien », « c'est l'art du médecin de famille », « mais j'aime bien être chez les gens [...] et je trouve que ce côté [...] de temps en temps de réfléchir dans un contexte socio-médical », « Pour sentir un peu ce qu'il faut mettre en place. Ça c'est passionnant. » [MG 5]

D. Pistes d'amélioration

1. Revalorisation financière

Parmi les pistes d'amélioration, la question d'une cotation spécifique est abordée, notamment au vu du temps passé.

« Ou alors que ce soit hyper bien payé. » [MG 1]

« Revaloriser et [...] que toutes les visites soient des visites longues. » [MG 4]

« [...] il faut vraiment qu'ils refondent [le système de santé]... [...] soit ils mettent des médecins salariés, soit ils font faire du libéral mais à un prix correct quoi, qu'on puisse prendre notre temps pour ne pas stresser... » [MG 6]

« [...] peut-être dédier une consultation "évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée" une fois par an qui serait cotée comme l'examen du 9^e mois ou du 24^e mois. » [MG 7]

« [...] une consultation sociale peut-être. Un G social. [...] ça serait peut-être intéressant de pouvoir faire une consultation dédiée au social ou la décliner autrement et peut-être faire un acte médical pur et en deuxième ligne mettre je sais pas, un GS plus quelque chose qui voudrait dire j'ai monté un dossier social de A à Z. » [MG 11]

2. Campagne d'information du public

Il semble y avoir une sorte de tabou autour de la notion de dépendance et de façon globale, c'est un sujet très peu abordé dans la population générale.

Ainsi certains proposent d'anticiper la perte d'autonomie par l'information du grand public sur les aides possibles dont ils pourraient bénéficier pour pallier certaines de leurs insuffisances.

*« Dans le colis des vieux à Noël, tu as un petit flyer, un machin [...] »,
« [...] quand ils reçoivent quelqu'un d'officiel de la mairie, peut être que
l'agent du recensement pourrait faire une petite information. » [MG 1]*

*« Le postier, il vient une fois par an leur dire "Vous savez Madame machin,
que vous auriez peut-être droit à une aide..." » [MG 2]*

*« [...] déjà l'information y compris du citoyen lambda. On parle des
directives anticipées mais pas de la dépendance. », « [...] qu'ils entendent
qu'on risque tous d'être dépendants et qu'une dépendance ça nécessite
peut-être [...] une petite assurance en plus à prendre quinze ans avant pour
pouvoir se payer une EHPAD ou des aides. », « Les politiques là-dessus ils
ne sont pas courageux. Parce que dire aux gens vous allez être dépendants,
ça va coûter cher, va falloir que vous alliez en maison de retraite c'est peut-
être pas très bon pour avoir des voix aux élections suivantes. N'empêche
que c'est une réalité. » [MG 5]*

*« [...] il faut pouvoir en parler [...] », « [...] des flashes publicitaires, hein,
un peu comme on a fait sur les antibiotiques. C'est très percutant et une fois
que c'est installé les gens vont se référer au médecin. », « [...] sensibiliser
le public et de façon permanente, ou si c'est pas les personnes âgées au
moins les familles. » [MG 6]*

*« [...] les aidants, je pense que aussi trouver un lieu pour effectivement leur
donner des informations, comment les aider, comment les soutenir ? Parfois
c'est pas grand-chose mais c'est une idée, un concept, un soutien et je
pense que ça, ça serait aussi une idée à développer. » [MG 7]*

*« [...] s'il y avait une campagne comme "les antibiotiques c'est pas
automatique" sur "Pour rester chez moi je m'organise" [...] introduire
comme ça [...] on n'attend pas que la catastrophe arrive pour mettre des
aides en place. », « [...] il n'y a aucun message de grand public pour dire
"anticipez, quand vous faites des travaux à 70 ans, [...] prévoyez peut-être
qu'à 80, ces trois escaliers-là que vous avez rajoutés c'est joli, mais ce sera
juste pour vous une difficulté quand vous irez faire vos courses." » [MG 10]*

3. Création ou développement de postes paramédicaux

Le développement des paramédicaux consacrés au maintien à domicile fait partie des pistes.

Que ce soit des assistantes sociales, avec des territoires d'intervention moins grands pour être plus accessibles.

« *Qu'il y ait à nouveau des postes d'assistante sociale. Clairement c'est leur métier [...], par territoire, et pas à perpet'.* » [MG 12]

« *Une personne unique dédiée à ça [...] pour la paperasse. Garder le boulot qu'on fait mais avoir un numéro [...] pour problème de maintien à domicile [...], ça pourrait être une assistante sociale [...]* » [MG 8]

Mais également avoir accès à un diagnostic d'ergothérapeute ou à de la kinésithérapie préventive des chutes.

« *Développer les kinés de prévention des chutes, de savoir se relever, car vraiment je trouve que les chutes c'est prédictateur de la baisse d'autonomie.* » [MG 3]

« *Les kinés ils essayent de faire marcher les gens et éviter qu'ils tombent.* » [MG 5]

« *[...] des choses toutes bêtes comme des forfaits ergothérapies ? [...] Chaque fois qu'on rentre dans des situations de maintien à domicile à mobilité réduite, un diagnostic ergo, [...] ça serait peut-être là aussi une façon d'aider les gens* » [MG 10]

4. Création de postes non médicaux d'évaluation

Est évoquée également la formation de personnel non médical spécialement pour l'évaluation de l'autonomie et pouvant orienter les familles et le sujet âgé selon ses besoins.

« *Il faudrait que pour chaque personne qui vit seule déjà soit..., quelqu'un qui aille les voir quoi. [...] Il faudrait que chaque commune s'assure que chaque personne de la commune voit quelqu'un dans l'année [...]* » [MG 1]

« *[...] il faudrait du personnel qui soit capable d'évaluer l'autonomie et d'évaluer les besoins... Qui connaissent suffisamment bien les ficelles des aides sociales pour savoir laquelle va convenir [...]* », « *Donc il faut du personnel formé, non médical, et régulièrement le même.* » [MG 13]

« *L'idéal serait d'avoir des gens de compagnie qui soient présents, toujours les mêmes, qui connaissent bien la personne âgée et du coup pour la personne âgée c'est plus confortable, si c'est rassurant d'avoir la même tête [...]* » [MG 4]

« *Quelqu'un qui travaille à l'ADMR comme aide pourrait faire ce job-là. Pour sentir un peu ce qu'il faut mettre en place.* » [MG 5]

« [...] *je pense qu'il manquerait [...] une sorte de coordinateur qui viendrait en fait évaluer la personne, mais évaluer le financier, le médical, le paramédical, le social... Enfin ça, ça serait vraiment une aide précieuse. Moi, par exemple, si j'ai un patient en difficulté, je fais tout ce qui est médical, et je pourrais le confier à ce type de personne.* » [MG 7]

« *Après si on était un peu assisté par quelqu'un qui puisse entreprendre les démarches...* » [MG 11]

Enfin, il faudrait revaloriser les aides qui interviennent à domicile pour rendre le secteur plus attractif et augmenter les capacités de prise en charge.

« *travailler à l'ADMR [...] c'est sous-payé, c'est dévalorisé. Ils t'envoient à droite et à gauche, ton temps de transport n'est pas pris en compte [...]. Donc il y a peu de personnes qui sont motivées pour faire ça, donc ils ont du mal à recruter du personnel.* » [MG 3]

« [...] *dans les structures à domicile [...] c'est un peu compliqué parce que ça tourne beaucoup, les gens ne sont pas très bien rémunérés, il y a beaucoup d'arrêts maladie.* » [MG 4]

5. Déléguer à d'autres spécialités médicales

Certains médecins interrogés souhaiteraient le développement des gériatres de ville ou encore de médecins coordonnateurs de la Sécurité sociale qui se concentreraient sur la partie sociale.

« *Dans un monde idéal, je vois des gériatres pour la prise en charge. Des gériatres de ville. Ce serait génial.* » [MG 1]

« *Si [la Sécurité sociale] transformait ses médecins en médecins examinateurs de gériatrie, ce serait peut-être pas mal [...] un médecin coordonnateur de ce qui est problème social [...] un par département, qui mettrait le temps, qui mettrait l'année pour aller voir tous les papis-mamies qui ne peuvent pas se déplacer [...]* » [MG 1]

« *S'il y avait des choses qu'on pouvait déléguer.* », « *Moi j'aimerais bien que les gériatres viennent s'installer en ville. On verrait bien les choses différemment [...]* » [MG 5]

6. Développement de structures d'accueil temporaire

Les structures d'accueil temporaire sont une solution également évoquée pour permettre aux aidants de souffler et donc de garder sur la durée leur proche âgé à domicile.

« [...] *sa fille et son gendre, ils ont besoin de prendre des vacances, de souffler. [...] Mais en fait il a typiquement besoin d'une place de répit. [...]*

je la trouve pas la place de répit. », « Donc ça donne des familles qui amènent leur parent âgé à l'hôpital aux urgences en disant "on peut plus, débrouillez-vous", avec des réactions des médecins hospitaliers qui ne comprennent pas [...] », « Il faut des structures de répit et d'accès facile. Pas où il faut faire la demande six mois à l'avance, c'est pas adapté. »
[MG 12]

« Des fois, faire des hôpitaux de jour pour faire souffler la famille, [...] j'ai pas toutes les adresses. Je les connais pas toutes. Du coup des fois on dit que ça pourrait permettre de maintenir la personne à domicile si on soulage l'aidant d'une ou deux journées mais je suis à cours d'idées. »
[MG 8]

« [...] qu'il y ait des structures intermédiaires. C'est vrai qu'on a quand même peu de foyers-logements pour des dépendances légères et donc très souvent les gens passent de chez eux à l'EHPAD et peut-être que parfois des foyers-logements adaptés... » [MG 10]

« [...] si on veut que les gens acceptent de garder longtemps leur famille à domicile, il faut bien qu'ils aient du répit. C'est pas possible autrement. »
[MG 13]

7. Création d'une consultation obligatoire dédiée

Une autre possibilité serait de créer une consultation annuelle obligatoire pour les personnes âgées, pour évaluer l'autonomie et aborder les questions sociales.

« [...] un examen médical obligatoire pour tout le monde » [MG 2]

« [...] il faudrait faire des consultations dédiées aux problèmes spécifiques [...] » [MG 6]

« [...] une consultation annuelle dédiée à ça. » [MG 7]

8. Développer la formation des médecins sur la prise en charge sociale

Une formation des médecins aux questions sociales des personnes âgées est proposée, du fait de leur méconnaissance sur la prise en charge sociale.

« [...] formation certainement des médecins, parce que moi j'ai eu la chance de travailler en hôpital gériatrique mais pas tout le monde et j'ai l'impression que mes camarades se sentent un petit peu moins pointus dessus. », « [...] cette formation qui peut être faite d'une part par les caisses ou les institutions d'Etat [...] » [MG 6]

9. Une simplification administrative

La surcharge administrative reste quelque chose de pointé du doigt. Une des solutions proposée pourrait être d'unifier les formulaires et de les dématérialiser.

« [...] si on pouvait unifier une bonne fois pour toutes les certificats et les demandes... » [MG 2]

DISCUSSION

PRINCIPAUX RESULTATS ET DONNEES DE LA LITTERATURE

1. Discussion autour du maintien à domicile

La question du maintien à domicile est fréquemment abordée par l'entourage du sujet âgé. Lorsque le médecin en parle, il le fait habituellement au décours d'une consultation pour un autre motif. La survenue d'un épisode aigu est une manière d'aborder le sujet, puisqu'il occasionne une baisse d'autonomie et met donc le patient face à ses difficultés. [9]

Il est rare que les médecins généralistes aient mis en place une consultation dédiée, exceptée pour remplir le dossier APA ou pour des consultations visant à évaluer les troubles cognitifs.

La présence d'un membre de l'entourage est un appui précieux pour connaître plus précisément les conditions de vie à domicile et la réalité de la vie quotidienne. C'est ce qui ressort de la littérature, avec le besoin primordial pour le médecin généraliste de connaître le réseau familial [14,16]. Enfin, les visites à domicile sont l'occasion d'évaluer l'adaptation du logement à la personne âgée et de discuter du maintien à domicile.

Même si le médecin considère que des aides sont nécessaires, il est difficile pour les patients d'accepter l'entrée dans la dépendance. En découle des mécanismes de défense comme un déni de leur état [9]. Mais il y a aussi des freins suggérés par les médecins interrogés que sont la peur de l'intrusion et du changement d'habitude [9,18], la peur de déranger [9] et très probablement, un frein financier [9,13].

De ce fait, aborder la question des aides à domicile doit prendre en compte la capacité d'acceptation de celles-ci [13].

C'est pour cela que le sujet se doit d'être abordé de manière très progressive avec les personnes âgées. Un des points clés est la patience, avec une proposition d'aide au bon moment et par palier croissant [9].

2. La place du médecin généraliste

La place du médecin généraliste était en majorité considérée comme **essentielle** dans l'aide au maintien à domicile. Ceci fait écho à la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic associations of general practitioners) de 2002 qui met en avant l'évaluation du contexte social, familial et médical du patient comme rôle du médecin de famille. C'est également ce qui ressort de la littérature [4,12,14].

D'autant que du point de vue des patients, le médecin traitant serait la personne qui les connaît le mieux et donc la plus à même de mettre en place des aides [19].

A contrario pour d'autres médecins, cette prise en charge sociale n'est **pas de leur ressort**. Ce qui est appuyé par quelques études [7,8].

Peu de médecins interrogés **anticipent** la dépendance chez des sujets âgés qui sont encore tout à fait autonomes, d'autant plus que ces derniers ne seront pas dans l'acceptation.

Pourtant cela apparaît nécessaire, afin que le choix du patient puisse être réfléchi et respecté par la suite [4,20]. En effet, le souhait d'une information au grand public sur la notion de dépendance est fréquemment cité par nos médecins participants. Cette notion a déjà été évoquée dans la littérature [15] et permettrait aux adultes de prendre leurs dispositions afin d'être pleinement acteurs des décisions concernant leur vieillissement.

La **prévention** et le **dépistage** des pertes d'autonomie représentent un des rôles du médecin généraliste. La HAS (Haute Autorité de Santé), dans ses recommandations de 2013 met d'ailleurs l'accent sur cette fonction en rappelant la nécessité d'insister sur la prévention de la dépendance et la réévaluation permanente de l'autonomie [15,16,21].

Concernant le dépistage, les études sont en adéquation avec notre thèse. L'autonomie est généralement évaluée au feeling par les médecins généralistes [6,16], qui ont quand même en tête le canevas de la grille du GIR. Celle-ci serait utilisée par 50 % des médecins selon une

étude [8]. L'évaluation cognitive, moins souvent réalisée, fait surtout appel au MMS, ce qui est concordant avec la littérature [8].

Dans le but de se recentrer sur la partie médicale, les médecins interrogés proposent la création de postes non médicaux spécialement dédiés au repérage des aides à mettre en place, afin d'orienter les personnes vers les organismes adaptés. Cette notion n'a pas été retrouvée ailleurs, des études proposant plutôt le développement de structures multidisciplinaires telles que les pôles gériatriques [5].

Concernant la prévention, la création d'une consultation annuelle dédiée à l'autonomie et aux questions sociales a été proposée par quelques-uns des participants. Cette notion a déjà été évoquée dans le plan « Grand âge » de 2006 avec une proposition de consultation de prévention à 70 ans. Ce projet a finalement été abandonné du fait de la lourdeur de la consultation et l'absence d'intérêt des patients qui ne se sentaient pas concernés. Une étude propose également la création d'une visite à domicile annuelle avec les mêmes objectifs [15].

Le médecin généraliste a aussi un rôle **d'informateur** sur ce qu'est la dépendance et les aides pouvant y suppléer. Cette fonction de conseiller lui est également attribuée dans la thèse du Dr Girbet [10]. C'est aussi une attente du patient que d'être informé par son médecin afin d'organiser au mieux son quotidien à domicile. [20].

Il est également un **prescripteur d'aide** pour le maintien à domicile, entre autre pour le passage infirmier et les séances de kinésithérapie ; mais aussi en renseignant les certificats médicaux, par exemple pour la demande d'APA. Ce rôle a été décrit dans une étude [16].

Rares sont les médecins qui mettent **eux-mêmes les aides en place**. La plupart du temps c'est à l'entourage de le faire, le médecin leur fournissant s'il les a, les coordonnées. D'autant que pour certains, l'instauration des aides n'est pas forcément de leur ressort comme on le retrouve dans plusieurs travaux [6,10].

C'est seulement en cas de patient très isolé, peu débrouillard ou de situation délicate que le médecin est amené à agir lui-même. Effectivement, dans la littérature on retrouve que si dans près de deux tiers des cas le médecin généraliste était à l'origine d'une mise en place d'aide, il n'a contacté directement le service en question que dans 16 % des cas, tandis que dans 50 % des cas il a conseillé à l'entourage de le faire [16]. L'action des internes à ce sujet est similaire [4].

Un des rôles qui ressort unanimement est celui de **coordinateur** entre les structures d'évaluation, l'entourage et les aides proprement dites. Il a également été maintes fois souligné dans les études [4,6,9,12,15,16,22], y compris du point de vue du patient [17]. Selon l'enquête sur l'insertion des CLIC de 2009 [23], la grande majorité (72 %) des médecins généralistes revendiquent une place centrale dans la coordination des aides à domicile. Ce qui est conforté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui considère ceux-ci comme des chefs d'orchestre dont le rôle est médical mais aussi social.

L'entourage a également un rôle fondamental dans le maintien à domicile et il est donc important pour le médecin généraliste de **veiller** à ce qu'il **ne s'épuise pas**.

De très nombreuses études mettent en avant cette place primordiale jouée par les proches [11, 18], certaines insistant plus particulièrement sur la nécessité d'un suivi de ces personnes [11,14,15,21,24]. Par exemple, la HAS recommandait en 2010 une consultation spécifique annuelle pour l'aidant, afin de l'encourager à verbaliser ses difficultés. De même, le développement de structures temporaires leur permettant un répit paraît nécessaire. Ce point est évoqué dans plusieurs travaux [6,11,18,24]. Il faut qu'elles soient d'accès facile et rapide pour les cas de crises et situations d'urgence mais aussi abordables financièrement.

Enfin, il semble d'autant plus important de prendre soin de l'entourage, qu'il risque de se raréfier à l'avenir, en raison de la féminisation du travail, de la recomposition des familles et l'évolution des modes de vie [14].

3. Ressenti du médecin généraliste

Les médecins interrogés décrivent unanimement une prise en charge **chronophage**. Cela a été retrouvé de nombreuses fois dans les écrits [5,6,8,16], considérée parfois comme incompatible avec une activité de cabinet. Il a été mis en évidence dans un article [16] que ce type de consultation était de 25 minutes en moyenne contre 18 minutes pour une consultation normale. De ce fait, il est suggéré dans notre étude et dans une thèse [6] la possibilité de déléguer certaines tâches à des spécialistes de ville tels que des gériatres ou des médecins conseils de la sécurité sociale spécialement formés.

La **mauvaise valorisation financière** est également pointée du doigt. En effet peu de médecins appliquent une cotation spécifique, puisque celles existantes sont assez restrictives et souvent peu adaptées. Seule l'APA permet une rémunération via le conseil général. Ainsi certains déplorent de devoir consacrer du temps non reconnu et non rémunéré à des actions de coordination [6,8,11]. De ce fait, la revalorisation financière de ces longues consultations est une piste d'amélioration évoquée par les médecins interrogés et citée dans la littérature [11].

Par ailleurs, la plupart des médecins généralistes, se sentent **insuffisamment formés**, ce qui est corroboré par les études [6,16]. La plupart ont en effet appris sur le tas ou par le partage d'expérience entre collègue. Seuls quelques-uns ont suivi des enseignements spécifiques concernant les personnes âgées [16]. La nécessité d'une meilleure formation des médecins semble indispensable, notamment pendant la phase initiale de leur cursus. Ce besoin est bien retrouvé dans les études [5,6,8,15], et exprimé également par les internes [4].

Les médecins mettent en avant leur **méconnaissance des aides** localement disponibles malgré une volonté de faire. Cela concorde avec les données de la littérature, dans lesquelles les

médecins et internes sont demandeurs de coordonnées d'acteurs sociaux [4,5,6,7,8,14,15], avec par exemple la diffusion d'un annuaire social local mis à disposition par les mairies.

Ainsi, une thèse [6] a mis en avant qu'un nombre important de médecins ne connaissait pas l'assistant social de leur commune. Une autre [12] montre qu'ils sont peu informés sur l'action de leur Conseil général et très rarement sur le schéma gérontologique. Les médecins exprimaient ne pas avoir suffisamment de liens avec les équipes médico-sociales dont ils ignorent parfois l'existence. Et d'autres fois, même si les médecins avaient connaissance d'un type d'aide, ils n'avaient pas forcément les informations nécessaires sur leur rôle ou sur la manière de les contacter [8].

Mais connaître le réseau local ne suffit pas toujours, les médecins se heurtant parfois à un **manque d'aide disponible**, que ce soit les infirmières, les aides-soignantes, les kinésithérapeutes... Leur nombre est insuffisant pour répondre aux besoins de la population [6,8,11]. C'est pourquoi le développement de postes paramédicaux semble être un enjeu majeur pour l'avenir. On peut citer la kinésithérapie de prévention des chutes, abordée par plusieurs médecins y compris dans la littérature [15,16,21]. Et pour l'aménagement du domicile un forfait ergothérapie a été suggéré dans notre étude et dans littérature [22].

Parfois les médecins ont également le sentiment d'être accablés par les **démarches administratives**, au détriment de la prise en charge médicale, ce que l'on retrouve dans une étude [5]. Une simplification administrative est proposée dans notre étude.

Unaniment les médecins ressentent la nécessité d'une **coordination** entre les différents acteurs du maintien à domicile, avec souvent une impression de manque de communication notamment entre la ville et l'hôpital. Cette difficulté est abordée dans de nombreuses études [5,6,8,16]. L'étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et

des Statistiques) de 2014 [16] en particulier mentionne la participation à des réunions de coordination pluridisciplinaire qui pourrait apporter un plus en matière de prise charge.

Enfin, certains de nos médecins participants voient dans l'aide au maintien à domicile l'occasion d'un **renforcement de la relation médecin-patient**.

FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

La conception de notre étude, l'élaboration du protocole et l'analyse des résultats s'est basée sur la grille de critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), permettant de s'aligner sur les normes internationales et de garder une validité interne importante pour une étude qualitative.

Notre étude a été établie jusqu'à saturation des données, incluant treize médecins généralistes au total.

L'échantillonnage était diversifié avec une population de médecins généralistes relativement homogène en termes de mode d'activité, de sexe et de tranche d'âge.

Le choix de la méthodologie était adapté au type d'étude, au vu du caractère subjectif de notre objectif.

Le double codage des entretiens en aveugle a permis une triangulation de l'analyse et un renforcement de la validité des résultats.

Et enfin les résultats sont concordants avec les données de la littérature.

Parmi les points faibles de notre étude :

Biais de sélection - Biais de recrutement

La sélection des participants a été en grande majorité réalisée par le biais de la Faculté. Ils étaient pour la plupart maîtres de stages universitaires, et pourraient de ce fait être plus sensibilisés au sujet du maintien à domicile. L'annonce du thème lors du contact par courriel a pu favoriser la participation des professionnels intéressés par le thème abordé. Il y a eu un

refus de participation par manque d'intérêt, et huit sollicitations sont restées sans réponse de la part des médecins.

Biais de désirabilité

De plus, les réponses ont pu être orientées afin de satisfaire les attentes des enquêteurs, ayant le même métier. D'autant plus si les médecins généralistes interrogés n'ont pas été totalement transparents et sincères sur leur ressenti et leurs pratiques. Pour limiter cela, les questions de notre guide d'entretien étaient neutres et ouvertes et il a été rappelé que les données seraient anonymisées et qu'il n'y avait pas de « bonne ou mauvaise réponse ».

Biais d'investigation

La technique d'interrogatoire pendant les entretiens impose d'être neutre et impartial. La formulation des questions et l'attitude de l'enquêteur ne doivent pas influencer les réponses. Cependant, les deux enquêteurs restaient peu expérimentés à la pratique des entretiens.

Pas d'extrapolation possible

Par ailleurs, comme toutes les thèses qualitatives, nos résultats ne sont pas réellement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes car non représentatifs, malgré la diversité de notre échantillon.

OUVERTURE

Le vieillissement est une problématique majeure pour les années à venir à l'échelle nationale. Aujourd'hui l'organisation du maintien à domicile relève d'une prise en charge faisant intervenir différents acteurs, tous indispensables, et donc des améliorations doivent être faites afin de pérenniser leurs actions. Il paraît important que des lignes de conduites soient instituées au niveau politique.

Des efforts ont été faits ces dernières années avec le développement des réseaux gérontologiques mais aussi avec des mesures visant à faciliter le travail de l'aidant. En ce sens, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé en juillet 2019 la création d'un congé indemnisé pour les aidants qui soutiennent un proche âgé, malade ou

handicapé dès 2020. Déjà en avril 2019, le président de la République avait souligné la nécessité de mieux reconnaître le rôle des aidants familiaux.

Mais il reste encore de nombreux progrès à faire, notamment pour développer les réseaux d'aides locaux et ainsi améliorer leur disponibilité. De même, il paraît nécessaire d'encourager la prise en charge du maintien à domicile par les médecins par exemple en revalorisant le temps passé à cette gestion.

CONCLUSION

Les difficultés rencontrées à domicile sont rarement abordées par les personnes âgées elles-mêmes. Elles sont souvent remarquées par l'entourage, qui alerte ainsi le médecin traitant. Celui-ci apparaît comme une personne privilégiée pour détecter la baisse d'autonomie de par la connaissance qu'il a du sujet âgé et de son contexte de vie.

L'entrée dans la dépendance est un passage difficile à accepter, qui demande de la part du médecin tact et patience.

La place du médecin généraliste est majoritairement considérée comme essentielle dans l'aide au maintien à domicile. Deux rôles semblent se détacher : celui de coordonner l'entourage, les aides et les services d'évaluation ; et celui de dépister la perte d'autonomie. D'autres fonctions sont également citées, comme l'information sur la dépendance et les aides existantes, la prescription et la prévention. De temps en temps, le médecin intervient dans la mise en place effective des aides, même si cette action est surtout dévolue à l'entourage.

Le ressenti du médecin généraliste dans tout cela, pointe des aspects négatifs, avec une prise en charge chronophage, une mauvaise valorisation financière, une surcharge administrative et souvent une méconnaissance des aides disponibles. Unaniment les médecins pointent du doigt le manque de coordination entre les différents acteurs du maintien à domicile, notamment entre la ville et l'hôpital.

Enfin, parmi les pistes d'amélioration évoquées par les médecins généralistes, on retrouve une revalorisation financière de ces longues consultations, une information au grand public sur la notion de dépendance, le développement de postes paramédicaux, l'apparition de spécialistes de ville ou la création de postes non médicaux d'évaluation pour déléguer une partie de la charge de travail et des responsabilités. Sont également mentionnées la création d'une consultation dédiée annuelle pour l'autonomie et les questions sociales, une meilleure formation des médecins, une simplification administrative. De plus, il faudrait développer des

structures d'accueil temporaire d'accès facile, permettant un répit aux aidants dont le rôle est fondamental, afin qu'ils gardent plus longtemps leur proche âgé à domicile.

Il existe finalement autant de pratiques que de médecins car leur rôle est mal délimité et ceux-ci doivent s'adapter au réseau local existant mais également à chacun de leur patient.

Malgré tout, les médecins restent volontaires pour participer à cette prise en charge, même si actuellement c'est plutôt par devoir qu'ils le font et que de nombreuses améliorations sont à envisager.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 14/10/19

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DREES. L'allocation personnalisée d'autonomie. Repères et chiffres clés [en ligne]. 2019, [consulté le 30/05/2019]. Disponibilité sur Internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/infographie-apa.pdf>
- [2] Savoie, le Département. (page consultée le 01/06/2019). Infos pratiques, les personnes âgées. [en ligne]. http://www.savoie.fr/resultat_profil/profil/11/2758-infos-pratiques.htm
- [3] Haute-Savoie, le Département. (page consultée le 01/06/2019). Les chiffres clés de votre département. [en ligne]. https://www.hautsavoie.fr/sites/default/files/cg74/CD/presentation_departement/chiffres_cles_2017_bd.pdf
- [4] Foulon P. Les personnes âgées au domicile: un maintien difficile? Enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine; 2016.
- [5] Ben Saad Azim N. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nice : Université de Nice-Sophia-Antipolis Faculté de médecine; 2016.
- [6] Aubry C. Connaissance des structures sociales gérontologiques et prise en charge de la dépendance du sujet âgé : enquête autour de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Nantes Faculté de Médecine; 2013.
- [7] Fantino B, Wainsten J-P, et al. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(3):241-52.
- [8] Union régionale des médecins libéraux d'île de France. Enquête perte d'Autonomie. 2004;40p.
- [9] Yang R. La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Limoges Faculté de Médecine; 2017.
- [10] Girbet O. Les structures d'aide au maintien à domicile chez les patients déments : une étude observationnelle chez les médecins généralistes en Haute-Vienne en 2011. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Limoges Faculté de Médecine; 2012.
- [11] Rajemisa G. Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Paris Diderot Paris 7 Faculté de Médecine; 2011.
- [12] Bosson L. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe. Etat des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Joseph Fourier Faculté de Médecine Grenoble; 2011.
- [13] Lartigue S, Péan H, Viatour G. Fiche 24 - L'organisation des aides à domicile. In: Aquino J-P, éditeur. *Guide Pratique du Vieillissement*. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 118-22.

- [14] Vouaux V. Maintien à domicile impossible : anticiper la situation des personnes âgées en ambulatoire. Etude analytique de 10 cas au centre hospitalier de Lunéville. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nancy : Université de Nancy I Faculté de médecine; 2010.
- [15] Castro Etcheverry C. Hospitalisation pour « Maintien au domicile difficile » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Bordeaux Faculté de Médecine; 2015.
- [16] Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES, Etudes et Résultats. 2014 feb;(869):6p.
- [17] 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. Questions d'économie de la Santé IRDES. 2016 Jan;(214).
- [18] Robin A, Massaferrero C. Maintien à domicile des personnes âgées : les spécificités du milieu rural. Etude qualitative de 10 focus groups dans la communauté de communes de la Vallée du Lot en Aveyron. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Toulouse III Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2013.
- [19] Ecroulant P. Ressenti des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile selon leur autonomie et leurs aides en 2015. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2015.
- [20] Villain AS. Ressenti des personnes âgées sur les déterminants de leur entrée en établissement d'hébergement et sur le rôle du médecin traitant. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Rennes 1 Faculté de Médecine; 2016.
- [21] Magnier AM. Maintien à domicile des personnes âgées. EMC - Traité de Médecine Akos. 2013;8(2):1-7.
- [22] HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions... Organisation des parcours. 2013;8p.
- [23] Observatoire régional de la santé des pays de la Loire. Les centres locaux d'information et de coordination et leur insertion dans le tissu régional. 2009;28p.
- [24] Bouilly C, Piccoli M, Cristancho-Lacroix V. Autonomie et Dépendance : évaluation et prévention. In: Trivalle C, éditeur. Gérontologie Préventive. 3e éd. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 206-27.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

Annexe 2 : Fiche d'information aux participants

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Fiche administrative à remplir par les participants

Annexe 5 : Caractéristiques du panel de médecins

Annexe 6 : Rappel des arborescences du Verbatim

ANNEXE 1 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	BUCHMAN Pamela ERB Julie
2.	Titres académiques	Aucun
3.	Activité	Internes en médecine générale
4.	Genre	Femmes
5.	Expérience et formation	Première étude menée par les enquêtrices.
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Les enquêtrices connaissaient certains médecins : anciens maîtres de stage ou collègues.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Uniquement le statut des enquêtrices et le titre de l'étude lors du premier contact par courriel.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Lors de la présentation du sujet de recherche en début d'entretien, intérêt pour la prise en charge sociale des personnes âgées exprimé par les enquêtrices.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Etude de l'analyse du discours
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Échantillonnage dirigé
11.	Prise de contact	Courriel
12.	Taille de l'échantillon	Treize participants inclus.
13.	Non-participation	Neuf médecins non inclus : - Un médecin a refusé de participer à l'étude par manque d'intérêt - Huit n'ont pas répondu à nos sollicitations.
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies sur les lieux de travail des professionnels ou leur domicile (un entretien)

15.	Présence de non-participants	Les non-participants n'avaient pas accès aux entretiens.
16.	Description de l'échantillon	Les entretiens ont été menés du 10/5/19 au 3/7/19. Huit femmes et cinq hommes ont participé à l'étude. Un exerçait seul, huit en groupe et quatre en maison de santé pluri-professionnelle. Sept exerçaient en zone semi-rurale, trois en rural et trois en ville. Cinq avaient plus de soixante ans, quatre moins de quarante ans, et quatre entre 41 et 59 ans.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les participants n'avaient pas accès au guide d'entretien. Celui-ci avait été élaboré selon nos questionnements ainsi que selon la bibliographie sur le sujet et deux entretiens "tests" avaient été menés auprès de médecins inclus dans l'étude.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens n'étaient pas répétés.
19.	Enregistrement audio/visuel	Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone Olympus WS-852. Le recueil du consentement oral était effectué avant chaque entretien.
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont été prises après les entretiens à l'aide du dictaphone.
21.	Durée	La durée des enregistrements des entretiens est comprise entre 19 et 46 minutes. Durée moyenne : 28 minutes environ
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été atteint au bout de onze entretiens. Confirmé par deux entretiens consécutifs. Au total treize entretiens ont été réalisés.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Les deux enquêteurs ont codé indépendamment chaque entretien, puis les interprétations étaient mises en commun pour obtenir un consensus.
25.	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage était présenté en annexe.
26.	Détermination des thèmes	Certains thèmes abordés ont été déterminés à l'avance par la recherche bibliographique et la connaissance des enquêteurs, mais la plupart des thèmes ont été déterminés à partir des données.
27.	Logiciel	Le logiciel de traitement de texte WORD®. Utilisation de NVIVO 11 Starter® pour l'aide au codage.
28.	Vérification par les participants	Les entretiens n'ont pas été renvoyés aux personnes interrogées.

Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations ont été utilisées pour illustrer les résultats. Celles-ci étaient anonymisées, les médecins étant identifiés par “MG” suivi d’un numéro correspondant à un ordre aléatoirement attribué.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats étant obtenus par analyse thématique à partir des verbatims, ils présentaient un ensemble cohérent.
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux constituaient les titres des grandes parties et donc identifiés clairement dans nos résultats.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Absence de thèmes secondaires.

ANNEXE 2 : Fiche d'information à destination des participants

Fiche d'information à destination des participants

Cher confrère, chère consœur,

Nous sommes deux internes de médecine générale en fin de cursus à la faculté de Grenoble et nous réalisons notre thèse sur la place et le ressenti du médecin généraliste dans l'aide au maintien à domicile des personnes âgées, sous la direction du Docteur Christel Oddou.

C'est dans ce cadre que nous vous sollicitons car nous souhaiterions recueillir votre point de vue sur le sujet.

Pour cela nous vous proposons de participer à un entretien d'une trentaine de minutes environ, idéalement en présentiel, aux dates et lieux de votre choix (un entretien téléphonique reste possible en seconde intention). Cette discussion sera enregistrée avec votre accord pour permettre une analyse des données la plus précise possible.

Les données analysées seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de notre thèse. Les données générales (tranche d'âge, durée d'installation, mode et type d'activité...) seront utilisées dans l'analyse mais nous veilleront à ce qu'elles ne permettent pas votre identification.

Vous conserverez bien entendu un droit de rétractation, de rectification et d'accès aux informations vous concernant jusqu'à la fin de notre travail de thèse, en novembre 2019. Vous pourrez si vous le souhaitez recevoir une copie écrite de l'entretien réalisé et nous pourrions vous communiquer les résultats finaux de notre travail de recherche.

Ainsi, si vous êtes intéressé par notre travail, nous pourrions convenir d'un rendez-vous pour l'entretien selon vos disponibilités.

Merci par avance pour votre aide et collaboration,

Bien confraternellement,

Pamela BUCHMAN et Julie ERB

[Données à caractère personnel]

Selon la Loi I et L et RGPD du droit d'information, de rectification et d'opposition la directrice de thèse Dr Christel Oddou peut être contactée pour précisions et exercice des droits à l'adresse mail suivante: christel.oddou@univ-grenoble-alpes.fr. Le Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été consulté sur la conformité du traitement de vos données personnelles selon les dispositions du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi "informatique et libertés".

Préambule :

Explication du sujet de thèse, ainsi que nos motivations sur ce sujet.

Rappel donné sur le respect de l'anonymat du médecin généraliste.

Obtention de l'accord oral d'enregistrer la conversation et d'utiliser les données recueillies pour notre thèse.

Introduction « brise-glace » :

Pourriez-vous me décrire la dernière consultation où a été abordée la problématique du maintien à domicile ?

I. Les pratiques actuelles du médecin :

– A quelle occasion et comment abordez-vous le sujet des conditions de vie à domicile ?
(*Qui aborde le sujet en premier ? Comment ça se passe en pratique ?*)

Evaluation de l'autonomie :

– Comment évaluez-vous l'autonomie du patient ?

Interlocuteur/réseau :

– Qui sont vos interlocuteurs pour organiser la mise en place d'aides au maintien à domicile ?
– Comment vous êtes-vous créé votre réseau ?

Formation aux questions sociales :

– Comment avez-vous acquis vos connaissances sur la prise en charge sociale du sujet âgé ?

II. Ressenti ?

– Quel est votre ressenti sur la mise en place des aides ?

III. Place ?

– Pour vous, quelle est la place du médecin généraliste dans cette prise en charge ?

IV. Amélioration des pratiques

– Qu'est-ce que vous proposeriez pour améliorer les pratiques actuelles et pour anticiper le maintien à domicile ?

Données administratives (recueillies en fin d'entretien)

ANNEXE 4 : Fiche administrative à remplir par les participants

MG N° :

Données administratives :

Tranche d'âge (< 40 ans, 40-60 ans, > 60 ans) :

Sexe :

Mode d'activité (rural, semi-rural, urbain) :

Durée d'installation :

Mode d'installation (seul, groupe, maison médicale...) :

Nombre de patients suivis à domicile :

Pourcentage de personnes âgées dans le RIAP :

Formations complémentaires effectuées :

ANNEXE 5 : Caractéristiques du panel de médecins

	MG1	MG2	MG3	MG4	MG5
Age	≥ 60 ans	≥ 60 ans	≤ 40 ans	41-59 ans	≥ 60 ans
Sexe	F	M	F	F	M
Mode d'activité	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Rural
Durée d'installation	31 ans	30 ans	5 ans	21 ans	32 ans
Mode d'installation	groupe	groupe	groupe	groupe	seul puis MSP
Patients suivis à domicile	30	5	20-30	10	< 10
% dans le RIAP de patients > 70 ans	~8%	~12%	~6,5%	~5%	~10%
Autres expériences	0	0	DU infectiologie de la personne âgée	0	Administrateur ADMR

	MG6	MG7	MG8	MG9	MG10
Age	≥ 60 ans	≤ 40 ans	≤ 40 ans	≤ 40 ans	41-59 ans
Sexe	M	F	F	F	M
Mode d'activité	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-urbain
Durée d'installation	33 ans	6 ans	5 ans	3 ans	24 ans
Mode d'installation	seul	groupe	groupe	groupe	groupe puis MSP
Patients suivis à domicile	20	15	15	2	20-30
% dans le RIAP de patients > 70 ans	~7%	~6,5%	~10%	~2%	~10%
Autres expériences	Ancien coordonnateur gériatrie	0	0	0	DU soins palliatifs, coordonnateur EHPAD

	MG11	MG12	MG13
Age	≥ 60 ans	41-59 ans	41-59 ans
Sexe	F	M	F
Mode d'activité	urbain	rural	rural
Durée d'installation	40 ans	30 ans	17 ans
Mode d'installation	groupe	groupe puis MSP	groupe puis MSP
Patients suivis à domicile	10	10	3
% dans le RIAP de patients > 70 ans	~39%	~8%	~5%
Autres expériences	CAPA gérontologie, coordonnateur d'EHPAD	0	0

Figure 1 : Caractéristiques du panel de médecins

ANNEXE 6 : Rappel des arborescences du Verbatim

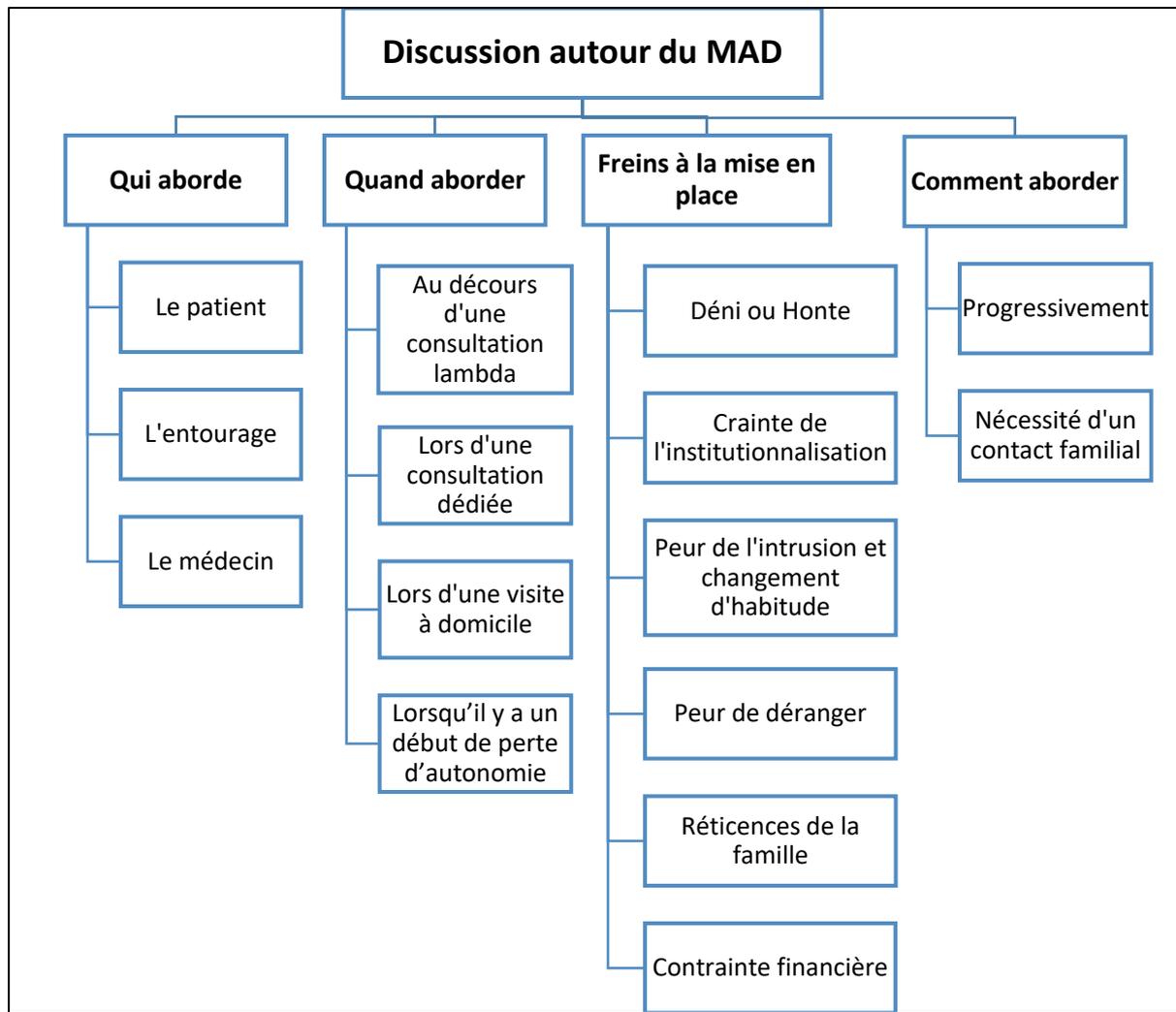


Figure 2 : Discussion autour du maintien à domicile

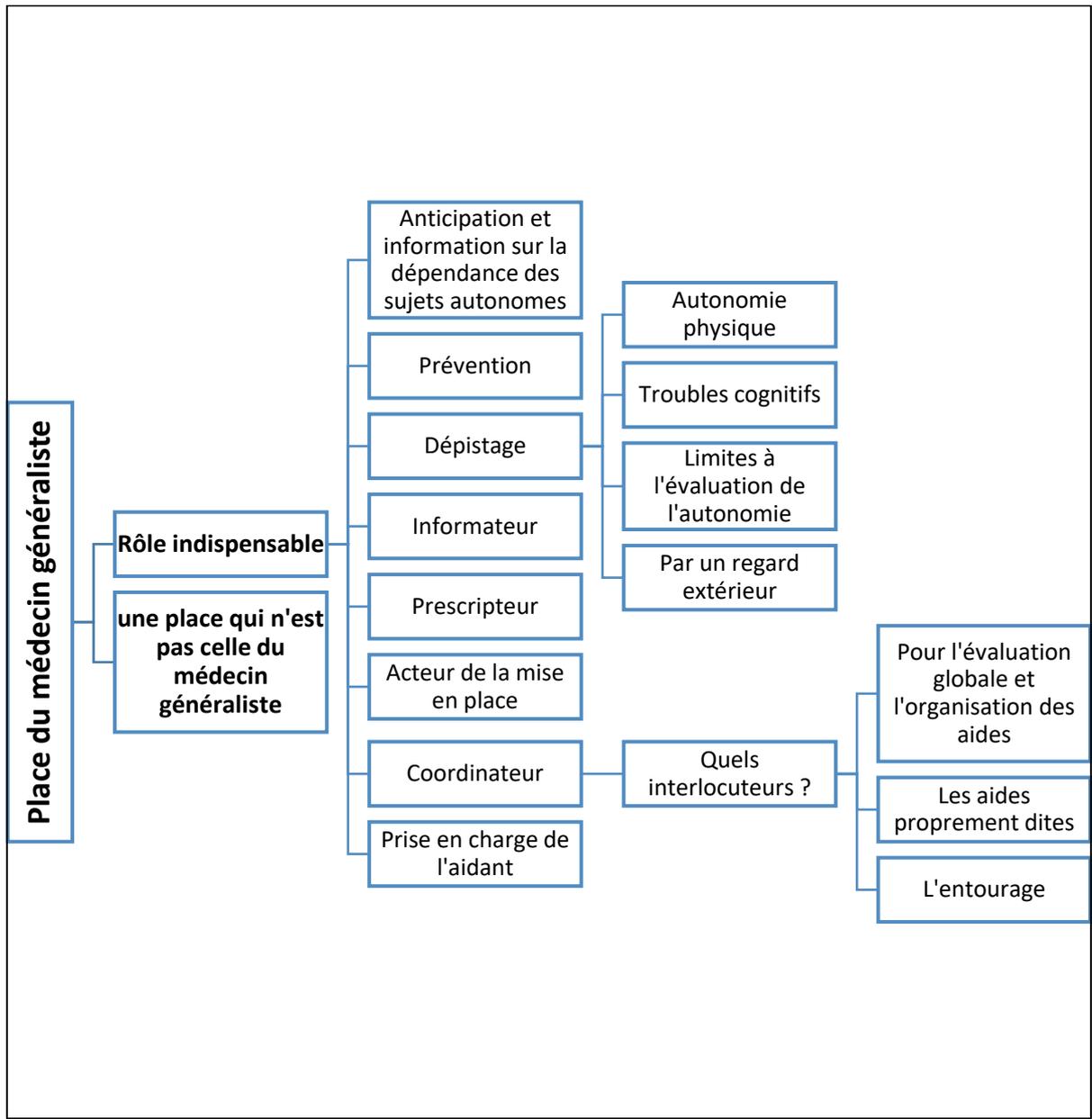


Figure 3 : Les différents rôles du médecin généraliste

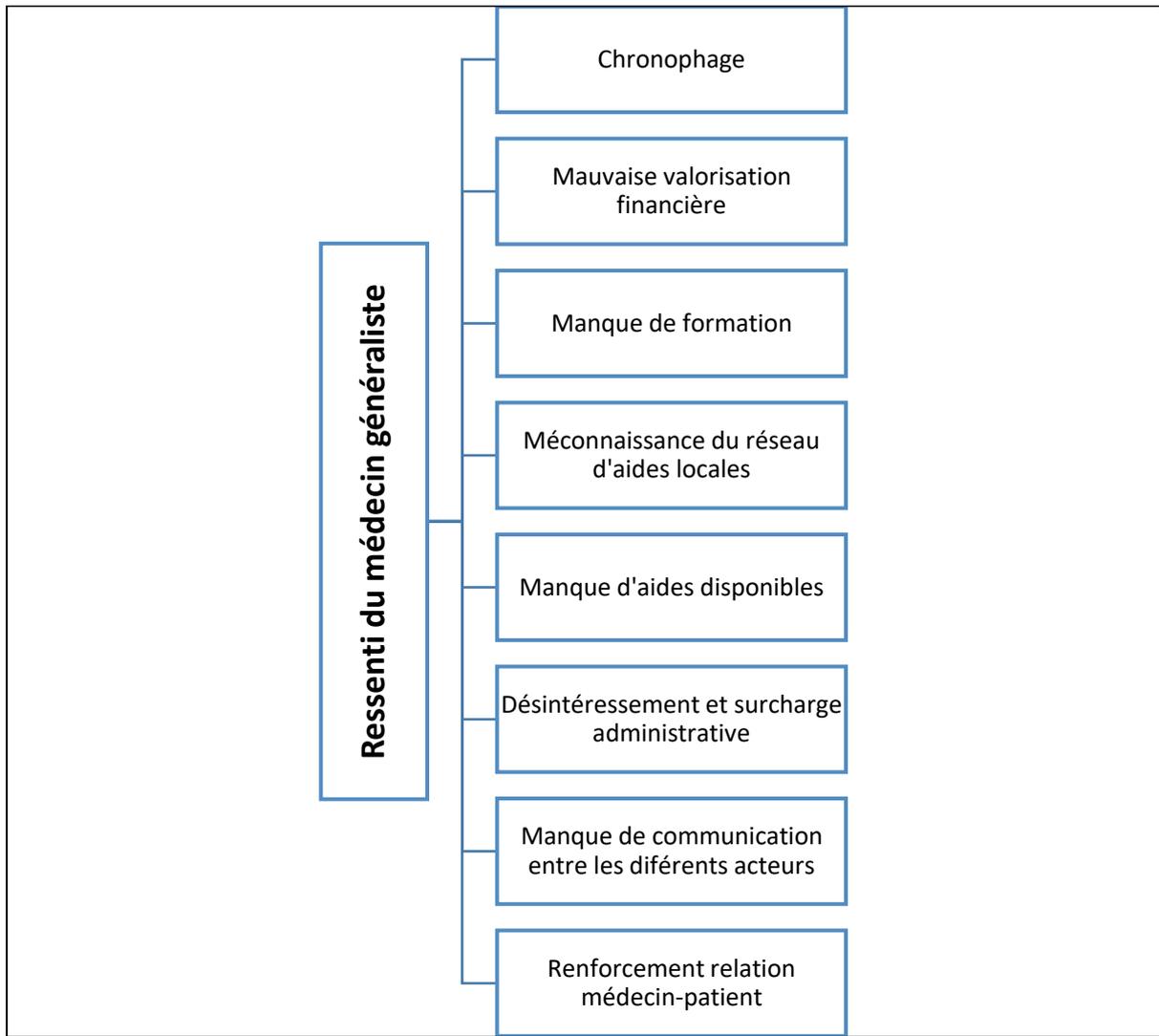


Figure 4 : Le ressenti du médecin généraliste

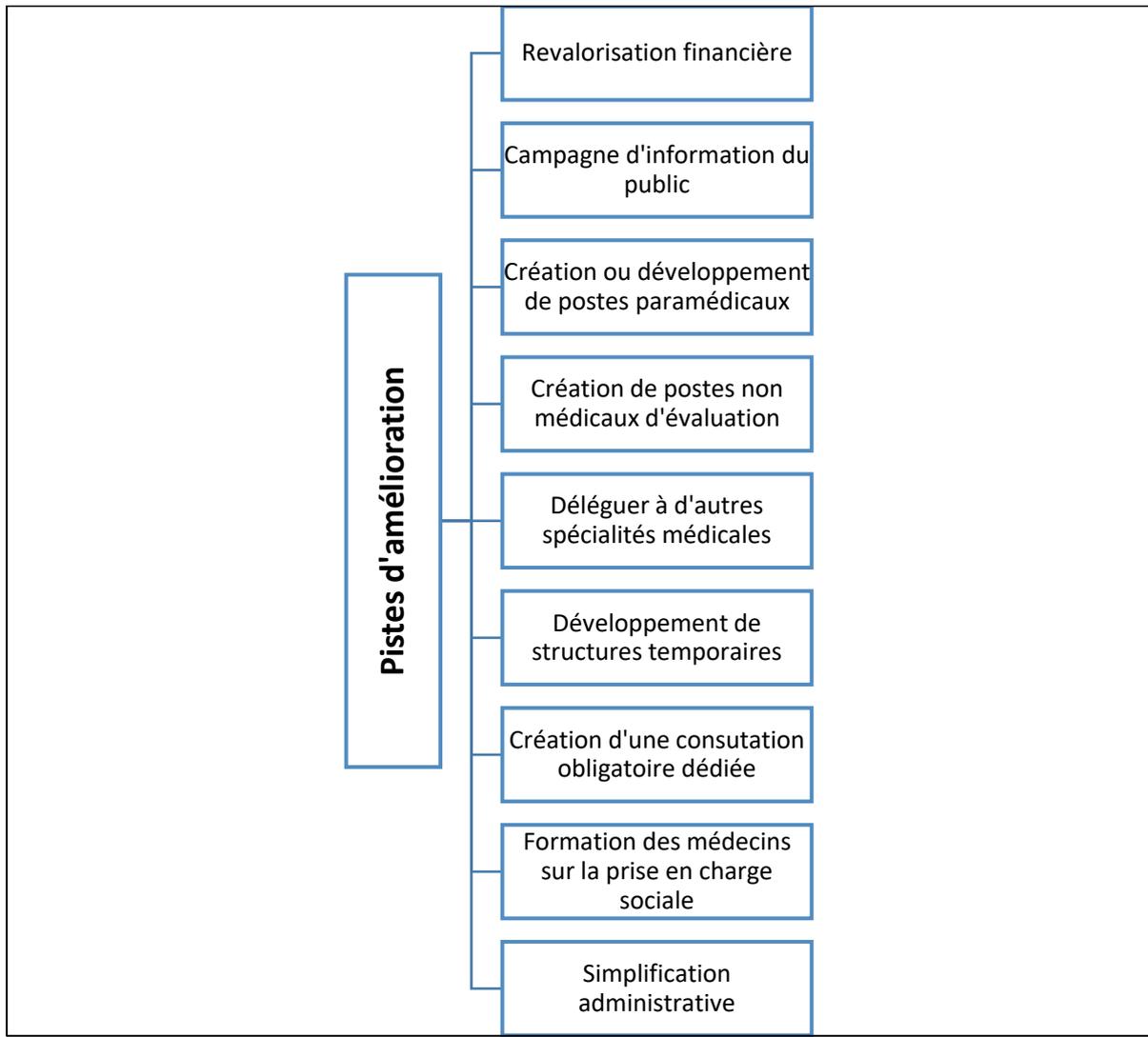
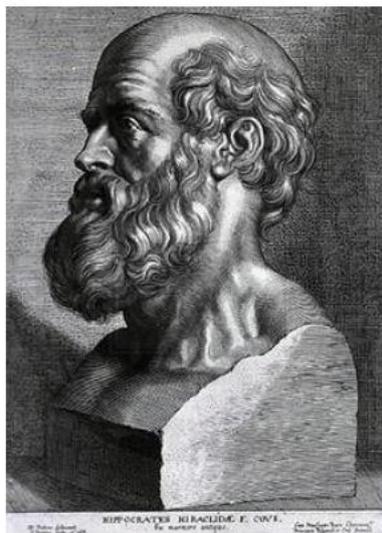


Figure 5 : Les pistes d'amélioration

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie

RÉSUMÉ :

Introduction : La population française vieillit et le maintien à domicile se pose comme un enjeu majeur. Le médecin généraliste est au centre de cette prise en charge mais son rôle est mal défini.

Objectif : Réaliser un état des lieux sur le ressenti du médecin généraliste et sa place dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées.

Matériels et Méthodes : Une recherche qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels et par groupes de deux auprès de treize médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie.

Résultats : La place du médecin généraliste apparaît le plus souvent comme essentielle. Le dépistage des pertes d'autonomie et la coordination entre les structures d'évaluation, l'entourage et les aides proprement dites sont les deux rôles les plus cités. Ensuite viennent l'information sur la dépendance et les moyens d'y suppléer, la prévention des pertes d'autonomie, la prescription d'aide et la prise en charge de l'aidant. La mise en place effective des interventions à domicile par le médecin reste limitée.

Concernant le ressenti, les médecins déplorent une prise en charge chronophage et insuffisamment rémunérée avec quelquefois une surcharge administrative. Ils considèrent également, pour certains, avoir des lacunes dans leur formation, et méconnaissent le réseau d'aide local. Ils se heurtent parfois au manque d'aide disponible et aux difficultés de communication entre les différents acteurs.

Conclusion : Il existe finalement autant de pratiques que de médecins car leur rôle est mal délimité et ceux-ci doivent s'adapter au réseau local existant mais également à chacun de leur patient. Malgré tout, les médecins restent volontaires pour participer à cette prise en charge, même si actuellement c'est plutôt par devoir qu'ils le font et que de nombreuses améliorations sont à envisager.

Mots clés : Médecins généralistes, affect, sujet âgé, sujet âgé de 80 ans ou plus, personnes dépendantes à domicile, aide sociale aux personnes âgées, vie autonome