

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

RAJEMISA GERARD

Né le 01er février 1968 à TANANARIVE (Madagascar)

Présentée et soutenue publiquement le : 20 septembre 2011

**LES OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS TRAITANTS
POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

Président de thèse : *Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON*

Directeur de thèse : *Docteur Bruno LEPOUTRE*

RESIDENT

« et mon esprit se réjouit en Dieu, mon Sauveur » Luc 1:47

A Madame le Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON qui me fait l'honneur de présider
cette soutenance, mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

A Mesdames et Messieurs les membres du jury, mes sentiments confraternels.

A Monsieur le Docteur Bruno LEPOUTRE, toute ma reconnaissance pour son aide et sa collaboration.

A la mémoire de mon père.

A ma mère, avec toute mon affection.

A Greg et Andie, pour leur patience et leur amour.

Mes remerciements à Madame le Docteur Marie-Prisca RABEONY, pour son aide précieuse.

Mes amitiés à Valérie ROUFFIAC, Patrice CHAMEAUX

Mes remerciements également à Monsieur HASSOUNI David et Eliane,

Mes amitiés à Lydie, Solvieigh, Christine, Sandra, Frédérique et Philippe.

PLAN

I-INTRODUCTION	12
II - VECU PERSONNEL A TRAVERS 3 CAS CLINIQUES	13
III - LE MAINTIEN A DOMICILE	16
1-Généralités	16
2-Historique	16
3-Etat des lieux : Les personnes âgées dépendantes	18
4-Piliers du maintien à domicile	24
4-1-Aspects médicaux du maintien à domicile.....	24
4-1-1- Rôle central du médecin généraliste	24
4-1-2- Service de soins infirmiers à domicile.....	25
4-1-3- Hospitalisation à domicile.....	26
4-2-Entourage : famille, ami ou autre jouant le rôle de « référent ».....	28
4-3-Conditions indispensables à tout maintien à domicile	29
4-3-1- Etat de santé de la personne âgée	29
4-3-2- Etat d'autonomie et de dépendance de la personne âgée	31
4-3-3- Etat psychosocial	33
4-3-4- Adaptation de l'habitat.....	33
4-4-Les moyens du maintien à domicile	34
4-4-1- Les moyens financiers	34
4-4-2- Les moyens matériels.....	35
IV- REVUE DE LA LITTTERATURE	37
1-Introduction	37
2-Quels sont les obstacles	38
2-1-Le temps accordé au patient en fonction de sa pathologie.....	38
2-1-1- Patient polyhandicapé.....	38
2-1-2- Patient dément et troubles cognitifs	39
2-1-3- Patient en fin de vie	40
2-1-4- Patient poly pathologique	41
2-1-5- Complication aigue	42
2-2-L'isolement, l'absence d'aidant principal, l'épuisement de l'aidant	43
2-2-1- L'aidant référent	43
2-2-2- Trouble cognitif sévère.....	45
2-2-3- Le manque d'animation.....	45
2-2-4- Le décès du conjoint.....	46
2-2-5- L'intrusion d'un tiers dans la vie familiale	46

2-3-Le manque de personnel paramédical	46
2-3-1- Le manque d’infirmière, d’aide soignante et d’auxiliaire de vie	46
2-3-2- Le manque de kinésithérapeute.....	47
2-4-L’habitat non adapté	48
2-5-Les ressources financières.....	49
2-6-Le manque d’information	50
2-7-Le manque de formation	50
V-RECUEIL D’ENTRETIEN AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES POUR LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PERSONNES AGEES POLYPATHOLOGIQUES	52
1-Objectif.....	52
2-Champs de l’enquête	52
2-1-Les critères d’inclusion.....	52
2-2-Les critères d’exclusion.....	52
3-Méthodologie.....	52
3-1-Le guide d’entretien.....	52
3-2-Méthode : recherche qualitative	53
3-3-Outils : Entretien individuel semi structuré à l’aide d’un guide	54
3-4-Plan d’étude et échantillonnage	55
4-Résultat et synthèse	55
5-Les obstacles.....	60
VI - DISCUSSION.....	71
1-Evaluation	71
2-Les biais de l’étude	87
3-Propositions des médecins traitants	89
VII -CONCLUSION	90
VIII - ANNEXE.....	92
IX -IBLIOGRAPHIE.....	103
X -RESUME.....	107

INTRODUCTION

C'est un fait, les Français vivent de plus en plus longtemps avec une espérance de vie de 78,1 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes.

La population de la France dépasse pour la première fois les 65 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2011 (métropole et départements d'outre-mer). Au cours de l'année 2010, elle augmente de 358000 personnes, au même rythme que les années précédentes. Les personnes de 65 ans ou plus représentent 16,8% de la population. La population des 75 ans ou plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes, proportion comparable à la moyenne Européenne (INSEE) [11,42].

80% des personnes âgées souhaitent rester chez elles en contact avec leur environnement familial et garder une vie sociale. Mais ce vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes dépendantes et ou polypathologiques qui est estimée en 2000 à 14% et 33% en 2020 (97000 personnes dépendantes en Ile-de-France en 2010). [42]

Le médecin traitant tient un rôle de coordination important dans la réussite de ce maintien à domicile. Mais parfois, il se heurte à des difficultés. Bien sûr ces difficultés sont liées à la prise en charge clinique mais sont aussi d'ordre familial, social et économique.

En première partie, trois cas cliniques de mon expérience personnelle seront développés. La deuxième partie traitera le maintien à domicile. En troisième partie, nous développerons les obstacles rencontrés par les médecins dans le maintien à domicile de ces personnes âgées, à travers la littérature. En quatrième partie, nous évaluerons par entretien, les difficultés des médecins traitants dans leur pratique quotidienne. Nous terminerons par la discussion en confrontant la littérature avec le recueil des entretiens.

PARTIE II**CAS CLINIQUES**

Lors de mes remplacements en médecine générale je travaillais avec deux gériatres en banlieue.

J'ai été confronté à des demandes et ai dû assumer le maintien à domicile des personnes âgées.

Je ne savais pas remplir les demandes d'aides ni l'évaluation de l'autonomie ; les visites à domicile me paraissaient interminables... Je n'ai pas su répondre correctement à ces demandes.

3 cas cliniques m'ont posé particulièrement problème, qui sont résumés sur les tableaux suivants.

	Age	Sexe	Mode de vie	Ressources financières
CAS 1	89	F	Vit seule en pavillon Veuve Pas d'enfant Pas de famille	Ressources moyennes
CAS 2	92	M	Vit en couple en pavillon à étage Une fille assez présente	Pas de problème financier
CAS 3	88	F	Vit seule en pavillon Célibataire Pas d'enfant Pas de famille	Ressources insuffisantes

Tableau 3 : Mode de vie des patients

	Pathologie	Autonomie	Durée et fréquence des visites	Aides existantes humaines et financières	Obstacles
CAS 1	Insuffisance respiratoire HTA Dépression Dyslipidémie Mal voyance Hypothyroïdie	GIR 4	Visite hebdomadaire de 30-40mn/visite	IDE/J pour surveillance de prise de traitement ALD	Isolement familial : problème pour l'achat du traitement Refus d'aide humaine Isolement social décompensation respiratoire Refus d'hospitalisation
CAS 2	Cardiopathie ischémique et rythmique : PM AVC Trouble du transit HBP Trouble de la marche Trouble de la mémoire	GIR 3	À l'appel, en général tous les 20 jours 40 à 50 mn /visite	Kiné : 3/sem. aide-soignante/j IDE : 3/sem. télé alarme déplacement en fauteuil roulant ALD	Visite longue Refus d'hospitalisation décompensation cardio-vasculaire Habitation non adaptée Gérer l'angoisse et l'épuisement de l'aidante principale (épouse)
CAS 3	Cardiopathie ischémique AVC séquellaire : incontinence, hémiplégie, Syndrome d'Ogilvie Escarres	GIR 2	À l'appel de l'aide soignante : tous les 20à30J 1H /visite	Aide soignante/j IDE/3j ALD télé alarme Déplacement en fauteuil roulant	Visite longue : coordination de la visite avec IDE pour le pansement et aide soignante pour la clef Pas de garde malade Isolement social et familial Occlusion et douleur abdominale avec passage aux urgences à répétition Grabatisation Refus d' EHPAD Pas d'amélioration des escarres

Tableau 4 : Les obstacles rencontrés lors des visites et la poly pathologie des patients.

Ces trois cas montrent le souhait des personnes âgées à rester chez elles, malgré leurs antécédents et leurs poly pathologies, leurs ressources, leur isolement socio- familial et leur dépendance. Par contre, ce sont des obstacles que doit surmonter le médecin traitant pour un maintien à domicile.

CAS 1 : Les visites ne durent pas longtemps mais c'est presque hebdomadaire. Certaines visites sont justifiées par rapport à d'autres. Le vrai obstacle est l'isolement et la mal voyance de cette patiente car il faut tout organiser pour les soins en urgence : téléphoner à l'IDE et au kinésithérapeute, téléphoner à la pharmacie, sans parler de refus d'examen complémentaires et organiser tous les déplacements chez les spécialistes. Toute prise en charge à l'hôpital est à exclure. A signaler également le refus d'aide humaine.

CAS 2 : Le patient se déplace en fauteuil roulant dans un pavillon non adapté. L'aidante principale est l'épouse dont il fallait convaincre assez longtemps pour une aide à la toilette de son époux. Il faudrait gérer également l'angoisse et l'épuisement de l'aidante à chaque visite presque tous les mois, qui peuvent durer jusqu'à une heure. Mais elle ne veut rien entendre de tout ce qui est séjour "de répit" ni de maison de retraite. En revanche, la mise en place d'un kinésithérapeute n'a pas posé de problème pour le maintien à domicile.

CAS 3 : Patiente grabataire hémiplegique, isolement familial, vit seule en pavillon mais qui refuse la maison de retraite. Passage d'aide soignante/IDE tous les jours pour la toilette et port de repas. Pas de garde malade mais possible utilisation de télé alarme. La visite peut durer jusqu'à plus d'une heure : outre l'examen clinique d'une patiente grabataire, il faudra s'organiser pour l'ouverture de la maison avec l'auxiliaire de vie, le passage de l'IDE pour le pansement et les soins.

Ces trois cas regroupent les obstacles que j'ai rencontrés pour le maintien à domicile : visite longue, manque d'aidant avec isolement familial, épuisement de l'aidant, habitat non adapté, refus d'aide humaine, et refus de prise en charge à l'hôpital. Pour un maintien à domicile favorable, l'investissement du médecin traitant est fondamental, de même que sa capacité à coordonner le travail de tous les intervenants.

PARTIE III

LE MAINTIEN A DOMICILE

1-GENERALITES :

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique inéluctable avec le progrès de la médecine. L'arrivée à des âges élevés du baby-boom ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse sensible du nombre de personnes âgées. Ce vieillissement de la population française conduira également dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Et parallèlement, ces dernières souhaiteraient vivre à leur domicile ou dans un substitut de domicile. En effet, même si celles-ci souffrent d'une insuffisance de ressources, de conditions de vie plus ou moins adaptées à leurs besoins ou d'un handicap plus ou moins invalidant, elles préfèrent en général conserver leur impression d'indépendance et demeurer dans leur cadre de vie habituel.

2-HISTORIQUE :

Alternative à l'hospitalisation, le maintien à domicile ne correspond à aucune structure au sens juridique ou médical.

Le développement et la prise en charge du maintien à domicile a débuté avec la commission LAROQUE en 1960.

En 1962, le rapport Laroque a rappelé le principe de citoyenneté des personnes âgées, leur intégration dans la vie sociale, la nécessité de mettre à leur disposition des aides pour leur permettre de vivre à domicile [16].

Mais le maintien à domicile s'est réellement mis en place avec *le VI^e plan de 1970 à 1975*.

A cette époque apparaissent les centres de jour, les services d'aides ménagères et de soins à domicile, les clubs de troisième âge, mais aussi les maisons de retraite, les foyers logements, la réforme hospitalière et la revalorisation du minimum vieillesse.

Le VIII^e plan, de 1975 1980, a eu, dans le cadre d'action prioritaire n° 15, quatre objectifs principaux :

- L'amélioration du cadre vie habituel des personnes âgées afin de faciliter ce maintien à domicile ;
- Le renforcement des aides pour assurer un retour rapide au domicile après un séjour hospitalier (soin à domicile, hospitalisation à domicile, repas à domicile, lavage du linge, petits travaux d'entretien);
- Le maintien d'une vie sociale favorisée par la diffusion des informations, et l'organisation de campagne de prévention (préparation à la retraite, rapprochement des générations par des clubs inter âges...);
- L'obligation réglementaire d'une présentation des retraités dans les instances chargées de la conception et de la gestion des équipements et des services les concernant.

A partir de la circulaire du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale des retraités et des personnes âgées, il y a eu la décentralisation de l'Etat vers le niveau local. L'élaboration du plan gérontologique départemental découle de cette situation, et les différences pouvant exister d'un département à l'autre s'expliquent par ces mesures.

Puis *la commission Théo Braun met l'accent en 1986* sur la nécessaire réforme de l'allocation compensatrice et instaure l'indispensable formation des intervenants à domicile. Le diplôme universitaire en gériatrie pour les médecins est créé, mettant ainsi l'accent sur la spécificité de cet exercice.

En 1991, la commission parlementaire Boulard et la mission Schoppelin précisent les orientations de l'assurance autonomie et se prononcent pour des prestations en espèce ou en nature servant à couvrir le coût de ce maintien à domicile ou de l'hébergement.

En 1996, le sénateur Fourcade dépose une proposition de loi visant à instituer une PSD

(Prestation Spécifique Dépendance) dans l'attente d'une prestation Autonomie, cette proposition se concrétise en 1997 par la loi du 24 Janvier. [10].

Avec l'augmentation constante des personnes âgées dépendantes l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) est mise en place par la loi du 21 Juillet 2001 [annexe 5].

3-ETAT DES LIEUX : Les personnes âgées dépendantes

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom (1947-1973). Au 1^{er} janvier 2011, l'âge moyen des hommes en France atteint 38,9 ans et celui des femmes 41,9 ans. Tous sexes confondus, l'âge moyen en France dépasse 40 ans alors qu'il était tout juste inférieur à 37 ans il y a 20 ans. Selon les projections de population, l'âge moyen en France passera à 43,6 ans en 2040.

L'Union Européenne à 27 compte 501 millions d'habitants au 1^{er} Janvier 2010. Avec 13% de la population européenne, la France est le deuxième pays le plus peuplé derrière l'Allemagne (81,8 millions d'habitants) et devant la Grande Bretagne (62 millions d'habitants) et l'Italie (60,3 millions d'habitants).

Selon l'INSEE, la population française dépasse les 65 millions d'habitants au 1^{er} Janvier 2011, dont presque un quart est âgé de moins de 20 ans. Le nombre de jeunes a progressé de 2,1 % en dix ans. Par rapport à 2001, le *nombre de personnes de 20 à 59 ans a augmenté de 3,6 % tandis que celui des 65 ans ou plus représente le sixième de la population*, proportion comparable à la moyenne européenne. L'Allemagne est le pays où le poids des seniors est le plus élevé (un cinquième de la population a plus de 65 ans au 1^{er} janvier 2010, soit quasiment deux fois plus qu'en Irlande), et l'Irlande où le nombre de seniors est le plus faible (11,3%).

La croissance de la population française peut s'expliquer par :

1- l'excédent de naissances sur les décès : principal moteur de la croissance démographique. Il y a 358000 personnes de plus en France entre le 1^{er} janvier 2010 et 1^{er} Janvier 2011, soit une augmentation de 0,55% de la population. Le solde naturel est estimé à 283000 personnes. Le solde migratoire estimé à + 75000 personnes en 2010, participe donc moins à l'augmentation de la population. Dans la plupart des autres pays Européens, l'apport du solde naturel à la croissance démographique est moindre que le solde migratoire, notamment en Europe du Sud et de l'Est.

2- une forte fécondité imputable aux femmes de plus de 30 ans. 828000 bébés sont nés en France en 2010. L'âge moyen à l'accouchement continue sa progression et pour la première fois en France il atteint la barre symbolique des 30 ans.

La progression de la fécondité est beaucoup moins marquée en Europe en 2009 : diminution de la fécondité en Allemagne, en Autriche et en Espagne.

3- le nombre de décès qui est très légèrement inférieur à celui de 2009 : 545000 décès.

4- l'espérance de vie qui augmente régulièrement estimée aujourd'hui à : 78,1 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes.

Cette croissance s'accompagne inéluctablement d'une hausse sensible du nombre de personnes âgées, phénomène majoré par l'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom.

Au sein de ces personnes âgées, le chiffre absolu de personnes âgées dépendantes augmente lui aussi régulièrement.

L'URML d'Ile de France menait une enquête, à la fin 2000, sur 947 médecins généralistes et 1153 spécialistes (sans les pédiatres). [49] La conclusion est la suivante :

- 91,4 % des médecins ont des patients ayant besoin d'une aide domestique (sans être confinés au lit ou au fauteuil).

- 81,6 % des médecins ont des patients âgés confinés à leur domicile (sans être

confinés au lit ou au fauteuil).

- 78,2 % des médecins ont des patients ayant besoin d'une aide pour leur toilette (sans être confinés au lit ou au fauteuil). Les généralistes ont plus de patients que les spécialistes à avoir des patients qui ont besoin d'une aide pour la toilette.

- 69 % des médecins ont des patients âgés confinés au lit ou au fauteuil. Les généralistes ont plus de patients confinés au lit ou au fauteuil que les spécialistes.

- 76,96 % des médecins pensent que leurs patients souhaitent dans leur majorité être maintenus à domicile, quelque soit leur état de santé.

- Les familles des patients partagent ce souhait selon 85% des médecins interrogés.

L'enquête "Handicaps-Incapacités-Dépendance" (HID) réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution, permet de dénombrer 795000 personnes âgées dépendantes en 1999. Les deux tiers sont des femmes. Et à partir de 80 ans elles sont plus dépendantes à âge égal que les hommes. Chez les hommes et chez les femmes, le taux de dépendance reste faible avant 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes.

L'étude de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes montre, une augmentation dès 2005 ; elle correspond à l'entrée en dépendance des générations de 1920 à 1940, qui remplacent les générations précédentes qui sont moins nombreuses : classes creuses nées pendant la première guerre. En 1945, on avait compté 625 800 naissances et 844 000 naissances en 1946 en France.

Une autre approche peut se faire par l'attribution de l'APA. En décembre 2004, Weber, chiffrait à 865 000 bénéficiaires de l'APA [53].

Pour les années à venir, les projections du nombre de personnes dépendantes ont été effectuées à l'aide du modèle de *micro simulation Destinie* (modèle démographique

économique et social de trajectoires individuelles simulées). En privilégiant le scénario central de maintien de la morbidité par Robine et Mormiche en 1993 confirmé par Cambois et alii en 2005 : le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre 1 230 000 personnes en France. L'hypothèse "optimiste" est de 1 140 000.

Ces résultats sont concordants avec ceux issus d'études antérieures de Bontout, Colin et Kerjosse en 2002. Dans tous les cas, l'augmentation deviendrait plus rapide à partir de 2030. C'est à cette date que les générations baby-boom atteindront 80 à 85 ans, âge où la dépendance est très forte.

Selon Mousli, chercheur consultant associé au CNAM, il y avait 1 078 000 personnes dépendantes en France, le 31 décembre 2007 [33]. Mais ce chiffre recouvre des situations très dissemblables. Il a fallu définir des degrés de dépendance et la grille AGGIR a été créée (nous développerons ultérieurement).

Selon la grille AGGIR : GIR 1 : 82 000, GIR 2 : 298 000, GIR 3 : 217 000, GIR 4 : 481 000

A la fin du deuxième trimestre 2010, 1 174 000 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA, soit une hausse de 1,0 % par rapport au mars 2010. Globalement, l'augmentation est de + 3,3 %. 719 000 personnes âgées ont perçu l'APA à domicile et 455 000 personnes ont bénéficié de l'APA en Etablissements, dont 286 000 via la dotation globale dépendance de l'établissement qui les accueillait.

Donc, 61 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile.

En termes de réponse pour la première demande d'APA, 73 % à domicile et 90 % en établissement ont fait l'objet d'une décision favorable. Ces proportions sont stables depuis plusieurs trimestres.

A domicile, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 3,8 % en un an.

En GIR 1 et GIR 2 : l'augmentation annuelle est de + 1,5 %, en GIR 3 : +3,3 % et en GIR 4 : 4,5 %.

Depuis le 1^{er} Avril 2010, le montant mensuel maximum du plan d'aide APA est le suivant :

GIR 1 : 1 235,65 €

GIR 2 : 1 059,13 €

GIR 3 : 794,35 €

GIR 4 : 529,56 €

	domicile		établissement		ensemble	
	en milliers	en %	en milliers	en %	en milliers	en %
GIR 1	18	2,5	71	15,6	89	7,6
GIR 2	129	17,9	207	45,5	336	28,6
GIR 3	156	21,7	70	15,4	226	19,3
GIR 4	416	57,9	107	23,5	523	44,5
ensemble	719	100,0	455	100,0	1174	100,0

Tableau récapitulatif des Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne au 30 juin 2010.

Projection de population dépendante à l'horizon 2020 en Ile-de-France : [33]

Le nombre de Franciliens de 60 ans ou plus était estimé à 1,98 million au 1^{er} Janvier 2005. Il serait de 2,61 millions en 2020, si l'espérance de vie continuait de s'accroître au même rythme. Ainsi, la part des 60 ans ou plus dans la population francilienne passerait de 16,5 % en 2005 à 20,5 % en 2020. La population de 60-74 ans, génération du baby-boom arrivant à l'âge de la retraite en 2020, augmenterait de 35 %. Le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans serait relativement stable d'ici 2020. Il s'agit, pour partie, de personnes nées pendant la

seconde guerre mondiale. L'augmentation la plus forte concernerait les Franciliens âgés de 85 ans ou plus : + 142 400 d'ici 2020, soit une croissance de 65 % en 15 ans. Au-delà de 60 ans, les femmes sont majoritaires dans la population. Même si l'espérance de vie des hommes rattrape peu à peu celle des femmes, celles-ci représenteraient encore les deux tiers des Franciliens de 85 ans et plus en 2020.

Mais l'Ile-de-France resterait toutefois la région la plus jeune de France métropolitaine avec un vieillissement moins rapide qu'ailleurs.

Avant 75 ans, les situations de dépendance en Ile de France sont peu fréquentes : en 2005, 2,2 % des personnes âgées de 60 à 74 ans sont considérées comme dépendantes, contre 7,1 % des 75 à 84 ans et 26,3 % des 85 ans ou plus. Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus potentiellement dépendantes augmenterait de façon continue d'ici 2020 : *23 600 Franciliens supplémentaires seraient concernées par la dépendance, soit une hausse de 24,5 % en 15 ans.*

Et pour les 85 ans ou plus, le nombre de Franciliens potentiellement dépendants devrait augmenter de 28 400 entre 2005 et 2020. Parallèlement à la baisse continue de la mortalité d'ici 2020, le taux de dépendance des Franciliens âgés de 75 à 84 ans diminuerait de 1,4 point en 15 ans et celui de 85 ans ou plus, de 2,6 points.

Les femmes représenteraient encore les trois quarts des personnes âgées potentiellement dépendantes en 2020. 14,9 % des franciliennes de 75 ans ou plus se déclarent comme dépendantes contre 8,5 % chez les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes se creuse fortement à partir de 85 ans. Les hommes décèdent plus souvent de façon prématurée.

La part des personnes considérées comme dépendantes vivant à domicile augmente régulièrement entre 75 et 89 ans, puis diminue à partir de 90 ans. Les femmes (69 %) vivent plus souvent seules que les hommes (37 %). Le nombre de Franciliens potentiellement dépendants vivant à domicile continuerait à augmenter : + 31,7 % en 15 ans, soient 20 300 personnes supplémentaires contre + 10,3 % seulement en institution (trois fois moins).

Le nombre de personnes âgées dépendantes continue à augmenter, majoritairement des femmes, résidant de plus en plus à leur domicile.

4-PILIERS DU MAINTIEN A DOMICILE :

Le maintien à domicile d'une personne âgée repose sur un équilibre qui doit être reconsidéré régulièrement.

4-1-Aspects médicaux du maintien à domicile :

4-1-1-Rôle central du médecin généraliste :

Le médecin traitant est l'élément central pour l'organisation des soins à domicile. Il prescrit les traitements et l'intervention des professions paramédicales (infirmière, kinésithérapeute, auxiliaire de vie...). Il assure la responsabilité et la coordination des équipes de soins à domicile et de l'hospitalisation à domicile. Il décide de l'hospitalisation si l'état de la personne le nécessite. Il doit prendre en compte l'environnement immédiat du patient. *Dr Fontanier en 2001* disait : "*il doit travailler au sein d'un réseau dont il est le chef d'orchestre*" [12].

Dr Meret en 2005 : "*le médecin traitant ou mieux, le médecin de famille, joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients*". Il assure le suivi médical et l'accompagnement du patient, mais aussi de la famille. Il est apte à mieux comprendre les problèmes, les facteurs déclenchants des crises, les limites morales et physiques de l'aidant. Ainsi son rôle est de travailler en partenariat avec la famille et de la guider. *Il joue un rôle de médiateur entre la famille et les différents intervenants. Il est également au centre des aides et des interventions paramédicales qu'il coordonne* [32].

Le médecin traitant connaissant les symptômes et leur évolutivité doit adopter l'attitude la plus adéquate à chaque phase d'une maladie, quitte à modifier sa stratégie. Il doit prendre en compte les conditions psychologiques, affectives, ainsi que socio-économiques du patient et

de la famille pour moduler les aides et les solutions. Le généraliste doit prendre conscience du soutien capital qu'il peut apporter. *Dr Podrabinek conclut : "c'est par la qualité du dialogue et de la relation de confiance qu'un véritable accompagnement d'une maladie recentre le généraliste dans son rôle de médecin de famille"*[35].

Le rôle du Médecin de ville est essentiel pour l'organisation du maintien à domicile, le suivi clinique du patient, le soutien de la famille, la coordination des différents intervenants médicaux et para médicaux.

4-1-2-Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) :

Ils font partie des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du Code de l'action sociale et des familles. Ils sont gérés le plus souvent, par des associations privées à but non lucratif(63%), 36% sont gérés par des organismes ou établissements publics (établissement publics d'hospitalisation, centres communaux d'action sociale, établissement sociaux et médico-sociaux, les 27 organismes privés à caractère commercial n'en représentant que 1%.

Près de trois quarts des SSIAD participent à un réseau coordonné pour assurer une meilleure orientation du patient tout en favorisant la continuité des soins. Parmi eux, 63% font partie d'un réseau de gérontologie ou d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) et plus de 30% d'un réseau de soins palliatifs. Les équipes sont composées d'aides-soignants et d'un personnel infirmier d'encadrement.

En 2009, les 2095 services de SSIAD présentent une capacité de 106000 places installées et prennent en charge 98000 personnes, soit un taux global d'occupation de 93%.

Les objectifs de ces services sont de maintenir la personne âgée ou handicapée dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, d'éviter et de retarder l'hospitalisation ou l'admission dans les structures d'hébergement, de prévenir la dégradation de l'état de santé des patients, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et organiser de

manière harmonieuse le retour au domicile après l'hospitalisation.

Ils peuvent intervenir auprès de toute personne dépendante qui relève de soin de nursing important (toilette, prévention et soin d'escarres, pansements...) que ce soit

- dans une pathologie aiguë (pose de perfusion, injections...)
- ou chronique stabilisée (insulinothérapie, surveillance des constantes, rééducation par kiné...)

Pour bénéficier des soins à domicile, il suffit :

- D'être une personne âgée de plus de 60 ans ayant des droits ouverts dans une CPAM.
- D'être une personne de moins de 60 ans atteinte d'une maladie chronique invalidante (sclérose en plaque, maladie de parkinson, cancer...) sous réserve de l'accord du médecin Conseil de la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie.

L'intervention de ces services se fait sur prescription médicale, le médecin traitant surveillant l'évolution de l'état du malade et assurant les prescriptions.

Le paiement, calculé sur un forfait journalier, est pris en charge après accord des organismes payeurs en totalité au titre de l'assurance maladie [11].

Ces services assurent des soins infirmiers et d'hygiène générale, apportent également des aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne.

4-1-3-Hospitalisation à domicile :

Elle permet d'assurer la prise en charge plus lourde que celle des soins à domicile des patients, en toute sécurité dans leur environnement familial, pour des pathologies aiguës, chroniques ou ne nécessitant pas la présence continue d'une équipe médicale et paramédicale.

La première expérience d'HAD fut instaurée aux Etats-Unis en 1947, par le Pr. Bluestone.

Ce home care reposait sur le principe du déplacement du médecin hospitalier au domicile du patient.

En 1957, on créa une structure identique dans le cadre de l'Assistance publique de Paris dans laquelle *le médecin traitant choisi par le patient était et est toujours le référent médical au domicile.*

En 1961, ce *home care*, dont le but initial était de désencombrer les hôpitaux et d'humaniser les soins, *devenu "hospitalisation à domicile"*, est reconnu et une convention avec la Sécurité sociale est signée.

Le décret n° 92.1101 du 2 octobre 1992 en précise la nature : "les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évaluation de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes."

Le service médical de coordination de l'HAD est né en 1993, permettant d'assurer la continuité des soins au domicile en concertation avec les différents acteurs sans se substituer au médecin prescripteur. Il doit par ailleurs veiller à l'adéquation des prises en charge dans une complexification croissante des soins à domicile.

C'est un hôpital à part entière. Le personnel de l'HAD est constitué :

- d'administrateurs : médecin coordonnateur, et différents représentants des services (économat, formation, communication, informatique, travaux, secrétaire, assistante sociale)...
- de personnel de soins : cadre infirmier supérieur de coordination, cadre infirmier puériculteur, puéricultrices, cadres sages-femmes, sages femmes, infirmières, aides soignantes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues,...

Etant donné que c'est un hôpital, il possède une pharmacie de type hospitalier.

L'admission peut être demandée par un médecin hospitalier ou par un médecin de ville [29].

Toutes les pathologies peuvent être prises en charge, excepté la psychiatrie.

Les sorties de l'HAD interviennent après accord du médecin prescripteur et /ou du médecin généraliste, à la suite :

- d'une guérison ou d'une stabilisation avec possibilité de relais par un système libéral;
- d'une ré hospitalisation par décision médicale ;
- du décès au domicile.

Le médecin généraliste est payé à l'acte par l'HAD, ce qui ne tient nullement en compte du temps passé auprès de ces malades aux pathologies souvent complexes [16].

L'HAD n'est ni un service de réanimation, ni un hôpital pour pathologies chroniques ni un établissement de long séjour à domicile, ni une structure de maintien à domicile : elle est habilitée par la caisse nationale d'assurance maladie pour des prise en charge de courte durée.

L'efficacité de la structure repose sur une coordination à tous les niveaux, notamment entre les différents intervenants : équipe de soins, services hospitaliers, médecins de ville.

4-2-Entourage : famille, ami ou autre jouant le rôle de "réfèrent"

Magnier disait : "*Le rôle de la famille est primordial*"[28]. Et *Simon* rajoutait : "*Elle constitue la clé du maintien à domicile*"[46]. Bien qu'on observe une diminution de la proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants, la famille est le premier soutien naturel malgré un état de dépendance. En France, on estime que 80% des personnes lourdement dépendantes reçoivent de l'aide de leurs proches, dont 50% de manière exclusive. 82 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivent seules ou en couple.

L'aidant par sa présence joue un rôle d'accompagnateur du quotidien du patient (transport, courses, repas, gestion, toilette, mobilisation...), par son affection, il incarne l'assurance pour le malade d'une présence humaine régulière (pour le risque de chute, prise de médicament...).

Il est l'interlocuteur privilégié du médecin et des soignants [35]. Accompagnant le patient depuis des années, il s'agit en général du conjoint (plus rarement de sa fille ou belle fille). Il connaît ses besoins, ses habitudes, son comportement. Souvent, l'aidant référent est celui qui alerte le médecin traitant pour le prévenir d'un changement dans la situation clinique. Dans certain cas, le voisinage et les amis peuvent jouer un rôle d'aidant principal. D'après une enquête sur Paris, effectuée par le Credoc en 1999 : le voisinage et les amis se déplacent plus souvent que les enfants chez les personnes dépendantes.

Mais les familles comme les voisins et amis peuvent s'épuiser. Il faut qu'ils se sentent soutenues par le médecin de famille, par les soignants et par les autres membres de la famille. Certains pays Européens présentent des programmes de service de répit pour les familles un week-end par mois : l'Allemagne, le Luxembourg et la Finlande. *En France, cette prise en charge de répit consiste à prendre le patient aux accueils de jour ou par de séjours de plusieurs semaines en hébergement temporaire.* Ce sont de structures médicosociales situées le plus souvent dans des maisons de retraite, pour des activités de stimulation cognitive, en groupe, animées par des professionnels soignants ou socioéducatifs [14]. Mais ces prestations sont encore peu répandues en France, mal réparties avec une grande hétérogénéité au niveau tarif et ne sont pas prises en charges par la sécurité sociale [23]

L'aidant est l'un des piliers du maintien à domicile mais souvent de façon temporaire si syndrome d'épuisement.

4-3-Conditions indispensables à tout maintien à domicile :

Un certain nombre de conditions doivent être remplies et une évaluation de différents critères doit être faite avant de décider du maintien à domicile :

4-3-1-Etat de santé de la personne âgée :

Les troubles visuels et auditifs doivent être dépistés et corrigés. Leur persistance est source d'isolement néfaste. Il est important d'encourager le port des prothèses auditives de

manière précoce dès le lever du lit. Ce devrait être automatique comme le port des lunettes.

Les troubles de l'équilibre doivent être dépistés, et les troubles de mobilité doivent également être pris en charge. La pratique d'exercices physiques adaptés et la marche quotidienne permettent de renforcer les muscles et les articulations, ainsi permettant ainsi de diminuer le nombre de chute et des blessures. La prescription de kinésithérapie de prévention primaire est recommandée après évaluation par un test tel *l'épreuve de Tinetti [annexe6]*. Elle est indispensable en prévention secondaire afin d'éviter le syndrome post chute cause fréquente de l'altération de l'autonomie.

L'interrogatoire de l'aidant sur les habitudes alimentaires de la personne âgée, et les aides éventuelles pour le ravitaillement et la cuisine est important. L'utilisation de grilles de type *min nutritional assesment (MNA)*, le suivi régulier du poids et la mesure régulière de l'indice de masse corporelle permettent d'évaluer *l'état nutritionnel* du patient. Le dosage de certains paramètres biologiques qui sont de réalisation aisée à domicile (albumine et CRP) permet de surveiller sur le long terme. *L'évaluation nutritionnelle est un facteur pronostique de perte d'autonomie.*

La recherche de troubles psycho comportementaux dès les premiers signes comprend *l'évaluation des fonctions supérieures par (MMS) mini mental state de Folstein* et la recherche d'états anxio-dépressifs. C'est un test rapide qui permet de mesurer les fonctions cognitives au fil du temps [11]. Le généraliste est en place privilégiée pour repérer d'éventuels troubles et de demander une sauvegarde de justice, permettant de protéger les intérêts de la personne.

L'incontinence sphinctérienne est fréquemment rencontrée, d'abord urinaire, elle survient la nuit puis le jour. L'incontinence anale est surtout le fait des patients grabataires. [35]

L'observance du traitement. Une *mauvaise observance* est assez facile à détecter et devient vite un facteur de risque par interaction médicamenteuse et ou par surdosage.

4-3-2-Etat d'autonomie et de dépendance de la personne âgée :

Autonomie : la capacité à se gouverner soi-même. Cela suppose la capacité de jugement, pouvoir prévoir, et choisir à partir des informations dont on dispose son mode de vie et son lieu de vie.

Dépendance : l'incapacité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide des activités de la vie quotidienne (physiques, psychiques ou sociales).

La dépendance de la population âgée est évaluée par des études épidémiologiques, afin de déterminer les besoins en santé publique. Ces données nécessitent un recueil standardisé et l'utilisation d'échelles validées en termes de pertinence, performance et applicabilité. Il existe de nombreuses échelles de mesures :

- les échelles de performance globale ont un intérêt épidémiologique d'évaluation du retentissement du *handicap sur les activités de la vie quotidienne (AVQ de KATZ)* [annexe 7] ou *les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de LAWTON)* [annexe 8].
- *les échelles de réadaptation* pour mesurer les progrès d'un programme d'adaptation,
- *les échelles de dépendance gériatrique* (Géronte, échelle de la société française de gérontologie ; *Grille COLVEZ*) [annexe 9], permettant d'évaluer la dépendance et les besoins de soins dans les services de soins aux personnes âgées.
- *la grille autonomie gérontologique groupes iso ressources (AGGIR)* [annexe1] a une place particulière. En effet la grille AGGIR est inscrite dans la loi française (JO n° 97-60 du 24 janvier 1997) et reprise dans celle du 20 Juillet 2001 comme outils d'évaluation de la dépendance en vue de déterminer, si une personne peut bénéficier, et à quel niveau, de la prestation spécifique dépendance (PSD).

La dépendance est mesurée à l'aide de la grille AGGIR, utilisée comme grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie. La note obtenue classe les personnes âgées en six groupes en fonction de leur perte d'autonomie : de GIR 1 à 6.

Sont GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, pour qui une présence continue d'intervenants est indispensable.

Sont GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées, pour qui une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Elles peuvent se déplacer dans leur logement. Elles ne peuvent pas ou partiellement, faire leur toilette ou s'habiller seules.

Sont GIR 3 : les personnes ayant conservées leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie partielle. Elles ne peuvent pas, ou seulement partiellement, faire leur toilette ou s'habiller seules. La majorité d'entre elles n'assument pas l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Sont GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, elles peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement, la plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Sont GIR 5 : les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Sont GIR 6 : les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants pour la vie quotidienne.[33]

Les personnes dont le GIR est coté 1, 2, ou 3 peuvent prétendre à la PSD (prestation spécifique dépendance). La grille AGGIR prend en compte la dépendance psychique, mais seulement dans ses formes les plus sévères.

Les désorientations ou incohérences partielles pouvaient conduire à un classement dans les

GIR 4 à 6 ce qui ne donnait pas forcément accès à la PSD. C'est pourquoi depuis janvier 2002 et grâce à l'APA ont été inclus les GIR 4.

Les Groupes Iso Ressources 1 à 4 sont considérés comme dépendantes. Les GIR 1 et 2 constituent les populations fortement dépendantes.

4-3-3-Etat psychosocial :

La lutte contre la solitude et l'isolement affectif est importante. L'entretien de la mémoire et des facultés intellectuelles peut être favorisé par la fréquentation des clubs du troisième âge et des associations.

Les centres d'accueil de jour reçoivent les sujets âgés souffrant de solitude et ou de troubles psycho comportementaux. Ils permettent en outre aux enfants qui travaillent de continuer à héberger chez eux un parent qui ne peut pas rester seul la journée.

4-3-4-Adaptation de l'habitat :

Elle doit accompagner l'avancée en âge pour préserver l'autonomie et surtout limiter au maximum les risques de chute. Les chutes représentent 80% des accidents de la vie courante des personnes âgées de plus de 65 ans. La majorité d'entre elles sont accidentelles. Après une première chute, le risque statistique de retomber est multipliée par 20 [19]. Le PACT (Protection, Amélioration, Conservation, et transformation de l'habitat) est un organisme national pour l'aide à l'aménagement du domicile. Il aide les personnes âgées à la négociation pour obtenir une subvention auprès de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) et un financement par certaines caisses de retraite.

En matière d'habitat, le rappel de conseils simples n'est jamais inutile :

- la moquette est le revêtement qui occasionne le moins de chute ;
- il faut éviter de cirer le sol ;
- il est préférable de prévoir des tapis antidérapants ou de fixer les tapis sur le sol à

l'aide d'autocollants adhésifs ;

- il faut augmenter la puissance des ampoules, et préférer l'éclairage automatique des lampes ;

- il faut éviter les obstacles : petits meubles, plantes vertes... dans les lieux de passage

- il faut fixer les fils électriques et ceux du téléphone ;

- des points d'appui, des barres d'appui peuvent être prévus ou aménagés :

rampes dans les escaliers, barres dans les couloirs, poignées pour se relever des WC ;

- il faut ranger à portée de mains les affaires utilisées fréquemment ;

- l'usage d'un escabeau ou d'une échelle doit être proscrit ;

- il faut éviter les descentes de lit ;

- il faut poser des poignées dans la baignoire, ou préférer la douche et dans les deux cas installer un tapis anti-dérapant dans le fond ;

- pour la cuisine, un appareillage électrique est plus maniable que le gaz.

4-4- Les moyens du maintien à domicile :

4-4-1- Les moyens financiers :

Les ressources nécessaires au maintien à domicile sont à la fois *personnelles* (retraite, rentes, patrimoines, aides des enfants) et relèvent en partie de *l'aide sociale* qui peut prendre différentes formes :

- Exonération des charges sociales pour *l'emploi d'une tierce personne* ; certaines associations se chargent du recrutement et des démarches nécessaires à l'embauche d'une garde malade.

- Les aides au logement (*l'aide personnalisée au logement* (APL) ou allocation au logement social).

La demande se fait auprès des caisses d'allocations familiales.

- La PSD (*prestation spécifique dépendance*) était une prestation en nature versée par le conseil général aux plus de 60 ans selon le degré de dépendance GIR 1, 2 ou 3 variable selon les ressources. Afin d'améliorer l'aide apportée par la PSD, jugée très insuffisante par un grand nombre d'intervenants, l'APA (*allocation personnalisée d'autonomie*) est attribuée pour les quatre premiers échelons de dépendance, non récupérable et non imposable (loi de finances 2002). Son montant varie en fonction de la dépendance et des ressources financières de la personne concernée. [19]

- *La prise en charge en ALD* (affection de longue durée) par la sécurité sociale appelée parfois 100% qui permet une prise en charge financière quasi totale des soins prodigués en rapport avec la pathologie acceptée en ALD. [15]

- *La carte d'invalidité*. [23]

4-4-2-Les moyens matériels :

Les aides matérielles sont très nombreuses. On peut les dissocier en deux groupes :

- Les aides prises en charge par l'Assurance Maladie. Elles font suite à une prescription pour l'attribution pour un temps donné d'un matériel précis : lit électrique, matelas anti-escarres, table adaptable, déambulateur les cannes anglaises, fauteuil roulant, lève malade, téléalarme...

- Les aides qui ne relèvent pas d'une prise en charge par l'assurance maladie, et qui n'ont pas besoin d'une prescription médicale : change-complet, protections pour l'incontinence, certains compléments nutritifs, protecteur de hanche pour le risque de chute...L'achat de ces matériels s'effectue souvent par l'intermédiaire des associations de soins infirmiers.

La prise en charge à domicile des personnes âgées ne peut se concevoir sans l'aide des différents intervenants constituant une équipe pluridisciplinaire, avec l'intermédiaire d'un aidant référent, le tout coordonné par le médecin traitant.

PARTIE IV.**REVUE DE LA LITTÉRATURE****1. INTRODUCTION**

La France se place dans le peloton de tête des pays à faible mortalité aux âges élevés. Les personnes âgées veulent vivre et rester à leur domicile le plus longtemps possible (actuellement 90% de plus de 65 ans vivent chez elles). Elles préfèrent conserver leur indépendance et choisissent de demeurer dans le cadre de vie auquel elles sont habituées.

Il est évident que l'âge favorise la fragilisation de l'être qui devient moins résistant (poly pathologies), moins performant (polyhandicap) et moins sociable (restriction des relations). Le médecin traitant a la lourde tâche de favoriser ce maintien à domicile (dans la limite du possible), et c'est l'élément central pour l'organisation des soins à domicile. C est lui qui prescrit les traitements et coordonne l'intervention des professionnels paramédicaux. Il assure la responsabilité et la coordination des ces équipes soignantes. Mais il est souvent confronté à de nombreux obstacles, malgré la bonne organisation des soignants qui l'entourent. En 2000, une étude faite par l'URML d'Ile-de-France concluait que "77 % des médecins rencontraient des difficultés au maintien à domicile" [50]. La même association, en 2004, avec une autre enquête avançait le chiffre de "80 % des médecins rencontrent des difficultés dans le traitement des personnes perdant leur autonomie" [49].

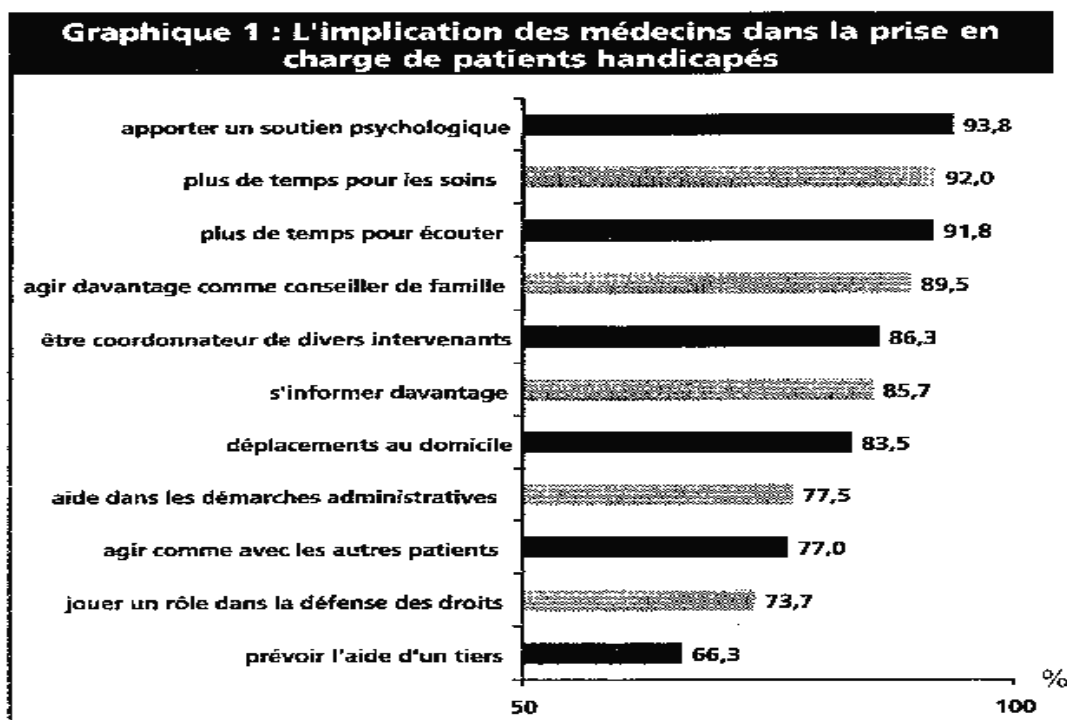
2. QUELS SONT CES OBSTACLES ?

2-1- LE TEMPS ACCORDE AU PATIENT EN FONCTION DE SA PATHOLOGIE

La prise en charge au domicile des personnes âgées prend énormément de temps.

2-1-1- Patient polyhandicapé :

Les personnes souffrant d'un handicap ont une moindre qualité de vie et présentent davantage de problèmes de santé du fait de leurs besoins spécifiques et des pathologies associées. Selon l'INSEE, les personnes âgées handicapées de plus de 65 ans représentent plus du cinquième de la population française (18 % des sexagénaires, 30 % des septuagénaires, et 40 % des octogénaires). Pour la plupart, elles vivent seules dans leur logement. Dans certaines régions, les personnes âgées handicapées de 65 ans ou plus peuvent constituer 40 % d'une patientelle [9]. En France, peu de données existent sur la prise en charge des personnes âgées handicapées. Par rapport à la population générale, elles présentent plus fréquemment des troubles sensoriels, cardio-vasculaire et respiratoire, des problèmes alimentaires et /ou digestifs, sans parler des troubles anxio-dépressifs et comportementaux. Le cumul des déficiences est fréquent dans cette population : 73% des patients présentent 2 déficiences ou plus, un quart en cumule 4. La prise en charge de ces patients demande un investissement particulier de la part du médecin avec parfois nécessité de modifier sa façon de travailler. Pour plus de 9 médecins sur 10 il leur faut accepter de consacrer plus de temps que pour les patients plus jeunes. Conscients d'assurer un rôle social ils n'hésitent pas à s'impliquer dans les démarches administratives [graphique 1]. Une étude portant sur 564 médecins pour la *"prise en charge en médecine générale de ville des patients handicapés en 2002, de la région Provence Alpes Côte d'Azur"*[14] résume bien la situation. Le médecin doit apporter soutien psychologique, de qualité soins, temps d'écoute suffisant, conseils à la famille, coordonner les différents intervenants et accepter les déplacements à domicile aussi souvent que nécessaire (avec la perte de temps que cela suppose)



2-1-2- Patient dément et troubles cognitifs :

Beaucoup d'articles ont été consacrés aux patients atteints de démence sévère et vivant à domicile. On estime le nombre de patients déments de moins de 65 ans à environ 32 000 en France. La prévalence de la démence en France est estimée à 17,8 % dans la population de plus de 75 ans. On estime à 500000 le nombre de personnes démentes en France avec 150000 nouveaux cas par an. A l'échelle mondiale, le nombre double tous les 20 ans et atteindrait 81,1 millions d'habitants en 2020. Actuellement, près de 50 % des personnes de plus de 85 ans présenteraient un syndrome démentiel. D'après Paulin et Pasquier, en 2010, dans, *syndrome démentiel : Diagnostic et prise en charge*. [39]

Chez ces patients, la prise en charge doit être globale, et demande un suivi médical rigoureux : Entretenir une communication d'écoute et de confiance le plus longtemps possible, suivre l'évolution des fonctions cognitives, mesurer régulièrement l'autonomie restante, prendre en charge la souffrance morale, hiérarchiser les pathologies, adapter les

traitements [10]. Des pathologies intercurrentes peuvent émailler l'évolution, mais le maintien à domicile est souvent préféré par la famille. "Malheureusement, le médecin est souvent seul face à des situations difficiles dont la gestion demande beaucoup de temps", d'après Méret et Floccia, en 2005[32]. Et d'ajouter : "le temps lui fait souvent défaut, d'autant plus qu'il est le seul médecin se rendant au domicile du patient".

L'aidant principal joue un rôle capital de soutien psychologique et physique. Mais, il est nécessaire de préserver cet aidant. L'objectif final doit être la qualité de vie de la personne malade, mais aussi de son entourage familial. Tout doit être fait pour éviter le confinement à domicile aboutissant à une authentique exclusion et parfois à une maltraitance. Un dément évoluant dans un milieu protecteur se révèle toujours plus calme. Le conflit avec la personne démente est souvent le résultat d'un manque de formation donc de professionnalisme d'un intervenant. Apprendre à gérer l'opposition d'un dément à ce qu'on lui propose est fondamental. La *DRESS en 2006 sur "Les urgences en Médecine générale"* disait : selon le degré de gravité psychologique, le recours dure en moyenne 22 minutes et demie si l'état du patient est perturbé mais ne nécessite pas de prise en charge spécialisée, 28 minutes lorsqu'il en nécessite une (sans compter le déplacement ni la préparation de la visite) [9].

2-1-3-Patient en fin de vie

Le Dr Anne Richard, Présidente de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs affirme : "Permettre aux patients qui le souhaitent de bénéficier de soins palliatifs à domicile améliore leur qualité de vie avec un retentissement positif évident sur leur état de santé". Rester dans son univers, avec ses proches avec ses rythmes de vie rassure alors que l'hospitalisation provoque une perte de repères, en particulier chez les personnes souffrant de désorientation. Le médecin traitant est confronté à deux obstacles son manque de disponibilité pour la prise en charge d'un patient en fin de vie au domicile et souvent son manque de formation. Son travail de soignant le monopolise. Il faut qu'il augmente son nombre de passages à domicile pour évaluer l'état clinique de son patient, soulager ses douleurs. "Cette

prise en charge peut être temporaire, elle n'exclut pas de séjourner à l'hôpital si besoin",
remarque le Dr Richard.

2-1-4- Patient poly pathologique

Certaines situations chez la personne âgée polypathologique prennent plus de temps pour la visite et rend le maintien à domicile difficile à gérer. Un document de travail sur "*les urgences en médecine générale*" effectué par la DRESS en 2006 confirme la durée d'un recours chez les personnes âgées est en moyenne à 20 minutes, passe à 22 minutes pour celles de 80 ans ou plus, et à presque 34 minutes lorsque le pronostic vital est engagé (sans compter le temps moyen du déplacement)[9]. La baisse de l'acuité visuelle amène une mauvaise observance thérapeutique [26]. La surdité fait perdre énormément de temps, combien de fois le médecin traitant reste devant le palier, doit sonner et frapper à plusieurs reprises, et est obligé de revenir pour sa visite. La perte de mémoire est souvent risque d'automédication, dénutrition, déshydratation. Certaine décompensation : cardio-vasculaire, respiratoire. Faudrait-il rappeler l'importance de la relation médecin-malade qui se produit dans le cadre d'une consultation et d'une visite, c'est un moment privilégié : consacrer une attention toute particulière au patient âgé, mieux communiquer, assurer une meilleure écoute, informer le patient sur sa pathologie, éduquer sur son traitement et ses effets indésirables, et le rassurer pour son angoisse à répétition. Malheureusement, le médecin est déjà accaparé par son travail de soignant et que le temps accordé pour l'écoute des personnes âgées au domicile est souvent court.

Une enquête effectuée par URML IdF auprès de 1578 médecins sur "*La visite à domicile chez les médecins franciliens*" en 2005, montre [36] :

- les médecins effectuent 16 visites par semaines

- le temps total moyen d'une visite à domicile est de 40,37 minutes dont le minimum est de 10 minutes et le maximum de 135 minutes (avec 4,5 minutes de temps de préparation, 13 minutes de temps moyen de déplacement par visite, le temps moyen passé auprès du patients=19,5 minutes, et le temps moyen de mise à jour du dossier

après la visite=3,75 minutes), en comparaison : une consultation dure en moyenne 18 minutes selon l'étude DRESS.

- la principale clientèle d'une visite à domicile correspond aux personnes non autonomes et les seniors pour 42, 8%

- pour 60% des médecins, la visite à domicile est perçue majoritairement comme une contrainte puis comme une nécessité (49,2%) et un devoir (35%)

- 85,1 % estiment que la visite ne parait pas justement rémunérée.

Le médecin tient un rôle principal dans la coordination du maintien à domicile, comme nous l'avons annoncé. Il est l'acteur clé, mais souvent insaisissable au premier sens de ce mot. Malheureusement par manque de temps, on peut difficilement le saisir, il est difficilement joignable au téléphone, ou bien entre deux consultations dans un temps limité. Alors que justement les situations délicates demandent un certain temps d'explication et de concertation. Les propos de *J-J Amyot* confirment : "les médecins, à part quelques-uns comme toujours, ne sont quasiment jamais disponibles pour une réunion de concertation et de coordination... la seule possibilité de les rencontrer est , quelques fois, de leur donner rendez- vous chez la personne âgée, mais du coup ce n'est pas facile pour les autres partenaires, qui doivent se rendre disponibles" [1].

2-1-5- Toute **complication aigüe** peut compromettre rapidement le maintien à domicile. Les patients ayant une perte d'indépendance sont par définition très fragiles et sont à la merci de complications aigües. "Ces dernières viennent majorer brutalement la perte d'autonomie ou le processus d'aggravation progressive de la dépendance, risquant de rendre le maintien à domicile impossible" écrit le Pr. Belmin en 2009, dans *Aide à domicile des sujets âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle* [4].

2-2- L'ISOLEMENT, L'ABSENCE D'AIDANT PRINCIPAL, L'EPUISEMENT DE L'AIDANT

2-2-1-L'aidant référent. La majorité des médecins considère la famille comme indispensable pour réussir un maintien à domicile [34]. Il est extrêmement rare de pouvoir rester à domicile sans le soutien des proches. La famille présente est incontestablement un gage de réussite et de sécurité.

En 1985, les études d'Alain Colvez démontraient que "les familles avaient un rôle essentiel dans la plupart des situations d'aide à domicile lourdes, où elles étaient très souvent seules (dans la moitié des situations) à intervenir pour aider les parents"[7].

Cette présence indispensable de la famille auprès des personnes âgées est attestée par la réponse à la question posée par le CREDOC : "*à votre avis, qui doit s'occuper principalement des parents âgés dans le besoin ?*" Depuis 1995, les réponses n'ont quasiment pas varié : 73 à 75% des français répondent les enfants et 25 à 27 % répondent les pouvoirs publics [24].

En 1998, ces chiffres ont été confirmés par l'étude de Pascale Breuil-Genier, environ la moitié des personnes de plus de 65 ans en incapacité sévère à domicile, soit 250000 personnes n'étaient aidées que par leur famille, au sens large, conjoint et enfants, sans aucune aide professionnelle [6].

Les chiffres avancés par la DREES en 2007 aboutissent au même constat : "75% des bénéficiaires de l'APA restent chez elles aidées par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des aidants professionnels. Cette aide repose très fréquemment sur un aidant unique (71%), le plus souvent le conjoint et sur les femmes (pour six bénéficiaires sur dix)"[37].

Le Pr. Belmin affirme en 2009 : "Une autre limite des soins à domicile est l'isolement de la personne âgée ou l'absence d'entourage présent au quotidien [...]. Bien entendu, l'entourage familial occupe une place importante dans ce dispositif"[4]. Dans cette situation, dès que la

perte d'indépendance devient sévère ou bien lorsqu'il existe une mauvaise coopération de la personne âgée, l'aide à domicile échoue après quelques jours ou semaines.

Le *Dr Olivier Reverdy* témoigne : "de manière générale, la visite à domicile ne permet pas de soigner les patients aussi bien qu'au cabinet médical... mais cela permet de mieux se rendre compte de l'environnement du patient ou de l'isolement des personnes âgées". L'aidant principal peut être le conjoint, un enfant proche, un ami, une auxiliaire de vie; il s'agit donc de personnes diverses. Trois fois sur quatre, c'est une "aidante", épouse, fille, belle-fille, qui est concernée et le voisinage [18]. Le médecin peut alors s'appuyer sur le conjoint ou un enfant proche pour surveiller constamment la personne dépendante. Le ou les aidants principaux prennent les décisions importantes ; jouent un rôle majeur à domicile comme le support affectif du patient, assurance d'une présence. Ils sont les interlocuteurs privilégiés du médecin et les soignants. Ils s'occupent fréquemment de la prise des médicaments, en s'aidant du pilulier (semainier) mis en place par l'infirmière. Ils aident aux activités instrumentales de la vie quotidienne (transport, courses, repas, gestion) et aux actions plus basiques que le sujet âgé ne peut plus effectuer sans aide (toilette, mobilisation). Il faut recommander à l'aidant principal, comme aux aidants professionnels, d'adopter une attitude patiente et détendue, de ne pas brusquer le malade et entrer dans une relation de bienveillance et d'empathie.

Mais il est évident qu'il est difficile de se comporter de façon calme et bienveillante quand on est soi-même fatigué, épuisé voire excédé. L'aidant peut consacrer au patient, en moyenne 42 heures par semaine y compris le dimanche, tout en continuant à assumer ses tâches personnelles [18]. Il est important de prendre en compte le fardeau de l'aidant et d'essayer de l'atténuer afin de prévenir le syndrome d'épuisement, qui mettra fin à "la coordination médecin-aidant". *Le Dr Richard souligne :* "l'épuisement des proches est le premier facteur d'hospitalisation du patient en soins palliatifs". Il est important que l'aidant se sente soutenu, bien entendu par les aidants professionnels, dont le médecin traitant, mais aussi et surtout par les autres membres de la famille. Finalement, c'est toute la famille qui est concernée [1,21].

Une étude multicentrique réalisée par *Dr Pancrazi dans deux centres de gériatrie à Paris en 2002-2003*, regroupant cinquante trois aidants, en évaluant le critère de dépression de l'aidant (*Hamilton dépression HAD*), l'anxiété de l'aidant (*Hamilton anxiété HAA*), le fardeau, (*échelle de Zarit*), et le suivi médico-social, permet de dégager la conclusion suivante: "mieux informés, entourés, écoutés les accompagnants réduisent leur détresse psychologique, se déculpabilisent, comprennent mieux la personne atteinte et se placent d'avantage à son écoute. Et ce mieux-être rejaillit sur la santé de la personne malade"[37].

2-2-2- Dans d'autre cas, notamment en **cas de troubles cognitifs sévères avec rupture de toute communication verbale ou non verbale avec le patient, on peut parfois s'interroger sur la pertinence d'un maintien à domicile difficile** qui mobilise l'énergie de plusieurs intervenants et épuise l'entourage familial, et en particulier sur le bénéfice qu'en tire le patient, se demandaient le *Dr Saint-Jean et le Pr. Belmin* [4]. En recevant les patients hospitalisés, le *Dr Colvez*, en 2002, évaluait " Le motif d'hospitalisation principal est dans 70 % des cas lié à l'exploration des troubles des fonctions intellectuelles. Dans 25 % des cas, l'hospitalisation est motivée par des troubles du comportement gênant le maintien à domicile"[7]. Savoir déculpabiliser la famille qui demande l'hospitalisation de leur proche devenu dément est très important et le médecin traitant doit avoir un discours clair positivant la décision de la famille dans l'intérêt du patient et de ses proches.

2-2-3- Le manque d'animation. Actuellement dans les institutions gériatriques, on insiste sur l'importance de l'animation et des interactions sociales pour aider la communication, rompre l'isolement et essayer de susciter la naissance d'un projet de vie, il est souvent difficile d'atteindre de tels objectifs au domicile. *Dr Saint-Jean* confirme : " Dès lors qu'une personne vivant au domicile a des difficultés de mobilisation, il devient difficile de la faire sortir, l'accès à des activités extérieures se réduit et l'isolement risque de progresser si les membres de son cercle social et familial ne se mobilisent pas pour lui rendre visite"[4]

2-2-4-Le décès du conjoint est souvent source d'un déséquilibre profond immédiat, a fortiori si le survivant se reposait exclusivement sur le conjoint décédé. Le maintien à domicile n'est plus possible dès qu'il n'y a plus de référent dans l'entourage du sujet âgé [16].

2-2-5-L' "l'intrusion " d'un tiers dans la vie familiale ne se fait pas sans difficulté. Les personnes âgées et leur entourage peuvent constituer des freins à la qualité du soin gerontologique à domicile. Ainsi l'intervention d'une assistante de vie ou d'une garde-malade constitue une problématique à l'intimité. Il en résulte parfois une réticence de l'aidant à être aidé dans le fait d'une concurrence entre intervenants extérieurs et l'aidant [18]. Citons *Pr. Belmin*: "Il faut tenir compte du fait qu'à leur propre domicile personnes âgées et familles sont les maîtres chez elles et entendent le rester"[4]. C'est donc un contentieux plus ou moins important, plus ou moins tendu et plus ou moins long qui s'installe lors de la prise en charge de la personne dépendante. S'il veut arriver "à ses fins" tout en respectant le fait que la personne âgée souhaite rester "maîtresse chez elle", l'intervenant doit faire preuve de patience et gagner petit à petit sa confiance.

2-3- LE MANQUE DE PERSONNEL PARAMEDICAL

2-3-1-Le manque d'infirmières, d'aides soignantes et d'auxiliaire de vie. La mise en place des tâches ménagères est *relativement* réalisable grâce au concours des aides ménagères, des auxiliaires de vie et de certaines associations, malgré leur effectif réduit. En revanche la mise en place de soins de qualité pour la toilette et les soins d'hygiène est plus difficile. La pénurie en infirmières libérales pose un réel problème d'organisation des soins, surtout en soins palliatifs.

Une étude faite par *URML d'Ile de France, en 2000(enquête: personnes âgées et dépendance)* , sur les médecins généralistes et spécialistes(exclusion des pédiatres) en Ile de France concluait, 77% des médecins estimaient qu'il existe des freins au maintien à domicile, principalement les raisons financières, des réticences familiales(ou au manque de disponibilité),le manque de personnel(infirmières, kinésithérapeutes...) , la difficulté

d'obtenir une assistance H24. [49]

Une enquête sur Handicap et perte d'autonomie, effectuée par URML IDF en 2004, portant sur 1118 réponses. Les intervenants qui font le plus défaut sont, dans l'ordre :

- à 60,9 %, les aides-soignantes ;
- à 58,5 %, les auxiliaires de vie, qui interviennent sur l'organisation de la vie et jamais sur les soins;
- à 47,5 %, les infirmières qui sont en nombre insuffisant. [48]

Le Dr *Brahmi J.* avec le Pr. *Belmin*, en 2009, disaient : "les services de soins infirmiers à domicile sont très efficaces pour prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées. Leurs principales limites sont liées à leur absence dans certaines communes ou zones rurales"[4]. En plus, les IDE refusent de faire la toilette, faute de temps et de "reconnaissance financière".

Il est de plus en plus difficile de trouver une garde-malade (surtout de nuit).

2-3-2-Le manque de kinésithérapeutes. Si le maintien à domicile se poursuit, le médecin est au centre de l'organisation des activités du personnel paramédical. Ce dernier est en manque d'effectif. Sa mise en place en urgence ou la longueur des délais est un travail fastidieux pour le médecin traitant. La difficulté croissante à trouver un kinésithérapeute susceptible de se déplacer à domicile est une évidence. Elle devient criante pour les professionnels de la santé qui sollicitent ou prescrivent les interventions. Le Pr. *Yelnik Alain*, un chef de service de médecine physique et de réadaptation à l'AP-HP : "j'ai des problèmes à faire assurer le suivi rééducatif de certains de mes patients". Et poursuit, très inquiet, le Dr *Servadio*, Président de l'association Gériatrique de l'Est Parisien, "à l'idée de ne plus parvenir à recruter des kinésithérapeutes pour les personnes âgées". [23]

Ce manque de kinésithérapeute pénalise également le personnel paramédical. Une *Infirmière cadre d'un hôpital*, agacée, malgré une quinzaine d'appels téléphoniques " ne parvient pas à faire prendre en charge son patient dont la sortie est conditionnée par des soins de

kinésithérapeute à domicile". *Une responsable du secteur kiné de L'HAD de l'AP-HP, désemparée, demande secours auprès du syndicat de Kiné, car "incapable d'enrôler suffisamment de libéraux pour pallier à l'insuffisance de ses troupes salariées"[23].*

2-4- L'HABITAT NON ADAPTE

Le domicile est un lieu familial, riche en repères .Continuer d'y séjourner est souhaitable. L'aménagement du domicile contribue à l'autonomie, rendant la déambulation possible et non dangereuse. L'environnement doit être adapté afin d'assurer la sécurité du patient. Il s'entend au sens large. "L'aménagement du domicile doit être proposé en fonction du type de perte d'indépendance" confirmait le *Pr. Belmin en 2009*, dans "*aide à domicile des sujets âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle*". [4] Un logement trop étroit et vétuste ou un immeuble sans ascenseur empêchant les déplacements à l'extérieur menacent la vie sociale [3,12]. Chambre étroite, portes serrées et couloir difficile de passage doivent être élargis. Le risque élevé de chute doit être prévenu : retrait des obstacles, bon éclairage (à déclenchement automatique, nécessaire pour les levers nocturnes fréquents), suppression des tapis de sol et des revêtements glissants, mise en place de barres d'appui, remplacement de la baignoire par une douche (avec tapis antidérapant, installation d'un siège de douche) favorisant la toilette assise, conseil pour le chaussage, adaptation des toilettes par un rehausseur, favoriser un appareillage électrique au gaz [4,18]. Afin que la sécurité soit assurée, le PACT (protection, amélioration, conservation et transformation de l'habitat), la Fédération nationale habitat et développement, LGI (association pour le logement des grands infirmes) aident à l'aménagement du domicile. Ces équipes établissent des devis des travaux et aident à en trouver le financement : PAH, ANAH... [annexe5]. Elle comporte un ergothérapeute et un technicien... pour la faisabilité des travaux et des modifications de l'habitat.

Les aides sensorielles contribuent à réduire les accidents : adaptation des verres correcteurs, corrections des troubles auditifs avec surveillance du bon fonctionnement des prothèses.

Appareils dentaires adaptés.

La mise en place d'une télé alarme est un élément de sécurité supplémentaire, fort utile pour le conjoint aidant.

Certaines aides matérielles sont également prises en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale. Lit électrique avec matelas anti-escarres, table adaptable,

Cannes anglaises, déambulateur, fauteuil roulant, lève-malade, oxygène à domicile [4]. En général les prestataires viennent les installer.

Rien ne doit être négligé pour offrir un confort de vie maximum.

2-5- LES RESSOURCES FINANCIERES

Différents travaux, dont celui de la *CNAM*, ont montré que le maintien à domicile était économiquement moins onéreux que l'hébergement en institution médicalisé [29]. Et *les conclusions du rapport de Pierre Laroque* (fondateur de la Sécurité sociale) établissaient que "le maintien à domicile des personnes âgées était, d'un point de vue économique et social, préférable aux autres solutions".

Le niveau des ressources financières des personnes âgées est souvent cité comme critère d'une bonne prise en charge à domicile. Les ressources nécessaires au maintien à domicile sont : retraite, rentes, patrimoine, aides des enfants et des amis. Mais quand l'état clinique et psychologique se dégradent : troubles de la marche, troubles du comportement, troubles de la mémoire, incontinence... alors l'autonomie devient difficile, la dépendance devient de plus en plus lourde financièrement. Et *Dr Colvez* en 2002 parlant dans "*La maladie d'Alzheimer. Quelle place pour les aidants ?*" : "A cela s'ajoute le fardeau économique, très lourd à supporter. Beaucoup de familles ne peuvent payer les aides qui pourraient les soulager dans leur prise en charge"[7]. Dès lors que les revenus des personnes âgées ne peuvent suffire, un certain nombre d'aides financières sont à mettre en place : APA, HAD, ALD, APL, carte d'invalidité [20]. Certaines aides sont en général fonction de la perte d'autonomie, de la

dépendance du patient, de sa ressource.

Mais toutes les prestations à domicile ne sont pas prises en charge à 100%. Il faut souligner que lorsque le niveau de dépendance est élevé le coût est moindre uniquement si l'aide bénévole de la famille ou de l'entourage est conséquent. Elle fonctionne lorsque la famille l'assure.

2-6- Certains praticiens soulignent le **MANQUE D'INFORMATION** sur les recours et les aides disponibles pour le maintien à domicile des personnes polypathologiques (Alzheimer, handicapé physique, personnes âgées, soins palliatifs) [7,25].

Dans "*La maladie d'Alzheimer. Quelle place pour les aidants ?*", en 2002, Dr Colvez disait : "Souvent les médecins sont aussi mal informés sur les services d'aide à domicile et sur les possibilités d'aides financières". [7]

A la sortie d'une hospitalisation, c'est souvent le service hospitalier qui contacte les professionnels pouvant apporter des aides dans le cadre de la préparation de la sortie. Et le Pr. *Belmin de continuer*, en 2009, dans sa *Collection pour le praticien gériatre* : "Autrement, le médecin traitant est souvent confronté à cette perte d'indépendance et est en position idéale pour conseiller le patient et son entourage. Toutefois, certains médecins connaissent encore mal les ressources de l'aide au domicile et le coût pour l'usager, si bien qu'ils ne sont pas en mesure d'informer utilement les usagers"[4].

2-7- LE MANQUE DE FORMATION

Un médecin non formé aux soins palliatifs, à l'accompagnement d'un patient et de son entourage, non formé à la relation et à la communication, non formé aux thérapeutiques de fin de vie (prescription d'antalgique: morphinique, soins d'escarre) ne peut pas "gérer" son patient jusqu'au bout, à domicile [30]. 65 % des médecins interrogés sont en demande de formation complémentaire d'après une enquête menée par Malliu en 1992 à Orléans. Et 92 % des médecins, lors d'une étude faite par Guinard en 1993, dans le

département de l'Indre et loire. 75% des médecins traitants soulignent le manque de formation en soins palliatifs pour une bonne prise en charge à domicile, lors de l'enquête menée par A.Helie-Levivier en 1995.

Il est très fréquent que les aidants soulignent leur méconnaissance de la maladie d'Alzheimer et des moyens pour répondre aux situations de crise. Le Dr Colvez confirmait ce manque de formation, en 2002 : "Ces informations sont rarement fournis par les médecins généralistes car ces derniers ne sont pas suffisamment formés à cette pathologie et à la gériatrie" [7].

Certains médecins disent avoir des difficultés en gériatrie. Dans "*pratiques professionnelles en gérontologie*", en 2007, Jean-J. Amyot disait : "Il y a aujourd'hui un travail très important à faire avec les généralistes, d'un point de vue strictement médical, dans la mesure où leur clientèle est aujourd'hui à plus de 50% constituée de personnes de plus de 65/70 ans : il s'agit d'une formation ou au moins d'une bonne sensibilisation à la gériatrie.... En cas de difficulté, se mettre au contact avec un gériatre soit hospitalier, soit appartenant à un réseau d'évaluation gériatrique"[1].

En 2009, Dr Brahami rajoutait : "trop peu de professionnels intervenant à domicile sont formés aux soins palliatifs, et lorsqu'ils le sont, l'organisation du travail ne leur permet en général pas d'entreprendre une prise en charge palliative de qualité...On ne dispose pas encore d'équipes mobiles de soins palliatifs pouvant intervenir au domicile" [4]. Ces propos soulignent deux limites du maintien à domicile : le manque de formation en soin palliatif et le manque de disponibilité des médecins.

Seulement 17% des médecins déclarent avoir déjà participé à des formations sur le handicap des personnes âgées à domicile [7, 8,29].

Le Dr. LYON G. de conclure : "j'ai donc besoin de beaucoup d'informations et de contacts pour coordonner l'ensemble de l'action autour du patient. Or le temps manque cruellement aux médecins"[48].

PARTIE V.**RECUEIL D'ENTRETIEN****1. OBJECTIF**

Recueil auprès du médecin traitant des obstacles rencontrés pour le maintien à domicile.

2. CHAMP DE L'ENQUETE

Notre enquête s'est portée sur les médecins généralistes libéraux.

2-1-Critères d'inclusion :

Les médecins généralistes hommes et femmes

Qui pratiquent en cabinet individuel ou de groupe, à Paris intra-muros, en Banlieues, et en milieu Rural

Tous en région parisienne

Ayant une spécialité ou non

Médecins généralistes qui suivent des personnes âgées en ville

Médecins généralistes qui acceptent l'entretien, au cabinet, au domicile, ou par téléphone

Entretien enregistré si accord du médecin interrogé

2-2-Critères d'exclusion :

Les médecins généralistes travaillant hors région Parisienne

Les médecins coordonnateurs des maisons de retraite et qui ne pratiquent pas en ville

Les médecins généralistes de moins de 30 ans

Les médecins généralistes qui ne suivent pas des personnes âgées à domicile, les pédiatres

Les médecins généralistes qui n'acceptent pas l'entretien

3. METHODOLOGIE**3-1- Le guide d'entretien.**

Travail d'échantillonnage : nombres de médecins indéterminés.

A saturation : le recueil s'arrête quand il n'y a plus de nouvelles idées.

A diversité : on prend en compte différents paramètres.

A partir de l'objectif à atteindre, nous établissons un guide d'entretien en deux parties

[annexe1] :

Partie I : Des questions concernant le médecin

- sexe du médecin interrogé
- tranche d'âge du médecin
- ancienneté d'installation
- lieu d'activité : Paris intra-muros, banlieue, rural
- type de cabinet : individuel, de groupe de généralistes ou autres
- autre spécialité et activité du médecin
- nombre ou pourcentage de personnes âgées prises en charge à domicile

Partie II : Deux questions à réponses ouvertes

- quels sont les obstacles rencontrés ?
- avez-vous des propositions/souhaits pour améliorer ces situations ?

La prise de rendez-vous se fait :

- soit par téléphone en expliquant brièvement le but de mon appel : thème et objectif de ma thèse, comment se déroulera l'entretien, durée maximum de l'entretien, tout en précisant ma large disponibilité.
- soit en déposant le guide d'entretien directement auprès du secrétariat des médecins libéraux suivi d'un rappel téléphonique une semaine après.

L'entretien est individuel.

Il est anonyme et un numéro est attribué à chaque médecin lors de l'entretien.

L'entretien peut être enregistré avec l'accord du médecin.

Toutes les réponses sont retenues.

3-2-Méthode : recherche qualitative.

Il existe un débat permanent quant à ce qui consiste la recherche qualitative et ce qui la

différencie de la recherche quantitative. Toutefois, tout le monde s'accorde à dire que la méthode qualitative se caractérise par : une tentative de voir les événements, actions, valeurs... du point de vue des personnes étudiées. Ainsi, dans cette étude nous voulons explorer des attitudes, le comportement et les expériences des médecins de villes vis-à-vis des obstacles qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique pour le maintien à domicile des personnes âgées, leur vécu de médecin face à ce problème et l'évolution de leur approche La recherche qualitative peut renseigner sur les obstacles rencontrés, sur la manière dont ils sont perçus et surmontés, et peut expliquer les réussites ou les échecs de certaines interventions et de certaines tentatives de mises en œuvre.

C'est un processus flexible et itératif, les résultats préliminaires permettent d'améliorer la collecte des données quitte à redéfinir les questions et les points à explorer lors des prochains entretiens [22].

3-3-Outils : entretiens individuels semi structurés à l'aide d'un guide

C'est un entretien habituellement employé au cours d'entrevues avec des participants qui ont un vécu personnel. Il dure entre 15 à 40 mn, et parfois plus longtemps selon l'intérêt du participant pour le sujet [17]. Il me semble approprié à notre étude, avec le quotidien des médecins et leurs expériences professionnelles, d'avoir recours aux *entretiens individuels*.

Les *entretiens semi structurés* sont orientés par un guide d'entretien, qui peut être une série de questions à poser ou simplement une liste des thèmes à aborder lors de l'entretien. Cependant ces entretiens sont flexibles quant à l'ordre ou à la formulation des questions. Par contre, *les entretiens de groupe* profitent de l'interaction et communication entre les informants pour générer des données, en se parler entre eux et à s'échanger des anecdotes, expériences et opinions. Comme, les entretiens de groupe étant techniquement difficile à organiser avec les médecins, par souci de temps et de dispersion géographique, nous privilégions les entretiens individuels.

3-4-Plan d'étude et échantillonnage :

Pour notre recherche qualitative, il n'y a pas de règle stricte quant à la taille des échantillons, qui peut dépendre des estimations initiales des sources de variation du sujet de l'étude. Ainsi la sélection de médecins se poursuit jusqu'à ce que le point de redondance soit atteint, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne semble plus pouvoir être obtenue (*à saturation*) et que la totalité des sources de variations potentielles ait été convenablement explorées.

4. RESULTATS ET SYNTHESE

Pour garantir la qualité des entretiens, ils ont été effectués par moi-même, et enregistrés sur un support numérique, avec un support manuscrit (quelques médecins ont répondu directement par téléphone, une fois de plus par souci de disponibilité et ou par sollicitation permanente des internes, quelques uns n'ont pas voulu être enregistré). Ils ont été transcrits par une tierce personne (extérieur à la médecine et qui n'a pas assisté aux entretiens). J'ai effectué la triangulation concernant la combinaison de différents types de données qui se confirment ou se corroborent. L'analyse de données a été effectuée par moi-même en tentant d'en dégager les idées majeures et les plus pertinentes conclusions.

Les réponses des médecins sont paraphrasées entre guillemets pour étayer les résultats obtenus, et écrites en italique.

a)- Demande de rendez-vous d'entretien : 21 demandes sont faites au début (7 pour médecins féminins et 14 pour médecins masculins) : 12 par appel téléphonique, et 9 questionnaires sont déposés directement au cabinet avec rappel téléphonique ultérieur.

Le nombre n'a pas été fixé au départ et nous avons cherché au fil du recrutement à rencontrer des médecins généralistes compte tenu du caractère qualitatif de l'étude. *La saturation d'idées a été obtenue au quinzième entretien.*

b)- 2 médecins ont refusé de donner des rendez-vous d'entretien :

-1 médecin féminin exerçant à Paris intra-muros, qui est à orientation plutôt pédiatrique.

-1 médecin masculin travaillant en milieu rural, par manque de temps, nous a orienté vers 3 médecins qui travaillent en tant que médecins coordonnateurs d' EPHAD en rural, que nous n'avons pas contactés, vu les critères d'exclusion.

c)- 4 médecins exerçant en banlieue (1 femme et 3 hommes) n'ont pas donné suite à notre demande d'entretien.

d)- QUINZE médecins nous ont répondu favorablement :

- 6 médecins féminins :

--->3 exercent en banlieue, dont 2 sont dans la tranche d'âge de 31-40 ans et 1 est âgée de 51-60 ans.

--->2 exercent en milieu rural, chacune est âgée respectivement de 31-40ans et de 41-50ans.

--->1 travaille à Paris intra-muros, âgée de 51-60 ans

- 9 médecins masculins :

--->4 exercent en banlieue, dont 2 ont entre 51-60 ans et 2 ont 61 ans et plus

--->3 exercent en milieu rural, dont 1 est âgé de 41-50 ans, 1 de 51-60 ans et 1 est âgé de plus de 61 ans.

--->2 travaillent à Paris intra-muros, dont 1 dans la tranche d'âge de 41-50 ans, et 1 âgé entre 51-60 ans.

Les femmes sont comprises entre 31ans à 60 ans, donc pas de représentant pour la tranche d'âge de plus de 60 ans. Pour les hommes, c'est l'inverse : ils se situent entre 41 ans à plus de 61 ans, pas de représentant pour la tranche d'âge inférieurs à 40 ans.

e)- 3 entretiens sont réalisés *par téléphone* parmi les 15 réponses favorables, *d'une durée de 3-5mn* par manque de temps des médecins. L'une travaille à Paris, la 2e et la 3e exercent en banlieue.

Parmi les 12 entretiens, 1 se passe au domicile du médecin traitant : le jour de son repos hebdomadaire.

Les 11 entretiens restants se passent au cabinet : 5 avant le début de la consultation et 6 se déroulent après la fin de la consultation.

La durée maximale de l'entretien dure 38 mn.

f)- Les années d'installation s'étalent de 1976 à 2005. Avec trois groupes :

--->moins de 10 ans d'installation ==>3

--->entre 10 ans et 20 ans d'installation ==>2

--->plus de 20 ans d'installation ==>10

g)- 7 des médecins qui acceptent l'entretien travaillent en cabinet de groupe de médecins généralistes, dont 3 avec un cabinet d'infirmier et 1 avec un cabinet de kinésithérapeute ; 1 en cabinet de groupe de spécialiste/ généralistes/infirmiers.

h)- Nous voulons savoir si ces médecins traitants ont d'autres orientations : pour 8 d'entre eux :

--->1 médecin travaille une journée par semaine à l'hôpital, une journée par mois en tant que médecin de crèche, et pratique l'homéopathie au cabinet.

--->1 médecin travaille aux urgences une fois par semaine et à orientation médecine du sport.

--->1 médecin à orientation gériatrique et salariée à mi-temps en maison d'accueil spécialisée pour handicapés

--->1 médecin à orientation gériatrique.

--->1 médecin acupuncteur.

--->1 médecin à orientation aéronautique, une journée par semaine à l'hôpital.

--->1 médecin à orientation médecine tropicale.

--->1médecin coordonnateur en maison de retraite.

i)- Le nombre de patients est variable, allant de 5 à 53 personnes âgées à prendre en charge à domicile.

L'ensemble des données concernant les médecins et leur cadre d'exercice est résumé dans le tableau ci-après.

Nombre Médecin	Sexe	Age	Ancienneté installation	Lieu d'activité	Type de cabinet	Autre spécialité	Nombre de patients
15	Femme : 6	31-40	2006 < 10 ans	Banlieue	Groupe	Non	10
		31-40	2006 < 10 ans	Banlieue	Individuel	Oui	18
		31-40	2005 < 10 ans	Rural	Individuel	Non	30
		41-50	1993 (10-20 ans)	Rural	Individuel	Oui	53
		51-60	1990 > 20 ans	Paris intra-muros	Individuel	Non	6
		51-60	1985 > 20 ans	Banlieue	Individuel	Non	30
	Homme : 9	41-50	2000 (10-20 ans)	Rural	Groupe	Oui	20
		41-50	1995 > 20 ans	Paris intra-muros	Individuel	Non	8
		51-60	1989 > 20 ans	Rural	Individuel	Oui	5
		51-60	1988 > 20 ans	Banlieue	Groupe	Oui	5
		51-60	1987 > 20 ans	Paris intra-muros	Individuel	Non	7
		51-60	1979 > 20 ans	Banlieue	Groupe	Oui	30
		> 61 ans	1978 > 20 ans	Rural	Groupe	Oui	45
		> 61 ans	1976 > 20 ans	Banlieue	Groupe	Non	30
		> 61 ans	1976 > 20 ans	Banlieue	Groupe	Non	30

Tableau 1 : Récapitulatif des données sur les médecins interrogés dans l'enquête

A partir de ces informations, une scission homme/femme a été réalisée et les résultats sont exprimés sous forme de graphes donnés ci-après.

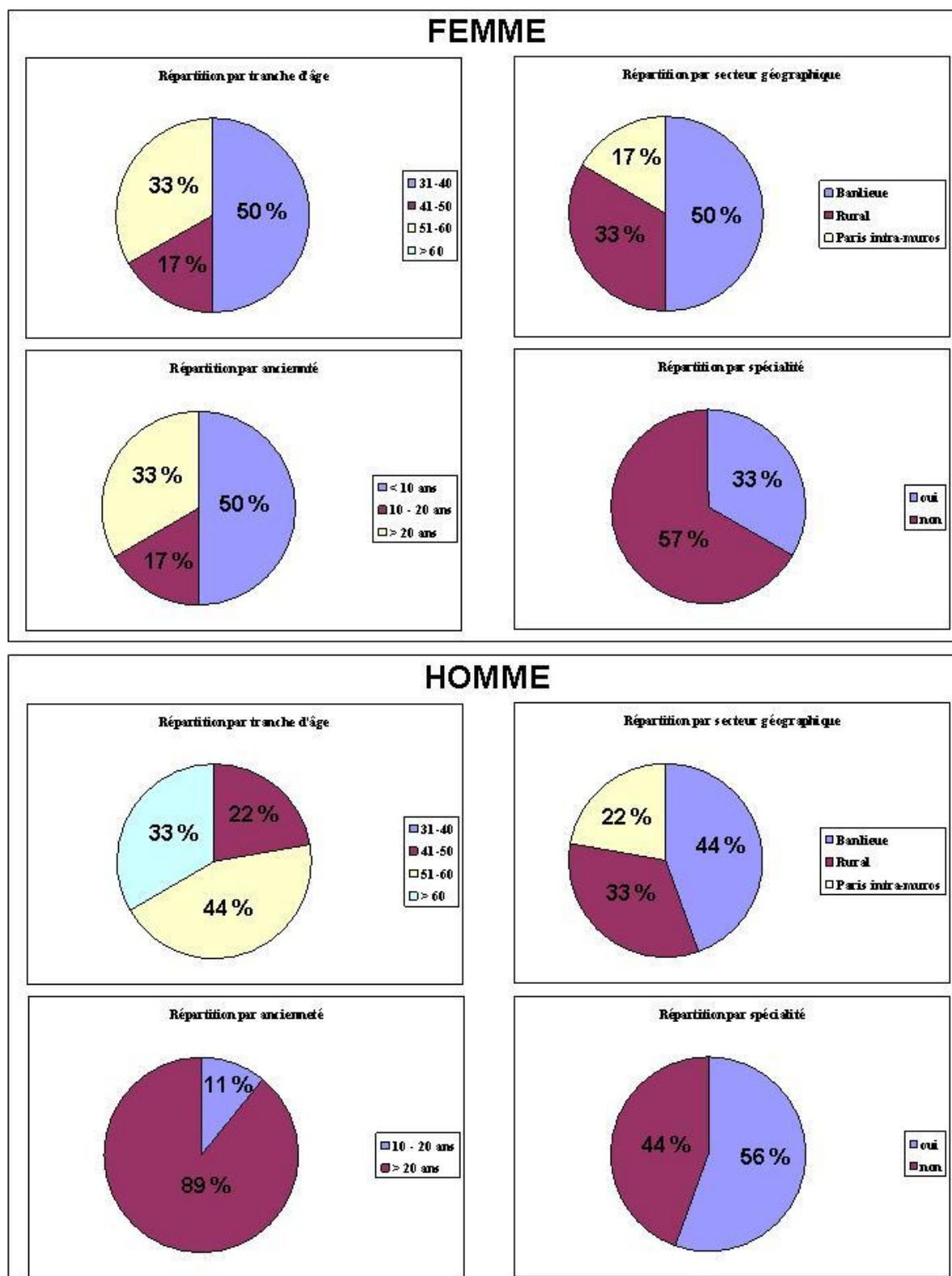


Tableau 2 : Répartitions multicritères pour chaque catégorie homme/femme

5. LES OBSTACLES

5-1-Les 15 médecins interrogés ont dit avoir au moins un obstacle.

9 médecins sur 15 disent spontanément avoir d'obstacles. 2 sur 15 médecins avouent ne pas avoir de problème au début, mais le long de l'entretien ils pensent avoir un souci pour le maintien à domicile. Les 4 médecins restant ne se prononcent pas directement.

Réponses "Oui"spontanées aux obstacles :

Médecin n° 1 : "*tu sais l'obstacle c'est ...*"

Médecin n° 3 : "*Oui, bien sûr, bien sûr*"

Médecin n°4 : "*Oui, la visite à domicile...*"

Médecin n° 6 : "*le seul obstacle important...*"

Médecin n° 7 : "*bien sûr et même nombreux*"

Médecin n°12 : "*je ne sais pas si on peut appeler ça un obstacle, mais en tout cas...*"

Médecin n° 13 : "*Deux problèmes se posent...*"

Médecin n°14 : "*moi je dirais...*"

D'autre disent ne pas avoir d'obstacle mais penchent sur la difficulté pour le maintien à domicile.

Médecin n° 5 : "*grosso modo, non, pas trop. Non ça va, Mais c'est plutôt l'isolement....*"

Médecin n° 9 : "*il n'y a pas vraiment d'obstacle sauf que....*"

D'autres médecins ne se prononcent ni pour le "oui " ni pour le "non", mais argumentent.

Médecin n° 2 : "*c'est le manque d'...*"

Médecin n° 8 : "*l'isolement et l'éloignement...*"

Médecin n° 10 : "*le manque de...*"

Médecin n °15 : "*la difficulté c'est...*"

Que ça soit une femme ou un homme, quelque soit leur lieu d'activité et leur ancienneté dans le métier, qu'il soit seul ou en cabinet de groupe, les médecins dans cette étude rencontrent au moins une difficulté pour le maintien à domicile.

5-2- La prise en charge d'une personne âgée à domicile nécessite beaucoup de disponibilité du médecin. Vu les pathologies, l'examen clinique est long, et dure plus longtemps. Certain déplacement risque de bloquer le maintien. Les visites à domicile ne motivent pas les médecins. =>11 médecins/15

Le temps est souvent cité par les praticiens comme obstacle principal. Et ils insistent.

Médecin n° 1 : *" Tu sais l'obstacle c'est le temps..., mais le gros problème c'est le temps...le temps, le temps, le temps... ça demande beaucoup de temps"*

Médecin n° 2 : *"le temps pour la visite car j'ai pas mal de patients en ville"*

Médecin n° 3 : *" ça demande du temps, ça demande du temps"*

Médecin n° 4 : *" Oui, la visite à domicile d'une personne âgée nécessite beaucoup de disponibilité du médecin "*

Certains médecins attribuent cette disponibilité insuffisante aux poly pathologies et maladies neurologiques des personnes âgées. Et la visite en elle-même est difficile, longue et démotive les confrères.

Médecin n° 1 : *"j'ai un patient qui a une sclérose latérale amyotrophique qui est en HAD, il faut bien regarder partout, si tu veux bien faire, alors qu'on n'a pas le temps"*

Médecin n° 3 : *" Une visite chez une personne âgée dépendante, c'est au minimum ¾ d'heure. C'est le temps de se déplacer, c'est le temps d'examiner, c'est le temps de faire l'ordonnance, d'expliquer, ça demande beaucoup de temps. Par rapport à l'investissement de temps, c'est pas du tout rentable.....D'ailleurs je crois que je fais de visites chez les gens qui ne sont pas du tout suivis par moi mais que leur médecin traitant ne veulent plus pour la prise en charge.*

Médecin n° 4 : *"Oui la visite à domicile d'une personne âgée nécessite beaucoup de disponibilité du médecin, compte tenu de leur poly pathologie....Une visite à domicile dure au moins 45 mn".*

Médecin n° 7 : *" Oui mes patients sont en général des déments.... Démence à corps de lewy.....Je pense à une dame AlzheimerUn autre patient qui a une paralysie supra nucléaire progressive...Et c'est sans doute le problème qui pose plus de difficulté".*

Médecin n° 8 : *" Je fais très peu de visite car ils nous disent de ne plus faire de visite. Sauf que les visites qui me restent durent entre 1heure -1 heure et demi et parfois jusqu'à 2 heures....J'ai une dame qui est âgée, avec cardiopathie, une insuffisance rénale, une néphropathie, et un diabète insulino dépendant. La visite peut durer 3heures quand le diabète est déséquilibré".*

Médecin n° 11 : *" manque de disponibilité et prise en charge longue par visite "*.

Médecin n° 13 : *" La visite chez les personnes âgées, c'est long. Car qui dit personnes âgées, dit poly pathologie "*.

Médecin n° 15 : *"Les visites des personnes âgées demandent beaucoup de temps car elles sont âgées, lentes pour faire tout. Elles sont poly pathologiques, ...sachant qu'une visite peut durer une à une heure et demi en fonction de la pathologie".*

Le problème de coordination et de relationnel pouvant être un facteur d'allongement du temps de visite, mais ne démotive pas autant les médecins. Les 3 médecins ruraux l'ont signalé.

Médecin n° 6 : *" Je pense que si on est dans le domaine que l'on maîtrise mieux, on y accepte de passer plus de temps. C'est vrai que ça prend du temps si on voulait vraiment s'en occuper. C'est tout un travail de coordination... ça prend du temps et de l'énergie".*

Médecin n° 7 : " *Oui je me déplace quand on m'appelle. C'est-à-dire que j'ai toujours été un fervent partisan des visites, dans la mesure que ça prend du temps, C'est sûr que c'est pas forcément extrêmement rentable, mais du point de vu relationnel c'est incontournable. Surtout chez les gens qui sont dépendants, surtout chez les gens qu'on veut bien les maintenir à domicile. Il faut bien aller les visiter*".

Médecin n°15 : " *... et c'est surtout relationnel. On ne peut pas faire de visite ici sans discuter*".

Le médecin n°6 fait signe que **pour remplir la demande d'aide** "ça prend du temps. C'est sûr que si on veut organiser tout, ça prend du temps, c'est difficile. *Après c'est une question de motivation et de volonté*".

Un déplacement éloigné et difficile des médecins qui n'ont pas beaucoup de disponibilité est un facteur de blocage pour le maintien à domicile. **Un médecin de banlieue ou rural se déplace assez loin, tandis que leur confrère à paris, c'est plutôt un problème d'organisation.**

Médecin n° 5, exerce en milieu rural : " *C'est vrai que ça prend pas mal de temps pour y aller et venir, après c'est vrai que sur place c'est pas forcément très rapide non plus, c'est vrai que les consultations sont longues.... Déjà, ils ont du mal à bouger chez eux et faire 10 km c'est pas toujours évident*".

Médecin n° 12, exerce en banlieue : " *C'est vrai que le déplacement prend du temps quand les visites sont trop éloignées les unes des autres*".

Médecin n° 13, exerce à Paris intra-muros : " *Le déplacement à Paris. C'est pour ça que je fais de moins en moins de visite et de maintien à domicile.... Pour se déplacer et se garer c'est infernal. Ça me prend du temps le déplacement*".

Médecin n° 15, exerce en rural : " *Mais c'est le déplacement aussi qui prend du temps. On peut parcourir 7 à 8 km entre deux visites*".

Les facteurs engendrant un temps de visite longue, par rapport aux différents paramètres du guide d'entretien : âge, sexe, spécialité, ancienneté, cabinet de groupe, et nombre de patients âgés.

- Trois femmes médecins, âgées de 31 à 40 ans ont évoqué *la poly pathologie* comme obstacle, dont deux pratiquent en rural, et la troisième en banlieue. Contre un médecin homme, âgé de 51 à 60 ans, qui travaille en banlieue.
- *L'examen clinique est long*, selon trois hommes médecins : 1 âgé de 31 à 40 ans, qui exerce à Paris, les 2 ont la même tranche d'âge de 51 à 60 ans et qui travaillent en banlieue ; contre deux femmes, de même tranche d'âge de 31 à 40 ans ; l'une travaille en banlieue et l'autre en rural.
- 4 médecins hommes évoquent *la difficulté de déplacement* (trois sont âgés de 51 à 60 ans, dont deux exercent en banlieue et un en milieu rural; le quatrième médecin parisien est âgé de 41 à 50 ans), contre 1 femme qui exerce en rural, âgée de 31 à 40 ans.
- 1 médecin homme de 51 à 60 ans, qui exerce en banlieue, à orientation gériatrique, signale que *l'ordonnance des personnes âgées est longue* et augmente le temps de visite à domicile, et entraîne une perte de temps pour les consultations au cabinet.
- Signalons que les médecins interrogés ne se déplacent point à l'appel d'urgence de visite à domicile, même s'ils travaillent dans un cabinet de groupe de généralistes. En voici quelques réponses.

Médecin n°3 : "*Ce n'est pas toujours possible, ceci dit, l'urgence chez la personne âgée et personne très âgée est relative*".

Médecin n°4 : "*J'effectue mes visites des fois après ma consultation à 20 H. Heureusement qu'il y a mon remplaçant qui fait certaines visites et les urgences, et les patients des maisons de retraite*".

Médecin n°5 : "*Oui, çà m'est arrivé de me déplacer rapidement, soit ils appellent tôt et je m'organise ; avec le temps maintenant j'ai tendance à y aller quand je peux*".

Médecin n° 6 : *"C'est rare, il n'y en a pas trop, parce qu'en fait, quand il y a ces genres de choses, ils appellent les pompiers et le SAMU. Pour les genres de chutes, on n'est plus appelé directement. Ce côté un peu urgence on ne les voit plus beaucoup, on l'apprend a posteriori"*.

Médecin n°8 : *"Çà m'arrive, soit je claque la consultation, soit on appelle le 15, çà c'est le désavantage du cabinet individuel. On gère seule"*.

Médecin n°9 : *"En général, on essaie de temporiser. Si je peux j'y vais. Mais souvent les gens appellent le secours : les pompiers. La nuit c'est sûr. Là maintenant, vue notre indisponibilité relative, ils appellent les pompiers tout de suite. J'ai l'impression que les gens recourent facilement aux services d'urgences qu'avant"*.

-Le nombre d'année d'installation et le nombre de sujets âgés suivis en ville, ainsi que la spécialité n'influence pas sur le temps de visite.

Médecin n°4 : *"Mais c'est vrai que la capacité en gériatrie m'a beaucoup aidée. Mais j'ai apprise sur terrain comme tout le monde aussi, je suppose"*.

5-3- La famille tient un rôle important. La présence d'un aidant est indispensable. Cette présence est une aide précieuse pour les sujets âgés en perte d'autonomie. Tout isolement familial, social ou géographique des personnes âgées peut perturber le maintien à domicile.

Médecin n°3 : *" C'est l'entourage, çà dépend beaucoup de l'entourage, entourage dépendant, c'est-à-dire : il est certain qu'une personne âgée, tant qu'elle est capable à peu près de gérer les choses il n'y a pas de problème ; mais à partir du moment où elle est en GIR 2 ou GIR 3, çà dépend de l'entourage"*.

Médecin n°4 : *"Oui, [.....] et isolement social"*.

Médecin n°5 : *"Quand ils commencent à perdre un peu d'autonomie, çà devient un peu difficile. C'est vrai que dans la journée, ils peuvent arriver des trucs, si jamais ils tombent quand ils sont un peu isolés, ce n'est pas toujours évident de ce côté-là. Donc c'est plutôt l'isolement, malheureusement ils sont un peu seuls. Ils ne sont pas tous en couple"*.

Médecin n°6 : " *Le seul obstacle important pour le maintien à domicile c'est si il y a une famille présente ou pas.... Il faut qu'il y ait un tuteur. S'il n'y a pas ce tuteur là, c'est très compliqué de maintenir à domicile, arrivé à un certain moment. Mais à un moment donné lorsque l'autonomie devient de plus en plus réduite, et qu'il faut une tierce personne en permanence, s'il y a une famille, on peut continuer le maintien à domicile. *S'il n'y a pas de famille proche autour on ne pourra pas. Donc s'il y a une famille qui arrive à coordonner, à appuyer tout, ça marche. Il faut qu'on s'appuie sur quelqu'un de proche*".*

Médecin n°7 : "Il est totalement grabataire, communication impossible, rétraction multiple, escarre, vraiment dans un état pitoyable, mais il est toujours là, *qui veut rester avec sa femme*".

Et en prenant d'autre exemple parmi ses patients Alzheimer, ce médecin souligne **l'importance de l'aidant** : "*c'est sûr que sans son mari, qui est le pilier, le maintien à domicile n'est plus possible*".

Et en continuant son explication, ce dernier essaie **d'éviter l'épuisement familial** : "*Ils ont tendance à aller au bout du bout. Et souvent on est obligé de ramasser à petite cuillère les compagnons, les accompagnants plus que les patients eux mêmes*".

Et sur un autre exemple : " *de temps en temps elle craque. On fait venir quelqu'un ou demander à la personne qui est déjà là de rester un peu plus que d'habitude. Et pendant ce temps là elle va s'aérer*".

" *...Sinon pour soulager un peu les accompagnants, c'est l'hôpital de jour et certain nombre de maison de retraite où le patient peut y aller pendant la journée*".

Médecin n°8 : "L'isolement : le fait qu'on est dans une petite commune ici, il n'y a pas du tout de commerce. Le maintien à domicile c'est aussi de pouvoir subvenir à leur besoin : faire les courses, faire les cuisines. L'éloignement car on est en semi ruralité ou même en ruralité, on est à 4-5 km. Egalement, l'éloignement par rapport aux enfants ou absence d'enfant actif "

Médecin n°12 : " *Ah oui ! Je dirais même qu'on ne peut pas s'en passer. La famille nous aide vachement* ".

Médecin n°13 : " *Là, je peux vous dire que le rôle de la famille est important* ".

Médecin n°14 : " *L'absence d'un aidant principal est un grand handicap pour le maintien à domicile ... Il peut s'en occuper tant bien que mal. Le souci après, si le conjoint est hospitalisé ou décédé, ça fragilise le vivant* ".

Si l'organisation de la journée est plus ou moins facile pour éviter l'isolement, la présence dans la nuit est difficile, voire impossible, pour le maintien à domicile.

Médecin n°1 : " *On envoie quelqu'un dans la journée, mais il n'y a personne dans la nuit, ça c'est beaucoup plus embêtant* ".

Médecin n°2 : " *c'est le manque d'aide la nuit* ".

Médecin n°6 : " *La grosse difficulté c'est de trouver quelqu'un 24h sur 24 auprès de la personne à domicile* ".

Médecin n°7 : " *Le problème c'est que tous les systèmes qui sont en place s'intéressent à la journée et peu à la nuit. Ça c'est un obstacle majeur. Pour la journée on arrive à peu près à s'organiser. Mais les gens sont très embêtés d'être seuls la nuit* ".

Médecin n°8 : " *Et qui n'arrive pas à trouver une personne qui garderait la personne âgée 24h sur 24 ; on n'en trouve pas* ".

Médecin n°9 : " *pour avoir une garde à domicile, c'est difficile* ".

Médecin n°12 : " *L'autre souci c'est de trouver quelqu'un pour la garde de nuit, pour les personnes seules, sans famille* ".

3 médecins trouvent qu'un trouble des fonctions supérieures dégrade le maintien à domicile.

Médecin n°3 : " *Mais le vrai problème c'est l'altération des fonctions cognitives...un déclin cognitif tel qu'on arrive plus à gérer et à faire quoi que ce soit, qui n'arrive plus à faire la cuisine, qui n'arrive plus à s'habiller, là c'est impossible* ".

Médecin n°13 : " Par contre, *s'il y a un trouble du comportement, ou perte d'autonomie, ou dégradation des fonctions supérieures mineures, la présence de quelqu'un est nécessaire* ".

Médecin n°15 : " On peut faire le maintien à domicile si le patient garde un peu d'autonomie, pas de trouble de comportement majeur. *Par contre, il est difficile de garder une personne qui est trop dépendante, ou qui aggrave sa dépendance* ".

Si pour trouver une infirmière est facile ainsi que les aides à domicile ; un kinésithérapeute et qui se déplace à domicile est très difficile.

Médecin n°1 : " on les appelle et ils viennent (les IDE), ça ce n'est pas un problème. Tu sais il y a pas mal de jeunes qui s'installent. *Alors qu'un kiné à domicile est un problème. Kiné mais pas un soin infirmier*".

Médecin n°2 : " *En général, il n'y a pas de problème (d'ide) car il y a une bonne organisation par la mairie*".

Médecin n° 3 : "Ici non. Il y a tout ce qu'il faut. On est très bien entouré ici. J'ai une personne en GIR 3 : *on a une infirmière qui passe 2 fois par jour, un kiné qui passe 3 fois par semaine, une aide ménagère qui passe*".

Médecin n°5 : "*pour les infirmières ça va, sauf pour le kiné c'est un peu difficile; dans le coin ils sont vite pris. Ils se déplacent de moins en moins. Il arrive qu'un kiné d'une autre commune un peu plus loin qui vient*".

Médecin n°15 : " *le kiné, on en trouve de moins en moins qui se déplace. Vous savez la kiné pour les personnes âgées n'a pas de caractère d'urgence. C'est plutôt de l'entretien de l'autonomie, des rééducations, sauf tout ce qui est après AVC* ".

Un médecin évoque le quasi absence d'orthophoniste à domicile.

Médecin n°7 : " *L'orthophonie, c'est devenu quasiment impossible* ".

A l'exception, le médecin n°8, exerce en rural, se dit être en difficulté pour les soins infirmiers. " On n'a pas de service de soin à domicile suffisamment important pour gérer l'ensemble de nos personnes âgées. L'HAD, on en a qu'un ici. Il est complètement sur noyé

par les demandes ". **Et elle confirme la difficulté avec le kiné :** " beaucoup de kinés refusent de faire de kiné à domicile à l'heure actuelle ".

Et un médecin qui travaille à Paris intra-muros, n°14, se heurte à des difficultés pour trouver les infirmières : "ce n'est pas toujours facile, surtout en urgence, elles sont un peu débordées ".

5-4-Le manque de ressources peut freiner le maintien à domicile. Il est évoqué par 5 médecins.

Médecin n°7 : "A un moment donné il faut que les gens mettent la main dans leur porte monnaie. Après, ça dépend du volume du porte monnaie. *C'est sûr que dans un problème de dépendance, un problème financier se pose*".

Médecin n°8 : " *Et ça coûte une fortune. J'ai des gens qui ont les moyens, mais quand on fait le compte, ça coûte une fortune* ".

Médecin n°9 : " *Maintenant il y a une offre, mais chère. Et on bute toujours là-dessus, quand les gens ont besoin* ".

Médecin n°14 : " *D'autant plus que pour trouver quelqu'un pour la nuit est très difficile et cher en plus* ".

Médecin n°15 : " *Je pense que c'est coûteux avec leur mince retraite, ce n'est pas envisageable de payer quelqu'un, une garde malade ou la présence d'une tierce personne* ".

5-5-Le médecin n°8, exerce en rural, signale qu'un manque de moyen et de mauvaise adaptation de l'habitation peut déstabiliser le maintien à domicile : " *Et là, on en trouve encore. J'en connais 3 ou 4 familles qui n'ont pas d'eau chaude ni de l'électricité* ".

5-6-Les médecins s'accordent à dire que certaines situations leurs sont propres et n'entravent pas le maintien à domicile, même s'ils les mentionnent comme difficulté pour les visites.

Médecin n°3 : " *C'est vrai qu'à la fin de la journée, mon associée gagne 3 fois plus que moi. Mais ce n'est pas un obstacle. C'est un obstacle qui me serait propre. Ce n'est pas un obstacle* ".

extérieur. Je pourrais dire non (aux visites). Je ne gagne pas ma vie avec ça sinon je ne la fais plus. Ça dépend de moi ça "

Médecin n°7 : "Quand on peut y être, on y va. Le problème c'est que vous y passez la matinée. Moi je fais ça quand je ne travaille pas. Mais je ne fais pas ça à chaque fois. Mais c'est vrai qu'à chaque fois que je les fais ça apportait quelque chose dans la coordination. Mais bon on ne peut pas passer notre temps à faire du bénévolat; mais c'est vrai que c'est utile sans doute".

Médecin n°8 : " il y en a qui travaillent lentement, mais on n'est pas du tout rémunéré comme ça devrait l'être. Enfin, on ne fait pas la médecine pour ça, mais à un moment donné on se demande quand même. En fait, on a la clientèle de nos qualités et de nos défauts "

5-7-Le manque de formation en gériatrie n'empêchent pas une bonne prise en charge.

Médecin n °3 : "Moi, je trouve que vous êtes mieux formés que nous l'avons été. Moi, je n'en ai jamais eu le cursus que vous avez eu. Moi je trouve que les jeunes sont mieux formés que nous".

Médecin n° 4 : " Mais c'est vrai que la capacité en gériatrie m'a beaucoup aidée. Mais j'ai appris sur le terrain comme tout le monde".

Médecin n° 5 : "Ma formation, j'en ai fait moi-même. J'ai fait des formations, J'ai fait des DU, quelque chose comme ça quoi".

Médecin n° 9 : " Non, je n'ai pas eu de formation particulière. C'est sur le terrain, et puis avec les autres. Aussi bien par la famille que les autres professionnels. Ce qui n'est pas négligeable".

PARTIE VI

DISCUSSION

1- EVALUATION.

Deux questions se posent : les obstacles cités dans la littérature sont-ils superposables aux difficultés rencontrées par les médecins traitants sur le terrain ? La diversité des paramètres joue-t-elle un rôle au résultat final ?

Avant d'entamer la discussion il faudra garder à l'esprit le résultat du recueil durant toute la discussion. L'entretien se base sur un échantillonnage de médecins et s'arrête à saturation d'idées, avec sept paramètres observés permettant une diversité des réponses. Les critères du guide d'entretien sont remplis et représentés. Mais c'est une étude qualitative, ainsi certaines données n'étaient probablement pas explorées lors de l'entretien. L'entretien était individuel, à l'endroit et à l'heure qui convenaient au médecin et pourraient influencer les réponses, sachant qu'une organisation d'entretien de groupe est techniquement difficile avec les médecins. Comme dans le cas contraire, un entretien de groupe dynamiserait les échanges et pourrait aboutir à d'autres obstacles.

1-1-Les médecins de l'entretien.

Au début de l'entretien, 26% des médecins interviewés disent ne pas rencontrer de difficultés particulières. Médecin n°5 : "*Grosso modo non. Non ça va, ...Mais plutôt l'isolement...*" Médecin n° 9 : "*il n'y a pas vraiment d'obstacle sauf que...*". Mais durant l'entretien, 100% des médecins interrogés disent avoir au moins un obstacle dans le maintien à domicile des sujets âgés. Médecin n° 3 : "*Oui bien sûr, bien sûr*". Certains en ont plus. Médecin n° 8 : "*L'isolement et l'éloignement*". Médecin n° 13 : "*Deux problèmes se posent...*" Médecin n° 7 : "*Bien sûr et même nombreux*".

Une étude faite, en 2000, par URML d'IdF donnait le chiffre de " 77% des médecins

rencontrent des difficultés au maintien à domicile "[50]. Ce chiffre a augmenté à " 80 % des médecins rencontrent des difficultés ", résultat avancé par une étude de cette même Union en 2004 [49].

Ces chiffres croissants montrent que les médecins rencontrent de plus en plus d'obstacle pour le maintien à domicile. Au fur et à mesure de l'entretien tous les médecins affirment avoir rencontré au moins un obstacle.

Quelques suppositions :. Le vieillissement de la population avec l'augmentation de l'espérance de vie des Français. L'augmentation de la poly pathologie et surtout la préférence des sujets âgés à rester à leur domicile plutôt qu'en institution. Est-ce l'arrivée des jeunes générations de médecins qui effectuent de moins en moins de visites à domicile ? En 2001, La France figurait en tête de peloton européen pour le nombre de visites effectuées par médecin. La visite représentait près d'un acte sur quatre (23,5%). En comparaison, elle est à 9% en Allemagne et 11 % en Italie. Puis la visite représentait 15,9%, en 2002 (17,3% dans le Val-de-Marne, 15,5 % à Paris). Au mois de Juin 2003, les médecins généralistes franciliens n'effectuaient que 12,8 % de visites à domicile. On constate une baisse de 30 % en France entière et de 25 % en Ile-de-France [36]. Ou la pénurie de Médecins ? Ou le manque de temps...? Nous détaillerons ultérieurement ces données.

On n'a pas pu trouver d'études pouvant détailler ces difficultés par rapport à nos critères de guide d'entretien (âge, sexe, ancienneté, installation,...) Le seul résultat rapprochant de notre étude c'est *la moyenne d'âge des médecins de 42,8 ans*, dans l'étude de 2004 par l'URML [49].

1-2-La visite à domicile pour un sujet âgé prend plus de temps au médecin traitant qu'une visite pour un patient plus jeune. Médecin n° 15 : " Les visites des personnes âgées demandent beaucoup de temps car elles sont âgées, lentes pour faire tout".

La notion de "temps" pour les médecins généralistes englobe tout.

Le temps de "préparation de la visite". Médecin n° 1 : "Tu sais, l'obstacle c'est le temps..., mais le gros problème c'est le temps... le temps, le temps, le temps... ça demande beaucoup

de temps"

Le temps du "déplacement". Il est évoqué par les médecins selon les 3 lieux d'exercice dans notre entretien .Médecin n° 13 qui exerce à Paris intra-muros : " *Le déplacement à Paris. C'est pour ça que je fais de moins en moins de visite et de maintien à domicile...Pour se déplacer et se garer c'est infernal. Ça me prend du temps le déplacement*". Le Médecin n° 12 qui exerce en Banlieue : " *C'est vrai que le déplacement prend du temps quand les visites sont trop éloignées les unes des autres*". Le médecin n° 15 qui travaille en milieu rural : " *Mais c'est le déplacement aussi qui prend du temps. On peut parcourir 7 à 8 km entre les deux visites*"

Le temps pour "l'examen clinique". Médecin n° 1 : " *J'ai un patient qui a une sclérose latérale amyotrophique qui est en HAD, il faut bien regarder partout, si tu veux bien faire, alors qu'on n'a pas le temps*".

Le temps pour "l'ordonnance". Médecin n° 3 : "Une visite chez une personne âgée dépendante, c'est au minimum $\frac{3}{4}$ d'heure... *c'est le temps de faire l'ordonnance...*"

Le temps pour "la coordination" : l'appel du laboratoire, l'organisation avec l'infirmière, et le personnel paramédical, l'appel de la famille, remplissage de diverses demandes. Médecin n° 6 signale que pour remplir la demande d'aide , cela prend du temps...*C'est tout un travail de coordinations...ça prend du temps et de l'énergie*".

Et surtout le temps "du relationnel"...Médecin n° 7 : "...c'est sûr que ce n'est pas forcément rentable, *mais du point de vu relationnel, c'est incontournable*. Et le médecin n° 15 de rajouter : ".. et c'est surtout relationnel. On ne peut pas faire de visite ici sans discuter".

Et enfin, le "temps pour un médecin", veut dire aussi "**la disponibilité**". Médecin n° 4 : " Oui la visite à domicile d'une personne âgée *nécessite beaucoup de disponibilité du médecin*".

Cette notion de temps de visite à domicile est retrouvée dans l'étude effectuée par l'URML d'IdF en 2005. Les médecins franciliens effectuent 16 visites par semaine. Le temps total moyen d'une visite est de 40,37 minutes dont le minimum est de 10 minutes et le maximum

est de 135 minutes. On retrouve un résultat semblable sur une enquête de l'URML-Auvergne en 2001, de 41 minutes en moyenne une visite à domicile [36].

En décortiquant ce temps de visite à domicile, on obtient :

- temps moyen passé à préparer la visite = 4,5 minutes ;
- temps moyen de déplacement par visite = 13 minutes ;
- temps de mise à jour du dossier après la visite = 3,75 minutes ;
- temps moyen passé auprès du patient = **19, 5 minutes.**

A titre de comparaison, une consultation dure en moyenne entre **15 à 19 minutes** (étude de la DRESS).

On peut en conclure que : le temps passé auprès du patient en visite à domicile et en consultation est superposable. Par contre, le temps de visite à domicile est "doublé" en rajoutant le temps d'avant, d'après visite, et le déplacement. "Le temps d'une visite correspond au temps de deux consultations".

1-3-Certaines pathologies des personnes âgées imposent au médecin un temps de visite à domicile beaucoup plus long, mais le manque de disponibilité risque de compromettre, à lui seul, le maintien à domicile.

1-3-1- Actuellement, près de 50% des personnes de plus de 85 ans présenteraient un **syndrome démentiel**, d'après Paulin et Pasquier en 2010, dans "syndrome démentiel : diagnostic et prise en charge"[39]. La prévalence de la démence en France est estimée à 17,8 % dans la population de plus de 75 ans. Avec 150000 nouveaux cas par an. Une évaluation régulière de l'état cognitif de l'autonomie s'impose. L'installation de la dépendance doit être sans cesse recherchée et quantifiée. La visite à domicile est ainsi longue et difficile. Ce propos est affirmé par Meret et Floccia, en 2005 : "Malheureusement, le médecin est souvent seul face à des situations difficiles dont la gestion demande beaucoup de temps, ..., le temps lui fait souvent défaut"[32]. Plus précisément, une étude de la DRESS, " les urgences en médecine générale", en 2006, avançait quelques chiffres : le recours dure en moyenne 22

minutes et demie si l'état du patient est perturbé mais ne nécessite pas de prise en charge spécialisé, 28 minutes lorsqu'il en nécessite une (sans le temps moyen du déplacement ni la préparation de la visite) [9]. Dans notre étude les médecins parlent de ces patients déments qui leur prennent plus de temps pour la visite. Médecin n° 7: "*Oui mes patients sont en général des déments... Démence à corps de Lewy... Je pense à une dame Alzheimer... et c'est sans doute le problème qui pose plus de difficulté*".

Naturellement, l'état clinique des sujets âgés se détériore avec le temps, surtout au niveau des fonctions supérieures entraînant des troubles cognitifs et de comportement. Il y a là un obstacle majeur pour le maintien à domicile.

Deux des médecins interrogés l'ont affirmé. Médecin n° 3 : "*Mais le vrai problème c'est l'altération des fonctions cognitives... un déclin cognitif tel qu'on arrive plus à gérer et à faire quoi que ce soit, qui n'arrive plus à faire la cuisine, qui n'arrive plus à s'habiller, là c'est impossible*". Et le Médecin n° 15, rajoutait : "*On peut faire le maintien à domicile si le patient garde un peu d'autonomie, pas de trouble de comportement majeur. Par contre, il est difficile de garder une personne qui est trop dépendante, ou qui aggrave sa dépendance*".

La dégradation des fonctions cognitives est difficile à supporter pour le patient et pour l'entourage. La famille doit redoubler de vigilance et de rigueur. Le passage du médecin traitant devenu plus fréquent pour le maintien à domicile jusqu'à la limite du possible.

1-3-2-Dans la littérature, nous avons évoqué la prise en charge d'une personne handicapée âgée ancienne. Elle est difficile et prend du temps. Et constitue un obstacle pour le maintien à domicile.

Peu d'études y est consacrée. Une étude faite en 2002, dans la région Alpes côte d'Azur, sur un panel de 564 médecins, le chiffre est parlant. *Plus de neuf médecins sur dix estiment que la prise en charge de ces patients demande plus de temps que les autres patients* [14]. Cette prise en charge implique une modification et une adaptation du comportement des médecins. Aucun médecin de l'entretien dans notre étude ne parlait de cette situation. Malgré la diversité des

critères du guide d'entretien. Pourtant, dans certaine région, des personnes âgées handicapées de 65 ans constituent les 40 % des patientelles, selon l'INSEE [9].

2 suppositions :

- soit, les médecins n'en ont pas parmi leurs patients.

-soit, ce n'est pas un obstacle " majeur" pour le maintien à domicile.

On oublie souvent ces patients dont l'handicap s'est souvent déclaré bien avant l'âge de 65 ans.

La famille les soutient et les prend en charge depuis de longues années, et il existe une organisation rendant le travail du médecin traitant plus facile

1-3-3-La poly pathologie des personnes âgées augmente le temps de visite à domicile.

Le médecin n° 4 confirme : " oui la visite à domicile d'une personne âgée nécessite beaucoup de disponibilité du médecin, *compte tenu de leur poly pathologie...* une visite à domicile dure *au moins 45 minutes*".

Le nombre moyen de maladie augmente avec l'âge. Le nombre moyen de maladies prévalentes par personne est de 5,7chez les personnes âgées de plus de 70 ans. La fréquence des maladies traitées est également élevée, 86 % ont au moins 2 maladies traitées (Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux). Par ordre décroissante, les maladies des personnes âgées sont : les pathologies cardio-vasculaires (27%), les maladies ostéo-articulaires (13%), les maladies endocriniennes et métaboliques (10%), les maladies de l'appareil digestif (9%)..... Le médecin n ° 13 : " La visite chez les personnes âgées, c'est long. *Car qui dit personnes âgées, dit poly pathologie*".

La DRESS en 2006, avançait le chiffre suivant : un recours chez les personnes âgées est en moyenne 22 minutes, passe de 24 minutes pour celles de 80 ans ou plus, et 34 minutes si le pronostic vital est engagé [9]. Le médecin n ° 8 dans notre étude, dépasse 2 à 3 fois le temps moyen de cette littérature et déplore le temps de visite : " je fais très peu de visite car ils nous disent de ne plus en faire. Sauf que les visites qui me restent *durent entre 1 heure-1 heure et*

demie et parfois jusqu'à 2 heures... J'ai une dame qui est âgée, avec une cardiopathie, une insuffisance rénale, une néphropathie, et un diabète insulino-dépendant. La visite peut durer 3 heures quand le diabète est déséquilibré".

La décompensation aiguë des maladies chroniques compromet ainsi le maintien à domicile.

On peut en conclure que : plus l'âge avance, plus les maladies traitées sont nombreuses, et le temps de visite à domicile sera long.

Tous les médecins dans notre étude s'accordent à dire que le temps de visite chez les sujets âgés est plus important que la visite à domicile chez des sujets plus jeunes. Compte tenu du temps de déplacement, la poly pathologie, la complication aiguë des maladies chroniques. Mais le manque de données de la littérature ne nous a pas permis de comparer nos critères d'étude par rapport à l'âge des médecins, leur sexes et leur ancienneté d'installation, ni sur leur type d'exercice, ni sur d'autre spécialité éventuelle des médecins interrogés.

1-4-La famille et le maintien à domicile des sujets âgés.

La famille est l'allier principal du médecin dans le maintien à domicile. En 1985 déjà, Colvez disait : " les familles avaient un rôle essentiel dans la plupart des situations d'aide à domicile lourdes"[7]. La famille fait le lien entre le médecin et les autres intervenants. Elle fait "faisant fonction" du personnel paramédical. C'est une garantie de présence et d'assurance pour le patient. Le médecin n° 6, de confirmer : "*Il faut qu'il y ait un tuteur...S'il n'y a pas de famille proche autour, on ne pourra pas. Donc s'il y a une famille qui arrive à coordonner, à appuyer tout, ça marche. Il faut qu'on s'appuie sur quelqu'un de proche*". Médecin n° 12 renforce la présence indispensable de la famille : "*Ah oui ! Je dirais même qu'on ne peut pas s'en passer. La famille nous aide vachement*".

L'aidant principal peut être l'enfant, est souvent la fille, belle fille ou fils. 10 ans plus tard, cette tendance est toujours d'actualité d'après la réponse à la question posée dans une étude du CREDOC, en 1995, "A votre avis, qui doit s'occuper principalement des parents âgés dans le

besoin ?". 73 à 75 % répondaient que ce doit être les enfants" [24]. La présence de l'enfant est rassurante au plan psychologique et combien utile. Le déplacement, en si besoin, est moins difficile. En cas d'urgence, il peut agir rapidement au niveau organisation. Le Médecin n° 8 dit : "Egalement l'éloignement par rapport aux enfants ou absence d'enfant actif..." voulant expliquer que les enfants jouent un rôle primordial dans le maintien à domicile de leurs parents.

L'aidant référent peut être le conjoint et surtout la femme. La DRESS en 2007, donnait un chiffre. "75 % des bénéficiaires de l'APA restent à domicile, aidés par leurs proches... Cette aide repose très fréquemment sur un aidant unique (71%), le plus souvent le conjoint et surtout les femmes (pour 6 bénéficiaires sur 10) [37]. En l'absence d'enfant ou en cas d'indisponibilité des enfants, le conjoint et en majorité des cas c'est la femme qui assure le rôle d'aidant principal. Trois fois sur quatre, c'est une "aidante" : épouse, fille, belle fille qui est concernée [18]. Cette importance du conjoint est reportée par les médecins interrogés dans notre étude. Médecin n° 7 : "Il est totalement grabataire, communication impossible, rétraction multiple, escarres, vraiment dans un état pitoyable, mais il est toujours là, *qui veut rester avec sa femme*". Avec un autre exemple parmi ses patients, le même médecin rajoute : "c'est sûr que sans son mari, *qui est le pilier, le maintien à domicile n'est plus possible*".

Avec la présence familiale, le sujet âgé se sent moins seul, moins isolé. Dans son ouvrage, en 2009, le Pr. Belmin l'affirme : "*Une autre limite des soins à domicile est l'isolement de la personne âgée ou l'absence d'entourage quotidien... Bien entendu, l'entourage familial occupe une place importante dans ce dispositif*". [4]. Cet obstacle "isolement" est cité par les médecins de notre étude. Médecin n° 3 : "C'est l'entourage, ça dépend beaucoup de l'entourage, *entourage dépendant*".

Certains médecins vont plus loin et rajoutent que l'isolement peut être aussi social et géographique. Médecin n° 4 : "*Oui,Et l'isolement social*". Médecin n° 8 : "*L'isolement : le fait qu'on est dans une petite commune ici, il n'y a pas du tout de commerces. Le maintien à*

domicile c'est aussi de pouvoir subvenir à leur besoin. L'éloignement : car on est en semi ruralité ou même en ruralité". Dans la littérature, cet isolement social et éloignement géographique n'ont pas pu être explorés.

On peut en conclure que : le rôle des familles est primordial. La famille est le premier soutien naturel des personnes âgées dépendantes, bien qu'on observe une diminution de la proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants. La famille est le support affectif naturel et la présence permanente auprès des sujets âgés. Malheureusement cette présence n'est pas toujours possible avec l'éloignement géographique, ce qui entraîne un isolement du patient. Ce constat est surtout le fait des médecins pratiquant en zone rurale.

1-5- Eviter l'épuisement . Aidons les aidants.

L'aidant principal joue un rôle capital de soutien psychologique et physique, mais il est nécessaire de le préserver. Il peut consacrer au patient, en moyenne 42 heures par semaine y compris le dimanche tout en effectuant ses tâches personnelles [18]. Le Dr Richard souligne : " l'épuisement des proches est le premier facteur d'hospitalisation du patient en soins palliatifs". La plupart des articles sur le maintien à domicile parlent du rôle principal de l'aidant et surtout de son épuisement potentiel .Curieusement, dans notre étude, un seul généraliste a abordé ce thème "pour éviter l'épuisement familial il faut un temps de répit". Médecin n° 6 : "*Ils ont tendance à aller au bout du bout. Et on est obligé de ramasser à la petite cuillère les compagnons, les accompagnants plus que les patients eux-mêmes*". Et pour soulager l'aidante ce même médecin explique : "*De temps en temps elle craque. On fait venir quelqu'un ou demander à la personne qui est déjà là, de rester un peu plus long temps que d'habitude. Et pendant ce temps là elle va s'aérer*".

Sur le plan médical, l'aidant est exposé au stress chronique, aux troubles cardio-vasculaires, à la dépression avec une surmortalité de 63 %, d'après Méret [32]. Dans notre étude on n'a pas de notion des pathologies de l'aidant sauf "la fatigue".

On peut en conclure que : Il est important de prendre en compte le fardeau de l'aidant et d'essayer de l'atténuer afin de prévenir le syndrome d'épuisement de l'aidant. On peut le mesurer par le questionnaire du "fardeau de Zarit".

L'optimisation des soins donnés au malade et l'obtention des prestations sociales sont une première réponse. La seconde approche consiste à proposer des prises en charge dites de répit : accueils de jour, hébergement temporaire...

Et pour l'aidant, l'information et l'éducation sur la maladie sont indispensables. Une intervention psychothérapique peut être nécessaire, de même que la fréquentation à d'associations familiales pour échanger et parler de leurs difficultés.

1-6-Le maintien à domicile repose sur le personnel paramédical : les aides soignantes, les auxiliaires de vie, les infirmières, les kinésithérapeutes... Peut-on en trouver facilement ?

Le personnel paramédical est un élément clé pour la continuité du maintien à domicile du sujet âgé. Pour les soins d'hygiène, la préparation et la prise des médicaments ,la surveillance biologique et les constantes. Pour l'alimentation, les courses, le ménage et pour l'hygiène. Pour le maintien de l'équilibre, la prévention des chutes, la marche et l'autonomie...

1-6-1- Au niveau des infirmières libérales.

Voici quelques chiffres des intervenants qui faisaient le plus défaut, dans l'ordre, donnés par l'URML d'IdF en 2004 : à 60,9% les aides soignantes ; à 58,5 % les auxiliaires de vie; à 47,5 % les infirmières [48].

Et le Pr Belmin disait, en 2009 : "les services de soins infirmiers à domicile sont très efficaces pour prendre en charge la perte d'indépendance fonctionnelle des personnes âgées. *Leurs principales limites sont liées à leur absence dans certaines communes ou zones rurales*"[4].

Un médecin n° 8, qui exerce en milieu rural, confirme le manque d'infirmière libérale : "*On n'a pas de service de soins à domicile suffisamment important pour gérer l'ensemble de nos personnes âgées. L'HAD, on n'en a qu'un ici. Il est complètement surnoyé par les demandes*".

Un autre, médecin n °14, qui travaille à Paris intra-muros se heurte à des difficultés pour en trouver en urgence : "*ce n'est pas toujours facile, surtout en urgence, elles sont un peu débordées*".

Aucun des médecins de l'étude ne fait allusion au manque d'aides soignantes ou au manque d'auxiliaire de vie.

Au contraire, ils sont assez nombreux à dire que les structures de soins sont d'accès facile.

Médecin n° 1 : "*on les appelle (les IDE) et ils viennent, ça ce n'est pas un problème*".

Médecin n° 2 : "*en général, il n'y pas de problème car il y a une bonne organisation par la mairie*".

Médecin n °3 : "*Ici non. Il y a tout ce qu'il faut. J'ai une personne en GIR 3 : on a une infirmière qui passe 2 fois par jour*".

Médecin n °5 : "*Pour les infirmières, ça va*".

On peut en conclure que : le rôle des infirmières libérales est essentiel dans le maintien à domicile et leur absence poserait des problèmes. Les réponses des médecins divergent à ce sujet, certains confirment le manque d'infirmière (2 médecins), d'autres contredisent cette affirmation (4 médecins) .Ainsi 50 % des médecins ont des difficultés à trouver des infirmières, (similaire au chiffre de la littérature : 47,5%).

1-6-2- Au niveau des kinésithérapeutes.

Le manque de kinésithérapie se fait sentir par tous les niveaux : au niveau médical, au niveau infirmier, et au sein même des kinés. Surtout pour trouver un kiné qui se déplace à domicile. Ils sont peu nombreux et sont déjà surchargés de travail dans leur cabinet. Cela inquiète le Pr. Yelnik : "*j'ai des problèmes à faire assurer le suivi rééducatif de certains de mes patients*"; Et le Dr. Servadio : "*à l'idée de ne plus parvenir à recruter des kinésithérapeutes pour les personnes âgées*".

4 médecins interrogés ont dit avoir un problème pour trouver un kiné à domicile. 2 travaillent en banlieues et 2 exercent en milieu rural.

Médecin n ° 1(banlieue) : " Alors qu'un kiné à domicile est un problème".

Médecin n ° 8(rural) : "beaucoup de kiné refuse de faire du domicile à l'heure actuelle".

Pas de réponses des médecins qui exercent à Paris intra-muros.

A l'inverse, un médecin de banlieue, n ° 3, arrive à trouver facilement des kinés : "... un kiné qui passe 3 fois par semaine...".

On peut en conclure que : 4 médecins sur 15 interviewés sont dans l'embarras pour trouver un kinésithérapeute et qui se déplacent à domicile (26 %). La moitié exerce en banlieue et l'autre moitié en rural. Les médecins parisiens intra-muros ne se prononcent pas, qui sont contradictoire, à l'inquiétude des médecins de la littérature. Un seul médecin gériatre parmi les 15 n'éprouve pas de difficulté pour le kiné à domicile.

1-6-3- Signalons au passage que les orthophonistes sont quasi absents au domicile. Pourtant ils font partie du maintien de l'autonomie. Un médecin n ° 7 de l'étude l'avait évoqué : "*L'orthophoniste, c'est devenu quasiment impossible*". On n'a pas trouvé d'article qui mentionne cela.

1-6-4-La littérature ne parle pas du manque de personnel de nuit alors que bons nombres de médecins de l'étude en parlent (7 médecins sur 15). La seule bibliographie qui s'en rapproche c'est l'étude de 2000 faite par l'URML d' IdF : "*77 % des médecins estimaient qu'il existe des freins au maintien à domicile ... la difficulté d'obtenir une assistance 24h/24*".

En voilà des exemples.

Le Médecin n° 2, femme, en banlieue, n'a qu'un seul obstacle pour le maintien à domicile : "*c'est le manque d'aide la nuit*".

Médecin n° 6, femme, en rural : " *la grosse difficulté c'est de trouver quelqu'un 24 h sur 24 auprès de la personne à domicile*".

Médecin n° 7, homme, en rural : "Le problème c'est que tous les systèmes qui sont en place s'intéressent à la journée et peu à la nuit. *Cà c'est un obstacle majeur. Pour la journée on arrive à peu près à s'organiser. Mais les gens sont très embêtés d'être seuls la nuit*".

On peut en conclure que : plus de 50 % des médecins de notre étude ont des difficultés pour trouver de l'aide la nuit. Surtout en milieu rural et en banlieue. Est-ce l'éloignement ? Est-ce le manque d'effectif ? Est-ce le coût dissuasif qui limite spontanément les recherches ?

1-7-Les ressources financières des personnes âgées.

Plus on avance dans le temps, plus l'autonomie devient difficile car la ou les maladies gagnent du terrain. Au plan financier nous connaissons la maigre retraite de nos aînés. Les revenus des personnes âgées ne peuvent suffire à assurer et financer le maintien à domicile. D'où les aides financières, notamment L'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), la prise en charge à 100% des maladies chroniques. Mais certaines dépenses sont à la charge de la famille. Pour le maintien à domicile il faut des ressources financières conséquentes pouvant, même à domicile, s'élever à 3000€ par mois à charge de la personne âgée pour peu qu'elle ait une retraite substantielle n'ouvrant pas droit à l'APA. Comme disait le médecin n° 7 : "*A un moment donné il faut que les gens mettent la main dans leur porte monnaie. Après, ça dépend du volume du porte monnaie. C'est sûr que dans un problème de dépendance, un problème financier se pose*". Ce propos rejoint celui du Dr Colvez en 2002, "*A cela s'ajoute le fardeau économique, très lourd à supporter. Beaucoup de familles ne peuvent payer les aides qui pourraient les soulager dans leur prise en charge*" [7]. Malgré tout, on sait depuis longtemps que le maintien à domicile reste économiquement préférable à l'hébergement en institution médicalisée. Et Pierre Laroque de conclure : "*le maintien à domicile des personnes âgées est, d'un point de vu économique et social, préférable aux autres solutions*".

On peut en conclure que : un minimum d'économies personnelles plus l'aide financière de la familiale est nécessaire pour le bon déroulement du maintien à domicile. Les aides de l'Etat existent mais restent insuffisantes. Et le Gouvernement réfléchit sur l'éventuelle ouverture d'une branche de la Sécurité sociale pour le problème de l'autonomie des personnes âgées. Il existe déjà symboliquement la journée de solidarité des personnes

âgées du Lundi de pentecôte. En attendant, c'est au médecin traitant de faire avec les moyens du bord, que revient la lourde tâche et de coordonner au mieux les aides obtenues.

1-8-Attention au risque de chute. Adapter les logements.

Le lieu d'habitation des sujets âgés doit être adapté pour éviter tout risque de chute, pour raviver le déplacement du patient et garder son autonomie, pour soulager l'aidant, et faciliter la visite du médecin et le passage du personnel paramédical. C'est l'une des conditions indispensables pour le maintien. Nous avons expliqué comment prévenir les chutes. Quelles sont les aides et comment les obtenir ? Le Pr. Belmin insistait "*l'aménagement du domicile doit être proposé en fonction du type de perte d'indépendance*" [4].

A l'inverse, aucun médecin interrogé n'en parle. Juste un médecin qui exerce en rural, n°8, sous entend : "*Et là, on en trouve encore. J'en connais 3 ou 4 familles qui n'ont pas d'eau chaude ni de l'électricité*".

On peut en conclure que : il existe une grande différence entre "le livre" et "la pratique sur terrain" des médecins. La littérature traite en long et en large la prévention des chutes. Les médecins traitants n'en disent mot. Est-ce un oubli ? Ou pour eux, c'est un obstacle "secondaire" pour le maintien à domicile des personnes âgées ? Il faudrait savoir que les patients ont vécu chez eux depuis des années et ils connaissent les moindres recoins de leur habitation. Ils ont eu le temps de s'y adapter. Ils savent éviter les "dangers". De mon expérience personnelle, "les personnes âgées ont construit leur maison, elles n'ont pas envie de la démolir ni de changer le décor". Ainsi, je me contente de les conseiller pour éviter les chutes, jusqu'à une certaine limite de leur autonomie.

1-9-Une formation est-elle nécessaire pour une bonne prise en charge à domicile des personnes âgées ?

Dans la littérature, on insiste sur deux points quant au manque de formation des médecins.

Premier point : le manque de formation en soins palliatifs des sujets âgés au domicile. 65 %

des médecins demandent de formation, sur une étude de Malliu en 1992. 92 %, sur une étude en 1993 faite par Guignard, dans le département de l'Indre et Loire. Et 75 % des médecins traitants soulignent ce manque de formation, sur une enquête menée par Helie-Levivier en 1995. Et le Pr. Belmin en 2009 disait : "*trop peu de professionnels intervenant à domicile sont formés aux soins palliatifs*". Dans notre étude, les médecins interrogés n'évoquent pas ce manque de formation en soins palliatifs. Peut-on supposer qu'ils n'en prennent pas en charge ? En général, le soin palliatif fonctionne avec l'HAD. Le seul entretien dans notre étude qui s'en rapproche est la réponse du médecin n° 8, exerce en rural, "*L'HAD on n'en a qu'un ici. Il est complètement sur noyé par les demandes*".

Deuxième point : le manque de formation en gériatrie. On entend souvent la difficulté d'une prise en charge des sujets âgés. Elles sont fragiles. Et elles sont poly pathologiques avec l'augmentation de nombre des patients déments. Le Dr Colvez en 2002 confirmait ce manque de formation : "*Ces renseignements sont rarement fournis par les médecins généralistes car ces derniers ne sont pas suffisamment formés à cette pathologie et à la gériatrie*" [7]. Et le Dr Amyot insistait : "*Il y a aujourd'hui un travail important à faire avec les généralistes, d'abord du point de vue strictement médical,..., il s'agit d'une formation ou au moins une bonne sensibilisation à la gériatrie*" [1]. Actuellement on peut assister à des formations continues pour améliorer et mettre à jour leurs connaissances. Il existe une capacité en gériatrie. Et les futurs internes sont préparés pour la gériatrie, avec l'effort considérable des maîtres de stage du département de médecine générale de la faculté (CHU Bichat CB).

Les médecins interrogés dans notre étude ne s'inquiètent pas autant. Ils se forment avec l'expérience, sur le terrain et en fréquentant les structures d'HAD.

Médecin n° 9, 61 ans, exerce en banlieue depuis 1976 : "*Non, je n'ai jamais eu de formation particulière, c'est sur le terrain, et puis avec les autres. Aussi bien par la famille que les autres professionnels. Ce qui n'est pas négligeable*".

Un jeune médecin, n° 4, se forme pour être gériatre, installée en banlieue, depuis 2006, "*C est vrai que la capacité en gériatrie m'a beaucoup aidée. Mais j'ai appris sur le terrain comme tout le monde aussi*".

Un gériatre installé en banlieue, depuis 1979, médecin n° 3, nous rassure : "*Moi je trouve que vous êtes mieux formés que nous l'avons été. Moi, je n'en ai jamais eu le cursus que vous avez eu. Moi je trouve que les jeunes sont mieux formés que nous*".

Médecin n °5, installé en rural, depuis 2000 : "*Ma formation j'en l'ai faite moi-même, j'ai fait des DU...*"

On peut en conclure que : il existe un contraste entre le manque de formation en soins palliatifs sur la littérature et sur la pratique quotidienne des médecins sur terrain. Même constat sur le manque de formation sur la gériatrie, en général. Dans le premier cas, je pense que les médecins interrogés n'ont pas de patients en soins palliatifs. Dans le second cas, les médecins font l'effort de se former par tous les moyens, sachant que la population vieillit et reste de plus en plus chez elle. Et une fois de plus l'ancienneté et les expériences sur terrain comptent beaucoup.

Les médecins de banlieue et en rural sont représentés ici. Ainsi que sur le sexe, l'âge, la spécialité et l'ancienneté d'installation des médecins. Pas de comparaison possible avec les médecins de Paris intra-muros.

Une formation tout au long de la carrière est indispensable, révalorisante dans le métier qui est le nôtre.

1-10-Le temps de visite et sa faible rémunération ne découragent pas les médecins.

Le temps moyen d'une visite comme nous avons pu le voir correspond à deux consultations. Dans l'étude "La visite à domicile chez les médecins franciliens" en 2005, par URLM en IdF, 60% des médecins, la visite à domicile est perçue majoritairement comme une contrainte puis comme une nécessité à 49,2 % et un devoir à 35 %.

Dans nos entretiens, certains médecins (20 %) passent plus de temps auprès des patients. C'est concevable car chaque praticien a sa façon de procéder. Le médecin n° 8, parle d'elle-même : "*Il y en a qui travaille lentement...*". Ils disent ne pas être gênés et continuent à pratiquer la visite à domicile. Médecin n° 7 : "*Oui je me déplace quand on m'appelle. C'est-à-dire que j'ai toujours été un fervent partisan des visites, dans la mesure que ça prend du temps*". Et que ça ne gênerait en rien le maintien à domicile. Mais ils se posent quand même la question au niveau de la rémunération. Médecin n° 3 : "*C'est vrai qu'à la fin de la journée, mon associée gagne 3 fois plus que moi. Mais ce n'est pas un obstacle. C'est un obstacle qui me serait propre. Je pourrais dire non (aux visites). Je ne gagne pas ma vie avec ça sinon je ne la fais plus. Ça dépend de moi ça*". Et le médecin n° 8 de confirmer : "*Mais on n'est pas du tout rémunéré comme ça devrait l'être. Enfin, on ne fait pas la médecine pour ça. Mais à un moment donné on se demande quand même*".

Dans cette même littérature, ils disent que 85,1 % des médecins estiment que la visite ne paraît pas justement rémunérée.

On peut en conclure que : la visite prend du temps, mais c'est "médecin dépendante". Qu'elle n'est pas rémunérée à sa juste valeur. C'est un acte peu rentable. Mais les médecins ne veulent pas la voir disparaître. Accepter d'accompagner un patient jusqu'au terme de sa vie, à son domicile, est un devoir du médecin. Il doit tout faire pour être compétent dans sa technicité et dans son relationnel.

2- LES BIAIS DE L'ETUDE.

- Sur le guide d'entretien :

C'est une étude qualitative qui repose sur des échantillonnages, les participants sont peu nombreux rendant l'interprétation des résultats un peu délicate.

Etant donné qu'il s'agit d'une étude à saturation d'idées, sur un échantillon de 15 médecins, il y a forcément des données qui manquent.

On a établi un questionnaire de guide d'entretien à diversité pour avoir le maximum de réponses par rapport à différents critères. Tous les critères sont remplis et représentés sauf que les lieux d'installation des médecins se trouvaient sur le même département. Les médecins de banlieues se situaient tous dans le Val de Marne ; et les praticiens ruraux dans la Seine et Marne. Ainsi les données sont rapidement saturées. Seuls les départements de médecins de Paris intra-muros sont différents, mais contigus.

- Sur les participants et le résultat :

Comme nous l'avons dit, ce sont des médecins généralistes qui s'occupent du maintien à domicile des personnes âgées. Le choix est plus facile dans les banlieues car ils sont assez disponibles. Pour les médecins qui pratiquent en lieu rural, la prise de rendez-vous est moyennement longue car ils sont peu nombreux alors que la charge de travail est importante. Le plus dur c'est d'avoir un rendez-vous avec les médecins dans Paris intra-muros car ils sont souvent sollicités par les internes ..., en plus de leur charge de travail.

Les obstacles retrouvés sont en fonction du vécu et de l'expérience de chaque praticien, ça renforce la diversité des réponses.

Le nombre d'obstacles avancés par les médecins est en fonction de "l'heure de l'entretien".

Certains préfèrent s'entretenir par téléphone et ne donnent "qu'une seule réponse rapide". Les entretiens avant la consultation est rapide et sont peu rentables, même constat pour les entretiens après les 5-6 heures de consultation.

L'idéal était d'organiser une table ronde des médecins, qui animerait les discussions, et aboutirait à de nombreux et différents obstacles. Mais c'est techniquement impossible avec les médecins pour une telle étude.

- Sur l'étude :

L'objectif de cette thèse était double. Premièrement : comparer les obstacles répertoriés dans la littérature avec les obstacles rencontrés par les praticiens dans le maintien à domicile. Deuxièmement : essayer de comparer les résultats de l'entretien par rapport aux différents

paramètres du guide. Dans le premier cas, les grandes idées sont retrouvées et, en général, comparables entre la littérature et le quotidien médical. Dans le second cas, le résultat est faussé car les obstacles retrouvés dans notre étude ne permettaient pas d'établir une comparaison entre les différents critères des médecins.

C'est une petite étude sur 15 entretiens. Il faut être prudent sur la conclusion. L'idéal serait de comparer des idées entre divers départements ou en comparant à ce qui se passerait dans d'autres régions et en provinces.

3- PROPOSITIONS DES MEDECINS TRAITANTS

5 médecins ont souhaité une revalorisation des honoraires de la visite à domicile vu le temps passé auprès des sujets âgés. Sans dramatiser non plus, car ils reconnaissent vouloir continuer à faire les visites, c'est leur choix d'accepter cette prise en charge à domicile, et surtout ce sont des patients qu'ils suivaient depuis plusieurs années au cabinet. Il faudra motiver les jeunes médecins pour le relais si on veut continuer le maintien à domicile car d'ici quelques années il y aura une pénurie de médecin surtout en milieu rural et dans les campagnes. Ils auraient aimé l'implication de tout le monde. A commencer par l'État qui incite le maintien à domicile, mais rien n'est fait pour avancer les choses. Créer des métiers pour la garde malade de nuit qui manque et difficile à trouver. Il faudra l'implication de toute la famille. Certains médecins ont proposé une création de pôle central d'équipe pluridisciplinaire opérationnelle et à large disponibilité (jour et nuit, week-end et jours fériés) sur lequel on peut compter en cas d'urgence.

PARTIE VI**CONCLUSION**

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. Nos aînés veulent rester chez eux le plus longtemps possible et pour beaucoup y finir leur vie. Mais ils n'ont pas conscience parfois des limites que leur impose leur maladie, et combien leur maintien à domicile peut poser problème. C'est le rôle du médecin traitant de respecter au mieux leur choix et de mettre en place tous les moyens pour un maintien à domicile de qualité. De même, ils doivent coordonner toutes les aides nécessaires. Mais les praticiens se heurtent à des difficultés dans cette tâche que nous avons tenté d'étudier ici :

Tous les médecins interrogés confirment avoir rencontré un ou plusieurs obstacles pour le maintien à domicile. Au premier rang de ces difficultés le temps nécessaire à consacrer au patient (temps de déplacement, examen clinique long, rédaction de l'ordonnance, organisation de la coordination avec le personnel paramédical, infirmière, laboratoire, kinésithérapeute, famille) et relationnel qui est fondamental. Tous les médecins sont conscients que cet acte long est mal rémunéré mais ils l'acceptent dans le cadre d'un contrat moral avec leur patient.

Autre obstacle souvent rencontré : manque d'infirmières libérales, de kinésithérapeute à domicile, et de personnel de garde de nuit (au coût financier important). Ce dernier point oblige à poser le problème des ressources financières de la personne âgée souvent déterminantes pour le maintien à domicile.

Les autres difficultés proviennent de la dégradation physique du patient qui devient poly pathologique. De même un des obstacles majeurs vient de la survenue d'une complication aiguë sur pathologie chronique, situation qui vient rompre un équilibre fragile et impose souvent l'hospitalisation.

Mention particulière pour la dégradation des fonctions cognitives qui impose, au-delà d'un certain seuil, d'hospitaliser la personne âgée quand arrive le syndrome d'épuisement de l'aidant.

Pour surmonter ces différents obstacles, voici quelques conseils simples : la présence d'un aidant référent est une assurance pour le patient et un relais majeur pour le médecin. L'aménagement du lieu d'habitation pour simplifier la vie au quotidien et prévenir le risque de chute. Cette notion fondamentale ne semble pas être suffisamment prise en compte par le médecin traitant. Sans travail d'équipe, pas de soins palliatifs de qualité.

Emettons le vœu en conclusion que la formation de nos jeunes médecins en gériatrie soit renforcée.

ANNEXES

ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN

Ma thèse est basée sur « les **obstacles** rencontrés par les médecins généralistes pour le maintien à domicile des personnes âgées (polypathologiques) ».

Mon travail consistera à évaluer les résultats de la bibliographie avec les entretiens sur échantillonnage de médecins (jusqu'à saturation).

Cet entretien est anonyme et toutes les réponses sont recevables.

Il peut être enregistré si vous êtes d'accord.

I- Quelques questions vous concernant :

a) Médecin N °

b) Sexe

c) Tranche d'âge : moins de 30ans
entre 31 et 40 ans
entre 41 et 50 ans
entre 51 et 60ans
plus de 61 ans

d) Lieu d'installation : Paris intramuros
Banlieue
Rural

e) Année d'installation

f) Cabinet individuel, cabinet de groupe de généralistes, ou autre

g) Avez-vous d'autre spécialité ?

h) Combien de personnes âgées prenez vous en charge à domicile ?

II- Quels sont les **obstacles** que vous rencontrez pour le maintien à domicile des personnes âgées ?

(questions ouvertes)

III- Avez-vous des propositions ou solutions pour améliorer ces situations ?
(facultatives)

Je vous suis très reconnaissant pour votre participation.

Veillez, cher(e) confrère/consœur, accepter mes remerciements les plus vifs.

G. RAJEMISA

ANNEXE 2 - EVALUATION DE L'AUTONOMIE

- 2 -

**PRECISIONS CONCERNANT
L'ETAT DE DEPENDANCE**

<p>PRECISIONS CONCERNANT L'ETAT DE DEPENDANCE</p>
--

NOUS SOUHAITERIONS AVOIR VOTRE AVIS SUR L'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT SELON LA GRILLE
A.G.G.I.R. : (A : fait seul totalement habituellement et correctement ; B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ; C : ne fait pas du tout)

1°) Appréciation sur ses capacités et sur les actes qu'il peut réaliser :	A	B	C
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée			
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle			
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage			
ALIMENTATION : manger les aliments préparés			
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale			
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone , sonnette, alarme...			
SUIVI DU TRAITEMENT :			
ACTIVITES MENAGERES : ménage, préparation des repas....			

2°) Votre avis sur l'évolution de l'état de dépendance du patient, précisez :

SIGNATURE

CACHET

DATE

ANNEXE 3 - DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- 1 -

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
à remplir par le médecin traitant désigné par la personne
mettre sous pli cacheté

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

IDENTIFICATION du DEMANDEUR

NOM : _____ SEXE Homme = 1
 Femme = 2

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE : _____

LA PERSONNE BENEFICIE -T-ELLE DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE ? |
(Oui = O , Non = N)

LA PERSONNE BENEFICIE -T-ELLE D'UNE ALLOCATION TIERCE PERSONNE ? |
(Oui = O , Non = N)

LA PERSONNE EST-ELLE SOUS TUTELLE, CURATELLE OU SAUVERGARDE DE JUSTICE ? |
(Oui = O , Non = N)

SITUATION SOCIALE et MEDICALE

CONTEXTE SOCIAL |
Totalement seule = 1 Seule mais entourée = 2 En couple = 3 Accueillie = 4
Autre = 5 précisez : _____

LA PERSONNE BENEFICIE-T-ELLE D'UN PASSAGE INFIRMIER ? |
(Oui = O , Non = N)

LEQUEL ? |_|_|_|_|
(Infirmière libérale = LI, Service de Soins Infirmiers à Domicile = SI ; Hospitalisation à domicile = HAD)

Nombre de passages quotidiens : _____

AUTRES SOINS (Paramédicaux, lesquels ?) : _____

LES PATHOLOGIES

LES PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT :

1 = s'il s'agit d'une pathologie aiguë 2 = s'il s'agit d'une pathologie chronique ou stabilisée
3 = s'il s'agit de la phase terminale d'une affection

évolutivité

- 1 |

- 2 |

- 3 |

- 4 |

- 5 |

- 6 |

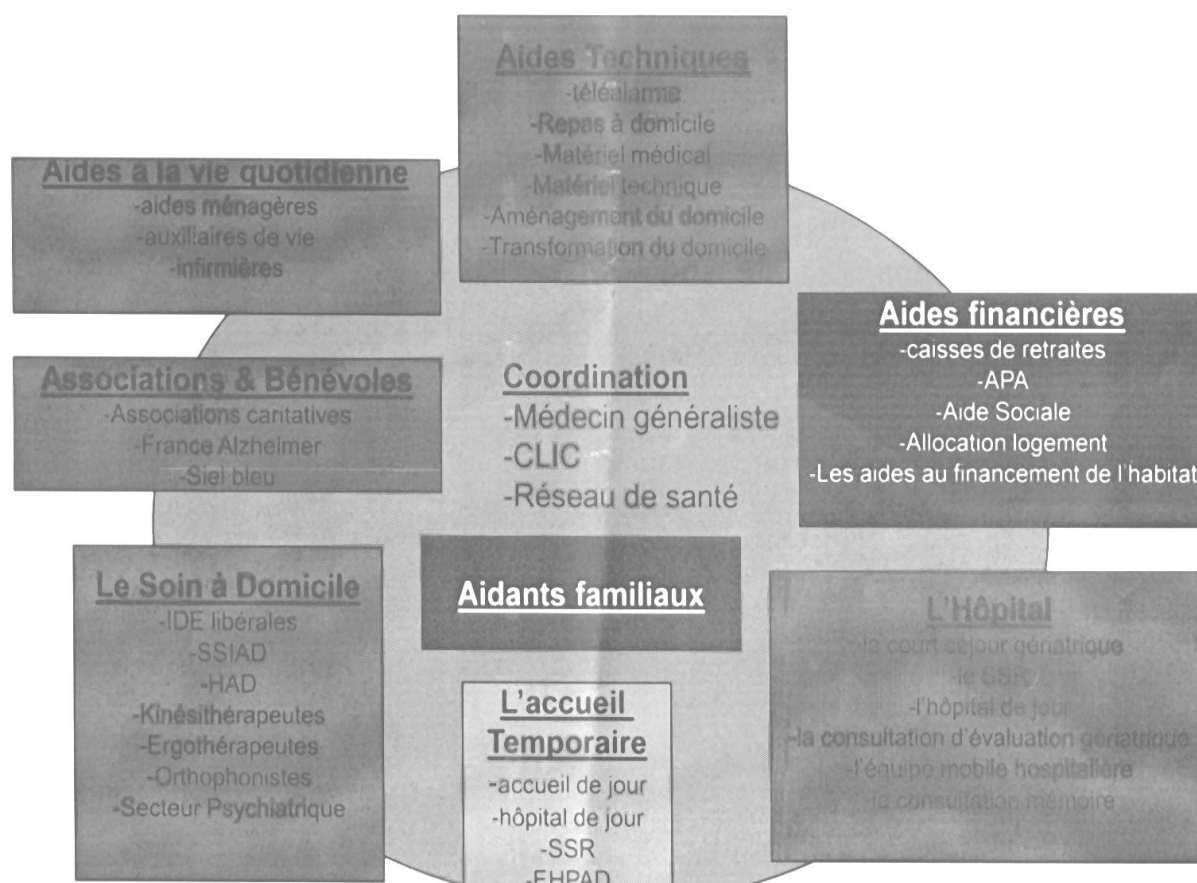
- Traitement actuel

On entend par :

Autonomie : la capacité à se gouverner soi-même. Cela suppose la capacité de jugement, de prévoir, de choisir à partir des informations dont on dispose, son mode de vie

Dépendance : l'incapacité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide des activités de la vie quotidienne (physiques, psychiques ou sociales). La dépendance est mesurée à l'aide de la grille AGGIR, utilisée comme grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie. La note obtenues classe les personnes âgées en six groupes en fonction de leur perte d'autonomie : de GIR 1 à 6. Les GIR 1 étant les plus dépendantes.

**ANNEXE 4 - RESEAU DES AIDES FINANCIERES, MATERIELLES ET HUMAINES
COORDONNE PAR LE MEDECIN GENERALISTE**



ANNEXE 5 – RECAPITULATIF DES AIDES FINANCIERES ET HUMAINES

- **ALD** : Affection de longue durée, prise en charge à 100% par la sécurité sociale (SS).

- **APL** : Aide Personnalisée au Logement.

- **APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie. Elle est destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans, qui rencontrent des difficultés pour accomplir des gestes de la vie courante, résident à domicile ou en établissement. L'APA repose sur le principe d'un barème et de tarifs nationaux. Elle est soumise à des conditions de ressources. Elle s'adresse aux personnes de GIR1 à 4. Pour en bénéficier, il faut retirer un dossier de demande auprès du conseil général, du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la mairie du domicile ou encore du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). Le dossier complet est à adresser au Président du Conseil Général. Le montant de l'aide attribuée varie en fonction du GIR et va de 482€ à 1125€ par mois en moyenne.

Pour les personnes ayant un GIR 5 ou 6, elles peuvent s'adresser à leur caisse de retraite, auprès desquelles elles peuvent éventuellement prétendre à une aide financière.

- **CCAS** : Centre Communal d'Action Social. Le service a pour mission principale d'apporter une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, en complémentarité ou non des autres services de maintien à domicile. Le CCAS coordonne un ensemble de services de maintien à domicile : Le SAD (service d'aide à domicile), Le SSIAD, Le portage de repas, La téléassistance, Le réseau de solidarité.

- **SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile. Il est organisé par le secteur associatif dans l'espace communal ou urbain. Il est pris en charge partiellement par l'assurance maladie. Le SSIAD intervient pour une durée quotidienne minimale de 30mn de soins au moins 4 jours/7.

- Auxiliaire de vie, aide-ménagère pour les tâches ménagères, courses, préparation de repas, prise de repas...

- Un Garde-malade s'occupe des personnes âgées qui ont besoin d'une présence régulière au occasionnelle à domicile ou qui ne souhaitent pas rester seuls en l'absence de leur famille. De jour et de nuit, un garde-malade ne peut en aucun cas s'occuper des soins de la personne dont il a la charge. Un garde-malade de jour assure une présence auprès du ou des malades en veillant à leur confort physique et moral. En revanche un garde-malade de nuit doit être un employé à proximité du malade car il est susceptible d'intervenir à tout moment de la nuit.

- **MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des maladies Alzheimer et ou des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. Nouveau service en expérimentation depuis 1an1/2 pour coordonner les aides et les soins, optimiser la cohérence des modes d'interventions, renforcer l'accompagnement grâce à une dynamique d'intégration et de corresponsabilisation des intervenants dans l'organisation des services.

- Aides relatives à l'aménagement de l'habitat :

- **LGI** : association pour le Logement des Grands Infirmes.

- **ANAH** : subvention de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat. Les travaux d'entretien et d'amélioration du domicile peuvent faire l'objet d'une demande auprès de l'ANAH.

- **PACT** : Protection Amélioration Conservation et Transformation de l'habitat. Elle aide à l'aménagement du domicile. Il établit des devis des travaux et aide à trouver le financement auprès des caisses de retraite.

- Fédération Nationale Habitat et Développement.

- **PAH** : Prime à l'Amélioration de l'habitat. Aide accordée aux personnes physiques qui effectuent dans leur résidence principale des travaux d'amélioration, de sécurité, de salubrité, et de confort ainsi que d'adaptation aux besoins des personnes âgées ou handicapées. Le logement doit avoir plus de vingt ans.

- **Fondations privées** : Leroy-Merlin...

Certaines améliorations de l'habitat des personnes âgées et handicapées peuvent être l'objet d'une réduction d'impôts et certaines subventions peuvent être prises en charge par les caisses de retraite.

- Personnels paramédicaux

- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État, pour les soins infirmiers, soins à domicile pour le nursing, préparation, suivi et surveillance de prise de traitement, toilette...

- **Orthophoniste** pour la rééducation de troubles phoniques, stimulations cognitives.

- **Kinésithérapeute** pour la rééducation des troubles pratiques de la marche et déficits moteurs.

- **Psychologue** pour le suivi psychologique du patient et de l'entourage (mais pas de prise en charge par la Sécurité Sociale)

- **HAD** : Hospitalisation à Domicile.

ANNEXE 6- PERFORMANCE-ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT de TINETTY

Tableau I. – « Performance-oriented mobility assesment » de Tinetti.

Évaluation de l'équilibre

Pour chacun des 13 tests, l'équilibre est noté normal (= 1), partiellement compensé (= 2), franchement anormal (= 3)

1. Équilibre assis droit sur une chaise
2. Le patient se lève (si possible sans l'aide des bras)
3. Équilibre debout, juste après s'être levé
4. Équilibre debout, les yeux ouverts, les pieds joints
5. Équilibre debout, les yeux fermés, les pieds joints
6. Le patient effectue un tour complet sur lui-même
7. Capacité à résister à trois poussées successives en arrière, les coudes joints sur le sternum
8. Équilibre après avoir tourné la tête à droite
9. Debout en équilibre sur une seule jambe pendant plus de 5 secondes
10. Équilibre en hyperextension de la tête en arrière
11. Le patient essaie d'attraper un objet qui serait au plafond
12. Le patient ramasse un objet posé à terre devant lui
13. Évaluation de l'équilibre lorsque le patient se rassied

Évaluation de la marche

Évaluation complète des différentes composantes de la marche

Pour chacun des neuf paramètres étudiés, la marche est notée normale (= 1) ou anormale (= 2)

1. Début, initiation de la marche
 2. Évaluation de la hauteur du pas (à droite et à gauche)
 3. Évaluation de la longueur du pas (à droite et à gauche)
 4. Évaluation de la symétrie du pas (à droite et à gauche)
 5. Évaluation de la régularité de la marche
 6. Capacité à marcher en ligne droite
 7. Exécution d'un virage tout en marchant
 8. Évaluation de la stabilité du tronc
 9. Évaluation de l'espacement des pieds lors de la marche
- Aucun matériel particulier n'est nécessaire pour cette épreuve

Un score inférieur à 26 indique un problème. Un score inférieur à 19 est corrélé avec une multiplication par cinq du risque de chute.

ANNEXE 7- ECHELLE DE LA VIE QUOTIDIENNE. INDICE DE KATZ

Tableau II. – Échelle des activités de la vie quotidienne, Indice de Katz.

Activités	Définition d'une activité indépendante	Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou seulement pour une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception du laçage des souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		✗

L'autonomie pour une activité de vie quotidienne est cotée 1. Un score de 6 indique une autonomie complète. Un score inférieur à 3 est témoin de dépendance.

ANNEXE 8- ECHELLES DES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE. TEST DE LAWTON

<i>Tableau III. – Échelles des activités instrumentales de la vie quotidienne. Test de Lawton.</i>			
<i>Activités</i>		<i>Homme</i>	<i>Femme</i>
<i>1. Téléphone</i>	<i>Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Compose quelques numéros connus</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Décroche mais ne compose pas seule</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>N'utilise pas le téléphone</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>2. Faire les courses</i>	<i>Achète seul la majorité des produits nécessaires</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Fait peu de courses</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Nécessite un accompagnement lors des courses</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Incapable de faire ses courses</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>3. Faire la cuisine</i>	<i>Prévoit et cuisine les repas seule</i>		<i>1</i>
	<i>Cuit les repas après préparation par une tierce personne</i>		<i>0</i>
	<i>Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés</i>		<i>0</i>
	<i>Nécessite des repas préparés et servis</i>		<i>0</i>
<i>4. Ménage</i>	<i>S'occupe du ménage de façon autonome</i>		<i>1</i>
	<i>Fait seule des tâches ménagères légères</i>		<i>1</i>
	<i>Fait les travaux légers mais de façon insuffisante</i>		<i>1</i>
	<i>Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers</i>		<i>1</i>
	<i>Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens</i>		<i>0</i>
<i>5. Linge</i>	<i>Lave tout son linge seule</i>		<i>1</i>
	<i>Lave le petit linge</i>		<i>1</i>
	<i>Tout le linge doit être lavé à l'extérieur</i>		<i>0</i>
<i>6. Transport</i>	<i>Utilise les moyens de transport de manière autonome</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Commande et utilise seule un taxi</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Utilise les transports publics avec un accompagnant</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Parcours limités en voiture, en étant accompagnée</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Ne voyage pas</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>7. Médicaments</i>	<i>Prend ses médicaments correctement et de façon responsable</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Prends correctement les médicaments préparés</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Ne peut pas prendre correctement les médicaments</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>8. Argent</i>	<i>Règle ses affaires financières de façon autonome</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les vêtements et les dépôts</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>N'est plus capable de se servir de l'argent</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Pour chaque item, la cotation ne peut être que 0 ou 1. Le score est coté de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes.

ANNEXE 9-GILLE COLVEZ

Tableau IV. – Grille Colvez.

La grille Colvez est une grille d'appréhension de la dépendance au sens du besoin d'aide qui mesure la perte de mobilité. Elle classe les personnes en quatre groupes :

Niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ;

Niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil ayant besoin d'aide pour l'habillage ;

Niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées mais n'appartenant pas aux niveaux 1 ou 2 ;

Niveau 4 : autres personnes (considérées comme non dépendantes).

Comme cette grille est limitée à la dépendance physique, un autre indicateur (EHPA) prenant en compte l'existence ou non de troubles du comportement ou de désorientation temporo-spatiale, comporte 8 groupes.

EHPA : Echelle des établissements d'hébergement des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-AMYOT, J- J., AGAESSE, M., ARGOUD, D., Pratiques professionnelles en gérontologie. Livre 1. Partie 2 : le maintien à domicile. Chap. 7 : Les services qui concourent au maintien au domicile. Edition DUNOD. 2007 .p 161-169
- 2-AQUINO, J.,P.,GUISSET,M.,J.,LEGER,J.,M., Quelles interventions pour aider les aidants? Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2003; 13 :5-9
- 3-BARRANDON, Olivier. Enquête sur les besoins d'aide du médecin traitant en vue du maintien au domicile des personnes âgées : proposition d'un guide à l'usage du médecin traitant du Loiret. Thèse d'exercice de médecine. Académie d'Orléans-Tours : Universités François Rabelais.2002.123f
- 4-BELMIN, J., BRAHAMI, J., SAINT-JEAN, O., Collection pour le praticien, gériatrie. Chap. 90 : Aide à domicile des sujets âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle. 2^e édition.2009.p 677-682
- 5-BENGHOZI, Steve. Guide du maintien à domicile des personnes âgées en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine. Paris Ile-de-France Ouest : Garches2005.181f
- 6-BREUIL-GENIER, P., Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels". Economie et statistique, 6/7, n°316-317, 1998, p24.
- 7-COLVEZ, A., GARDENT, H., Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information, validation, utilisation. Paris. Groupe de recherche sur les besoins et les indicateurs en gérontologie. CTNERHI-INSERM (PUF). 1990
- 8-DEROUESNE, C., BAUDOUIN-MADEC,V.,KERROMES,I., Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer. La revue du praticien 1998; 48 :1918-22.
- 9-Document de travail. Les urgences en médecine générale. GOUYON, M., DRESS. n° 94.Avril 2006 .
- 10- DUEE, M., REBILLARD, C., La dépendance des personnes âgée : une projection en 2040.Santé et protection sociale 2006 :613-619
- 11-Etudes et résultats. Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. N° 739 Sept 2010
- 12-FONTANIER, D., OUAGON J.G., TESSIER, J.F., et al .Aspects psychosociaux de la prise en charge du sujet âgé. Encyclopédie Médico-chirurgicale, psychiatrie, 37-540-C-30,2001.11p
- 13-GALLIOT, Sophie. Place des Centres Locaux d'Information et de Coopération (CLIC) dans le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées : évaluation à partir de deux CLIC du département de la Marne : Fismes et Ay. Université de Reims.2004.102f
- 14-GARNIER J.P., GOUREUX J.C., LUSSAULT P.Y., et al .La prise en charge en médecine de ville des patients handicapés : résultat d'une enquête auprès de médecins généralistes de la région Provence Alpes Cote d'Azur. Ors Paca Inserm Unité 379/N °6 .Mars 2005

15-GALLOU, Justine. Prise en charge des patients Alzheimer vivant au domicile par le médecin traitant. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de médecine d'Amiens : Université de Picardie Jules Verne.2009.97f

16-GARRIGUESPY, Céline. Guide pratique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, pour le médecin généraliste en Haute-Garonne .Thèse d'exercice de médecine. Université de Toulouse 3 Paul Sabotier.2004.195f

17-GENTIL, Mylvia. Etude sur le recours du médecin généraliste aux aides médico-sociales pour le maintien à domicile de la personne âgée dans le Gard. Thèse d'exercice de médecine. Université de Montpellier 1.2009.156f

18-GIRARD REYDER, Carole. Mise au point d'un guide pédagogique du maintien à domicile des personnes âgées, à l'usage des médecins généralistes et des internes en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine. Université Henri Poincaré Nancy 1.2009.247f

19-HERVY,M.-P.,NEISS,M.,RABIER,P., et al .Surveillance ambulatoire d'un patient atteint de pathologie démentielle. Traité de médecine Akos 3-1095.2006

20- HUDELSON, P., La revue médicale suisse; La recherche qualitative en médecine de premier recours. N° 503 ; 22/09/04

21-HY,F.,MEDJAHED,S.,BELMIN,J., et al. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge au long cours des patients atteints de maladie d'Alzheimer. La revue de gériatrie.2001; 4:301-7

22-KANI KONATE,M., SIDIBE,A., Extraits de guide pour la recherche qualitative. Centre d'appui à la recherche et à la formation (CAREF) Bamako, Mali

23-Kiné flash Paris. Personnes âgées et dépendance. N° 14. Février 2008.p 1-17

24-KOWALSKI, A., D., HATCHUEL, G., Les personnes âgées dépendantes, Paris, CREDOC, rapport n° 166. 2004 .p 70-71

25-KRISTIANSEN, I., S., MOONEY, G., Remuneration of GP services: time for more explicit objectives? A review of the systems in five industrialised countries. Health policy 1993; 24 : 203-212

26-LAJEUNESSE REFAYTON, Prisca. Prise en charge à domicile de la dépression de la personne âgée dépendante non démente. Thèse d'exercice de médecine. Paris Ile -de-France Ouest : université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines.2004.143f

27-LEGMANN, M., Le généraliste : Les éternels remplaçants inquiètent l'Ordre. Nov. 2010 N°2544. P14

28-MAGNIER, A.M., Maintien à domicile des personnes âgées. AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine 3-1078.2002

29-Maintien à domicile et /ou hébergement en structure de nos aînés : réunion d'information et d'échange. L'union Départementale des Associations Familiale de Seine et Marne. Jan

2009.p1-15

30-MAISONNIER, Katia .Rôle du médecin généraliste dans le maintien à domicile et difficultés rencontrées : Enquête auprès des médecins d'Eure et Loir. Thèse d'exercice en médecine. Académie d'Orléans-Tours : université François Reblais. 2004.89f.

31-MAZARS, T., Maintien à domicile et prise en charge de la perte d'autonomie de la personne âgée. Conférence Faculté de médecine Paris VII, Mars 2009

32-MERET, T., FLOCCIA, M., psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement : la personne démente à domicile. Mars 2005.Vol 3 ,14-25 Supplément, synthèse.

33- MOUSLI, M., Eléments d'une prospective de la dépendance. Lipsor (Cnam) 2008.

34-NOVELLA, J., L., MORRONE, I., JOCHUM, C., et al. Prévenir le syndrome d'épuisement de l'aidant du sujet âgé dépendant pour un meilleur maintien à domicile. La revue de gériatrie 2001; 13 :5-9

35-OKRA-PODRABINEK, N., Prise en charge d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et conseils à la famille. Encycl. Méd. Chir, Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-1130,1998.

36-ORTOLAN, B., MOURIES, R., DORE, M., La visite à domicile chez les médecins Franciliens. Enquête sur la visite à domicile. URML. 2005.

37-PANCRAZI, M.-P. La santé de l'Homme. Rubrique" éducation du patient".Comment soutenir les proches des personnes atteintes d'Alzheimer? Mai/juin 2005. Sommaire n° 377. P 4-7

38-PATTE, R., ALALOF, D., ZYLBERBERG, L., et al. Encyclopédie pratique de Médecine : médecine générale et hospitalisation à domicile.7-0965.1998

39-PAULIN, M., PASQUIER, F., Syndrome démentiel : diagnostic et prise en charge, EMC. Traité de médecine AKOS, 5-0745,2010

40-PETITE, S., WEBER, A., Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. Etudes et résultats. DREES. n° 459. Jan 2006. p1

41-PINARD, Stéphane Maintien à domicile des patients âgés dépendants en milieu rural est-il difficile à coordonner par le Médecin généraliste en 2006.Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Médecine Paris Sud : Kremlin-Bicêtre.2006.93f

42-PLA, A., BAUMEL, C., Bilan démographique 2010 INSEE N° 1332 Janvier 2011

43-ROUY, J.M., Pratique quotidienne en Gériatrie : les moyens du maintien à domicile des personnes âgées, que choisir ? Vol 17.p13-17.

44-SAOUT,C.,Déserts médicaux: l'autre voie des patients. Panorama du Médecin. N°5203.Nov 2010.p4

45- SALEMBIER, L., Projection de population dépendante à l'horizon 2020 en Ile-de-France.

- Regard sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France. INSEE Ile-de France .2009.
- 46-SIMON, M., O., FRONTEAU, A., Credoc. Département évaluation des politiques sociales. Les conditions du maintien à domicile des personnes âgées.1999.2p
- 47-TESSIER, S., LYON, G., La personne âgée, son entourage et son traitement : de l'observance à l'adhésion thérapeutique. P100-108 .Comité régionale d'éducation pour la santé d'Ile de France. 2003
- 48-TOLEDANO, Joseph- Johane. Maintien à domicile des personnes âgées et médecin traitant : mode d'emploi. Thèse d'exercice de médecine. Université Paris VI-Pierre et Marie-Curie. Saint Antoine.1999.97f
- 49-Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France. Handicap et perte d'autonomie : dépistage et prise en charge par les médecins libéraux en Ile-de-France. LYON, G., 2004
- 50-Union Régionale des Médecins Libéraux d'île-de-France. Personnes âgées et dependance.2000
- 51-VANTOMME, Christelle. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile des patients en soins palliatifs. Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. Thèse d'exercice de médecine. Université Paris Val de Marne : Faculté de Médecine de Créteil.2007.64f
- 52-WAWRZYNIAK, Marie-Françoise. Rôle du médecin généraliste dans le maintien à domicile de la personne âgée : à partir de l'étude de la pratique des médecins généralistes de l'arrondissement de Valenciennes. Thèse d'exercice de médecine. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2.2005.72f
- 53-WEBER, A., L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. DRESS, Etudes et Résultats, n° 388, 2005.

RESUME

La population française vieillit et le nombre de personnes âgées dépendantes ne cesse d'augmenter. Le souhait des patients et de la famille s'ajoute à celui des médecins généralistes pour le maintien à domicile. Mais ce maintien ne se passe pas sans difficulté. L'objectif de cette thèse a été de confronter les obstacles répertoriés dans la littérature avec le vécu quotidien des généralistes.

Pour ce faire, un guide d'entretien a été établi et proposé à un panel de médecins généralistes. Les paramètres étudiés ont été : le sexe, l'âge, le lieu d'installation, l'ancienneté d'installation, le type de cabinet, la spécialité et le nombre de patients suivi à domicile par le praticien. Les sept obstacles principaux relevés dans la littérature ont été retrouvés dans l'enquête. Quatre de ces obstacles posent effectivement problème au quotidien des médecins généralistes : l'indisponibilité des praticiens, le manque d'aidant principal et son épuisement, la pénurie du personnel paramédical, et la ressource financière insuffisante. Les trois autres obstacles restants (risque de chute et adaptation du logement, le manque de formation et insuffisance d'information) ne semblent pas inquiéter le médecin traitant et perturber son activité pour un maintien à domicile des personnes âgées.

Certes l'étude présente des limites, principalement dues au nombre et à la diversité de médecins interrogés, mais elle permet de mettre en exergue les vraies difficultés au quotidien des praticiens. Une étude sur un plus grand nombre d'échantillons permettrait de confirmer ces premiers résultats et d'approfondir les analyses multicritères.

MOTS CLES : **Maintien à domicile - Personnes âgées - Obstacles -
Médecin généraliste**