



HAL
open science

Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers gériatriques : étude quantitative auprès de 176 médecins généralistes français

Marie Lopez

► To cite this version:

Marie Lopez. Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers gériatriques : étude quantitative auprès de 176 médecins généralistes français. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02531701

HAL Id: dumas-02531701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531701v1>

Submitted on 3 Apr 2020

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.

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 23/01/2020

Par **Marie LOPEZ**

Née le 12 septembre 1987 à Oloron Sainte Marie

**FACTEURS DECISIONNELS LIMITANT LA DEMARCHE
DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE EN SOINS PREMIERS
GERIATRIQUES**

Étude quantitative auprès de 176 médecins généralistes français

Directeur de thèse :
Docteur Arnaud Cugerone

Membres du jury :

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY
Monsieur le Professeur William DURIEUX
Madame le Docteur Claire ROUBAUD BAUDRON
Madame le Docteur Laura COVEX
Monsieur le Docteur Arnaud CUGERONE

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Directeur

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

À Madame le Pr Muriel Rainfray, vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir mes sincères remerciements,

À Monsieur le Pr William Durieux, vous me faites l'honneur d'être rapporteur de cette thèse, je vous prie d'accepter toute ma reconnaissance,

À Madame le Dr Claire Roubaud Baudron, vous me faites l'honneur de juger cette thèse, je vous prie d'accepter mes remerciements,

A Madame le Dr Laura Covex, ma consœur et amie des premiers jours, tu m'as donné l'opportunité de poursuivre ton travail de thèse, et je t'en remercie mille fois. Reçois toute mon admiration pour ton parcours exemplaire.

A Monsieur le Dr Arnaud Cugerone, tu me fais l'honneur de diriger ce travail. Merci encore pour ta disponibilité, ta curiosité et ton expertise. Merci d'avoir su valoriser mon travail et mes capacités tout au long de ces derniers mois. La recherche en médecine générale a de belles années devant elle ! Reçois tout mon respect et mes encouragements pour la suite de ton travail.

A mes pairs,

A toutes les équipes hospitalières rencontrées au cours de mon internat, à mes maitres de stage de médecine générale Dr Marion et Dr Lemasson qui ont marqué mon apprentissage, à tous les médecins que j'ai remplacé pour leur bienveillance et leur confiance.

A mes futurs collègues Antoine et Leire, et tous les professionnels de la maison médicale d'Espelette qui me font l'honneur de m'accepter parmi eux. Merci pour votre confiance, votre gentillesse et votre soutien.

A Coralie pour son énorme travail sur les statistiques, son expertise et sa patience, et pour son amitié si vieille déjà. Je ne te remercierais jamais assez pour ton aide. Je suis fière que nos parcours respectifs se rencontrent encore, tant de chemin accompli !

A ma famille,

A mon père, à Maddalen, pour leur soutien hors norme durant toutes ces années. Ma réussite est sans doute aussi la vôtre. A Diana, qui fait le bonheur de ma sœur chérie.

A mes grands-parents, aux familles Berrogain et Lopez pour leurs encouragements et tous les bons souvenirs qui me permettent d'avancer.

A la famille Campet pour m'avoir accueillie avec tant de bienveillance et d'affection.

A Patxi, pour sa patience, son aide dans ce travail, et toutes les belles choses qu'il met dans ma vie.

A mes proches et amis,

Au G5 (Aurore, Maylis, Matthieu, Nicolas) qui m'accompagnent par leur humour et leur drôlerie dans toutes les étapes de ma vie. Merci pour tout et ne changez rien !

A mes confrères et amis, Leire, Mélanie, Andoni, avec qui on invente, chaque semaine, la collégialité au restaurant. Merci de votre soutien, de vos conseils. Je suis assez fière de cette équipe.

A mes co-internes, colocs croisés durant mon internat : Xan, Camille, Tiffany, Tatiana, Jeremie.

A Lea, mon binôme d'externat, pour ces années passées ensemble et le souvenir mémorable du Mexique.

A mes amis Erasmus (Claire x 2, Maelle, Alexandre, Antoine, Markotx).

A mes amis souletins, bayonnais, ils se reconnaîtront, pour tous les bons moments passés et futurs à partager.

A ma mère à qui je dédie ce travail.

RESUME

Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique et thérapeutique en soins premiers gériatriques. Étude quantitative auprès de 176 médecins généralistes français.

Introduction : Le vieillissement de la population n'étant pas uniforme, les particularités des patients âgés ne permettent pas une standardisation de la décision. Le médecin généraliste fait face à des situations polypathologiques complexes, nécessitant une décision adaptée, efficiente et éthique.

L'objectif de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs décisionnels influençant les médecins généralistes dans les situations de limitation diagnostique et thérapeutique chez leurs patients âgés.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale, sur un échantillon représentatif de 600 médecins généralistes français, tirés au sort sur l'annuaire santé. Le critère d'inclusion était d'exercer en médecine générale. Le questionnaire, réalisé sur Lime Survey®, a été diffusé par mail et courrier. Il a été élaboré à partir des résultats d'une thèse qualitative sur les facteurs limitants la démarche diagnostique et thérapeutique. L'analyse des données a été réalisée sur RStudio®.

Résultats : Le taux de réponse était de 29,3%. Plus de 75% des médecins de l'échantillon rapportent être influencés par l'autonomie, les antécédents et comorbidités, le souhait du patient, la qualité de vie après intervention, et la bonne tolérance de l'épisode actuel.

Pour les $\frac{3}{4}$ des médecins de l'échantillon, cette décision n'est pas facile. Les médecins exprimant des difficultés semblent plus influencés par l'autonomie de leur patient. Les principales difficultés sont avant tout des questionnements éthiques, des difficultés émotionnelles, et de communication.

85% des médecins ne prennent pas un avis systématique auprès d'un spécialiste. La décision se fait alors avec le patient, sa famille, les paramédicaux et s'appuie sur les directives anticipées, la formation et le vécu du médecin.

La qualité de vie du patient est évaluée de préférence par une discussion avec le patient et son entourage. Secondairement, un compte rendu RCP peut être utilisé.

45% des médecins de notre échantillon déclarent utiliser des réseaux spécifiques aux soins des personnes âgées.

Conclusion : Les médecins généralistes souhaitent prioritairement prendre en compte les volontés du patient et sa qualité de vie. La décision, partagée et collégiale, leur impose une importante réflexion éthique. Elle est un enjeu de communication avec le patient et sa famille. La généralisation des directives anticipées, la prise en compte de l'autonomie et de la qualité de vie dans les outils d'aide à la décision pourront être des aides apportées à cette prise de décision.

Discipline : médecine générale

Mots clés : soins premiers, personne âgée, limitation thérapeutique, limitation diagnostique, facteurs décisionnels, décision médicale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité).

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
RESUME	4
SERMENT D'HIPPOCRATE	5
TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX	8
TABLE DES ANNEXES	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
Le contexte	11
I. INTRODUCTION	12
1- Épidémiologie et particularités de la personne âgée malade	12
1.1- Vieillesse de la population.....	12
1.2- Particularités de la personne âgée malade	15
2- Décision médicale en soins premiers	17
2.1- Aspects généraux.....	17
2.2- Coordination et parcours de soins des personnes âgées.....	18
2.3 - Standardisation de la décision	19
3- Incertitude en gériatrie et enjeux éthiques	19
3.1- Des situations polyopathologiques complexes	19
3.2 - Les enjeux éthiques à cette décision médicale.....	21
II- Objectifs de l'étude	24
III- Matériels et méthode	25
1 - Choix de la méthode et de la population	25
2 - Diffusion du questionnaire	25
3 - Recueils de données	26
4 - Analyse	26
IV- Résultats	27
1 - Taux de réponse	27
2 - Analyse descriptive de l'échantillon	28
2.1 - Données socio-démographiques	28
2.2 - Formation.....	30
3. Analyse descriptive des données	31
3.1 - Facteurs limitants dans la décision.....	31
3.2 - Avis sur les difficultés à cette prise de décision	32
3.3 - Choix d'un avis auprès d'un spécialiste.....	33
3.4 - Évaluation de la qualité de vie du patient	33
3.4 - Travail en réseaux	34
3.5 - Facteurs limitants dans les cas cliniques.....	34
4. Descriptif comparatif selon ancienneté du médecin	35
5. Descriptif comparatif selon demande d'avis à un spécialiste	37
6. Descriptif comparatif selon difficultés à la prise de décision	39
7. Descriptif comparatif selon le secteur d'exercice	40
8. Descriptif comparatif selon la formation	40
9- Proposition d'amélioration de la prise en charge de ces patients	41

V- Discussion.....	41
1- Synthèse des résultats	41
1.1 - Résultats principaux.....	41
1.2 - Résultats secondaires :.....	42
2- Comparaison à la littérature	43
3 - Forces et faiblesses de l'étude.....	45
4 - Perspectives :.....	46
VI- Conclusion.....	47
VII : Bibliographie	48
VIII- Annexes.....	50

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : <i>Espérance de vie et taux de mortalité infantile de 1950 à 2018 en France (INSEE)</i>	12
Figure 2 : <i>Pyramide des âges 2019</i>	13
Figure 3 : <i>Pyramide des âges en 2070, INSEE, projections de population 2013-2070</i>	13
Figure 4 : <i>Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge en 2016 (France, hors Mayotte), DREES enquête sociale</i>	13
Figure 5 : <i>J.P.Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984</i>	15
Figure 6 : <i>Territoires du dispositif PAERPA en 2017</i>	18
Figure 7 : <i>Prise en charge du patient âgé en médecine palliative : les différentes phases d'une polyopathie en gériatrie</i>	20
Figure 8 : <i>Principe de l'éthique biomédicale (définis par Beauchamp et Childress)</i>	21
Figure 9 : <i>Diagramme de flux des participants</i>	27
Figure 10 : <i>Classe d'âge des répondants</i>	28
Figure 11 : <i>Ancienneté d'exercice des répondants</i>	28
Figure 12 : <i>Secteur d'activité des répondants</i>	29
Figure 13 : <i>Répartition géographique des médecins de l'échantillon</i>	29
Figure 14 : <i>Formation des médecins répondants</i>	30
Figure 15 : <i>Difficultés rencontrées par les médecins répondants</i>	32
Figure 16 : <i>Raisons évoquées en l'absence d'avis d'un spécialiste</i>	33
Figure 17 : <i>Évaluation qualité de vie</i>	33
Figure 18: <i>Comparaison moyenne et écart-types de l'ancienneté d'exercice dans les deux groupes de médecins</i>	38
Figure 19: <i>Comparaison moyenne et écart-types de l'ancienneté d'exercice dans les deux groupes de médecins</i>	39

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance, 2016.....	14
Tableau 2 : Facteurs limitants en lien avec « état général du patient »	31
Tableau 3 : Facteurs limitants en lien avec « souhait du patient et environnement social »....	31
Tableau 4 : Facteurs limitants « balance bénéfiques/risques et organisation des soins ».....	32
Tableau 5 : Résumé des facteurs limitants des 2 cas cliniques.....	34
Tableau 6 : Caractéristiques générales et formation des médecins de l'échantillon selon leur ancienneté d'exercice	35
Tableau 7 : Tableau comparatif des réponses selon ancienneté d'exercice des médecins	36
Tableau 8 : Tableau comparatif des caractéristiques des médecins et leurs réponses, selon demande d'avis systématique à un spécialiste.....	37
Tableau 9 : Tableau comparatif des caractéristiques des médecins et leurs réponses, selon difficultés à la décision.....	39
Tableau 10 : Tableau comparatif des difficultés rencontrées selon secteur d'exercice des médecins de l'échantillon	40
Tableau 11 : Tableau comparatif des réponses selon la formation des médecins	40

TABLE DES ANNEXES

<i>Annexe 1 : Version française de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du gerontopôle de Toulouse</i>	50
<i>Annexe 2 : Synthèse des résultats de la thèse qualitative de Laura COVEX</i>	51
<i>Annexe 3 : Questionnaire diffusé à l'échantillon de 600 médecins généralistes</i>	52
<i>Annexe 4 : Réponses libres à la question : Comment pensez-vous qu'il faudrait améliorer la prise en charge de ces patients âgés en soins premiers?</i>	59
<i>Annexe 5 : Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti- Groupe SFAP/SFGG-</i>	63

LISTE DES ABREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ALD : Affection Longue Durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
CCP : Coordination Clinique de Proximité
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CTA : Coordination Territoriale d'Appui
DDE : Décision après une Démarche Éthique
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU/DIU : Diplôme Universitaire/ Diplôme Inter-Universitaire
EBM : Evidence Base Medecine
EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG : Équipe Mobile de Gériatrie
GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool
GIR : Groupe Iso-Ressources selon la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources)
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques
LATA : Limitation et/ou Arrêt des Thérapeutiques Actives
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPQL : Older People Quality of Life
PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PPSP : Plan Personnalisé de Soins et de Prévention
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
WHOQOL : World Health Organization Quality Of Life

Le contexte

Au cours du XX^e siècle, la proportion de sujets âgés dans la population française s'est fortement accrue. Le vieillissement individuel n'étant pas uniforme, la population âgée est un groupe hétérogène. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Notre système de soins devra faire face à une augmentation croissante d'hospitalisations, de maladies chroniques, de fragilité, de troubles cognitifs, et de dépendance, engendrant ainsi un accroissement des recours aux soins et de leurs coûts.

La personne âgée malade présente des **caractéristiques particulières** puisque, bien souvent, une décompensation fonctionnelle viendra s'ajouter à un terrain fragilisé par le vieillissement. En soins premiers, les professionnels de santé font face à des situations médico-psycho-sociales complexes. Les filières gériatriques se sont donc développées pour répondre à un besoin de prise en charge unique et globale.

Face à ces constats, les autorités de santé publique ont pris la mesure du défi à venir, et favorisé deux axes de changement : **le développement du repérage de la fragilité et l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées.**

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans cette prise en charge. Il coordonne le parcours de soins, organise les interventions des autres professionnels de santé, informe le patient, et l'associe aux décisions qui le concerne. Lors d'une décompensation fonctionnelle, il devra faire face à de multiples incertitudes :

- des incertitudes diagnostiques et thérapeutiques : les défaillances organiques « en cascade » mettent en difficulté la démarche décisionnelle classique.
- des questionnements éthiques : associer le patient à la décision, avoir une réflexion collégiale avec d'autres professionnels, préserver la dignité et la qualité de vie, et surtout le juste positionnement entre non-acharnement et obstination déraisonnable.

Au travers de cette étude, nous avons voulu comprendre comment les médecins généralistes font face à ce type de décision. Quels sont les facteurs qui les influencent dans leur démarche et qui guideront leur choix.

Notre travail a donc consisté à une évaluation descriptive des pratiques d'un échantillon de médecins généralistes en France, au travers d'un questionnaire.

I. INTRODUCTION

1- Épidémiologie et particularités de la personne âgée malade

1.1- Vieillesse de la population

Au 1er janvier 2019, la France compte 66,9 millions d'habitants. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20% de la population. Selon les projections de l'INSEE, ce phénomène s'accélère jusqu'en 2050, où un habitant sur trois aura plus de 65 ans.

Si ces tendances démographiques se maintiennent, la France compterait 76,5 millions d'habitants, en 2070. La quasi-totalité de cette hausse de population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Ce vieillissement démographique résulte de deux phénomènes :

- la baisse de la fécondité qui conduit à diminuer le nombre de sujets jeunes
- l'allongement de l'espérance de vie qui accroît le nombre de personnes âgées : 30 années supplémentaires d'espérance de vie au cours du XX^e siècle.

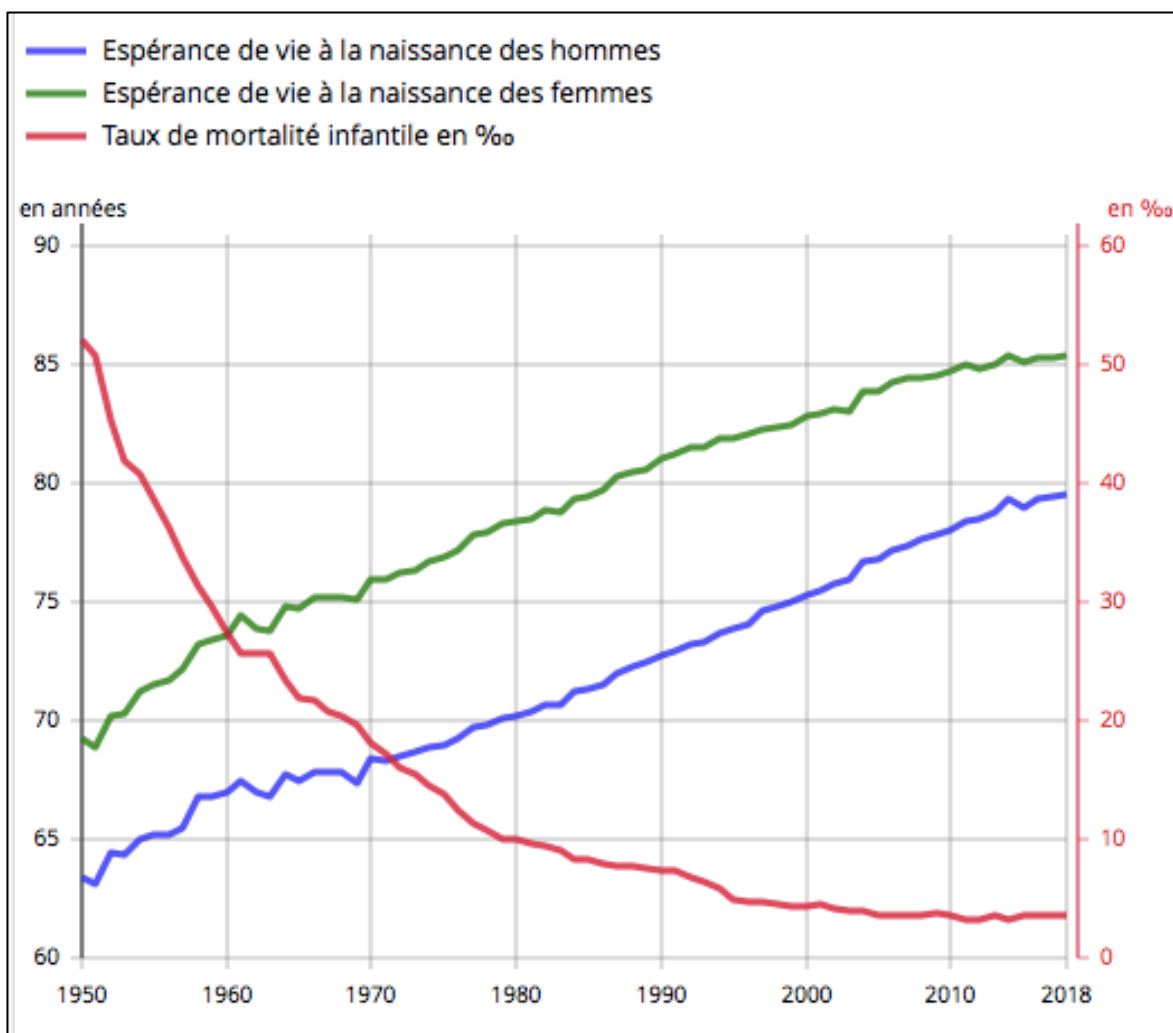


Figure 1 : *Espérance de vie et taux de mortalité infantile de 1950 à 2018 en France (INSEE)*

En France, en 2018, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes.

D'autre part, elle s'explique par le vieillissement de la génération du baby-boom : entre 2020 et 2060, on attend un fort accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, indépendamment de l'amélioration de l'espérance de vie

Ce changement démographique entraîne une modification de la pyramide des âges et une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. (1)

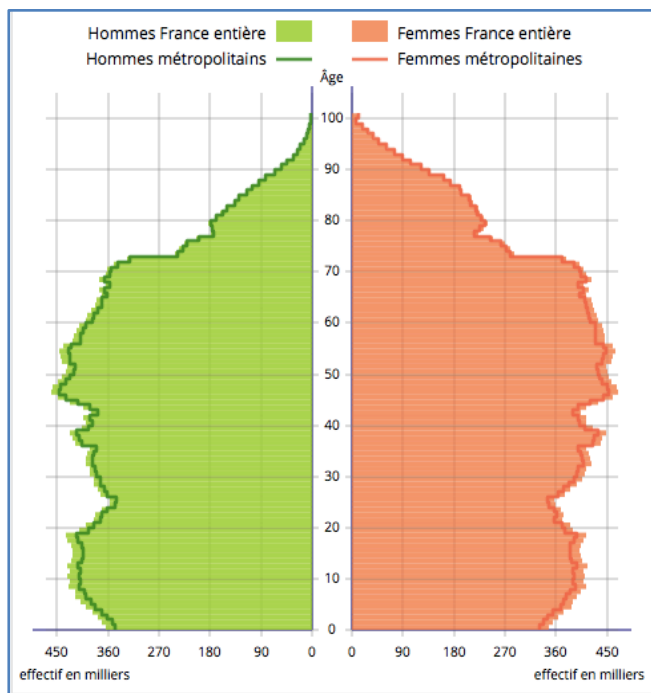


Figure 2 : Pyramide des âges 2019

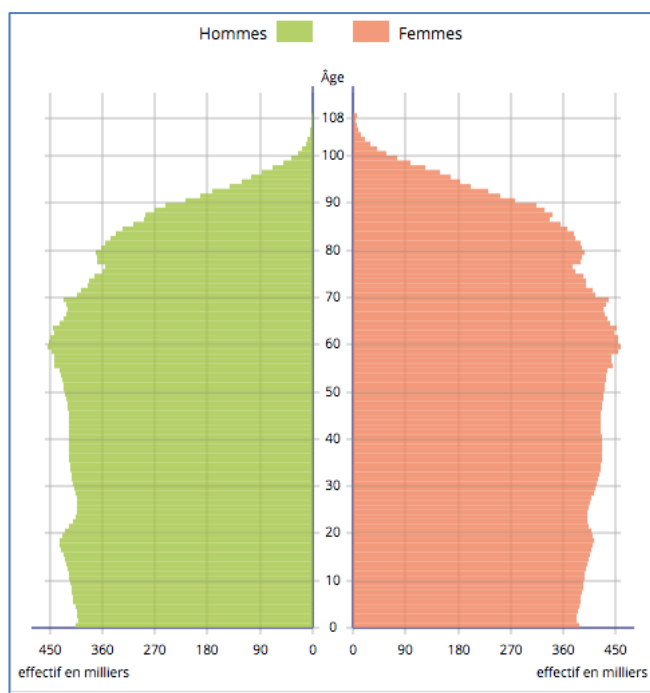


Figure 3 : Pyramide des âges en 2070, INSEE, projections de population 2013-2070

Une population âgée très hétérogène :

Parmi ces personnes âgées, il existe des profils très divers en termes de mode de vie, de dépendance et de besoins en santé.

Si l'on observe les 1,2 millions de bénéficiaires de l'APA, nous savons que 60% d'entre eux vivent à domicile et 40% en établissement.

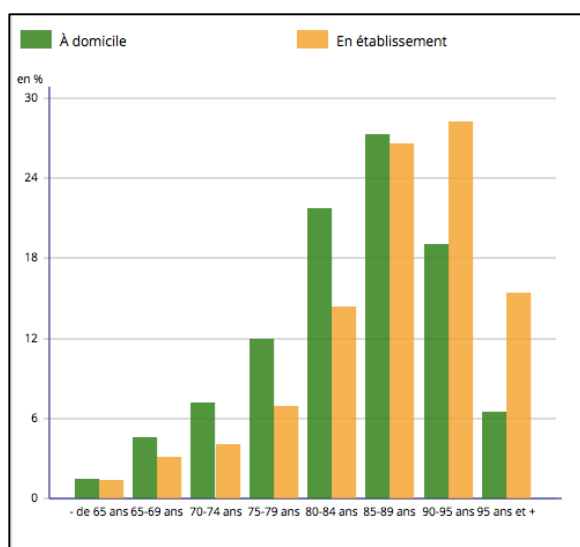


Figure 4 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge en 2016 (France, hors Mayotte), DREES enquête sociale

Ainsi, on remarque que les allocataires à domicile sont globalement moins dépendants que ceux en établissement : 59 % d'entre eux sont classés en GIR 4, selon la grille AGGIR, contre 23 % pour les allocataires vivant en établissement. À l'opposé, 19 % sont très dépendants à domicile et classés en GIR 1 ou 2, contre 59 % en établissement. Les structures d'accueil sont donc davantage orientées vers la prise en charge de la dépendance.

Tableau 1 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance, 2016

Au 31 décembre	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
À domicile	2	17	22	59	100
En établissement	16	43	18	23	100

Parmi ces personnes âgées de plus de 75 ans, 85% d'entre elles ont au moins une pathologie, 57% d'entre elles ont au moins une ALD, 40% d'entre elles en ont au moins 2, et 0,8% au moins 4. (2)

Une enquête réalisée par la DREES en 2012 visait à analyser la prise en charge des personnes âgées dépendantes, vivant à domicile. (3)

Les médecins généralistes interrogés déclaraient que 84% des prises en charge se faisaient au domicile du patient.

Leur suivi médical se répartissait entre :

- le suivi de pathologies chroniques stables (65 % de leurs visites à domicile, et 74 % des consultations au cabinet)
- la prise en charge de poussée aiguë de maladies chroniques (14 %)
- la prise en charge d'affections aiguës moins courantes (12%).

D'après les données de l'Assurance Maladie, 33% des personnes âgées de plus de 75 ans ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne. Parmi ces hospitalisations, 44% d'entre elles ont été réalisées par un passage aux urgences.

• **Un enjeu de santé publique**

Pour faire face à ces problématiques, plusieurs programmes gouvernementaux ont vu le jour. Le Partenariat Européen d'Innovation pour un Vieillessement actif et en Bonne Santé (EIP on AHA), mis en place depuis 2011, exprime clairement que l'enjeu n'est pas uniquement l'augmentation de l'espérance de vie dans le territoire européen. Ce projet a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et s'est fixé pour objectif d'accroître de 2 ans l'espérance de vie en bonne santé.

En France, la loi du 28 décembre 2015 (4) relative à l'adaptation de la société au vieillissement vise à anticiper et accompagner la perte d'autonomie. Parmi les mesures juridiques mises en place, on retrouve des mesures favorisant le maintien au domicile :

- améliorer les aides techniques et adapter les logements à la perte d'autonomie
- revaloriser le plafond des aides de l'APA,
- développer un appui et une formation des aidants, notamment par le développement des séjours de répit.

D'autres mesures s'attachent au développement d'habitats alternatifs (résidences autonomie).

1.2- Particularités de la personne âgée malade

- Effets du vieillissement

En France, la gériatrie se développe depuis 40 ans et est une spécialité depuis 2004. La spécificité de la prise en charge gériatrique réside dans la prise en charge globale du patient. Elle tient compte des particularités cliniques, psychologiques et sociales du patient.

Lors d'un évènement aigu, la démarche classique qui consiste à relier les symptômes à une pathologie unique ne fonctionne pas. « La décompensation fonctionnelle est provoquée par la survenue de maladies chroniques et/ou aiguës sur un terrain plus ou moins fragilisé par le vieillissement ». (5)

C'est la théorie de décompensation en cascade des pathologies : théorie 1+ 2 +3 de JP Bouchon, la décompensation fonctionnelle d'un organe, sous l'effet d'un événement intercurrent.

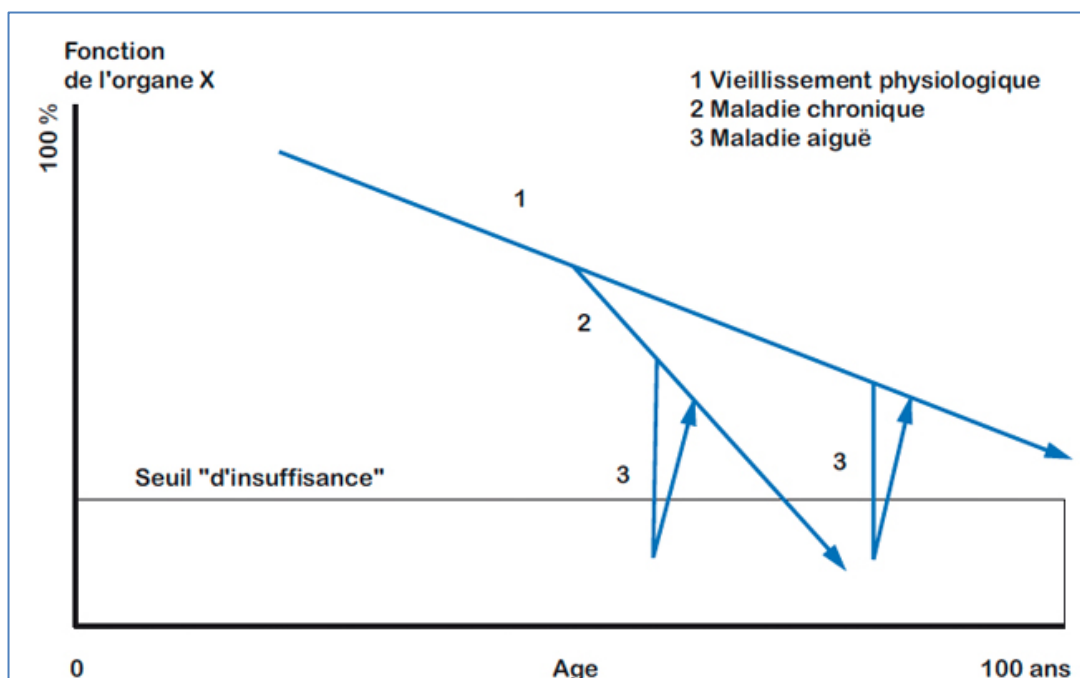


Figure 5 : J.P.Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984

- 1- Les effets du vieillissement réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- 2 - Les affections chroniques surajoutées altèrent les fonctions.
- 3 - Les facteurs de décompensation sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, iatrogénie et facteurs psychosociologiques.

- **Repérer la fragilité**

La société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante : « *la fragilité est un syndrome clinique. Il se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est considéré comme un déterminant de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences.* » (6)

On parle donc de fragilité ou vulnérabilité pour désigner un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle, ou majoration de la perte fonctionnelle préexistante.

L'intérêt du repérage de la fragilité est multiple :

- prévenir le déclin fonctionnel des patients âgés et retarder leur perte d'autonomie
- anticiper la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance : il peut permettre à des sujets qui ne sont pas fragiles, ou pré-fragiles, d'accéder à des soins qui leurs sont parfois refusés du fait de l'âge
- limiter les coûts élevés des prises en charge : dépenses de santé en lien avec l'augmentation de la dépendance, les hospitalisations, ou l'institutionnalisation.

Les questionnaires de repérage de la fragilité sont souvent dérivés des phénotypes de FRIED (7) :

Critères de FRIED :

- 1 - perte de poids involontaire depuis un an (sup à 5%)
- 2 - épuisement ressenti par le patient
- 3 - vitesse de marche ralentie
- 4 - baisse de la force musculaire
- 5 - activités physiques réduites

Trois états repérables :

- 0 critère : les non fragiles ou robustes,
- 1 à 2 critères : les pré-fragiles
- 3 critères ou plus : les fragiles

En 2009, les résultats préliminaires de l'étude SHARE, menée dans dix pays européens, évaluaient à 40% le nombre de personnes âgées pré-fragiles et 10% le nombre de personnes âgées fragiles. (8)

L'HAS incite au repérage de la fragilité, permettant ainsi de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. (9)

Parmi les méthodes utilisées, l'HAS reconnaît comme référence l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). L'EGS est une méthode d'évaluation globale (échelle d'autonomie, de dépression, évaluation du risque nutritionnel ou de chute) qui va permettre d'identifier les syndromes gériatriques les plus fréquents, et les patients âgés les plus à risque.

Cependant, c'est un dispositif lourd, qui prend du temps et qui requiert des compétences spécifiques. Elle semble peu adaptée au repérage de la fragilité en soins premiers.

L'HAS cite également un outil validé, élaboré par le gérontopôle de Toulouse : gérontopôle frailty screening tool (GFST). Plus court et conçu pour les médecins généralistes, il se base sur les phénotypes de Fried et permet de cibler les patients pouvant bénéficier d'une EGS.

Une enquête Handicap-Santé INSEE-DREES (3), sur l'évaluation de la dépendance des patients âgés par les médecins généralistes, observe qu'un quart des médecins déclarent utiliser « toujours » ou « souvent » des outils validés d'évaluation de la dépendance. Ils sont près d'un tiers à indiquer n'y avoir jamais recours. L'utilisation de ces outils d'évaluation est deux fois plus fréquente parmi les médecins déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie. Elle est même trois fois plus fréquente chez les 13 % de médecins membres d'un réseau gérontologique, et chez les 8% de médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Pour une meilleure identification des personnes âgées fragiles, il est nécessaire que les médecins généralistes disposent d'un outil simple d'utilisation, peu chronophage, largement diffusé, et universel. A ce jour, l'EGS en milieu spécialisé reste la référence.

2- Décision médicale en soins premiers

2.1- Aspects généraux

La décision médicale se base sur la médecine fondée sur les preuves (EBM), mais il ne se réduit pas qu'à ce seul fondement. C'est un processus complexe qui implique plusieurs types de raisonnement :

- un raisonnement analytique permettant de générer et tester des hypothèses à partir des caractéristiques du patient, de l'histoire de la maladie, des symptômes et des traitements entrepris
- un raisonnement utilisant des outils d'aide à la décision s'appuyant sur des référentiels de bonne pratique clinique
- un raisonnement non analytique qui s'apparente à un raisonnement intuitif, résultant d'une interprétation inconsciente d'informations. Ce raisonnement dit associatif ou intuitif, comme décrit plus haut, est particulièrement important chez les médecins généralistes face à des situations complexes de patients gériatriques. (10)

La France est l'un des seuls pays à avoir officialisé la décision médicale partagée par un texte de loi (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Il s'agit en théorie d'un échange d'informations, d'une délibération entre le médecin et son patient, puis d'un accord commun. (11) Néanmoins, le niveau d'information souhaité peut varier d'un patient à un autre, c'est donc aux professionnels de s'adapter aux besoins de chacun.

Cette décision partagée s'oppose au modèle paternaliste où le médecin décide seul, au modèle informatif où le patient décide seul, et au modèle collectiviste où l'intérêt collectif est privilégié.

2.2- Coordination et parcours de soins des personnes âgées

Bien que la prise en charge de ces patients soit pluri-professionnelle, le rôle du médecin généraliste reste central. L'article L.4130-1 du Code de la santé publique (loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009) réaffirme ce rôle « assurant la coordination des soins nécessaires à ses patients ». Le médecin traitant a généralement une bonne connaissance de l'environnement social et familial du patient, il va permettre le suivi au long cours, l'organisation et la gestion de l'intervention des différents acteurs.

Lorsque la situation nécessite une coordination entre plusieurs professionnels, l'HAS propose d'élaborer un Plan Personnalisé de Soins et de Prévention (PPSP). Cette approche pluridisciplinaire permet d'associer les compétences diverses et complémentaires de chaque professionnel de santé (pharmacien, infirmiers libéraux, structures de soins à domicile, kinésithérapeutes, assistants sociaux).

- **Les réseaux de santé**

Plus de 700 réseaux de santé existent aujourd'hui en France.

Certains réseaux sont spécialisés dans l'intervention auprès de malades atteints de pathologies particulières (cancer, maladies chroniques, douleur, soins palliatifs).

On peut également citer les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), et les équipes mobiles de gériatries (EMG).

- **Dispositif PAERPA**

Depuis 2014, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé un projet pilote dans plusieurs départements français nommé PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie). (12) L'objectif est un parcours de soins mieux coordonné, s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans, qui pour des raisons médicales ou sociales, sont à risque de perte d'autonomie.

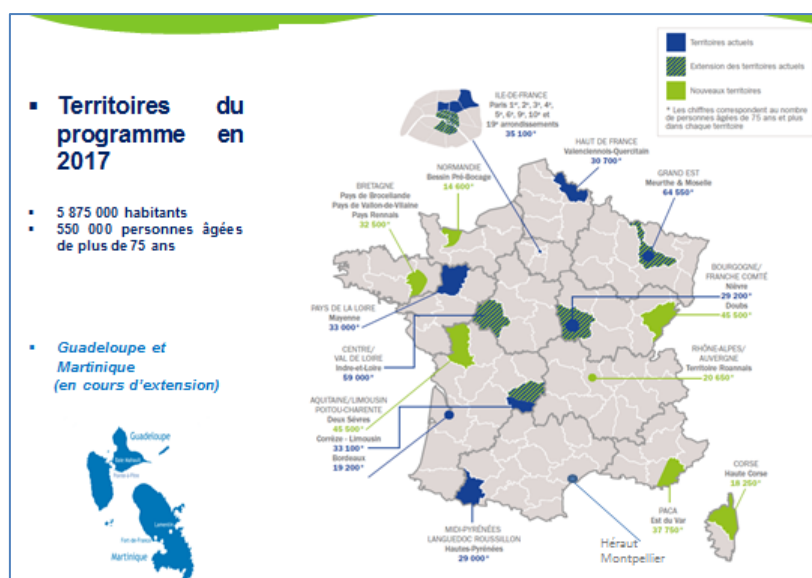


Figure 6 : Territoires du dispositif PAERPA en 2017

Depuis 2016, le projet s'étend progressivement à l'ensemble du territoire Français dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2.

Ce dispositif souhaite renforcer les moyens des équipes de proximité, des équipes mobiles, des hôpitaux de jour, et de la télémédecine ; afin de diminuer le recours aux hospitalisations en situation aigue.

Pour cela, le projet s'appuie sur des outils de coordination tels que :

- la Coordination Clinique de Proximité (CCP) : réunissant les membres des équipes de proximité autour pour l'élaboration du PPSP et de formations spécifiques
- la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) : plateforme d'information et d'accompagnement utilisant les réseaux de santé déjà en place
- la transition Ville-Hôpital-EHPAD : favoriser la transmission systématique des comptes rendus/dossiers de liaison d'urgence par messagerie sécurisée, notamment.

2.3 - Standardisation de la décision

On retrouve beaucoup d'investigations relatives aux « aides à la décision », celles-ci ayant pour but de standardiser la décision afin d'optimiser la prise en charge selon l'EBM. Ce besoin de protocole permet sans doute de se protéger de certains aspects émotionnels. C'est une rationalisation de la prise en charge qui laisse peu de place au cas particulier, comme les patients âgés.

Les outils d'aide à la décision médicale sont peu évalués en français. Cependant, selon une méta-analyse Cochrane (13) portant sur 86 essais contrôlés entre 2006 et 2009, elle permettrait :

- une augmentation du niveau de connaissance et de compréhension du patient sur les différentes options qui s'offrent à lui
- une augmentation de la participation du patient dans cette prise de décision
- une meilleure communication patients/médecins.

En réalité, une partie de ces référentiels de bonne pratique découlent d'essais cliniques ne prenant pas en compte les spécificités des patients gériatriques, ou parfois même les excluant des protocoles.

Lorsque les référentiels ne sont pas applicables, il revient au médecin d'individualiser la décision en appliquant des règles plus spécifiques et/ou en exerçant son jugement clinique.

3- Incertitude en gériatrie et enjeux éthiques

3.1- Des situations polypathologiques complexes

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, les professionnels de santé font face à des situations médicales complexes. Elles sont la conséquence de plusieurs pathologies chroniques, et de problèmes psychosociaux intercurrents.

La polypathologie complique la prise en charge des patients en raison (14) :

- d'une incertitude diagnostique
- d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments) : risque d'interaction médicamenteuse, de mauvaise observance, d'évènements indésirables
- des risques liés aux prescripteurs multiples
- d'une augmentation de recours aux soins et de leurs coûts.

Selon une étude française de 2016 sur les difficultés de prise en charge des patients âgés, les médecins généralistes rencontrent principalement des difficultés dans la gestion des démences, des troubles du comportement, de la perte d'autonomie, des soins palliatifs et des chutes à répétition. (15)

Une autre étude menée sur des gériatres rapporte des difficultés concernant l'arrêt des soins, l'abstention thérapeutique, le fait de ne pas explorer une pathologie curable en raison d'un mauvais état général, de ne pas pouvoir appliquer une décision justifiée par refus du patient, la gestion de la famille en demande d'arrêt ou d'acharnement thérapeutique, les traitements à haut risque d'effets secondaires. (16)

S. Taurand identifie deux espaces d'incertitude dans l'évolution des personnes âgées poly-pathologiques (17) :

- le premier entre les phases curative et palliative : lorsque le soulagement des symptômes visant à améliorer la qualité de vie prend le dessus sur la mise en route d'un traitement curatif.

- le second entre les phases palliative et terminale.

« Toute décision médicale, aussi étayée soit elle, comporte une part d'incertitude. L'affirmer est faire preuve d'humilité et reconnaître que nous pouvons nous tromper, que notre raison est faillible. »

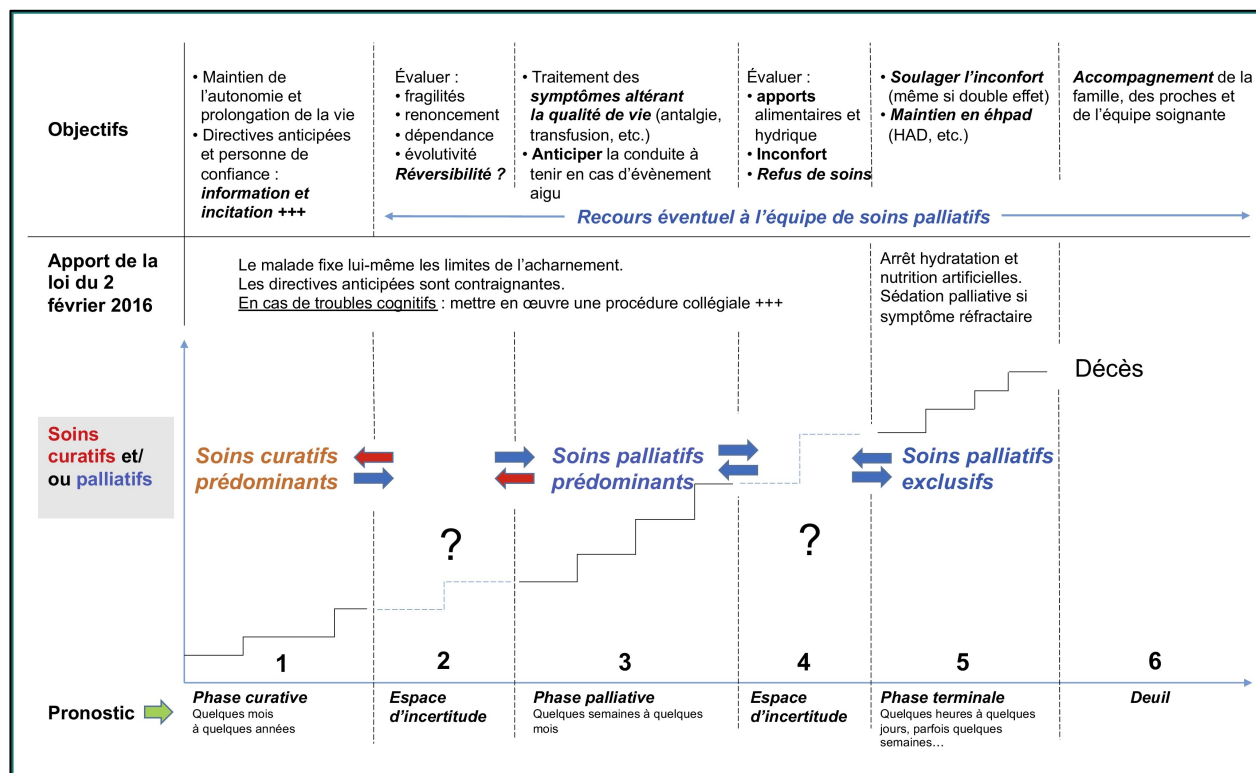


Figure 7 : Prise en charge du patient âgé en médecine palliative : les différentes phases d'une polyopathie en gériatrie

L'EGS et le repérage de la fragilité permettraient de réduire ces espaces d'incertitude.

Une autre difficulté, comme précédemment citée, réside dans l'absence de référentiel et d'outil d'aide à la décision adaptés à cette population.

Certaines études rapportent des résultats moins bons lorsque les patients âgés bénéficient d'une prise en charge strictement basée sur les référentiels. Les raisons sont diverses : l'existence de comorbidités multiples, un plus grand risque d'effet indésirable, une polymédication augmentant le risque iatrogène, une adhésion difficile des patients à des schémas complexes de prise en charge. (18)

D'autres études, au contraire, évoquent un bénéfice à l'utilisation des référentiels chez les personnes âgées, et dénoncent la « sous-médicalisation ».

La décision reviendra donc au médecin, généraliste ou spécialiste, d'évaluer l'intérêt de l'application de ces référentiels en pesant la balance bénéfice/risque.

3.2 - Les enjeux éthiques à cette décision médicale

Grâce au progrès de la médecine, les patients âgés, même fragiles, ont aujourd'hui accès à des méthodes diagnostiques ou thérapeutiques moins invasives, auxquelles ils n'avaient pas accès jusque-là. La responsabilité du médecin sera d'ajuster le curseur de la prise en charge entre la « surmédicalisation » et la « sous-médicalisation » de ces patients. Le médecin intègre alors à sa décision des enjeux éthiques primordiaux.

La décision éthique doit faire en sorte de protéger autant que possible le respect des quatre principes éthiques fondamentaux : non-malfaisance, bienfaisance, autonomie, justice.

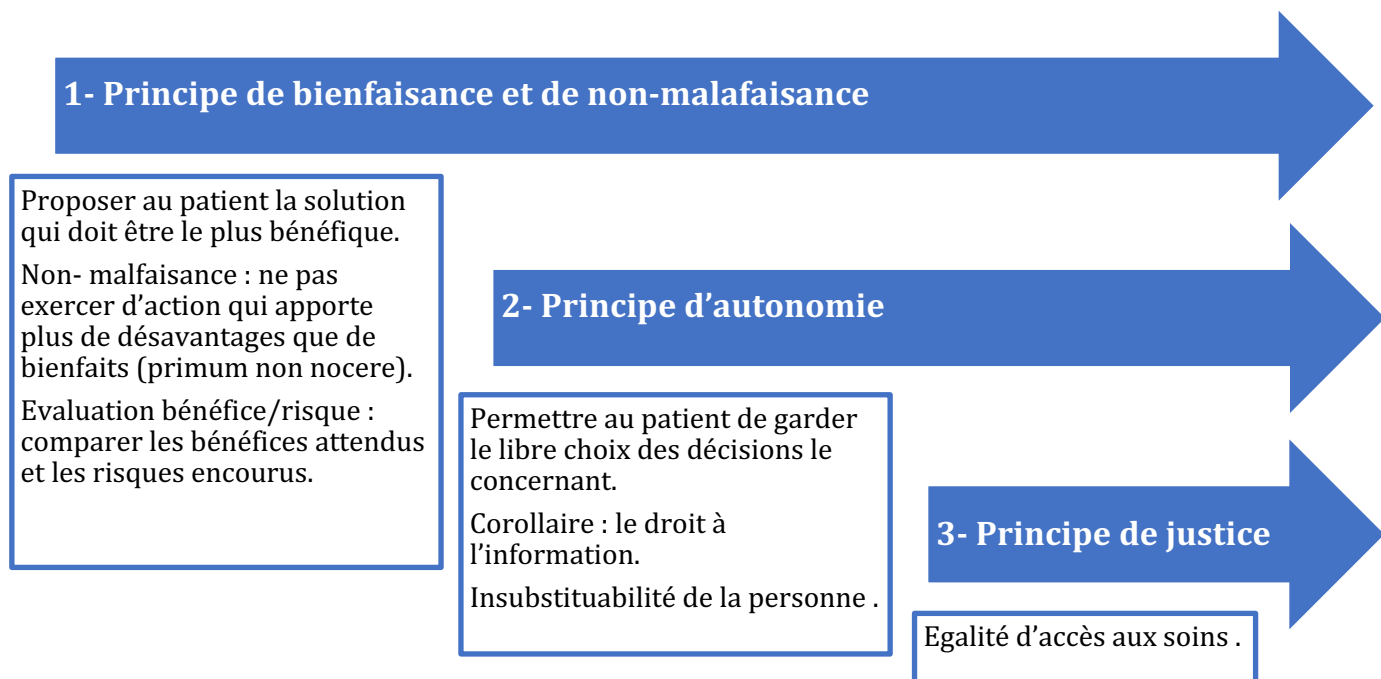


Figure 8 : Principe de l'éthique biomédicale (définis par Beauchamp et Childress)

Dans la pratique, lorsque le médecin généraliste est face à une complication qui entraîne une perte d'autonomie ou une altération de la qualité de vie, quels seront les critères ou les valeurs à privilégier ? Comment agir avec les personnes qui ne peuvent plus exprimer leur opinion ? Quelle est la meilleure décision possible dans ce contexte et pour ce malade ?

Plusieurs enjeux éthiques à cette décision :

- **Une décision médicale partagée** : le patient doit être informé, et a le droit de refuser un examen ou un traitement. Le respect de l'avis du patient, même vulnérable, est primordial. En cas de difficultés, la personne de confiance ou les directives anticipées pourront être consultées.
- **Une réflexion collégiale** : la concertation avec l'équipe de soins ou avec un autre médecin est une procédure bien intégrée dans les situations de limitation thérapeutique. Même si obtenir un consensus au sein d'une équipe n'est pas un gage d'éthique, une décision collégiale notifiée dans un dossier médical aura toujours plus de valeur qu'une décision prise seul, sans justification.
- Une démarche soignante respectueuse de la **singularité** et de la **dignité** de chaque patient : dans un principe d'humanité et de dignité de la personne âgée. La qualité de vie est un élément majeur, elle est pourtant difficile à apprécier de manière objective.

- **Qualité de vie**

En 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité de vie comme :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement ».

C'est donc une notion multidimensionnelle qui explore 6 grands domaines : la santé physique, la santé psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, l'environnement et la spiritualité, la religion, les croyances personnelles.

Selon l'Observatoire de Santé Suisse, pour les personnes âgées, la qualité de vie est principalement déterminée par la bonne santé physique, psychique, et l'absence de limitations fonctionnelles quel que soit leur mode de vie. La participation active à la vie sociale et le soutien social sont des déterminants importants essentiellement chez les personnes âgées vivant à domicile. (19)

Les échelles spécifiques à l'analyse de la qualité de vie chez les personnes âgées restent peu connues par les médecins généralistes et leur utilisation concerne essentiellement des structures spécialisées.

Parmi les nombreuses existantes, on peut citer :

- le questionnaire WHOQOL-old (module complémentaire du WHOQOL-BREF, pour les personnes âgées de plus de 60 ans), développé par l'OMS. Le WHOQOL-BREF comporte 26 items et 4 dimensions : santé physique, mentale, relations sociales et environnement. Le WHOQOL-old (24 items) évalue en plus les capacités sensorielles, l'autonomie, les activités (passées, présentes et futures), la participation sociale, les relations intimes et la relation à la mort.
- le questionnaire OPQOL (Older People's Quality Of Life) reprenant l'ensemble des 6 grands domaines de la qualité de vie.
- le CASP19 comprenant quatre domaines (« contrôle », « autonomie », « plaisir » et « réalisation de soi »).

- **Personne de confiance et directives anticipées**

Au regard de la loi, lorsque le patient est hors d'état de s'exprimer, le médecin doit prendre en compte les directives anticipées (si elles existent), ou recueillir l'avis de la personne de confiance ou à défaut de la famille ou des proches.

Chez les patients âgés, le recueil de cette volonté peut être rendu difficile par des difficultés de communication (troubles cognitifs, troubles sensoriels, fragilité psychosociale...). La personne de confiance est un droit prévu par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle est désignée par avance par le patient, et peut être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Néanmoins, la personne de confiance ne se substitue pas à la volonté du patient inconscient et son avis n'est que consultatif auprès des médecins (Article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

La loi du 22 avril 2005, dite « Leonetti », a introduit la notion de directives anticipées.

Ces directives anticipées sont notamment prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt, la limitation d'un traitement inutile, ou le maintien de la vie par des moyens artificiels. Ces directives anticipées sont modifiables et révocables librement et à tout moment. Elles ont une durée de validité de 3 ans.

Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie en 2018, seul 4% des français ont rédigé des directives anticipées. (20)

II- Objectifs de l'étude

En médecine générale, comme dans d'autres spécialités, les situations de limitation diagnostique et thérapeutique chez les personnes âgées sont fréquentes. Le médecin généraliste est au cœur de cette décision, s'articulant souvent autour du patient, ses proches, et des autres soignants.

Chaque jour, les médecins généralistes mettent en pratique leur raisonnement médical dans le but de prendre une décision la plus adaptée, la plus éthique, la plus efficiente possible.

Malgré une meilleure identification des personnes âgées fragiles, aucune échelle, aucun outil validé ne nous permettra de prendre la décision finale à notre place, celle de savoir si notre patient doit être hospitalisé, s'il doit bénéficier d'une exploration ou d'un traitement spécifique.

Nous devons systématiquement ajuster le curseur de notre décision qui oscille entre acharnement thérapeutique et abandon thérapeutique prématuré.

Comment fonctionne le processus décisionnel du médecin généraliste face à son patient âgé ? Est-il le même chez tous les médecins généralistes ? Comment et avec qui prend-il la décision ? Quelles sont les difficultés auxquelles il fait face ?

L'objectif principal de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs décisionnels influençant les médecins généralistes dans les situations de limitation de soins chez leurs patients âgés.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- indiquer les conditions, les acteurs de cette décision, et les difficultés rencontrées
- décrire l'hétérogénéité de cette décision et donc l'inégalité de prise en charge des patients
- observer que les médecins généralistes sont souvent confrontés à un questionnement éthique
- désigner les méthodes d'évaluation de la qualité de vie.

III- Matériels et méthode

1 - Choix de la méthode et de la population

L'étude a été menée sur un échantillon représentatif de médecins généralistes exerçant en France. 600 médecins généralistes ont été tirés au sort sur l'annuaire santé (<https://annuaire.sante.fr/>) par accès réservé.

Le critère d'inclusion était d'exercer en médecine générale.

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle descriptive transversale réalisée à partir d'un questionnaire en ligne.

Le questionnaire a été construit à partir du travail préalable du Dr Laura Covex (21). Dans sa thèse qualitative, la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés sur 10 médecins généralistes et l'utilisation de vignettes de cas cliniques ont permis la mise en évidence de facteurs limitant la démarche. Les items de notre questionnaire ont donc été sélectionnés parmi les réponses de ces médecins généralistes (cf annexe 2).

Le questionnaire se composait de 3 parties (annexe 3) :

- Section A : caractéristiques générales et formation
- Section B : les facteurs limitants dans la décision médicale
- Section C : cas cliniques.

L'âge de 75 ans nous a paru être le plus pertinent si l'on veut prendre en compte les populations les plus exposées au risque de perte d'autonomie et de fragilité.

Une phase de pré-test a été réalisée sur 3 médecins généralistes et une doctorante en santé publique afin de vérifier la clarté des questions et de les reformuler si nécessaire. Des modifications ont été apportées au questionnaire en fonction de leurs commentaires.

Le questionnaire a été approuvé par la représentante de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) pour l'Université de Bordeaux, Mme Chantal Durand.

2 - Diffusion du questionnaire

L'envoi des questionnaires s'est fait par mail pour 370 médecins généralistes dont l'adresse mail professionnelle était connue. L'envoi a été réalisé le 23 mai 2019.

Pour les médecins généralistes dont l'adresse mail n'était pas connue, un envoi par courrier a été réalisé : 230 envois réalisés le 15 juin 2019.

Fin juin, une relance par courrier a été réalisée aux médecins généralistes contactés par mail qui n'avaient pas répondu au lien les invitant à réaliser le questionnaire.

Au total, 558 questionnaires courriers ont été envoyés.

3 - Recueils de données

Les données de l'étude ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne, réalisé sur logiciel Lime Survey®, entre le 23 mai 2019 et le 23 septembre 2019. Seuls les questionnaires complets ont été retenus.

4 - Analyse

Les données ont été extraites du site Lime Survey® et analysées sur RStudio®. Le degré de significativité retenu pour le risque global de première espèce a été fixé à 5%. Pour comparer les sous-groupes en fonction des variables qualitatives, un test du Chi2 a été réalisé, ou un test exact de Fischer quand les effectifs étaient trop faibles. Pour comparer les groupes en fonction des variables quantitatives, des tests de Student ont été réalisés.

Nous avons ensuite effectué plusieurs comparaisons avec les tests statistiques sus cités : des comparaisons en fonction des caractéristiques des médecins généralistes (ancienneté d'exercice, formation et secteur d'exercice), puis une comparaison en fonction de leurs facilités à la prise de décision, et le fait qu'ils sollicitent ou non l'avis d'un spécialiste.

IV- Résultats

1 - Taux de réponse

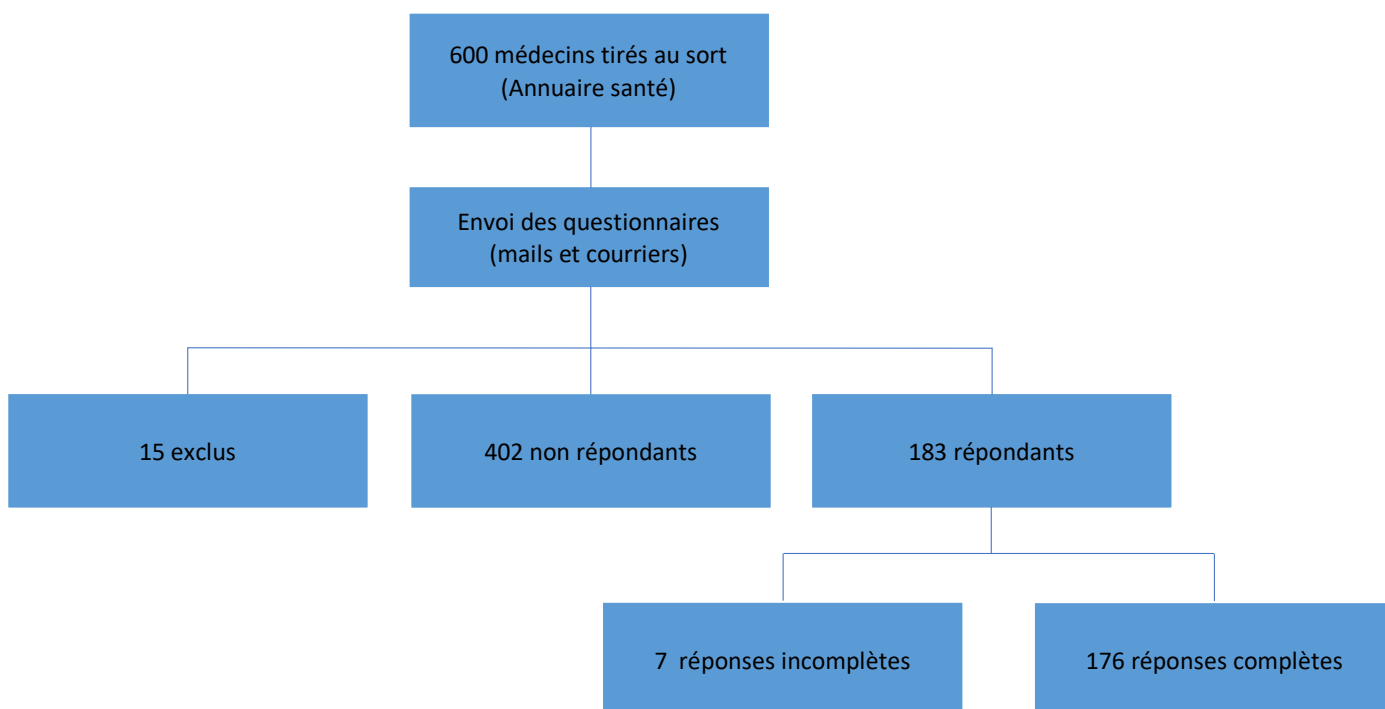


Figure 9 : Diagramme de flux des participants

Parmi les 183 réponses reçues, seules les 176 réponses complètes ont été prises en compte, soit 29,3% de répondants. Ont été exclus les médecins ayant répondu avoir un mode d'exercice particulier tel que : acupuncture, homéopathie ou angiologie.

2 - Analyse descriptive de l'échantillon

2.1 - Données socio-démographiques

Sur les 176 médecins répondants, la répartition hommes/femmes est respectivement de 55,4% et 43,4%.

La figure suivante montre la répartition des âges de notre échantillon, les 2 classes d'âge les plus représentées étaient les 35-44 ans (27,59%) et les 55-64 ans (31,61%).

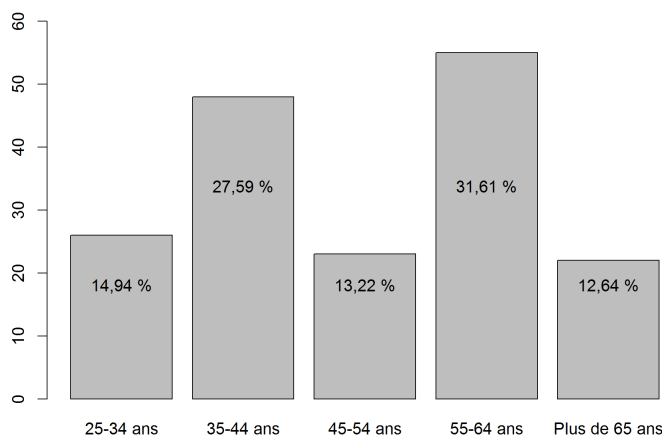


Figure 10 : Classe d'âge des répondants

L'ancienneté d'exercice des médecins répondants était de 17,11 ans, avec un écart-type de 13,11 ans.

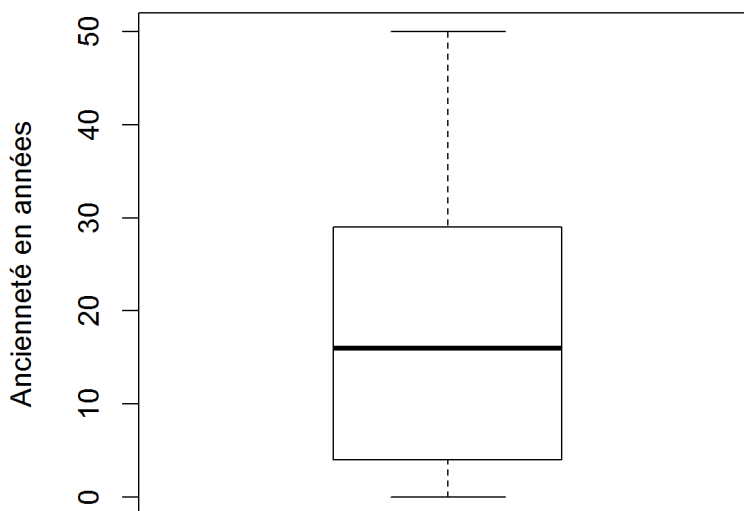


Figure 11 : Ancienneté d'exercice des répondants

74,1% des médecins de notre échantillon exerçaient en groupe (129 médecins). Leur activité était concentrée à 45,5% en zone urbaine, 41,9% en zone semi-rurale, et 12,6% en zone rurale.

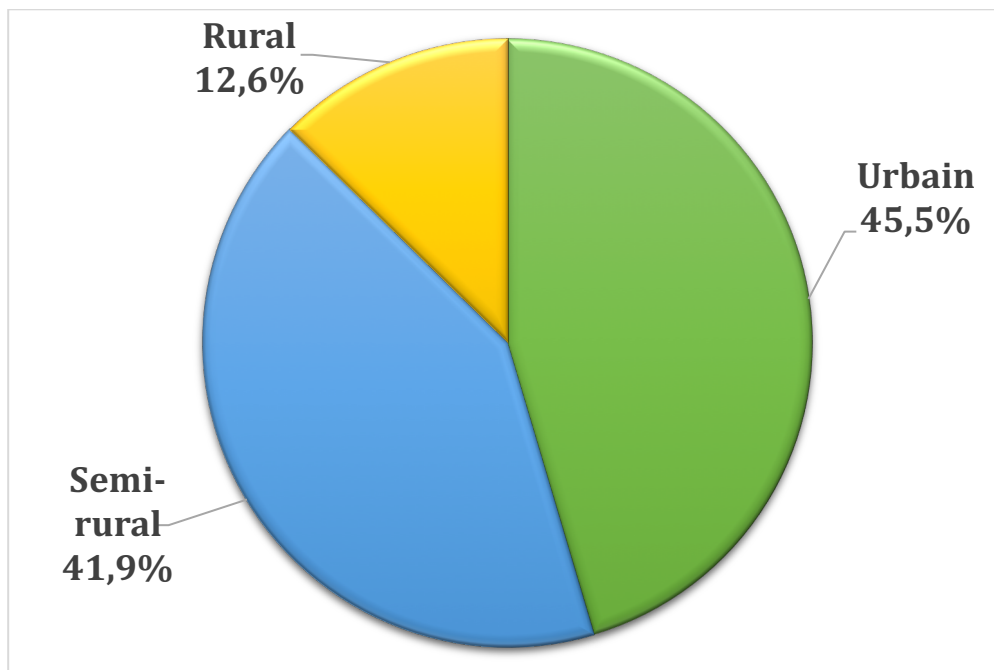


Figure 12 : Secteur d'activité des répondants

Grâce à leurs codes postaux, voici un aperçu de leur répartition géographique en France.



Figure 13 : Répartition géographique des médecins de l'échantillon

2.2 - Formation

Nous avons considéré comme ayant une formation, les médecins ayant rapporté être formés à au moins un de ces 4 domaines : gériatrie, oncologie, soins palliatifs et éthique médicale.

Au total, 70 médecins de l'échantillon (39,8% de l'échantillon) rapportaient être formés dans un ou plusieurs de ces domaines : pour la gériatrie (51 médecins ; 29,0%), les soins palliatifs (37 médecins ; 21,0%), l'éthique médicale (20 médecins ; 12,0%) ou l'oncologie (12 médecins ; 6,8%). Ils étaient formés par le biais de DU/DIU (54 médecins) ou par leur formation continue (67 médecins).

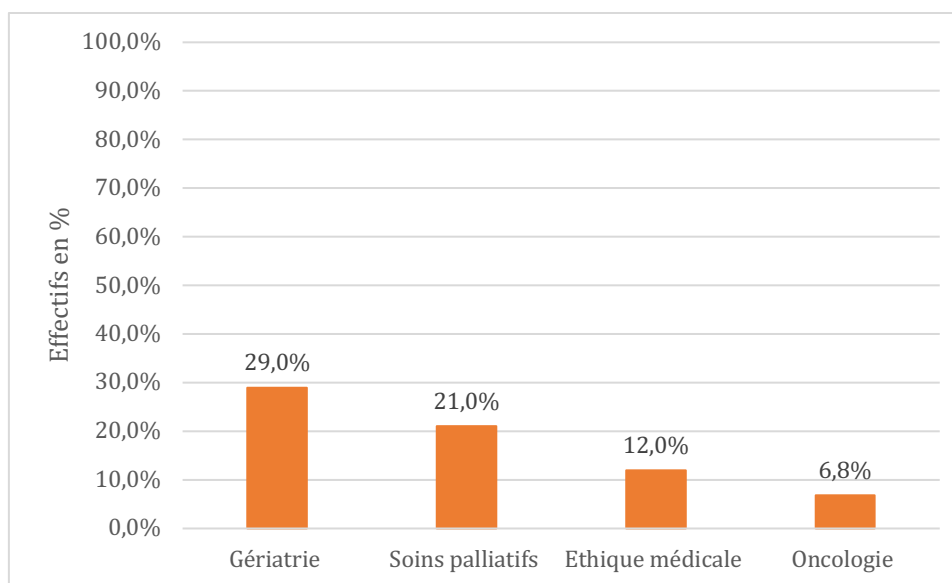


Figure 14 : Formation des médecins répondants

3. Analyse descriptive des données

3.1 - Facteurs limitants dans la décision

Nous avons regroupé les deux catégories « souvent » et « toujours » pour connaître les facteurs limitants les plus fréquemment cités par les médecins répondants.

Tableau 2 : Facteurs limitants en lien avec « état général du patient »

	Âge		Autonomie		Antécédents Comorbidités	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<i>Jamais</i>	11	6,3%	3	1,7%	1	0,6%
<i>Rarement</i>	24	13,8%	5	2,9%	3	1,7%
<i>Parfois</i>	45	25,9%	31	17,8%	24	13,8%
<i>Souvent</i>	61	35,1%	78	44,8%	67	38,5%
<i>Toujours</i>	33	19,0%	57	32,8%	79	45,4%

Les deux critères, en lien avec l'état général du patient, les plus cités sont :

- L'autonomie : 135 médecins (77,6%) pensent que l'autonomie est un facteur limitant dans leur démarche,
- Les antécédents et comorbidités : 146 médecins (83,9%) pensent que les antécédents et comorbidités du patient sont un facteur limitant.

L'âge semble être un facteur moins fréquemment cité par les médecins interrogés : seulement 54,1% de l'échantillon (94 médecins) répondent être « souvent » ou « toujours » influencés par l'âge.

Tableau 3 : Facteurs limitants en lien avec « souhait du patient et environnement social »

	Souhait du patient		Avis famille		Mode de vie : EHPAD		Mode de vie : domicile	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<i>Jamais</i>	0	0%	4	2,3%	10	5,7%	11	6,3%
<i>Rarement</i>	2	1,1%	14	8,0%	26	14,9%	17	9,8%
<i>Parfois</i>	18	10,3%	79	45,4%	60	34,5%	41	23,6%
<i>Souvent</i>	79	45,4%	68	39,1%	64	36,8%	85	48,9%
<i>Toujours</i>	75	43,1%	9	5,2%	14	8,0%	20	11,5%

Parmi les facteurs sus cités, le souhait du patient semble être un facteur décisionnel majeur (154 médecins, 88,5%).

L'avis de la famille (77 médecins, 44,3%) semble être un facteur moins pris en compte par les médecins.

En ce qui concerne le mode de vie, on note que le mode de vie à domicile (105 médecins, 60,4%) semble être plus fréquemment pris en compte que le mode de vie en EHPAD (78 médecins, 44,8%).

Tableau 4 : Facteurs limitants « balance bénéfices/risques et organisation des soins »

	Qualité de vie		Bonne tolérance actuelle		Difficultés d'accès aux soins	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<i>Jamais</i>	0	0%	3	1,7%	20	11,5%
<i>Rarement</i>	1	0,6%	7	4,0%	28	16,1%
<i>Parfois</i>	17	9,8%	36	20,7%	66	37,9%
<i>Souvent</i>	98	56,3%	104	59,8%	52	29,9%
<i>Toujours</i>	58	33,3%	24	13,8%	8	4,6%

156 médecins déclarent être « souvent » ou « toujours » influencés par la qualité de vie après intervention (89,6%), et 128 par la bonne tolérance de l'épisode actuel (73,6%).

Seulement 60 médecins (34,5%) évoquent les difficultés d'accès aux spécialistes et d'organisation des soins comme étant un facteur limitant de leur démarche.

3.2 - Avis sur les difficultés à cette prise de décision

A la question « cette prise de décision vous semble-t-elle facile ? », 132 médecins (75,9%) ont répondu « non » et 42 médecins (24,1%) ont répondu « oui ».

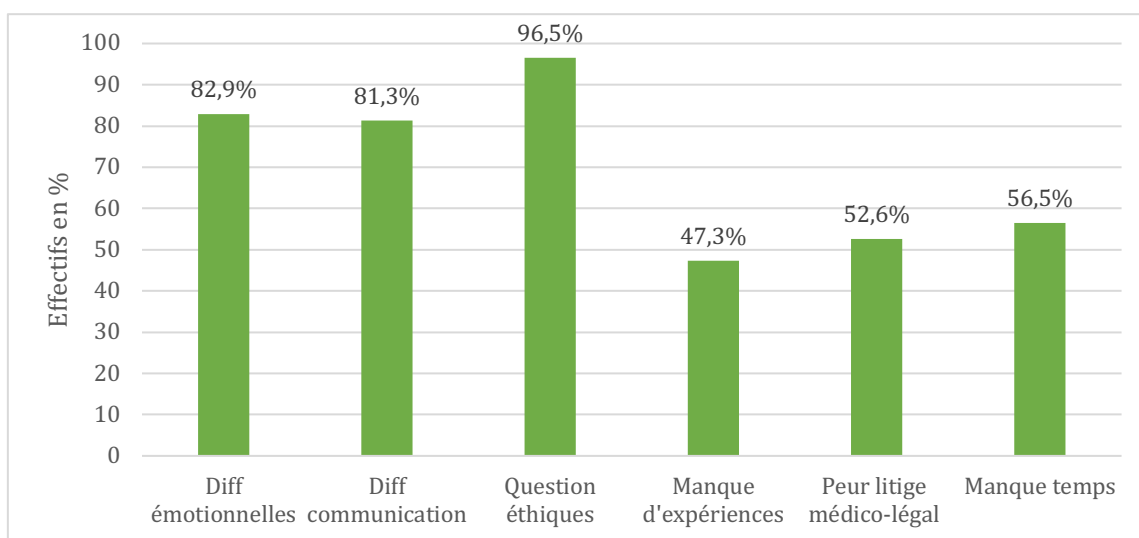


Figure 15 : Difficultés rencontrées par les médecins répondants

Parmi les médecins ayant répondu « non », les difficultés les plus fréquemment retenues sont les questionnements éthiques (respect de la dignité, éviter l'acharnement thérapeutique, 96,5%), les difficultés émotionnelles (isolement, doute 82,9%), et les difficultés de communication avec le patient et/ou son entourage (81,3%).

On note également que le manque de temps (56,5%), la peur d'un litige médico-légal (52,6%), et le manque d'expériences (47,3%) sont cités par la moitié des médecins de notre échantillon.

3.3 - Choix d'un avis auprès d'un spécialiste

Dans notre échantillon, 84,5% des médecins, confrontés à ce type de décision, rapportent ne pas prendre systématiquement d'avis auprès d'un spécialiste, soit une large majorité. Nous leur avons soumis plusieurs raisons potentielles à cette absence d'avis. Toutes semblent être des raisons retenues par les médecins sauf une : les difficultés relationnelles avec les spécialistes (14,9% des répondants).

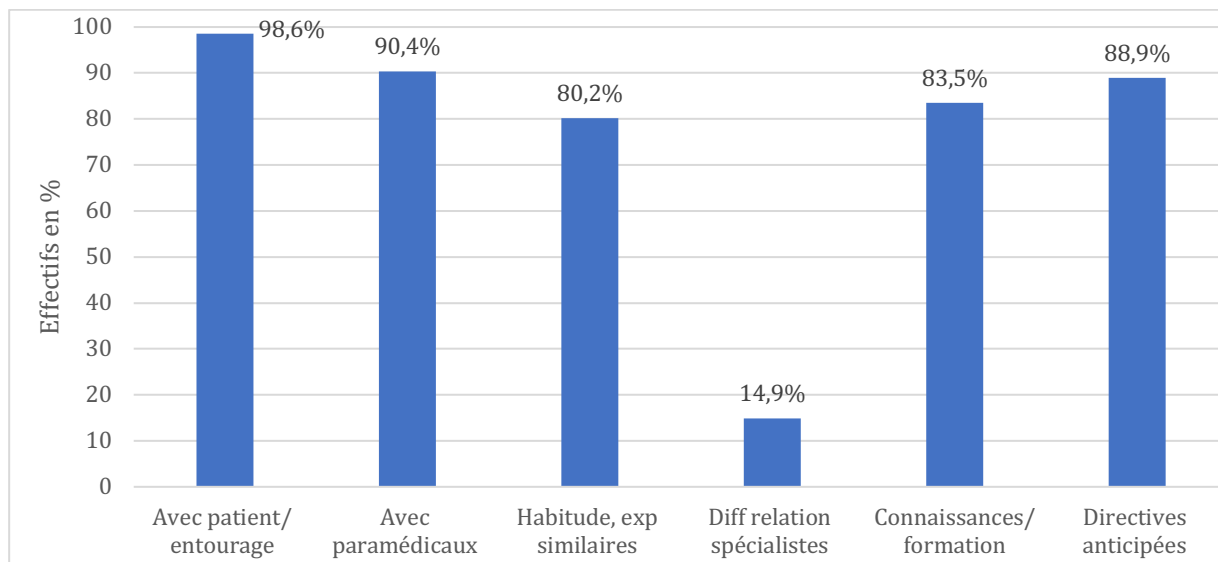


Figure 16 : Raisons évoquées en l'absence d'avis d'un spécialiste

3.4 - Évaluation de la qualité de vie du patient

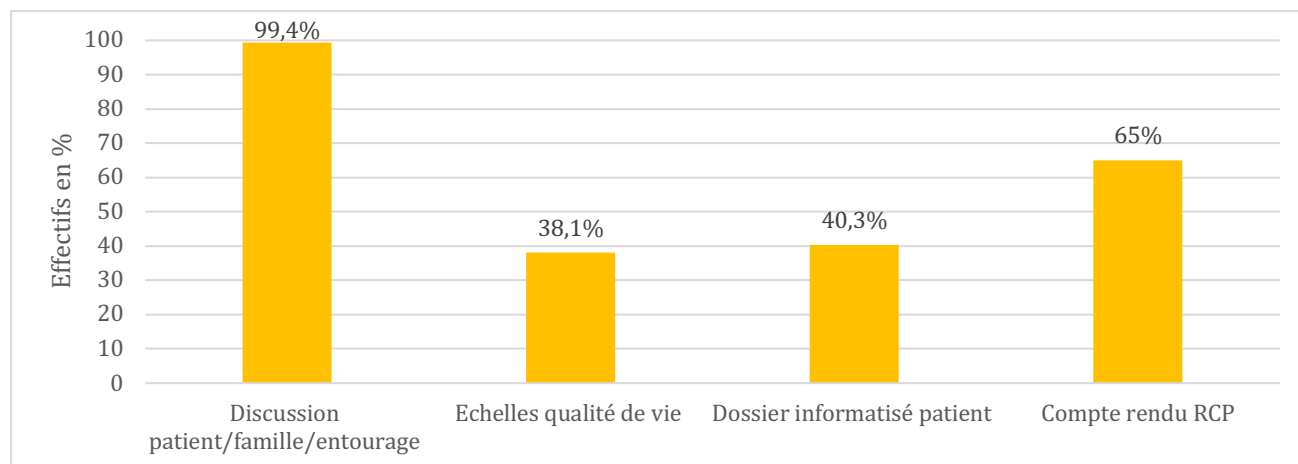


Figure 17 : Évaluation qualité de vie

Afin d'évaluer la qualité de vie de leur patient, on note que les médecins répondants préfèrent aborder le sujet des activités de la vie quotidienne avec le patient, son entourage ou les soignants (99,4%), et/ou consulter un compte rendu RCP (65%). L'utilisation d'échelles de qualité de vie (38,1%) ou la consultation du dossier informatisé (40,3%) semblent être moins utilisées dans leur pratique.

3.4 - Travail en réseaux

Dans notre échantillon, 45,4% des médecins utilisent des réseaux de soins spécifiques aux personnes âgées ; 54,6% répondent ne pas en utiliser.

Parmi les réseaux cités, on retrouve (annexe 4) :

- des secteurs d'hospitalisation : services de gériatrie hospitaliers, par secteur, avis gériatre, et hôpital de jour
- en ambulatoire : équipe mobile de gériatrie, de soins palliatifs, réseaux palliatifs et douleur, réseaux plaies et cicatrisation, HAD
- soins à domicile : SSIAD, réseaux de soins à domicile, ADMR, association d'aides à la personne
- MAIA et équipe Alzheimer
- dispositif PAERPA et plateforme territoriale d'appui, CLIC

3.5 - Facteurs limitants dans les cas cliniques

Les réponses aux deux cas cliniques sont sensiblement superposables. Une comparaison statistique entre les cas cliniques et la situation générale n'a pas pu être réalisée en raison de l'utilisation d'une échelle de réponses différente.

Tableau 5 : Résumé des facteurs limitants des 2 cas cliniques

Cas clinique 1	Etat général		Souhait patient		Avis famille		Vie EHPAD		Vie domicile		Qualité vie		Sévérité symptômes		Accès spécialistes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<i>Pas du tout d'accord</i>	1	0,60%	1	0,6%	9	5,3%	18	10,5%	18	10,5%	2	1,2%	5	2,9%	28	16,4%
<i>Pas d'accord</i>	4	2,3%	9	5,3%	31	18,1%	60	34,9%	57	33,1%	11	6,4%	16	9,3%	56	32,8%
<i>Ni d'accord, ni en désaccord</i>	7	4,1%	20	11,7%	65	38,0%	56	32,6%	53	30,8%	19	11,1%	15	8,7%	37	21,6%
<i>D'accord</i>	70	40,7%	66	38,6%	52	30,4%	30	17,4%	36	20,9%	89	51,7%	73	42,4%	41	24,0%
<i>Tout à fait d'accord</i>	90	52,3%	75	43,9%	14	8,2%	8	4,65%	8	4,7%	51	29,7%	63	36,6%	9	5,3%

Cas clinique 2	Etat général		Souhait patient		Avis famille		Vie EHPAD		Vie domicile		Qualité vie		Sévérité symptômes		Accès spécialistes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<i>Pas du tout d'accord</i>	9	5,2%	6	3,5%	12	7,0%	20	11,6%	22	12,7%	13	7,5%	17	9,9%	33	19,2%
<i>Pas d'accord</i>	20	11,6%	19	11,0%	39	22,7%	62	35,8%	64	37,0%	39	22,5%	39	22,7%	69	40,1%
<i>Ni d'accord, ni en désaccord</i>	16	9,3%	20	11,6%	55	32,0%	57	33,0%	44	25,4%	29	16,8%	22	12,8%	38	22,1%
<i>D'accord</i>	59	34,1%	66	38,1%	58	33,8%	27	15,6%	37	21,3%	57	33,0%	39	30,8%	27	15,7%
<i>Tout à fait d'accord</i>	69	39,9%	62	35,8%	8	4,7%	7	4,1%	6	3,5%	35	20,2%	17	23,8%	5	2,9%

Si l'on considère les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord », les facteurs semblant le plus influencer les médecins répondants sont l'état général (93% cas n°1, 74% cas n° 2), le souhait du patient (82,5% et 73,9%), la qualité de vie après intervention (81,4% et 53,2%), et la sévérité des symptômes actuels (79% et 54,6%).

Le mode de vie en EHPAD ou au domicile, ainsi que les difficultés d'accès aux spécialistes et organisation des soins, ne semblent pas être associés à des réponses positives.

4. Descriptif comparatif selon ancienneté du médecin

Comme cité précédemment, l'ancienneté d'exercice des médecins était en moyenne de 17,11 ans avec un écart-type de 13,11 ans. Nous avons donc considéré les deux groupes suivants : ceux dont l'ancienneté était ≤ 17 ans, et ceux dont l'ancienneté était strictement supérieure > 17 ans.

Tableau 6 : Caractéristiques générales et formation des médecins de l'échantillon selon leur ancienneté d'exercice

Variable	Modalité	Jusqu'à 17 ans d'ancienneté		Plus de 17 ans d'ancienneté		p value
		Effectifs	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Age	25-34 ans	26	28,9%	0	0,0%	<0.0001
	35-44 ans	48	53,3%	0	0,0%	
	45-54 ans	12	13,3%	11	13,3%	
	55-64 ans	4	4,4%	50	60,2%	
	Plus de 65 ans	0	0,0%	22	26,5%	
Genre	Masculin	38	42,2%	59	72,0%	0,0001
	Féminin	52	57,8%	23	28,1%	
Mode d'exercice	Seul	11	12,2%	34	41,0%	<0.0001
	En groupe	79	87,8%	49	59,0%	
Secteur d'exercice	Urbain	34	37,8%	45	54,2%	0,0128
	Semi-rural	47	52,2%	25	30,1%	
	Rural	9	10,0%	13	15,7%	
Formation gériatrie	Non	26	59,1%	10	23,8%	0,0009
	Oui	18	40,9%	32	76,2%	
Formation oncologie	Non	29	93,6%	15	60,0%	0,0024
	Oui	2	6,5%	10	40,0%	
Formation soins palliatifs	Non	25	61,0%	12	37,5%	0,0465
	Oui	16	39,0%	20	62,5%	
Formation éthique méd	Non	29	90,6%	11	40,7%	<0.0001
	Oui	3	9,4%	16	59,3%	

Si l'on compare ces deux groupes dans notre échantillon, on remarque que les médecins ayant le plus d'ancienneté sont plus âgés (86,7% ont plus de 55 ans), en majorité des hommes (72%), la moitié exerçant en zone urbaine (54,22%) et sont plus formés que leurs jeunes confrères.

Les médecins ayant le moins d'ancienneté sont plus jeunes (35-44ans), exercent en groupe (87,8%), la moitié d'entre eux en zone semi-rurale (52,2%), la répartition homme/femme est plus équilibrée, et sont moins formés que leurs confrères.

La répartition des réponses au questionnaire selon l'ancienneté d'exercice des médecins est résumée dans le tableau 7. Ces groupes sont présentés par effectif et pourcentage en fonction des réponses au cas général et aux cas cliniques.

Tableau 7 : Tableau comparatif des réponses selon ancienneté d'exercice des médecins

Section	Variables	Modalités	Jusqu'à 17 ans d'ancienneté		Plus de 17 ans d'ancienneté		p value
			Effectifs	%	Effectifs	%	
FACTEURS LIMITANTS	Souhait patient	Jamais	0	0,0%	0	0,0%	0,0180
		Rarement	0	0,0%	2	2,4%	
		Parfois	5	5,6%	13	15,7%	
		Souvent	39	43,3%	39	47,0%	
		Toujours	46	51,1%	29	34,9%	
DIFFICULTES RENCONTREES	Difficultés de communication	Non	14	28,0%	3	7,5%	0,0136
		Oui	36	72,0%	37	92,5%	
	Difficultés par manque d'expérience	Non	18	42,9%	11	84,6%	0,0084
Oui		24	57,1%	2	15,4%		
AVIS SPE OU ALTERNATIVES	Avis systématique spécialiste	Non	81	90,0%	65	78,3%	0,0343
		Oui	9	10,0%	18	21,7%	
	Habitue / Vécu expériences similaires	Non	17	29,3%	4	8,5%	0,0081
Oui		41	70,7%	43	91,5%		
CAS CLINIQUE N°1	Souhait patient	Pas du tout d'accord	0	0,0%	1	1,3%	0,0120
		Pas d'accord	2	2,2%	7	8,8%	
		Ni d'accord, ni en désaccord	7	7,8%	13	16,3%	
		D'accord	32	35,6%	33	41,3%	
		Tout à fait d'accord	49	54,4%	26	32,5%	
CAS CLINIQUE N°2	Souhait patient	Pas du tout d'accord	3	3,3%	3	3,7%	0,0165
		Pas d'accord	4	4,4%	15	18,3%	
		Ni d'accord, ni en désaccord	8	8,9%	12	14,6%	
		D'accord	36	40,0%	29	35,4%	
		Tout à fait d'accord	39	43,3%	23	28,0%	

Parmi les facteurs limitants, le souhait du patient dans la situation générale et dans les cas cliniques est un facteur plus associé au groupe des médecins ayant le moins d'ancienneté d'exercice. De plus, 90% des médecins de ce groupe ne prennent pas d'avis systématique auprès d'un spécialiste.

Les médecins avec plus d'ancienneté rapportent plus de difficultés de communication avec le patient et sa famille. En revanche, ils ont moins de difficultés par manque d'expérience, et vont s'appuyer sur l'habitude et le vécu d'expériences similaires pour prendre leur décision.

5. Descriptif comparatif selon demande d'avis à un spécialiste

Nous avons considéré deux groupes de médecins en fonction des réponses à la question B6 : « Afin de vous aider à cette prise de décision, prenez-vous systématiquement avis auprès d'un spécialiste ? ». Pour rappel, 84,5% des médecins de l'échantillon rapportent ne pas prendre systématiquement d'avis auprès d'un spécialiste.

Ces groupes sont présentés par effectif et pourcentage en fonction des réponses au cas général et aux cas cliniques.

Tableau 8 : Tableau comparatif des caractéristiques des médecins et leurs réponses, selon demande d'avis systématique à un spécialiste

Section	Variables	Modalités	Pas d'avis systématique spécialiste		Avis systématique spécialiste		p value
			Effectifs	%	Effectifs	%	
CARACTERISTIQUE MEDECINS ECHANTILLON	Age	25-34 ans	26	17,7%	0	0,0%	0,0035
		35-44 ans	41	27,9%	7	25,9%	
		45-54 ans	21	14,3%	2	7,4%	
		55-64 ans	46	31,3%	9	33,3%	
		Plus de 65 ans	13	8,8%	9	33,3%	
	Secteur d'exercice	Semi-rural	63	42,9%	16	59,3%	0,0465
		Rural	67	45,6%	6	22,2%	
	Anciennete	Jusqu'à 17 ans	17	11,6%	5	18,5%	0,0343
		Plus de 17 ans	81	55,5%	9	33,3%	
	Formation DU / DIU	Non	31	44,3%	2	11,8%	0,0132
Oui		39	55,7%	15	88,2%		
Age du patient	Jamais	5	3,4%	6	22,2%	0,0145	
	Rarement	20	13,6%	4	14,8%		
	Parfois	39	26,5%	6	22,2%		
	Souvent	52	35,4%	9	33,3%		
	Toujours	31	21,1%	2	7,4%		
Avis famille	Jamais	4	2,7%	0	0,0%	0,0445	
	Rarement	8	5,4%	6	22,2%		
	Parfois	71	48,3%	8	29,6%		
	Souvent	56	38,1%	12	44,4%		
	Toujours	8	5,4%	1	3,7%		
Mode de vie domicile	Jamais	7	4,8%	4	14,8%	0,0115	
	Rarement	12	8,2%	5	18,5%		
	Parfois	39	26,5%	2	7,4%		
	Souvent	70	47,6%	15	55,6%		
	Toujours	19	12,9%	1	3,7%		
Difficultés d'accès au soins	Jamais	12	8,2%	8	29,6%	0,0300	
	Rarement	23	15,6%	5	18,5%		
	Parfois	59	40,1%	7	25,9%		
	Souvent	45	30,6%	7	25,9%		
Echelles qualité de vie	Non	8	5,4%	0	0,0%	0,0466	
	Oui	36	66,7%	2	25,0%		
Compte rendu RCP	Non	18	33,3%	6	75,0%	0,0259	
	Oui	29	38,7%	2	11,1%		
CAS CLINIQUE N°2	Sévérité des symptômes	Pas du tout d'accord	46	61,3%	16	88,9%	0,0235
		Pas d'accord	28	19,3%	11	40,7%	
		Ni d'accord, ni en désaccord	22	15,2%	0	0,0%	
		D'accord	46	31,7%	7	25,9%	
		Tout à fait d'accord	36	24,8%	5	18,5%	

Les caractéristiques associées aux médecins prenant un avis systématique sont :

- un âge plus élevé (66,6% des médecins avaient plus de 55 ans)
- ancienneté de l'exercice (durée moyenne de 24,15 ans)
- exercice en secteur urbain (59,3%)
- des formations complémentaires par DU/DIU (88,2%)

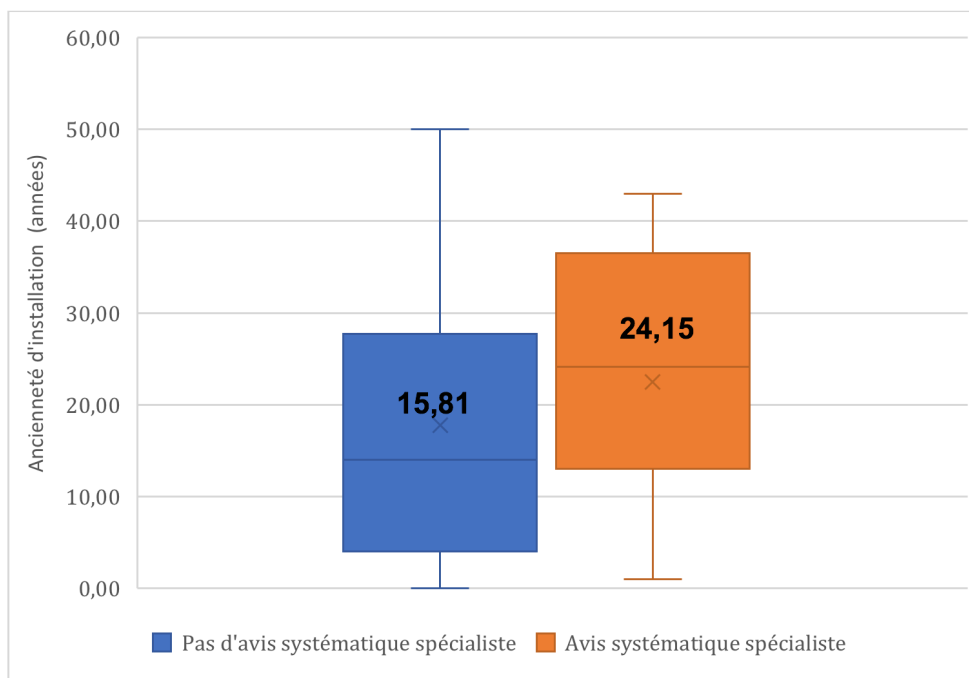


Figure 18: Comparaison moyenne et écart-types de l'ancienneté d'exercice dans les deux groupes de médecins

Dans la situation générale, 5 facteurs semblent être moins associés au groupe des médecins prenant un avis systématique, ces médecins ont alors plus tendance à répondre « jamais » ou « rarement ».

Ces facteurs sont :

- l'âge du patient (37%)
- l'avis de la famille (22,2%)
- le mode de vie à domicile (33,3%)
- les difficultés d'accès aux soins (48,1%)

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité de vie, l'utilisation d'échelles de qualité de vie (75%) et de comptes rendus de RCP (88,9%) semble être plus associée à la décision de prendre un avis systématique.

Parmi les deux cas cliniques, une seule réponse au cas clinique n°2 avait une répartition différente entre les deux groupes : la sévérité des symptômes. 55,5% des médecins prenant un avis sont en désaccord avec l'utilisation de ce critère.

6. Descriptif comparatif selon difficultés à la prise de décision

En ce qui concerne les difficultés à cette prise de décision, nous avons distingué deux groupes de médecins : ceux qui expriment avoir des difficultés dans ce type de décision, ceux qui semblent avoir plus de « facilités ». Cette distinction a été obtenue à partir des réponses à la question B4 : « Cette prise de décision vous semble-t-elle facile ? ».

Ces groupes sont présentés par effectif et pourcentage en fonction des réponses au cas général et aux cas cliniques.

Tableau 9 : Tableau comparatif des caractéristiques des médecins et leurs réponses, selon difficultés à la décision

Section	Variables	Modalités	Décision Difficile		Décision Facile		p value
			Effectifs	%	Effectifs	%	
CARACTERISTIQUES MEDECINS ECHANTILLON	Age	25-34 ans	25	18,9%	1	2,4%	0,0064
		35-44 ans	38	28,8%	10	23,8%	
		45-54 ans	20	15,2%	3	7,1%	
		55-64 ans	36	27,3%	19	45,2%	
		Plus de 65 ans	13	9,8%	9	21,4%	
	Anciennete	Jusqu'à 17 ans	76	58,0%	14	33,3%	0,0053
		Plus de 17 ans	55	42,0%	28	66,7%	
FACTEURS LIMITANTS	Autonomie	Jamais	1	0,8%	2	4,8%	0,0045
		Rarement	4	3,0%	1	2,4%	
		Parfois	17	12,9%	14	33,3%	
		Souvent	67	50,8%	11	26,2%	
		Toujours	43	32,6%	14	33,3%	
CAS CLINIQUE N°1	Avis entourage	Pas du tout d'accord	2	1,5%	7	17,1%	0,0095
		Pas d'accord	23	17,7%	8	19,5%	
		Ni d'accord. ni en désaccord	52	40,0%	13	31,7%	
		D'accord	42	32,3%	10	24,4%	
CAS CLINIQUE N°2	Avis entourage	Tout à fait d'accord	11	8,5%	3	7,3%	0,0435
		Pas du tout d'accord	7	5,3%	5	12,2%	
		Pas d'accord	27	20,6%	12	29,3%	
		Ni d'accord. ni en désaccord	39	29,8%	16	39,0%	
		D'accord	51	38,9%	7	17,1%	
		Tout à fait d'accord	7	5,3%	1	2,4%	

Les médecins ayant plus de « facilités » à cette prise de décision sont installés depuis plus longtemps que ceux rapportant des difficultés : respectivement, durée d'installation moyenne de 23,24 ans et 15,15 ans.

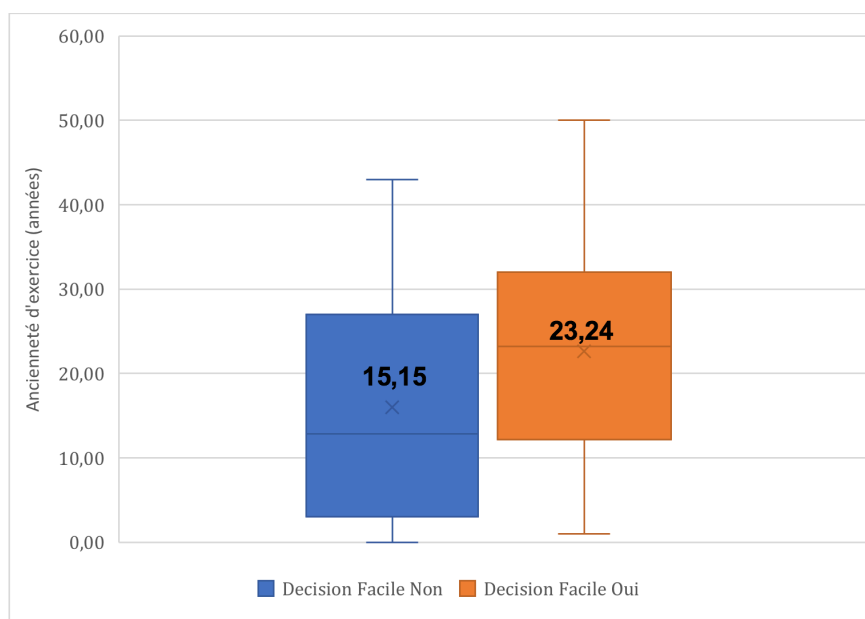


Figure 19: Comparaison moyenne et écart-types de l'ancienneté d'exercice dans les deux groupes de médecins

La comparaison des deux groupes de médecins généralistes « ceux évoquant des difficultés » et « ceux ayant des facilités » montre que les médecins évoquant des difficultés semblent plus influencés par la prise en compte de l'autonomie de leur patient (83,6%).

Il n'y avait pas de différence significative sur les autres facteurs.

Parmi les cas cliniques, 36,4% (cas clinique n°1) et 41,5% (cas cliniques n°2) les médecins « ayant plus de facilités » semblent en désaccord avec la prise en considération de l'avis de la famille.

7. Descriptif comparatif selon le secteur d'exercice

De la même façon, si l'on compare les réponses au questionnaire en fonction du secteur d'exercice des médecins de l'échantillon, il n'existe pas de différence significative concernant les facteurs limitants.

Tableau 10 : Tableau comparatif des difficultés rencontrées selon secteur d'exercice des médecins de l'échantillon

Section	Modalités	Variables	Urbain		Semi-rural		Rural		p value
			Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
DIFFICULTES RENCONTREES	Difficultés de communication	Non	4	9,30%	9	25,00%	4	33,33%	0,0465
		Oui	39	90,70%	27	75,00%	8	66,67%	

En revanche, on note que les médecins exerçant en zone urbaine rapportent nettement plus de difficultés de communication que leurs homologues exerçant en zone rurale et semi-rurale.

8. Descriptif comparatif selon la formation

La distinction entre les deux groupes a été obtenue en regroupant les médecins formés (au moins une case cochée parmi les 4 formations citées), et les médecins non formés (aucune case cochée).

Ainsi, si l'on compare les réponses des médecins selon leur formation, il n'existe pas de différence significative concernant les facteurs limitants, les difficultés à la prise de décision ou la demande d'avis à un spécialiste.

Tableau 11 : Tableau comparatif des réponses selon la formation des médecins

Section	Variable	Modalité	Pas de Formation		Formation		p value
			Effectif	%	Effectif	%	
EVALUATION QUALITE DE VIE	Compte rendu RCP	Non	23	42,6%	9	23,1%	0,0406
		Oui	31	57,4%	30	76,9%	
RESEAUX PERSONNES AGEES	Utilisation réseaux	Non	64	62,1%	30	42,9%	0,0125
		Oui	39	37,9%	40	57,1%	

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité de vie, ce sont les médecins les plus formés qui déclarent s'appuyer davantage sur les comptes rendus de RCP. Ces médecins utilisent également plus les réseaux de soins spécifiques aux personnes âgées que leurs confrères.

9- Proposition d'amélioration de la prise en charge de ces patients

Parmi les 176 réponses au questionnaire, 118 médecins généralistes (67%) ont proposé diverses solutions d'amélioration dans un texte libre (annexe 4) :

- Une aide à l'hospitalisation des patients : améliorer la disponibilité des lits, plus de lits dédiés aux personnes âgées
- Un conseil médical téléphonique : réseau d'avis gériatrique ou spécialités, rapide et disponible
- Une évaluation gériatrique à domicile ou en hôpital de jour
- Faciliter les relations ville/hôpital : prévenir le médecin traitant de façon systématique des retours à domicile, améliorer la transmission des informations pour la poursuite de la prise en charge à domicile
- Prise en charge de tous les transports
- Des aides à la prise en charge sociale : lutter contre l'isolement, renforcer les aides à domicile disponibles, et possibilité de débloquer des aides transitoires en urgence, afin d'éviter des hospitalisations
- Plus de temps
- Plus de places d'hébergements en EHPAD
- Généraliser les directives anticipées

V- Discussion

1- Synthèse des résultats

1.1 - Résultats principaux

Cette étude, portant sur les pratiques de 176 médecins généralistes, a permis de valider plusieurs facteurs, issus de la thèse qualitative de Laura Covex (21).

En effet, trois quarts des médecins de notre échantillon étaient en accord avec l'utilisation des critères suivants :

- Autonomie du patient
- Antécédents et comorbidités
- Souhait du patient
- Qualité de vie après intervention
- Bonne tolérance de l'épisode actuel

Sur les facteurs décisionnels, l'analyse comparative des données montrent tout de même une certaine uniformité, dans les réponses des médecins généralistes. Seules deux différences ont été constatées.

L'autonomie du patient est un facteur décisionnel davantage cité chez les médecins ayant des difficultés avec cette prise de décision. Il n'a été retrouvé aucune comparaison similaire dans les études existantes. Il n'est pas aisé de réaliser une interprétation de ce résultat, mais il amène à nous questionner : la difficulté vient-elle de l'évaluation de l'autonomie du patient, du risque de perte d'autonomie difficilement prévisible, ou de l'application de référentiels sur des patients déjà dépendants.

De plus, il apparaît que le souhait du patient est un facteur limitant particulièrement retrouvé parmi les réponses des médecins, et ce d'autant plus que le médecin est récemment installé. Ce critère va dans le sens d'une **décision partagée, centrée sur le patient** et démontre l'importance accordée à l'écoute, et l'information des patients même âgés. On peut donc émettre l'hypothèse d'une évolution des pratiques depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (11), vers un éloignement du modèle paternaliste où le médecin décide seul.

L'âge du patient, l'avis de la famille, le mode de vie, ainsi que les difficultés d'accès et d'organisation des soins sont des facteurs secondaires, peu ou pas pris en compte, en fonction du médecin, ou de la situation présentée.

L'âge est un critère controversé et retrouvé comme tel dans la littérature (22). Il est évident que toute décision médicale est avant tout fondée sur la situation clinique. L'âge est cité par la moitié des médecins de notre échantillon. Néanmoins, l'autre moitié semble préférer la prise en compte de l'état fonctionnel du patient.

En ce qui concerne le mode de vie, les établissements d'hébergement étant davantage tournés vers la prise en charge de la dépendance, on pourrait penser que les médecins feraient la distinction entre les patients vivant à domicile et les patients vivant en EHPAD, ce n'est pas le cas dans notre étude.

1.2 - Résultats secondaires :

• Difficultés rencontrées par les médecins généralistes :

Pour 75% des médecins de l'échantillon, cette prise de décision reste difficile.

Les trois difficultés principalement retrouvées sont :

- Les questionnements éthiques : difficulté particulièrement importante puisque 96,5% des médecins la rapporte et qui nous semble être au cœur de cette réflexion
- Les difficultés émotionnelles
- Les difficultés de communication

Trois difficultés sont citées secondairement par la moitié de l'échantillon, il s'agit :

- Du manque de temps
- De la peur d'un litige médico-légal
- Du manque d'expérience

Une large majorité des médecins de notre échantillon (84,5%) choisira de ne pas prendre un avis systématique auprès d'un spécialiste.

Cette prise de décision ne se fera pourtant pas de manière isolée, puisque les médecins décrivent une décision avec le patient et son entourage, une décision collégiale avec les paramédicaux, parfois étayée par des directives anticipées.

Les médecins s'appuient alors sur le savoir acquis lors d'expériences passées, ou lors de formations.

L'avantage d'une **réflexion collégiale** avec les paramédicaux, plutôt qu'avec un spécialiste, est certainement un gain de temps, grâce à une bonne connaissance du patient par le personnel soignant. Le travail d'équipe peut permettre la confrontation des points de vue avec parfois un éclairage nouveau et une remise en question de ce que le médecin pouvait penser seul.

- **Évaluation de la qualité de vie :**

L'ensemble des médecins généralistes de l'échantillon (99,4%) s'accorde à dire que la qualité de vie en soins premiers peut être évaluée par une discussion avec le patient, sa famille et/ou son entourage.

De plus, 2/3 des médecins répondent se fier à un compte rendu RCP, preuve qu'une évaluation gériatrique serait bien prise en compte si elle existait.

En revanche, les médecins généralistes se réfèrent peu au dossier informatique ou à l'utilisation d'échelles de qualité de vie.

Les outils à visée gériatrique sont sous-utilisés par les médecins généralistes qui les jugent inadaptés à leur pratique. L'absence de cotation et le défaut de formation sont démontrés comme des freins à leur usage (23).

En pratique, il est pourtant difficile de ne pas projeter l'idée subjective que l'on a de la qualité de vie de l'autre.

Dans les réponses libres, les médecins insistent sur l'importance du temps d'écoute, mais aussi, sur leurs connaissances et leur vécu avec ce patient :

« A la place d'utiliser des échelles et des avis spécialisés impersonnels, il y a deux recettes. Premièrement, prendre le temps avec les patients. Deuxièmement, écouter, écouter, écouter ce qu'ils disent. »

2- Comparaison à la littérature

On retrouve dans la littérature de nombreux points communs avec des études qualitatives, relatives à la limitation des soins chez les personnes âgées, dans des situations spécifiques (oncologie, urgences, démence). En revanche, peu d'études quantitatives abordent la prise de décision en soins premiers.

- **En cancérologie**

Les résultats de l'étude de F. Delva "factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients" (22) corroborent les résultats de notre étude.

- 5 facteurs liés au patient ont principalement été identifiés dans les questions d'orientation générale : souhait du patient, souhait de la famille (79,8%), existence de comorbidités graves, incapacité à subir des investigations invasives, degré d'autonomie
- Facteurs liés à la tumeur, plus fréquemment cités pour des exemples spécifiques (cancer de la prostate et du colon) : sévérité des symptômes, effets secondaires et tolérance attendus
- Un facteur organisationnel était retenu : avoir l'habitude de collaborer avec une équipe spécialisée en cancérologie.

Là où notre étude diffère est que l'avis de la famille et les difficultés organisationnelles semblent moins pris en compte par les médecins répondants.

Trois sous-groupes de médecins généralistes ont été identifiés comme étant moins susceptibles de référer leur patient. Ces praticiens étaient généralement plus influencés par l'âge du patient, les difficultés organisationnelles et le stade de la maladie.

A contrario, dans notre étude, les praticiens prenant un avis spécialisé systématique étaient moins influencés par l'âge du patient, l'avis de la famille, le mode de vie à domicile, et les difficultés d'accès aux soins.

Cette étude rapporte également que les praticiens ayant une formation en oncologie ont plus fréquemment adressé leur patient. Dans notre étude, la comparaison sur la formation des médecins n'a rien établi de tel.

- **En médecine d'urgence**

Dans son étude « facteurs influençant la prise de décision médicale dans les LATA en contexte d'urgence » (24), P.Pili montre un état des lieux des pratiques aux urgences, pour des patients dont l'âge moyen était de 83 ans +/- 11ans. Les facteurs décisionnels les plus cités étaient la qualité de vie espérée, le choix du patient, la gravité de la pathologie en cours et l'avis de la famille.

Comme dans notre étude, la qualité de vie était majoritairement recueillie par une discussion avec la famille, ou l'institution, comparativement à l'utilisation du dossier informatique ou l'utilisation d'échelles validées.

Il met également en évidence une prise de décision souvent seul (28%), avec un partage limité avec la médecine de ville ou le personnel paramédical, ce qui diffère de notre étude.

- **En réanimation**

Cette étude menée auprès des réanimateurs de Seine Maritime réaffirme le fait que l'âge est un facteur décisionnel controversé (25). L'âge arrive en troisième position parmi les facteurs de refus d'admission en réanimation. Il ne semble pas être un critère rédhibitoire de prise en charge, mais favorise une évaluation plus approfondie du patient. L'âge tend à s'intégrer dans un procédé global d'évaluation d'un patient, même si le consensus n'est pas total.

- **En soins premiers :**

Parmi les facteurs limitants décrits dans la thèse de L.Covex (annexe 2), certains ont été confirmés par notre étude. Il s'agit des caractéristiques médicales du patient, des volontés du patient, de la balance bénéfique/risque défavorable et des positionnements éthiques. Les difficultés relevées par L.Covex sont également retrouvées dans notre échantillon. En revanche, ce que l'on retrouve moins dans notre étude, ce sont les limites organisationnelles (transport, financières et sociales), et les difficultés relationnelles avec les spécialistes. Notre étude valide également les éléments du raisonnement du médecin qui sont : une décision collégiale, centrée autour du patient avec un raisonnement au cas par cas, décision partagée qui révèle l'importance de la relation médecin/patient.

Dans sa thèse « abstention thérapeutique et limitation des traitements à l'âge avancé : expérience des médecins généralistes » (26), B. Gouget retrouve des facteurs limitants similaires : critères médicaux, avis du patient et de sa famille, accessibilité aux soins, et des facteurs personnels du médecin (difficultés émotionnelles).

De plus, l'âge du patient est dans sa thèse, comme dans notre étude, un critère controversé, certains médecins évoquent préférer la prise en compte de l'état clinique, et de l'autonomie du patient, plutôt que l'âge.

Notre étude met en avant plusieurs difficultés à cette prise de décision que l'on retrouve chez B.Gouget:

- Difficultés d'acceptation des refus de soins, bien souvent en l'absence de directives anticipées ou de personne de confiance
- Forte implication éthique des médecins généralistes
- Difficultés relationnelles avec le patient et/ou sa famille

D'autres difficultés sont évoquées dans l'étude de L.Bosson (15), on retrouve en priorité le manque de temps, les difficultés relationnelles avec le patient et son entourage ou l'absence d'aidant familial. Dans un second temps sont cités, le manque d'expérience et de pratique, et la difficulté d'obtenir des informations fiables.

Dans cette étude, les médecins considèrent qu'il existe de réelles difficultés dans la prise en charge ambulatoire des personnes âgées en situation complexe, ce qui justifie la création d'équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières. Les médecins généralistes demandent qu'elles soient disponibles, accessibles rapidement et facilement. Ils souhaiteraient que le signalement puisse être fait par le médecin traitant, par téléphone, et avec une intervention dans les 48/72 heures.

Des éléments que l'on retrouve dans notre étude, au travers de la question libre concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, ceci permettrait de rompre l'isolement des médecins généralistes par le développement d'avis gériatrique rapide ou d'équipe mobile gériatrique au domicile du patient.

Notre étude révèle que l'avis de la famille est un facteur décisionnel secondaire. Dans l'étude REMEDE (27) réalisée en 2003, le rôle de l'entourage est considéré comme majeur par le médecin, dans les maladies neurologiques dégénératives évolutives (Alzheimer, Parkinson) ou la dépression. De plus, s'ils estiment avoir besoin de l'accompagnant pour l'aide du patient dans sa vie quotidienne, les médecins n'ont pas pour habitude de demander l'avis de celui-ci en consultation. Majoritairement, les médecins généralistes pensent que la présence de l'entourage lors de la consultation n'améliore pas la communication avec le patient.

Notre étude révèle également l'intérêt des directives anticipées. Elles seraient une aide non négligeable lors de la prise de décision. En 2016, l'HAS a publié un guide d'information et d'aide pour une diffusion plus large de ces directives dans la population. Le manque de temps et la difficulté à parler de fin de vie sont perçus comme les freins principaux à l'utilisation de l'outil, par les médecins généralistes. La mise en place du dispositif nécessiterait d'être accompagné d'une information de la population et une formation des professionnels de santé. (28)

3 - Forces et faiblesses de l'étude

Ce travail est un travail original par sa méthode que l'on retrouve peu dans la littérature ; et parce qu'il s'intéresse à cette décision de manière élargie, sans se focaliser sur une pathologie ou une situation particulière. Il apporte une réflexion globale sur notre pratique quotidienne, aussi bien sur le plan éthique, relationnel ou organisationnel.

Toutefois, l'étude s'intéresse à un effectif trop peu nombreux pour pouvoir apporter des conclusions définitives. Il s'agit d'un état des lieux, à un temps donné pouvant servir de base à la réflexion du groupe interrogé.

- Biais de sélection :

Ce sont probablement les médecins généralistes les plus sensibilisés aux problématiques gériatriques ou palliatives qui auront répondu au questionnaire.

Ce biais a tout de même été limité par le tirage au sort de l'échantillonnage de départ. Le taux de réponse est comparable à celui d'autres études quantitatives (environ 30%).

- **Biais d'enquête d'opinion :**

Les médecins généralistes sont interrogés sur leur pratique médicale. Leurs réponses sont déclaratives et peuvent être subjectives voire erronées, sans possibilité pour l'enquêteur d'en vérifier la véracité. Le questionnaire étant anonyme, ce biais s'en trouve diminuer.

- **Biais de désirabilité sociale ou biais du répondant :**

Comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. L'individu questionné peut adopter un comportement de réponse spécifique, s'il croit avoir discerné, même partiellement, la finalité du questionnement.

Ce biais explique sans doute pourquoi l'analyse comparative des données a montré une certaine uniformité et n'a pas permis de décrire l'hétérogénéité de cette décision et donc l'inégalité de prise en charge des patients.

4 - Perspectives :

D'autres éléments de notre étude ou relatifs à cette prise de décision mériteraient d'être développés dans des questionnaires plus spécifiques, notamment :

- interroger les médecins généralistes sur l'application des référentiels de bonne pratique chez ces patients
- interroger les médecins sur le repérage de la fragilité et l'EGS dans leur prise de décision
- l'autonomie étant un facteur décisionnel important, par quels moyens l'évaluent-ils ?

De plus, cette étude montre qu'il y a plusieurs intervenants dans la décision. Les facteurs décisionnels pourraient donc être étudiés du point de vue du patient, de sa famille ou des paramédicaux et comparés à ceux de notre étude.

Nous avons observé que les questionnements éthiques sont prépondérants. Afin de soutenir et guider ces questionnements légitimes, la SFAP et la SFGG ont collaboré à l'élaboration d'un outil d'aide au questionnement face à une situation gériatrique relevant de la loi Léonetti. La loi fait mention d'un arrêt des thérapeutiques relevant d'une obstination déraisonnable mais ne définit pas les procédures de prise de décision. Cet outil est conçu comme une aide pour la tenue de réunion en équipe, il s'appuie notamment sur deux questionnaires : la grille de questionnement éthique du Dr Renée Sebag Lanoé (29) et l'organigramme de la Décision après une Démarche Ethique (DDE) de J-M Gomas (30) (annexe 5).

L'utilisation de cet outil pourrait être développée en médecine générale, ceci favoriserait une discussion en équipe, une standardisation de la décision sans perdre de vue l'individualité du patient.

Enfin, la prise en considération de la qualité de vie par les médecins est importante dans notre étude, une étude comparative pourrait être menée sur la perception de la qualité de vie par le patient et par le médecin. A l'avenir, il faut espérer que les études cliniques et thérapeutiques intégreront mieux les populations particulières comme les personnes âgées, et prendront systématiquement en compte la qualité de vie.

VI- Conclusion

Notre étude a permis de déterminer les principaux facteurs décisionnels intervenant dans ce processus complexe. Il s'agit de l'autonomie, des antécédents et comorbidités, du souhait du patient, de la qualité de vie après intervention, et de la bonne tolérance de l'épisode actuel.

Cette prise de décision est vécue comme difficile par une majorité des médecins généralistes interrogés. Les principales difficultés résident dans les questionnements éthiques, les difficultés de communication avec le patient et son entourage, et les difficultés émotionnelles.

Pour pallier à ces obstacles, la prise de décision ne se fait pas seul. Si dans la majorité des cas, l'avis d'un spécialiste n'est pas systématiquement demandé, le médecin généraliste privilégie une décision avec le patient, son entourage (famille, paramédicaux) ou s'appuie sur les directives anticipées.

Cette prise en compte importante des souhaits du patient, et cette volonté de partage de la décision traduisent une évolution dans les pratiques médicales, intégrée par l'ensemble des médecins généralistes de notre échantillon. Malgré le caractère subjectif de cette décision, l'analyse comparative ne relève pas de différences importantes dans les facteurs décisionnels, et montre une certaine uniformité des pratiques chez les médecins. Les résultats sont d'ailleurs en accord avec d'autres données de la littérature.

Notre étude démontre que cette prise de décision est un enjeu de communication important : définir les souhaits du patient, évaluer sa qualité de vie, et partager la décision avec l'ensemble des acteurs intervenants.

De plus, cette étude révèle que les médecins souhaitent prendre en compte les directives anticipées, et les comptes rendus RCP lorsqu'ils sont disponibles.

A l'avenir, la généralisation des directives anticipées, le développement d'avis et d'évaluation gériatrique en soins premiers, la prise en compte de l'autonomie et de la qualité de vie dans les outils d'aide à la décision seraient une aide non négligeable à cette prise de décision.

VII : Bibliographie

1. Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. *Etudes et Résultats*. 2002;160(10).
2. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
3. Buyck JF, Casteran-Sacreste B. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Études et Résultats DREES*. 2014;(869).
4. Delaunay M. Loi d'adaptation de la société au vieillissement : un pas pour la transition démographique. *Trib Sante*. 11 mai 2017;n° 54(1):79-84.
5. Collège National des Enseignants de Gériatrie. La personne âgée malade [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2009. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/>
6. Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. 2015;9–24.
7. Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. *Arch Intern Med*. 2001;161(21):2602–2607.
8. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Data Documentation [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.share-project.org/data-documentation.html>
9. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
10. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med*. févr 2011;26(2):197-203.
11. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec*. 15 oct 2014;Tome 62(4):4-7.
12. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
13. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [cité 11 sept 2019];(10). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub3/abstract/fr>
14. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

15. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe: place des équipes mobiles. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016;14(1):23–30.
16. Brugière J-P. La prise de décision médicale en gériatrie. Elsevier Masson SAS; 2013.
17. Taurand S, Loustau M, Batchy C, Taurand P. Appréhender l'incertitude en gériatrie et médecine palliative du sujet âgé: genèse du modèle FRAG. *Médecine Palliat Soins Support-Accompagnement-Éthique*. 2017;16(3):152–160.
18. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary Care Clinicians' Experiences With Treatment Decision Making for Older Persons With Multiple Conditions. *Arch Intern Med*. 10 janv 2011;171(1):75-80.
19. Zimmermann-Sloutskis D, Gruet F, Zimmermann E. Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. *Observatoire suisse de la santé (Obsan)*. 2002;11.
20. Aubry R. Fin de vie : la France à l'heure des choix. *Droit Sante Soc*. 18 oct 2018;N° 1-2(1):46-9.
21. Covex L. Facteurs décisionnels limitant la démarche diagnostique ou thérapeutique en soins premiers chez le patient âgé: étude qualitative auprès de médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université Victor Segalen, Bordeaux; 2018.
22. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer*. 2011;11(1):5.
23. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. Mars 2013 ;11(1):21-31.
24. Pili P, Gavazzi G, Dumanoir P, Carpentier-CHU F. Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier, Grenoble; 2012.
25. Borel M, Veber B, Robillard F, Rigaud J-P, Dureuil B, Hervé C. L'admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins ? *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 juin 2008;27(6):472-80.
26. Goujet B, Université Jean Monnet S-É. Abstention thérapeutique et limitation des traitements à l'âge avancé: expérience des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Saint Etienne]: Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint-Etienne; 2007.
27. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(3):241-52.
28. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 sept 2017;16(4):175-83.
29. Sebag-Lanoë R, Feteanu D, Renard P. Soigner le grand âge. Desclée de Brouwer; 1992.
30. Gomas J-M. La démarche pour une décision éthique: éthique, équipe et fin de vie. *Soins gérontologie*. 2005;(55):17–19..

VIII- Annexes

Annexe 1 : Version française de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du gerontopôle de Toulouse

Personne à prévenir pour le RDV :
Nom :
Lien de parenté :
Tél :
Nom du médecin traitant :
Tél :
Email :
Nom du médecin prescripteur :
Tél :



Informations patient
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Tél :
Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

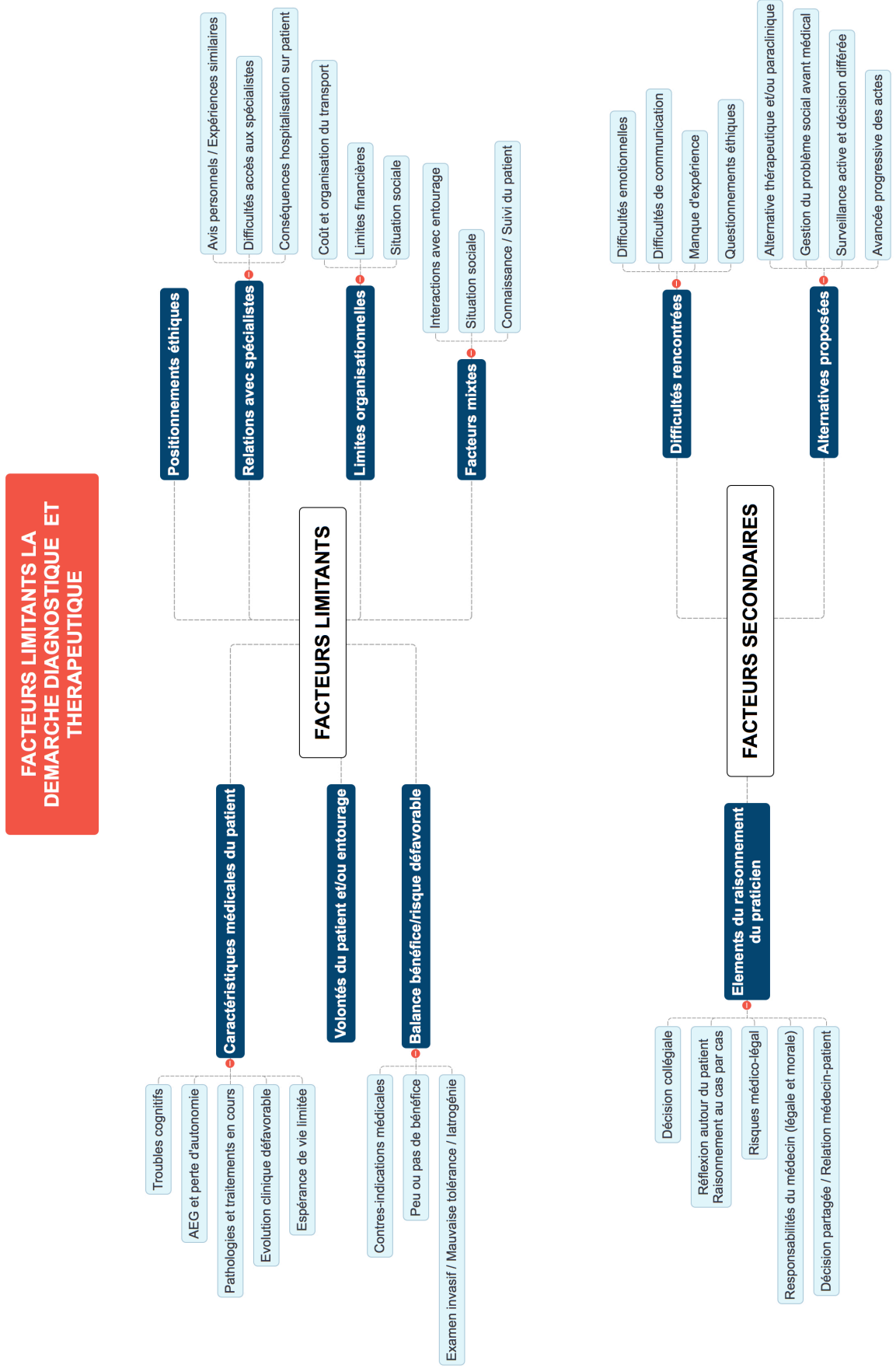
PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____ Rendez-vous programmé le : _____
Médecin traitant informé : OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Juin 2013

Annexe 2 : Synthèse des résultats de la thèse qualitative de Laura COVEX





Chère consœur, cher confrère,

Je réalise actuellement une thèse de médecine générale à l'université de Bordeaux, qui s'intitule : « Facteurs limitant la démarche diagnostique et thérapeutique en soins premiers gériatriques ».

En médecine générale, comme dans d'autres spécialités, les situations de limitation diagnostique et thérapeutique chez les personnes âgées sont fréquentes. Le médecin généraliste est au cœur de cette décision, s'articulant souvent autour du patient, sa famille, et d'autres soignants.

Mon travail cherche à comprendre comment faites-vous face à cette prise de décision. Il vise à comprendre les éléments qui vous influencent et qui guideront votre choix.

Suite à un tirage au sort dans l'annuaire santé, nous avons sélectionné 600 médecins généralistes français, dont vous faites partie.

Les réponses au questionnaire sont anonymes et il vous prendra moins de 10min.

Vous pourrez renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe de retour.

Merci pour votre participation.

Marie LOPEZ

DES de médecine générale

these.marielopez@gmail.com



Autre

Autre

A8. De quel type de formation s'agissait-il?

DU, DIU

Formation continue

Autre

Autre

Partie B: SECTION B: Les facteurs limitant dans la décision médicale

Nous recherchons les facteurs qui influencent votre décision de limiter les investigations et traitements, chez vos patients âgés de plus de 75 ans.

B1. Votre prise de décision, chez un patient de plus de 75 ans, peut-elle être influencée par son état général? Cochez les modalités.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Par l'âge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par son autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par ses antécédents et comorbidités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Souhait du patient et environnement social

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Les volontés du patient peuvent-elles influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'avis de la famille peut-elle influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait que votre patient de plus 75 ans soit institutionnalisé (EHPAD) peut-il influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait que votre patient soit à domicile peut-il influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Balance bénéfique/risque et organisation des soins

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Votre prise de décision peut-elle être influencée par la qualité de vie après intervention (risque d'effets secondaires, mauvaise tolérance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Le fait que votre patient ait une bonne tolérance de l'épisode aigu peut-il influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les difficultés d'accès aux spécialistes et d'organisation des soins peuvent-elles influencer votre décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4. Cette prise de décision vous semble-t-elle facile?

Oui

Non

B5. Si non, à quelles difficultés faites-vous face lors de cette prise de décision ?

Difficultés émotionnelles (isolement, doute)

Difficultés de communication avec le patient et/ou son entourage

Questionnements éthiques (respect de la dignité, éviter acharnement thérapeutique)

Difficultés par manque d'expérience

Peur d'un litige médico-légal

Manque de temps

Autre

Autre

B6. Afin de vous aider à la prise de décision, prenez-vous systématiquement avis auprès d'un spécialiste?

Oui

Non

B7. Vous ne prenez pas avis auprès d'un spécialiste. Quels éléments, parmi les suivants, auront influencé votre choix?

Une prise de décision avec le patient et/ou l'entourage

Une prise de décision en lien avec les paramédicaux

L'habitude, le vécu d'expériences similaires

Les difficultés relationnelles avec les spécialistes

Vos connaissances/votre formation

L'existence de directives anticipées



Autre

Autre

B8. Comment évaluez-vous la qualité de vie de votre patient de plus de 75 ans?

Vous abordez le sujet des activités de la vie quotidienne avec le patient, sa famille ou le personnel soignant

Vous utilisez des échelles de qualités de vie

Vous évaluez la qualité de vie via le dossier informatisé de votre patient

Vous évaluez la qualité de vie via le compte rendu de concertation pluri-disciplinaire

Autre

Autre

B9. Avez-vous l'habitude d'utiliser des réseaux de soins spécifiques aux patients âgés?

Oui

Non

B10. Si oui, lesquels:

Partie C: SECTION C: Cas cliniques

C1. Madame X, 88 ans, présente une anémie ferriprive bien tolérée. Vous souhaiteriez éliminer un saignement digestif, mais vous vous interrogez sur la pertinence d'un examen endoscopique. Quels éléments limiteraient votre démarche diagnostique chez cette patiente?

Etat général (âge, comorbidités, autonomie)

Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni en désaccord Pas d'accord Pas du tout d'accord



	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Souhait du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avis de la famille/entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de vie: institution (EHPAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de vie: domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie après intervention (effets secondaires, mauvaise tolérance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sévérité des symptômes actuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux spécialistes et difficultés d'organisation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Dans ce cas précis, prendriez-vous avis auprès d'un spécialiste?

Oui

Non

C3. M.Y, 94 ans, a fait un déficit moteur brutal du membre supérieur droit avec aphasie durant plusieurs heures la veille de la consultation. Etant revenu à son état antérieur, il (ou son entourage) n'a pas jugé bon d'appeler les secours. Vous le voyez aujourd'hui parce que cela inquiète ses enfants. Quels éléments limiteraient la démarche diagnostique préconisée à savoir, une imagerie cérébrale et un bilan d'AVC en urgence?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Etat général (âge, comorbidités, autonomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhait du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avis de la famille/ entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de vie: institution (EHPAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de vie: domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie après intervention (effets secondaires, mauvaise tolérance de l'examen ou traitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sévérité des symptômes actuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux spécialistes et difficultés d'organisation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Dans ce cas précis, prendriez-vous avis auprès d'un spécialiste?

Oui

Non



C5. Comment pensez-vous qu'il faudrait améliorer la prise en charge de ces patients agés en soins premiers? (Texte libre)

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Si vous souhaitez recevoir les conclusions de notre étude, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse these.marielopez@gmail.com, afin que votre demande soit prise en compte.

Nous sommes également ouvert à vos remarques concernant notre thèse.

A bientôt

Marie LOPEZ

Annexe 4 : Réponses libres à la question : Comment pensez-vous qu'il faudrait améliorer la prise en charge de ces patients âgés en soins premiers?

1. En mettant en place un système de réseau pour avis gériatrique facile d'accès, disponible ++ ou éventuellement avec des grilles d'évaluation standardisées.
2. Réunions hebdomadaires-mensuelles avec paramédicaux du secteur. Accès facilité aux spécialistes pour les patients à domicile, parcours dédié.
Être contacté SYSTEMATIQUÉMENT avant une sortie d'hospitalisation pour les personnes âgées pour discuter du projet de soins.
3. Les résultats attendus des examens vont-ils modifier ma prise en charge ? sont-ils acceptables par le patient ? lui permettront-ils de gagner en confort de vie ? Si oui aux 3 questions, l'examen me semble justifié, sauf si opposition formelle du patient.
4. Circuit court d'hospitalisation avec entrée directe dans le service gériatrique. Utilisation télémédecine = téléconsult et/ou tele-expertise et/ou téléstaff.
5. Nous sommes assez gâtés sur la ville de Lyon avec la possibilité de téléphoner à des hotline qui peuvent, à la fois, donner un conseil diagnostique ou thérapeutique et trouver un lit d'hospitalisation sans transiter par un service d'urgence.
6. Je travaille dans une grande ville avec un accès aux soins faciles. Je pense que l'aspect humain manque de plus en plus dans notre profession et surtout au niveau des SAU qui sont hélas surchargés et nous renvoient parfois nos patients âgés dans des états inadaptés (surtout s'ils sont seuls) ...
7. En s'assurant d'avoir des directives anticipées claires, en ayant un réseau développé permettant une prise en charge rapide.
8. Un lien plus direct avec un spécialiste de gérontologie. Filière actuelle surchargée.
9. Avoir le temps d'expliquer, discuter des "pour" ou "contre" toute intervention diagnostique ou/et thérapeutique. Sans procédure administrative compliquée (formulaires, compte rendu en 3 exemplaires...). Les personnes âgées représentent une population mal étudiée (peu d'études incluent le grand âge), mal étudiable, et compliquée dans tous les champs (social, médical, psycho, éthique).
10. Primum non nocere ...
11. - Développement des aides à domicile : infirmières, kinés, auxiliaires de vie, aides ménagères, etc.
- Lutte contre l'isolement tout en tenant compte autant que possible des souhaits du patient surtout s'ils désirent finir ses jours chez lui
- Respecter ses directives anticipées s'il les a exprimées en particulier en matière de soins palliatifs.
12. Directives anticipées.
13. Réunion concertation pluridisciplinaire pour prendre décision collégiale (médecin coordinateur EHPAD, IDE...).
14. Accès aux soins plus rapide sans passer par des urgences surchargées et inadaptées. Avoir un service d'urgence de proximité dans les EHPAD et accès rapide à l'imagerie. Ce qui nous manque le plus souvent c'est l'imagerie ou la bio urgente. Le reste, on sait faire.
15. Éviter l'hospitalisation en développant des hospitalisations sur une journée mais incompatible avec la démarche actuelle des établissements de santé.
16. Développer les réseaux dédiés aux sujets âgés.
17. Améliorer le parcours de soins du sujet âgé : raccourcir la durée de séjour aux urgences, permettre l'accès en urgence aux plateaux techniques Bio et Imagerie, qualifier l'accueil gérontologique.
18. Grâce une coopération et des protocoles pluri professionnels. Pour diminuer les difficultés liées au déplacement, la télémédecine est une aide.
19. Difficultés à présenter un patient au spécialiste. La mention d'un grand âge ferme beaucoup de portes sans même savoir si la personne est autonome ou pas.
20. Fluidification des relations ville/hôpital avec transmissions d'informations de senior à senior, orientation directe des patients, retour rapide des informations au MG pour poursuite de la concertation avec patient et/ou famille.
21. Favoriser les prises en charge rapide en hôpital de jour avec des gériatres et la prise de RDV en direct avec eux.
22. Améliorer encore plus les plans d'aides à domicile. Ligne directe ville/hôpital. Bilan en HDJ plus facile. Transports systématiquement pris en charge. Améliorer le parcours de soin. Réflexion sur la iatrogénie.
23. Qu'est-ce qu'il vous fait penser que la prise en charge de ces patients soit mauvaise ?
24. Services d'urgences gériatriques, avec service d'urgences également mobiles, sans être le SAMU.
25. Meilleur accès aux services spécialisés et ceci pour limiter le temps d'attente aux urgences et ainsi diminuer le risque de perte d'autonomie etc...décompensation d'un état précaire et instable à la base.
26. Possibilité d'un accès en hôpital de jour dans le service de gériatrie pour les explorations nécessaires des patients externes.
27. Faciliter la mise en place d'aides à domicile en urgence. Favoriser les hospitalisations directes sans passer par les urgences.
28. Vaste question ! en lien avec le système de santé actuel...
29. Notre société a engendré une individualisation de l'exercice médical, et pourtant il y a de plus en plus de pseudo-structures, de conventions, de réunions, qui alourdissent la prise de décision et qui déplace le sujet de réflexion. Faut-il ajouter des années de vie ? Ou faut-il ajouter de la vie aux années ?
30. Pour les urgences, filière d'accueil autonome (comme en pédiatrie). Non urgent : - visite à domicile : présence d'un soignant et/ou famille. - consultations : journées d'HDJ.
31. Renforcer les réseaux de soins gériatriques et communication entre les intervenants
32. Les gens vivent de plus en plus vieux, en relative "bonne santé". Il ne doit pas y avoir de discrimination due à l'âge dans les soins.
33. Directives anticipées +++++ accessibles.

34. En améliorant les recommandations adaptées à chaque profil de patient
En anticipant les problèmes
En faisant des directives anticipées pour chaque patient.
35. Plus d'EHPAD ou d'accueil temporaire, urgences gériatriques.
36. Mieux nous former les médecins généralistes sur la gériatrie. Actuellement, âge > 75 ans ne doit pas être un facteur limitant de soins.
C'est plutôt comorbidités, autonomie, ADL / IADL, poids/nutrition, thymie, isolé ou entouré qui doivent être les critères de limitation de diagnostic et traitement.
37. A domicile, par des consultations rapides auprès de spécialistes compétents (capables de refuser des examens ou des interventions). En EHPAD, je ne sais pas, si vivre en " prison " justifie même un petit acharnement.
38. Continuer à proposer des avis téléphoniques dédiés aux médecins généralistes, faciliter l'accès aux réseaux de soins et des structures avec des hospitalisations de jour pour limiter les hospitalisations trop longues.
39. Meilleure coordination des soins ville hôpital, constitution d'un dossier médical au préalable en ambulatoire recueillant les souhaits du patient et de la famille concernant la conduite à tenir : prise en charge invasive ou soins de confort avec désignation d'un rapporteur pour la famille.
40. Prendre plus de temps.
41. Il faudrait un accès plus facile aux hospitalisations de courte durée, dans nos hôpitaux périphériques.
42. Ligne directe auprès d'un gériatre de l'hôpital. Boite Mail.
43. Réunions de concertation pluri-professionnelles en maison de santé (on y travaille). Création d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile.
44. Concertation famille, soignants médicaux et paramédicaux et patient. Avis gériatrique simple téléphonique pour éviter décision isolée parfois délicate. Concertation sur des cas cliniques avec confrères MG.
45. Que celui ou celle qui a une idée pour le faire me le dise
46. Augmenter l'information des patients concernant les directives anticipées. Améliorer l'accès aux soins pour les personnes âgées dépendantes (distance domicile, spécialistes).
47. Favoriser les soins ambulatoires et l'HDJ.
48. On aimerait une meilleure coordination entre ville-hôpital avec une "unité spéciale" aux urgences pour nos patients âgés (diminution de l'attente, entrée directe en gériatrie pour hospitalisation de courte durée). Le sujet de votre thèse est très intéressant et complexe. Les 2 facteurs qui sont pour moi les plus importants sont : la connaissance des volontés du patient, la pertinence de la prise en charge sur mon territoire (accès spécialiste, plateau technique).
49. Meilleure concertation avec famille, directives anticipées avec réévaluation et mise à jour.
50. Optimisation des interventions des paramédicaux au domicile.
51. Tout dépend du patient, du contexte et de son entourage. Services d'urgences gériatriques me semble indiqué.
52. Rembourser les transports des personnes âgées isolées (géographiquement et familialement) sans ALD.
53. Meilleure évaluation des éléments de fragilité permettant de mettre en place précocement des moyens de prévention, meilleure coordination des aides disponibles (sociales, paramédicales, financières, ...), accès plus simple aux équipes type EMOG. Responsabiliser certaines familles...
54. Une évaluation plus systématique du contexte socio-économique des patients âgés, serait une aide majeure pour le médecin à leur prise en charge. La possibilité de consultation dédiée par un gériatre dans des délais courts (< 1 semaine). L'organisation en amont des examens complémentaires en hôpital de jour après concertation avec gériatre et MG pour limiter leur déplacement. Une prise en charge plus systématique des transports non en ALD mais ayant un âge > 80 ans.
55. Communiquer sur la nécessité de l'entourage proche de s'investir mieux pour leurs aînés. Prendre le temps (qu'on voudrait nous enlever) pour parler avec ces patients.
56. Arriver à faire écrire au patient ses directives anticipées +++ et désigner une personne de confiance. Chez nous, avoir des solutions de repli plus abordables et plus d'aides à domicile.
57. L'écoute et la réflexion sur les risques qu'entraînent les soins.
58. Il faudrait pouvoir disposer de lits d'hospitalisation de gériatrie pour observation de 72h avant d'envisager soit des examens para cliniques, soit un retour à domicile si amélioration.
59. Il semble indispensable de créer des structures "d'urgences" adaptées à la prise en charge des problèmes médicaux qui ne peuvent pas être maintenus au domicile.
60. Possibilité d'un accompagnement lors des examens ou consultations spécialisées : indemniser les familles qui doivent s'absenter du travail...
61. Accès à des avis gérontologiques dédiés aux médecins de ville pour les patients au domicile. Communication plus rapprochée avec médecins coordonnateurs en EHPAD
62. Privilégier la relation humaine plutôt que l'abord technique d'une pathologie = être un médecin humaniste, plutôt qu'un technicien de la médecine !
63. Outre les éléments de décisions propres à la situation clinique et à l'environnement du patient, ses comorbidités et son état général, le facteur limitant aujourd'hui à la prise en charge optimale des patient est l'accès aux structures hospitalières, notamment sous-dotées grâce aux coupes budgétaires (patients âgés attendant de longues heures dans les couloirs de l'hôpital qu'on veuille bien les examiner) et l'obtention d'un transport médicalisé (hors urgence extrême !), devenue une véritable sinécure ! Donc il faut, plus de lits en services d'urgence et plus de VSL et ambulances ! Et tant pis pour les dépenses !
64. Intérêt d'une consultation gériatrique si besoin délocalisée au domicile avec le médecin traitant pour collégialité.
65. Permettre un accès plus simple et plus rapide aux examens complémentaires et aux avis pour éviter des passages aux urgences voire des hospitalisations.
66. Meilleur réseau de proximité et plus de formation initiale et continue.
67. Disponibilité de l'équipe soignante et de l'entourage familial.
68. Mieux systématiser les échelles d'évaluation d'autonomie.

69. En fait, dans vos questions très pertinentes, vous avez donné les éléments. L'important c'est d'être un médecin de famille et non pas un ordinateur. Connaître très bien le sujet, la famille, la pathologie et faire le minimum d'examen (âge++), avoir un début de diagnostic, prendre sa décision à la fois avec le patient (signes cognitifs ?), la famille, voire le spécialiste ; évaluer le bénéfice du traitement, en fonction des signes de comorbidités, et de l'état du sujet. Penser aux soins de confort et soulager la douleur. Pas d'acharnement thérapeutique.
70. Concertation pluridisciplinaire pour être plus serein sur la nécessité ou pas de faire les examens.
71. Je pense que connaître son patient âgé, son entourage familial et paramédical, aide à la prise en charge. Exprimer clairement notre désir de préserver la santé et l'autonomie ultérieure de ce patient. Lui expliquer ainsi qu'à son entourage, la nécessité du soin envisagé, qu'ils comprennent l'intérêt et afin de réduire et dissiper les peurs de l'inconnu qui freinent la prise en charge.
72. Avis EMOG plus facile à obtenir si possible.
73. Le facteur limitant est souvent l'absence d'aïdant en dehors de la famille lorsqu'ils vivent encore chez eux
74. Accès à une plateforme permettant l'avis consultatif d'un spécialiste pour décision collégiale sous conditions physiques du patient.
75. Accès à un service d'urgences gériatriques pour les problèmes aigus et le maintien à domicile difficile
76. Plus de disponibilité des spécialistes.
Entrée directe en gériatrie plus facile sans passer par les urgences.
77. Amélioration des délais de rendez-vous avec spécialiste ou limitation du temps aux urgences. Augmentation des hospitalisations directes en gériatrie après échange avec le médecin hospitalier. Amélioration des transports (retard entraînant retard ou annulation du rdv).
78. Juste une remarque, ce n'est pas tant l'âge du patient qui importe que son état général. Même si au-delà de 90 ans, l'âge entre en ligne de compte. Il est sûr que dans les traitements pas chimiothérapie et radiothérapie ne soit pas envisageable au-delà de 80 ans.
79. Augmenter le travail en réseau avec équipe mobile de gériatrie afin de ne pas décider seul.
80. Accès facile à une plateforme diagnostique confortable.
81. 1- proposer des formations adaptées pour la prise en charge des personnes âgées en médecine de ville
2- réseau de soin incluant les paramédicaux, et les structures pour faciliter les contacts.
82. Possibilité d'avoir un avis gériatrique rapide (téléphone, mail...).
83. Systématiser l'élaboration de directives anticipées et de projet de vie après 75 ans.
84. En cas de demande d'hospitalisation, après avoir donné l'âge du ou de la patiente, on se heurte parfois à des réponses : " on ne peut pas, pas de place, etc....". Si c'est un patient jeune, moins de problème.
85. Meilleure communication médecins/soignants. Prise en charge des moyens de déplacement simples comme taxi par la CPAM pour se déplacer au cabinet.
86. Avoir suffisamment de médecins de famille. Être entouré de paramédicaux en nombre suffisant. Avoir un avis gériatrique réactif.
87. Travailler plus en équipe (infirmières, famille, EHPAD). En parler ou en rediscuter avec des collègues MG (coup de fil). Ligne d'experts qui répond aux demandes compliquées. Être maître de stage et habitué à synthétiser des dossiers difficiles. Protocoller les soins comme en EHPAD.
88. Écrire sur le dossier médical les désirs du patient. Volonté anticipée d'absence d'hospitalisation ou d'acharnement thérapeutique en cas de dégradation de l'état général ou volonté de bilans en hospitalisation. Consentement éclairé du patient en possession de ses facultés intellectuelles, avant déclin cognitif ou démence.
89. 1- Remettre des lits supplémentaires dans des conditions décentes dans les services d'urgences hospitaliers pour éviter les attentes interminables dans les couloirs sur des brancards de fortune !
2- Accroître le parc automobile ambulancier de façon à rendre plus aisé l'hospitalisation de nos patients âgés !
90. Développer l'accessibilité aux services de gériatrie, qu'ils aient aussi des places d'hébergements courts
91. Prise en charge des transports pour un simple examen. Développement des structures de prise en charge des patients âgés.
92. Possibilité d'avis par téléphone simplement.
93. Bonne connaissance des antécédents. Possibilité d'avoir un contact téléphonique avec un référent gériatre ou soins palliatifs et/ou spécialiste d'organe.
94. Accès direct au service de gériatrie.
95. Je pense que l'évolution s'est faite d'elle-même de par l'allongement de l'espérance de vie, ce qui pourrait s'améliorer encore est à mon avis, l'accès aux spécialistes hospitaliers et l'organisation des soins de ces patients âgés (amélioration contact ville hôpital).
96. Accentuer la prévention avec des bilans gériatriques systématiques pour diminuer les risques à court terme (iatrogénie, chute). Revoir les protocoles de prise en charge des pathologies aiguës en les adaptant à la particularité du patient âgé pour uniformiser les prises en charge.
97. Tenue d'un carnet de liaison (surtout pour les médecins).
98. Plus de services de gériatrie aigüe. Des gériatres libéraux qui se déplaceraient à domicile.
99. Augmenter le nombre de lits en EHPAD. Valoriser le travail infirmier en EHPAD et à domicile.
100. L'âge qui ne veut rien dire ! Un patient est respectable quel que soit son âge !
101. Accès à des consultations gériatriques +/- hôpital de jour plus facile.
102. Avoir un réseau spécifique pour les plus de 75 ans avec peu d'attente, créneaux disponibles rapidement pour imagerie.
103. Standardiser les dossiers médicaux afin d'accéder aux informations du patient facilement.
104. Possibilité de regrouper les examens complémentaires et avis spécialisés dans le temps et dans l'espace.
105. Développer les services de gériatrie.

106. Dans la mesure du possible, accueil direct dans une unité qui leur serait réservée doter de professionnels spécialisés et avec un environnement de confort.
107. Accès facilité à des transports et de l'accompagnement adapté pour les avis spécialisés et examens complémentaires.
108. Par des filières d'accès plus simple et rapide aux imageries et spécialistes, sans forcément déplacer le patient.
109. Faciliter l'accès aux consultations de gériatrie. Prise en charge spécifique aux urgences.
110. Arrêter de penser que les soignants sont responsables de l'augmentation du cout de la santé. Arrêter de créer des réseaux, des filières de soins, qui coutent une fortune.
111. Formation et présences d'aides à domicile compétentes.
112. Problème de prise en charge des transports (assurance maladie). Meilleure considération de la part du personnel médical hospitalier vis à vis de ces patients (SAU). Problèmes de prise en charge en ambulatoire en hospitalisation courte.
113. Accueil plus adapté aux urgences, possibilité d'hospitaliser sans passer par les urgences.
114. En milieu spécialisé hospitalier, concertation hôpital et médecin traitant.
115. Service d'urgence dédié à la gériatrie afin d'éviter de longues heures d'attente dans les services d'urgences
116. Plus de professionnels de santé en ville et en campagne. Plus de facilité d'accès aux services d'urgences (débordés), plus de services et plus de personnels pour les faire tourner. Plus de lits disponibles. Plus de temps aux MG pour faire un examen clinique digne de ce nom.
117. Plus de lits d'accueil.

Annexe 5 : Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti- Groupe SFAP/SFGG-

Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti- Groupe SFAP/SFGG-2011

Fiche A : Prévention de l'obstination déraisonnable en gériatrie: réflexion en équipe sur l'abstention thérapeutique

Cas de : Année : Analysé en réunion d'équipe le :

Le cœur de la loi Léonetti nous semble être d'inviter les praticiens à ne pas poursuivre leurs traitements par une obstination déraisonnable. Cependant sa rédaction ne définit rien sur la procédure de prise de décision de non initiation, de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques jugées disproportionnées ou inutiles. Cette fiche est un support proposé à partir de l'expérience de ses auteurs, offrant une aide à la réflexion collégiale interdisciplinaire indispensable à ce type de décision. Contrairement aux situations spécifiques décrites dans la loi, il n'est pas nécessaire que le patient soit en refus de soin, inconscient, ou en situation de fin de vie reconnue, pour y avoir recours, la réflexion éthique faisant partie de la bonne pratique gériatrique.

Quel est le type de renoncement thérapeutique envisagé ? (ex : transfusion, intervention chirurgicale, gastrostomie, amputation, dialyse, réhydratation artificielle, antibiothérapie, oxygénothérapie...)

Problématique = Non initiation- limitation- ou arrêt ?

Argumentation :

- Disproportionné : risque>bénéfice → déraisonnable
- Non indiqué du fait du stade de la maladie ? des comorbidités ?
- Inutile : Inefficace ou n'apportant pas de bénéfice réel au malade.

Quels éléments déclenchent le questionnement ? (Découverte d'une maladie grave ; Qualité de vie non assurée et ne pouvant être « restaurée » par le traitement ; Espérance de vie non modifiée voire potentiellement raccourcie avec traitement etc....) :

Une réunion de **concertation pluridisciplinaire** est-elle réalisée pour argumenter la décision ? **OUI NON**

Suivent deux outils utilisés en gériatrie pour la tenue de telles réunions et la prise de ce type de décision:

GRILLE DE QUESTIONNEMENT ETHIQUE Dr RENEE SEBAG LANOE <small>SOIGNER LE GRAND AGE ED DESCLÉE DE BROUWER, PARIS 1992</small>	Organigramme de la Décision après une Démarche Ethique D.D.E. version 3 © Dr J-M GOMAS, 2010
Quelle est la maladie principale de ce patient ?	1- INVENTAIRE PRECIS :
Quel est son degré d'évolution ?	CONCERNANT LE MALADE : - le malade, ses Directives Anticipées - la maladie - la famille et l'entourage, la Personne De Confiance
Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?	1- des <u>données techniques, et scientifiques</u> 2- des <u>données cliniques</u> 3- des <u>ressources humaines disponibles</u>
Est-il facilement curable ou non?	CONCERNANT LES ACTEURS DU SOIN: 1- le médecin prescripteur 2- les soignants et les autres acteurs 3- le cadre déontologique, légal, le lieu du soin
Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses?	2- DELIBERATION INTERDISCIPLINAIRE : Elle nécessite : 1- <u>du temps</u> , organisé et voulu 2- un <u>espace de parole</u> vraie, et de vraie parole 3- une <u>maturation</u> des acteurs du soin .Permise par une <u>discussion interdisciplinaire</u> .permettant des explications intelligibles et assimilables .pour argumenter les futurs choix possibles .avec prise en compte des Directives anticipées, et de l'avis de la Personne de Confiance
Que dit le malade s'il peut le faire ?	3- DECISION : 1- Elaboration d'un <u>acte monodisciplinaire</u> sous l'autorité du référent concerné: explicité, cet acte deviendra consensuel et donc multidisciplinaire
Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?	2- Organisation -de l'annonce de la décision au malade, avec <u>consentement éclairé</u> , -des stratégies pour chacun des acteurs
Quelle est la qualité de son confort actuel ?	3- Programmation de la <u>réévaluation</u> , + nouvel inventaire
Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)	
Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?	