



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

**Conceptualisation du maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans :
étude du vécu des médecins généralistes de Côte d'Or en 2020.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 mai 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme Rodrigues Lacombe Emmanuelle

Née le 01/10/1990

A Dijon (21)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

**Conceptualisation du maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans :
étude du vécu des médecins généralistes de Côte d'Or en 2020.**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 mai 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme Rodrigues Lacombe Emmanuelle

Née le 01/10/1990

A Dijon (21)

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} Septembre 2020

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | Discipline |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M. | Jean-Louis | ALBERINI | Biophysiques et médecine nucléaire |
| M. | Sylvain | AUDIA | Médecine interne |
| M. | Marc | BARDOU | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | BASTIE | Hématologie – transfusion |
| M. | Emmanuel | BAULOT | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Christophe | BEDANNE | Dermato-vénérologie |
| M. | Yannick | BEJOT | Neurologie |
| Mme | Christine | BINQUET | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Philippe | BONNIAUD | Pneumologie |
| M. | Alain | BONNIN | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | BONNOTTE | Immunologie |
| M. | Olivier | BOUCHOT | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaid | BOUHEMAD | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale |
| M. | Alexis | BOZORG-GRAYELI | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | Alain | BRON | Ophtalmologie |
| M. | Laurent | BRONDEL | Physiologie |
| Mme | Mary | CALLANAN (WILSON) | Hématologie type biologique |
| M. | Patrick | CALLIER | Génétique |
| Mme | Catherine | CHAMARD-NEUWIRTH | Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | CHARLES | Réanimation |
| M. | Jean-Christophe | CHAUVET-GELINIER | Psychiatrie d'adultes, Addictologie |
| M. | Nicolas | CHEYNEL | Anatomie |
| M. | Alexandre | COCHET | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | CORMIER | Urologie |
| M. | Yves | COTTIN | Cardiologie |
| M. | Charles | COUTANT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Gilles | CREHANGE | Oncologie-radiothérapie |
| Mme | Catherine | CREUZOT-GARCHER | Ophtalmologie |
| M. | Frédéric | DALLE | Parasitologie et mycologie |
| M. | Alexis | DE ROUGEMONT | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Hervé | DEVILLIERS | Médecine interne |
| M. | Serge | DOUVIER | Gynécologie-obstétrique |
| Mme | Laurence | DUVILLARD | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Olivier | FACY | Chirurgie générale |
| Mme | Laurence | FAIVRE-OLIVIER | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | FAUQUE | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | FRANCOIS-PURSELL | Médecine légale et droit de la santé |
| Mme | Marjolaine | GEORGES | Pneumologie |
| M. | François | GHIRINGHELLI | Cancérologie |
| M. | Pierre Grégoire | GUINOT | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Frédéric | HUET | Pédiatrie |
| M. | Pierre | JOUANNY | Gériatrie |
| M. | Sylvain | LADOIRE | Histologie |
| M. | Gabriel | LAURENT | Cardiologie |

| | | | |
|-----|------------------|------------------------|--|
| M. | Côme | LEPAGE | Hépatogastroentérologie |
| M. | Romaric | LOFFROY | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | LORGIS | Cardiologie |
| M. | Jean-François | MAILLEFERT | Rhumatologie |
| M. | Cyriaque Patrick | MANCKOUNDIA | Gériatrie |
| M. | Sylvain | MANFREDI | Hépatogastroentérologie |
| M. | Laurent | MARTIN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | David | MASSON | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | MAYNADIÉ | Hématologie – transfusion |
| M. | Marco | MIDULLA | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Thibault | MOREAU | Neurologie |
| Mme | Christiane | MOUSSON | Néphrologie |
| M. | Paul | ORNETTI | Rhumatologie |
| M. | Pablo | ORTEGA-DEBALLON | Chirurgie Générale |
| M. | Pierre Benoît | PAGES | Chirurgie thoracique et vasculaire |
| M. | Jean-Michel | PETIT | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Christophe | PHILIPPE | Génétique |
| M. | Lionel | PIROTH | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | QUANTIN | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Jean-Pierre | QUENOT | Réanimation |
| M. | Patrick | RAY | Médecine d'urgence |
| M. | Patrick | RAT | Chirurgie générale |
| M. | Jean-Michel | REBIBOU | Néphrologie |
| M. | Frédéric | RICOLFI | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Paul | SAGOT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Maxime | SAMSON | Médecine interne |
| M. | Emmanuel | SAPIN | Chirurgie Infantile |
| M. | Emmanuel | SIMON | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Éric | STEINMETZ | Chirurgie vasculaire |
| Mme | Christel | THAUVIN | Génétique |
| M. | Benoît | TROJAK | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Pierre | VABRES | Dermato-vénéréologie |
| M. | Bruno | VERGÈS | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Narcisse | ZWETYENGA | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

| | | | |
|----|--------|--|--|
| M. | Alain | BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021) | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. | Pascal | CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021) | Maladies infectieuses |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

| | | | Discipline Universitaire |
|-----|----------------|-----------------------|---|
| Mme | Lucie | AMOUREUX BOYER | Bactériologie |
| Mme | Louise | BASMACIYAN | Parasitologie-mycologie |
| Mme | Shaliha | BECHOUA | Biologie et médecine du développement |
| M. | Mathieu | BLOT | Maladies infectieuses |
| M. | Benjamin | BOUILLET | Endocrinologie |
| Mme | Marie-Claude | BRINDISI | Nutrition |
| Mme | Marie-Lorraine | CHRETIEN | Hématologie |
| Mme | Vanessa | COTTET | Nutrition |
| M. | Damien | DENIMAL | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Ségolène | GAMBERT | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Françoise | GOIRAND | Pharmacologie fondamentale |
| M. | Charles | GUENANCIA | Physiologie |
| Mme | Agnès | JACQUIN | Physiologie |
| M. | Alain | LALANDE | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Louis | LEGRAND | Biostatistiques, informatique médicale |
| Mme | Stéphanie | LEMAIRE-EWING | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Pierre | MARTZ | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Alain | PUTOT | Gériatrie |
| M. | Paul-Mickaël | WALKER | Biophysique et médecine nucléaire |

PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|-----|---------------|---------------------|----------------------------|
| M. | Laurent | BEDENNE | (01/09/2017 au 31/08/2020) |
| M. | Jean-François | BESANCENOT | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Bernard | BONIN | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | François | BRUNOTTE | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Jean-Marie | CASILLAS-GIL | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Philippe | CAMUS | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Jean | CUISENIER | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Jean-Pierre | DIDIER | (01/11/2018 au 31/10/2021) |
| Mme | Monique | DUMAS | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Claude | GIRARD | (01/01/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Maurice | GIROUD | (01/09/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Patrick | HILLON | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | François | MARTIN | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Henri-Jacques | SMOLIK | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Pierre | TROUILLOUD | (01/09/2020 au 31/08/2023) |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia | MAZALOVIC | Médecine Générale |
| Mme | Claire | ZABAWA | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|----|----------|---------------|-------------------|
| M. | Didier | CANNET | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | GOUGET | Médecine Générale |
| M. | François | MORLON | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|-----------|----------------------------|-------------------|
| M. | Jérôme | BEAUGRAND | Médecine Générale |
| M. | Clément | CHARRA | Médecine Générale |
| Mme | Anne | COMBERNOUX -WALDNER | Médecine Générale |
| M. | Benoît | DAUTRICHE | Médecine Générale |
| M. | Alexandre | DELESVAUX | Médecine Générale |
| M. | Rémi | DURAND | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|-----------|----------------|---------------------|
| Mme | Lucie | BERNARD | Anglais |
| M. | Didier | CARNET | Anglais |
| Mme | Catherine | LEJEUNE | Pôle Epidémiologie |
| M. | Gaëtan | JEGO | Biologie Cellulaire |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | ZELLER | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | EVRARD | Anglais |
| Mme | Lucie | MAILLARD | Anglais |

PROFESSEURS CERTIFIES

| | | | |
|-----|----------|---------------------|---------|
| Mme | Anaïs | CARNET | Anglais |
| M. | Philippe | DE LA GRANGE | Anglais |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--|
| M. | Mathieu | BOULIN | Pharmacie clinique |
| M. | François | GIRODON | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne | KOHLI | Immunologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|----|----------|----------------|--------------------------|
| M. | Philippe | FAGNONI | Pharmacie clinique |
| M. | Marc | SAUTOUR | Botanique et cryptogamie |
| M. | Antonin | SCHMITT | Pharmacologie |



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur Pierre JOUANNY

Membres : Docteur Katia MAZALOVIC
Professeur Associé Arnaud GOUGET

Membre invité : Docteur Alexandre JOUINI

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si je manque à mes promesses, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle. »

Remerciements

Pr Jouanny, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et de m'avoir accordé la liberté et la confiance nécessaires à la réalisation de ce travail.

Pr Gouget, vous avez été à mes côtés depuis le début de mon internat malgré les hauts et les bas. Vous m'avez soutenue afin que je puisse me trouver devant vous en ce jour marquant la fin de mon internat et le début de bien plus. Merci pour tout (et surtout pour les longs appels téléphoniques !).

Dr Mazalovic, mon attirance pour la médecine générale a été confirmée en partie avec votre rencontre pendant mon externat (option médecine gé à la fac et ensuite stage d'externat). Je vous remercie pour ce que vous m'avez apporté pendant mes études.

Alexandre J., tu es le troisième « Alex » que je rencontre et qui marque un virage important dans ma vie. Merci pour tout ce que tu m'as apporté pendant le stage passé à tes côtés (dommage que l'hospitalier ne soit pas ma voie sinon je me serais jointe à votre équipe de Montbard avec plaisir). Je te remercie également de m'avoir accompagnée en acceptant la direction de cette thèse.

Aux médecins que j'ai rencontrés pendant tout mon cursus. Merci à mes MSU, pour tout ce que vous m'avez apporté pendant mon internat. J'ai rencontré des confrères devenus amis pour certains. En particulier, merci à mes MSU de niveau 1 et de SASPAS, vous m'avez confortée dans mon choix de la médecine générale. Dr Lacharme, merci de me confier votre patientèle.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude. Veuillez trouver dans l'élaboration de ce travail, mes sincères remerciements.

A mes parents, merci de m'avoir donné le caractère et la détermination qui font partie de moi. Merci d'avoir été toujours à mes côtés et d'être fiers des « premières de la famille à avoir eu le BAC ».

A ma famille française, frère et sœur, neveux et nièces, cousins et cousines, je suis heureuse de vous avoir à mes côtés à chaque instant de ma vie. A toi, Alexandra, la première « Alex » de ma vie, ma jumelle, on était, on est et on sera toujours là l'une pour l'autre ! Merci pour l'aide que tu m'as naturellement apportée pour ce travail.

À minha família portuguesa, não nos vemos muito mas estais sempre no meu coração. Minhas raízes.

A ma belle-famille, je suis heureuse de faire partie des Faivre et des Lacombe. Les repas de famille sont tellement importants pour nous, vivement la fin de cette période particulière qui nous tient à l'écart les uns des autres.

A mes amis, ceux que j'ai eu la chance de rencontrer à la fac, ceux que je connais depuis bien plus longtemps et ceux que j'ai rencontrés grâce à Alexandre, je vous remercie d'égayer ma vie et d'être toujours là. A toi, Doudoue, merci pour ma dernière nuit de « jeune fille » passée à discuter et merci pour ton investissement pour ce travail (je sais que tu y as passé du temps !). Tu es là à des moments stratégiques de ma vie... Je ne citerai pas tous vos prénoms mais je sais que mes amis sincères se reconnaîtront dans ces lignes.

A toi, Alexandre, mon mari et tellement plus qu'un simple compagnon, l'homme auprès de qui j'ai grandi, celui avec qui j'ai fait le 4L trophy en même temps que la P1 (ça nous résume bien : toujours pleins de projets en même temps). Quelle chance j'ai de t'avoir. Grâce à toi, j'ai pris les titres d' « épouse » et de « maman » : les plus beaux rôles de ma vie, ceux qui me donnent la force de tout surmonter. Je voulais aussi te remercier de m'avoir supportée pendant ces longues études, et bien évidemment, je te remercie pour tes « pâtes à la carbo » avant chaque exam.

A mes enfants, Marius et Jeanne, vous êtes les plus beaux cadeaux que la vie m'ait donnés. Je serai toujours là pour vous et veillerai sur vous tant que Dieu m'accordera cette chance.

A tous ceux qui ne sont plus là pour partager ce moment si important dans ma vie.

A André, « peut-être que c'est ça, la vraie vie... »

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des abréviations..... | 12 |
| Introduction..... | 14 |
| Méthodes | 16 |
| 1. Type d'étude..... | 16 |
| 2. Population cible | 16 |
| 3. Recueil de données | 16 |
| 4. Analyse des données..... | 17 |
| Résultats | 18 |
| 1. Echantillon..... | 18 |
| 2. Définition du maintien à domicile difficile des personnes âgées de plus de 75 ans..... | 19 |
| a. Défaut d'entourage..... | 19 |
| b. Le patient en lui-même..... | 20 |
| c. Environnement matériel inadapté..... | 22 |
| d. Manque de moyens professionnels..... | 23 |
| e. Problèmes d'organisation | 24 |
| 3. Solutions évoquées par les médecins généralistes, limites, problèmes surmontables et non surmontables..... | 28 |
| a. Anticipation, coordination, interprofessionnalité..... | 28 |
| b. Mise en place d'aides humaines | 31 |
| c. Mise en place d'aides financières, assistante sociale | 32 |
| d. Compromis et relation de confiance..... | 33 |
| e. Entourage familial ou non familial aidant, solidarité..... | 33 |
| f. Différentes structures d'appui | 34 |
| g. Séjours de « décharge »..... | 35 |
| h. Hébergements intermédiaires | 35 |
| i. Nouvelle technologie | 36 |
| j. Absence de solution pour le manque de moyens professionnels | 37 |
| Discussion..... | 38 |
| 1. Forces de l'étude..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Limites de l'étude..... | 38 |
| 3. Principaux résultats et interprétation | 39 |
| 4. Confrontation à la littérature..... | 41 |
| a. Le maintien à domicile, une volonté politique..... | 41 |
| b. Autonomie/dépendance | 43 |
| c. Soutien aux aidants..... | 45 |
| d. Soutien financier | 47 |
| e. L'organisation du système de soin..... | 50 |
| f. Le lien ville-hôpital | 53 |
| Conclusion | 55 |
| Bibliographie | 56 |
| Annexes..... | 60 |
| 1. Annexe 1 – guide d'entretien n° 4 | 60 |
| 2. Annexe 2 – caractéristiques des médecins généralistes interrogés..... | 62 |
| 3. Annexe 3 – schémas à la base de l'essai de théorisation | 63 |

Table des figures

| | |
|---|-----------|
| Figure 1 – Echantillonnage | 19 |
| Figure 2 – Le maintien à domicile difficile défini par les médecins généralistes | 20 |
| Figure 3 – Solutions évoquées par les médecins généralistes et limites | 29 |

Liste des abréviations

ADL : activités de la vie quotidienne « activities of daily living »

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

Asalée : action de santé libérale en équipe

ASI : allocation supplémentaire d'invalidité

ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées

CCAS : centre communal d'action sociale

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

DREES : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

F : féminin – M : masculin

GALI : indicateur de limitation d'activité générale « global activity limitation indicator »

GIR : groupe iso-ressources

GPS : groupement de professionnels de santé

HAD : hospitalisation à domicile

IADL : activités de la vie quotidienne instrumentales « instrumental activities of daily living »

IDE : infirmière diplômée d'Etat

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSA : mutualité sociale agricole

Mx : Médecin interrogé numéro x

SSAD : services de soins à domicile

TNC : troubles neuro-cognitifs

UE : union européenne

UMG : unité mobile de gériatrie

VAD : visite(s) à domicile

Introduction

L'allongement de la durée de vie entraîne un vieillissement de la population. A l'échelle européenne, d'après les projections de population couvrant la période 2018-2100, la population de l'UE connaîtrait un important vieillissement. La part de la population de l'UE âgée d'au moins 80 ans serait ainsi plus que doublée, atteignant 14,6 % en 2100. (1) A l'échelle nationale, le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre. Entre 2000 et 2020, la hausse était de 2,4 points pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentaient près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2020. (2) Parallèlement, la part des personnes âgées dépendantes françaises augmenterait de 40% entre 2010 et 2030 et de 100% entre 2010 et 2060 selon l'Insee. (3)

Toutes les études rapportent que la plupart des personnes âgées souhaitent continuer à vivre chez elles malgré leur âge, leur dépendance et leur perte d'autonomie. Ainsi, le maintien à domicile de la personne âgée est une problématique de qualité de vie, mais aussi d'économie de santé. (4) Pour ce faire, il semble nécessaire de prendre en charge les personnes âgées dans leur globalité.

Il y a peu d'études sur le maintien à domicile des personnes âgées, et aucune ne définit le maintien à domicile difficile des personnes âgées. Quelques thèses françaises ont analysé la gestion du maintien à domicile des personnes âgées par les médecins généralistes et les difficultés rencontrées par ces derniers, sans conceptualiser le terme de « maintien à domicile difficile des personnes âgées ». (5–8)

Dans la littérature anglophone, il n'existe pas de correspondance exacte avec le terme de « maintien à domicile difficile des personnes âgées ». « *Housebound* et *homebound elderly* » sont cependant des termes pouvant s'y rapporter, leur traduction littérale étant « personnes âgées confinées au domicile ». Par ailleurs, cette population de « *housebound* ou *homebound elderly* » a été peu étudiée dans la littérature internationale et n'a donc pas de définition précise, bien qu'elle soit la conséquence de limitations physiques, psychiques et sociales. (9) Une méta-analyse américaine de 2010 étudiait les facteurs physiques et

psychiatriques responsables du confinement au domicile de cette population négligée et mal définie par les études, ainsi que les types de soins nécessaires pour rester à domicile. (9)

Après cette recherche bibliographique, nous nous sommes donc posé la question suivante : qu'est-ce qu'un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans selon le médecin généraliste en 2020 ? L'objectif principal de notre étude était de répertorier les éléments participant à un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans en Côte d'Or afin d'en conceptualiser le terme. L'objectif secondaire était de définir les problèmes surmontables et non surmontables, en abordant les solutions trouvées par les médecins généralistes (ressources, organismes, structures, intervenants, organisation, etc.) et en comprendre les limites.

Méthodes

1. Type d'étude

Une étude qualitative avec entretiens semi-structurés individuels sur le vécu des médecins généralistes de Côte d'Or a été menée entre novembre 2020 et février 2021.

2. Population cible

L'étude a ciblé les médecins généralistes exerçant en Côte d'Or. Cette limitation géographique de la Côte d'Or s'est expliquée par le contexte d'épidémie de coronavirus qui a entraîné des restrictions de déplacement. Le seul critère d'exclusion retenu était l'absence d'exercice libéral.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale de critères pouvant influencer les réponses des médecins participants : âge, sexe, lieu et type d'exercice (seul, en groupe, temps partiel hospitalier), ancienneté d'installation, lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), éloignement par rapport à un CH et par rapport au CHU.

3. Recueil de données

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone ou par mail après recrutement aléatoire via une liste obtenue en croisant les médecins généralistes référencés (Pages jaunes) et ceux inscrits sur le site *doctolib.fr*. L'investigateur présentait de façon générale son projet et le thème qui serait abordé au cours d'un entretien anonymisé d'une quinzaine de minutes.

Les médecins ayant répondu favorablement étaient ensuite contactés par mail afin de trouver une date et le lieu de leur choix pour l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme, étaient enregistrés après accord du médecin interrogé sur deux dictaphones dont un placé vers le médecin interrogé et un vers l'investigateur qui observaient une distanciation suffisante au vu du contexte sanitaire. Ils ont été menés au rythme d'un par semaine. Ce rythme était choisi afin de pouvoir

procéder à la retranscription, au double codage et à la mise en commun des codages avant l'entretien suivant.

L'investigateur s'appuyait sur un guide d'entretien qualitatif préalablement rédigé selon une revue de littérature. Ce guide d'entretien était élaboré de manière à ne pas être trop directif. Il a évolué au cours des premiers entretiens et s'adaptait en fonction des points abordés. Il était composé de trois grandes parties : une partie de présentation générale du participant, une partie pour répondre à l'objectif principal et une partie pour répondre à l'objectif secondaire.

Le nombre d'entretiens a été défini a posteriori jusqu'à saturation des données.

4. Analyse des données

Une analyse des données selon la méthode de théorisation ancrée paraissait la plus adaptée dans notre cas. (10) (11)

Cette analyse a respecté au maximum les étapes décrites par P. Paillé (12) :

- Une transcription des entretiens ad integrum a été réalisée sur Word. Chaque idée du verbatim a été reprise sous forme de code. Un double codage en aveugle a été réalisé par l'investigateur, médecin et une personne non-médecin, à chaque nouvel entretien et avant l'entretien suivant pour respecter au mieux la méthode d'analyse choisie. Les codages ont été comparés et discutés jusqu'à l'obtention d'un consensus qui a ensuite été transféré sur un logiciel de codage : QDA Miner Lite® version v.2.0.8.
- Après plusieurs entretiens, une élaboration de catégories a pu être débutée.
- Une mise en relation des catégories les unes aux autres afin de définir les liens entre elles a été menée. Une comparaison constante entre les données théoriques et empiriques permettait l'essai d'une théorisation visant à fournir une réponse à la question de recherche.

Résultats

1. Echantillon

Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour vérifier la saturation des données théoriques. Les trois premiers entretiens étaient des entretiens individuels exploratoires, les neuf autres étaient des entretiens individuels semi-dirigés. La grille finale d'entretien figure en annexe (Annexe 1 – guide d'entretien n° 4).

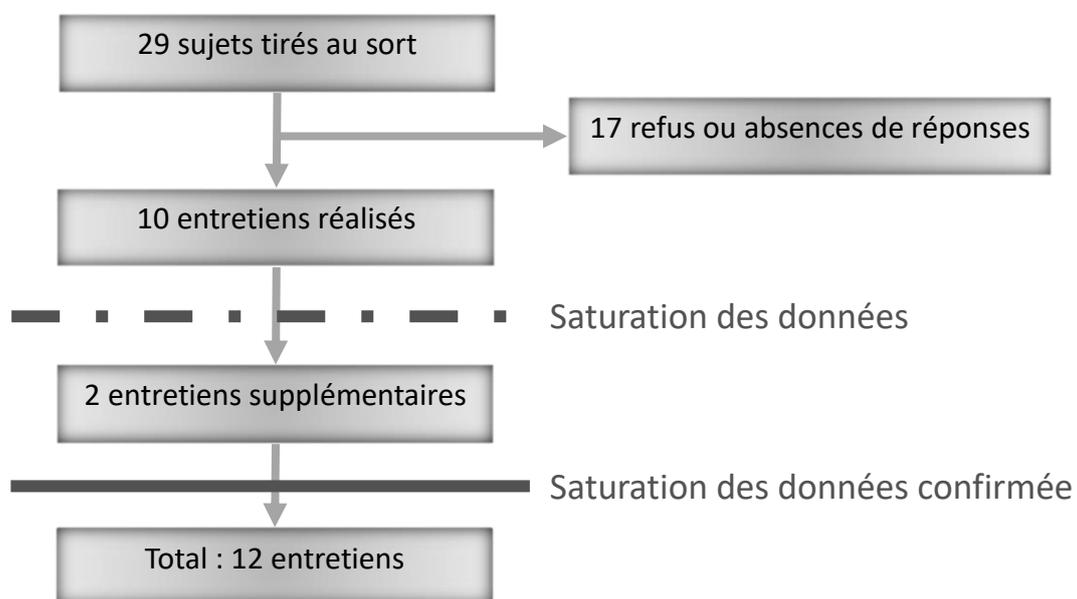


Figure 1 – Echantillonnage

La présentation des caractéristiques de chaque médecin interviewé se trouve en annexe (Annexe 2 – caractéristiques des médecins généralistes interrogés).

Les entretiens ont duré entre 8 minutes 20 secondes et 30 minutes.

Les résultats sont présentés en deux parties, correspondant aux objectifs principal et secondaire de l'étude. Toutes les figures présentées ont été élaborées par le chercheur, à partir de l'analyse du discours des médecins généralistes. Les extraits d'entretiens sont transcrits *en italique et en gris*.

2. Définition du maintien à domicile difficile des personnes âgées de plus de 75 ans

L'analyse des entretiens des médecins généralistes interrogés a permis de faire ressortir cinq grands groupes d'éléments entraînant un maintien à domicile difficile.

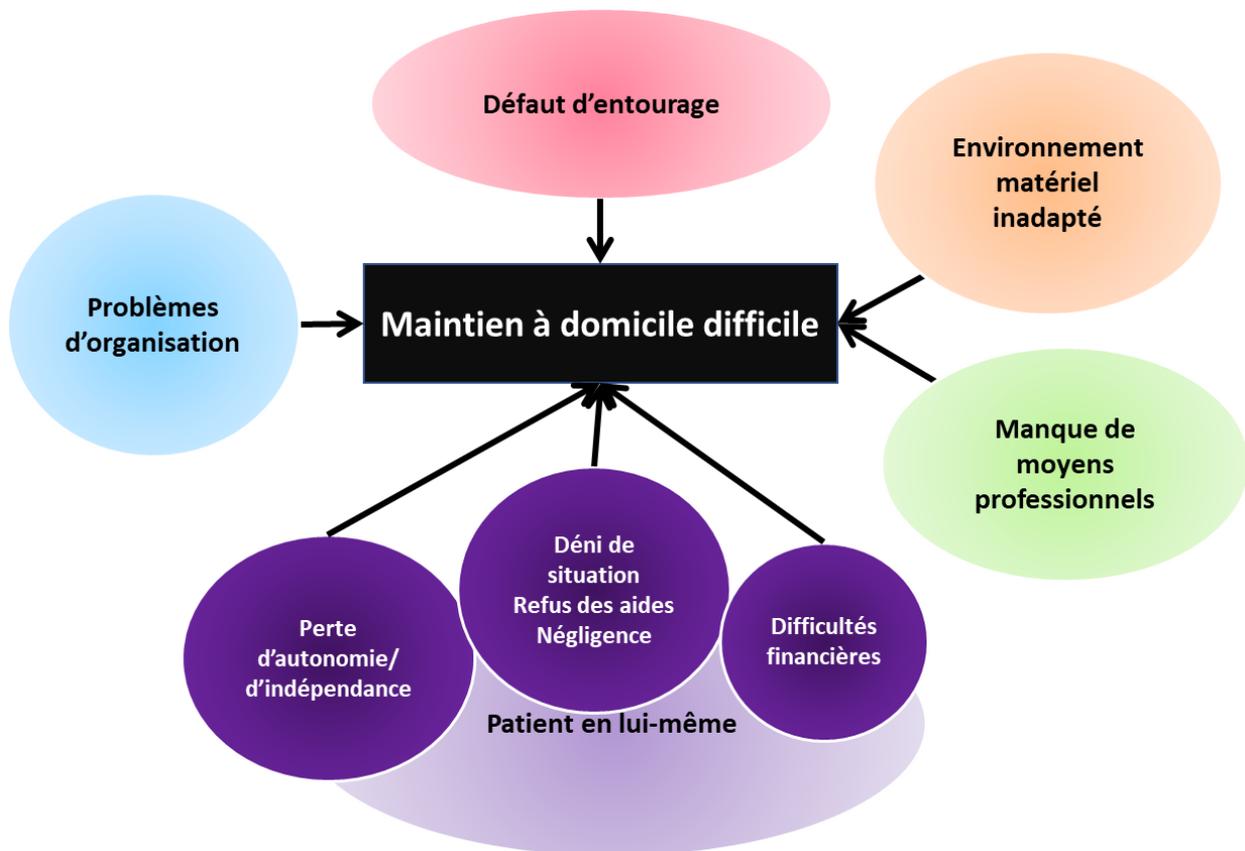


Figure 2 – Le maintien à domicile difficile défini par les médecins généralistes

a. Défaut d'entourage

Le défaut d'entourage semblait être l'élément majeur dans le maintien à domicile difficile. En effet, la majorité des médecins le plaçait comme élément décisif avec plusieurs facettes. Il s'agissait d'un isolement familial et/ou social important, d'une non-solidité de l'aidant, de son désinvestissement, de son épuisement voire de son absence. Un conflit entre les aidants ou aidants-patient pouvait également faire partie de ce défaut d'entourage.

M6 « mais c'est surtout l'isolement : pas de famille pas de... pas de ... d'ami solide sur qui le patient peut... peut s'appuyer. »

M10 « je vais être un peu méchante mais euh pfff le manque de... les aidants manquent de bon sens parfois et euh... je trouve que ça... ça, ça limite aussi un peu. »

M8 « [...] c'est presque plus la famille qui s'essouffle que le patient quoi... finalement. »

M11 « Je cr... je... la première difficulté, c'est l'entourage... si, si la famille n'est pas présente, c'est impossible. »

M7 « Tout, tous les conflits en général sont la première cause du fait que les gens ne peuvent plus rester à domicile. Le conflit principal c'est le désaccord entre les... le... le patient et les aidants. Et le désaccord sur le fait que il faut qu'ils aillent en institution essentiellement mais ça peut être des désaccords financiers, ça peut être des désaccords euh autres et ils s'engueulent tout le temps quoi, des désaccords quotidiens sur... sur le quotidien... sur la gestion du quotidien. »

b. Le patient en lui-même

La perte d'autonomie/d'indépendance

Certaines pathologies étaient citées par les médecins généralistes interrogés comme provoquant une perte d'autonomie fragilisant le maintien à domicile. D'une part, leur évolution entraînait de manière certaine un maintien à domicile difficile et d'autre part, un risque d'hospitalisation récurrent déséquilibrait le maintien à domicile. Il s'agissait notamment des troubles neurocognitifs (TNC) et des troubles psychiatriques. D'ailleurs, l'anosognosie du patient avec TNC était abordée par certains médecins qui la différenciaient du déni de situation (citée plus bas).

Par ailleurs, les chutes, l'obésité entraînaient une perte d'indépendance. La perte d'indépendance était aussi majorée avec le vieillissement normal du patient et avec l'absence de compensation par l'environnement (aidants naturels et/ou professionnels).

M3 « et puis ben c'est vrai que c'est la perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne quoi, y en a certains qui sont malades et qui arrivent quand même à assumer ces gestes alors que y en a d'autres qui euh... sont handicapés et ne peuvent plus l'assumer donc euh... et quand on est handicapé on n'est pas forcément malade donc non, voilà ce qui est de plus en plus difficile c'est effectivement se faire à manger, se faire sa toilette... »

M4 « Bon je parle... y a les troubles cognitifs aussi, ça bien sûr, ça va dans la perte d'autonomie... »

M11 « y'a vraiment que (appuyé) la pathologie psychiatrique, quand il y a des problèmes d'agitation... de déambulation... c'est vraiment le seul vrai gros souci de la part du patient. »

M5 « il y a trois phases : il y a vraiment la phase où la dépendance elle commence à s'installer mais c'est vraiment léger et il y a des aides... [...] la troisième phase qui est très compliquée où y a des troubles cognitifs, où y a une dangerosité et donc là... si c'est dangereux je... moi je ne prends pas, soit il accepte soit je ne prends pas, si c'est dangereux donc c'est-à-dire le patient qui a des troubles cognitifs sévères et qui veut rester chez lui, où vraiment parfois avec toute la bonne volonté du monde c'est hyper sale, c'est hyper crade, c'est la nuit y a des soucis... voilà donc je dis « soit vous acceptez, soit moi je passe la main, je n'accepte absolument pas de travailler, de prendre en charge un patient dans ces conditions. »

M10 « Euh... alors après tout ce qu'est : l'obésité qui fait que les gens sont pas très mobiles, fin quand je mets état de dépendance oui il y a ...il y a la mobilité. »

M1 « -... troubles cognitifs, après il y a tout ce qui est les chutes. »

M7 « Euh l'élément principal c'est la perte d'autonomie [...] ...non compensée par l'environnement. C'est-à-dire la famille, les aidants etc. [...] ça c'est l'élément principal, la plupart du temps c'est la perte d'autonomie euh... mentale... et ensuite dans un deuxième temps physique. »

M7 « c'est le vieillissement qui fait que la perte d'autonomie devient vraiment plus supportable quoi, pas forcément en rapport avec l'entourage, avec l'environnement, avec le fait que c'est plus... c'est plus possible quoi... mais ça c'est se... c'est relativement secondaire quand même ça, parce que ça on le prévoit longtemps à l'avance.

Le déni de situation, le refus des aides, la négligence

Le déni de situation, la négligence de soi-même, le refus des aides par le patient entraînaient parfois des difficultés pour le maintien à domicile, s'en suivaient une mise en danger, des visites des intervenants en urgence voire des hospitalisations non programmées et donc, selon les médecins, une mauvaise prise en soins.

M1 « Et pis ils l'entendent pas forcément. »

M4 « mais pour les gens qui n'ont pas de trouble cognitif... euh un manque de coop... fin manque de coopération... s'ils veulent rester chez eux voilà mais ça peut être... ça peut rendre les choses encore plus difficiles s'ils sont pas... s'ils sont dans un déni de difficultés, parce que du coup ils vont pas vouloir mettre des choses en place à domicile, ils vont se mettre en danger euh il va falloir faire des interventions, des visites en urgence voilà c'est une mauvaise prise en charge quoi, donc euh oui, oui l'avis du patient est... joue aussi beaucoup. »

M6 « et la marginalisation du patient, euh les patients qui sont euh... qu'ont pas eu de soins pendant longtemps euh... plus de suivis médicaux et qui d'un coup se retrouvent à devoir être pris en charge avec des refus, qui y ait trop d'intrusion chez eux etc... là ça devient vite compliqué. »

Difficultés financières

Le patient pouvait avoir des difficultés financières induites tant par un manque d'économies et une faible retraite que par une absence de demande d'aides financières alors qu'il serait éligible à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par exemple.

M8 « Sachant que c'est un coût évidemment, pour les patients. Euh... et leur famille, déjà. Et ensuite, ils nous demandent, nous, de les orienter sur des personnes qui seraient susceptibles de faire ça (les démarches de demandes d'aides financières). »

c. Environnement matériel inadapté

Un environnement matériel inadapté avec notamment un lieu de vie inapproprié participait à un maintien à domicile difficile. Cette inadaptation entraînant une inadéquation du logement avec la perte d'indépendance de la personne âgée et pouvait également consister en une insalubrité ne permettant pas des soins d'hygiène ou des soins infirmiers corrects.

Le défaut de réaménagement du domicile était dû à un manque de moyen financier, une absence de volonté du patient et/ou de sa famille ou simplement à un logement difficilement adaptable pour répondre aux besoins de la personne âgée.

M6 « Certaines situations d'insalubrité dans les logements euh... d'incurie, où c'est très compliqué pour les professionnels d'intervenir dans de bonnes... dans de bonnes conditions pour eux, pour faire les soins également. »

M9 « et... le type de logement, la qualité du logement, le... fin logement... si les chiottes sont au fond du jardin... [...] Si c'est dix-huitième étage sans ascenseur [...] Les conditions du logement... chauffage au bois [...] A quatre-vingt-dix ans c'est rigolo [...] Bien valide ça se fait mais plus valide ça se fait plus. [...] La difficulté à améliorer le domicile... sur le plan financier ou j'en sais rien, ou matériel quoi, c'est comment... comment réaménager les chiottes, comment réaménager... et pis des maisons qui sont impossibles, y a des logements qui sont impossibles à réaménager quoi. »

d. Manque de moyens professionnels

Dans cette catégorie se retrouvaient plusieurs éléments participant au maintien à domicile difficile.

Manque de quantité

D'un côté, il était rapporté un défaut numérique pour répondre à la demande. Etaient cités par certains médecins interrogés : le désert médical – sous-entendu le manque de médecins –, le manque d'assistantes sociales, le manque de paramédicaux, le manque de professionnels disponibles la nuit.

M1 « les professionnels qui entourent quoi, tu vois les lieux de déserts médicaux... »

M6 « Euh parce que pour nous c'est... on n'a pas les compétences en tant que médecin pour gérer ça, quand il faut mettre une assistante sociale dans la boucle c'est la croix et la bannière... »

M8 « y a quelques petites choses qui sont quand même plus compliquées et pis trouver du personnel aussi pour tout ce qui est ADMR, ATOME... euh, ben on a du mal à trouver du personnel dans les campagnes et du coup à pouvoir assurer un planning correct pour les... les soins, le ménage et cætera c'est peut-être un peu plus compliqué dans les campagnes. »

M8 « et notamment, ce qui manque aussi, c'est des personnes qui peuvent assurer la nuit. Souvent, des patients me demandent : Docteur, est ce que vous avez... est ce que vous

connaissez des personnes qui sont susceptibles de venir s'occuper de mon papa, de ma maman... euh... les nuits ? »

Manque de qualité

D'un autre côté, le manque de formation professionnelle, le manque de temps ou les difficultés à réaliser des visites à domicile (VAD) engendraient un manque de moyens professionnels.

M7 « c'est un truc qui est... qui est très très déroutant quand on démarre le métier hein, on n'est absolument pas préparé à ça, [...] et puis on connaît pas, y a beaucoup... beaucoup d'aides à domicile, ergonomiques et tout... voilà que c'est... qu'on apprend sur le tas quoi hein donc y a... y a... faut bien développer ça le petit... truc de préparation là pour le maintien à domicile, toutes les aides possibles, toutes les aides disponibles notamment les aides ergonomiques, les orthèses, la prescription des... de tout le matériel médical, qu'on n'apprend pas avant... »

M8 (parlant du côté social, des aides disponibles) « Et tout ça, si on leur présente pas, ils vont pas le savoir et nous, on n'a clairement pas le temps (appuyé) de faire ça, on n'a pas le temps... »

M2 « Oui, oui parce que si le médecin ne veut pas faire de visite à domicile par exemple, ça peut devenir compliqué assez rapidement. »

e. Problèmes d'organisation

Le cinquième et dernier élément engendrant un maintien à domicile difficile était transversal car il s'agissait du problème organisationnel.

Les médecins interrogés évoquaient directement ou indirectement une différence de projets entre ce que souhaitaient le patient, sa famille et les professionnels de santé. Finalement, les professionnels de santé et la famille pouvaient mettre en évidence un niveau de risque inquiétant ou en tout cas évoquer une insécurité dans le cadre du maintien à domicile alors que la personne âgée n'en était pas consciente ou que le risque encouru était accepté. Cette différence de niveau évoquée apportait un élément supplémentaire définissant un maintien à domicile difficile. Pour autant, bien que des différences de volonté émergeaient, celle du patient était le guide pour le maintien à domicile.

M6 « Hyper précaires avec un patient qu'est pas forcément dans de bonnes conditions, alors de...de ce qu'on voit en tout cas avec notre regard de soignant parce que c'est peut-être les conditions dans lesquelles il a vécu toute sa vie et qui correspondent à son système de valeurs mais euh... ben parfois ils sont à un âge où on sait plus trop si ça correspond vraiment à ça ou s'ils le subissent pas, fin c'est compliqué, en tout cas nous soignants ça nous heurte... »

M7 « Tout, tous les conflits en général sont la première cause du fait que les gens ne peuvent plus rester à domicile. Le conflit principal c'est le désaccord entre les... le... le patient et les aidants. »

M4 « quand tout le monde va pas dans le même sens, par exemple y a des familles qui veulent vite placer leurs par... leurs parents alors qu'on pourrait mettre plus de choses en place à domicile euh voilà y a... des conflits familiaux aussi, souvent dans une fratrie y a des enfants qui veulent tout faire pour que leur papa reste chez lui, et pis d'autres non, qui aimeraient bien être plus tranquilles en le sachant dans un EHPAD, voilà ouais... »

M8 « Euh... mais ceux qui n'arrivent pas à faire ce pas là, où les enfants n'ont pas aidé à anticiper les choses, ou ceux qui se disent coûte-que-coûte « je resterai chez moi » ou voire même « j'aimerais mourir chez moi » parce que c'est aussi le souhait de certains, euh... là, on se trouve dans des situations très très difficiles. »

M6 « et... et les professionnels veulent à tout prix, que voilà il y ait un minimum d'hygiène pour les médicaments et cætera sauf que le patient c'est des fois le cadet de ses soucis, dans les situations palliatives, de fin de vie chez les personnes âgées... les... entre ce que veut le patient : parfois qu'on lui foute la paix, ce que veut la famille : que son proche vive à tout... vive absolument, et ce qui est réalisable il y a des fois aussi des grosses di... différences. »

M6 « au bout du bout, c'est quand même le patient qui choisit, et parfois on a des patients qui veulent absolument rester chez eux et même si toutes ces conditions sont pas remplies et que c'est hyper anxiogène pour tous ceux qui gravitent autour de lui euh on a ... 'fin faut qu'on... faut qu'on l'accepte parce que tout... tout ce qu'on propose est mis en échec et voilà... »

M4 « faut nous aussi s'adapter et pis y a aussi la pression aussi euh familiale, c'est... c'est pas rare qu'on ait des enfants qui nous appellent « bon il vous dira pas mais il chute, il vous dira pas mais il a oublié... » voilà quoi ... alors ça peut être une aide, et puis en même temps c'est

une pression qui n'est pas neutre donc euh faut arriver à garder le cap quoi et à pas... et à rester en coopération avec le patient. »

M4 « Même les professionnels de santé, parce que ben par exemple le problème des chutes ou les problèmes alimentaires, on voit ça comme très important euh... après peut être que le patient va tomber et se débrouille avec, il veut pas le dire... euh voilà, après l'entourage s'inquiète, oui les chutes avec anticoagulants c'est vraiment un problème et le patient des fois se rend pas compte, des fois on lui explique, oui ça peut être quelque chose... et après c'est à respecter. »

Un défaut de coordination du trio patient-famille-professionnels ou intrafamilial ou interprofessionnel pouvait participer au maintien à domicile difficile.

Pour finir, un manque d'anticipation pouvait être à l'origine d'une désorganisation avec parfois des actions effectuées en urgence n'étant pas optimales. Ce manque d'anticipation associée à la différence de projet patient-famille-professionnels pouvait induire un épuisement de l'équipe de professionnels.

M4 « euh... défaut de coordination... euh que ce soit entre les acteurs ou avec l'hôpital, quand y a un mauvais retour à domicile mal préparé... oui c'est ça, le manque de communication entre acteurs, ça ça... ça met beaucoup à l'échec ... c'est ça oui, oui pis quand y a... quand tout le monde va pas dans le même sens, par exemple y a des familles qui veulent vite placer leurs par... leurs parents alors qu'on pourrait mettre plus de choses en place à domicile. »

M8 « On a du mal à anticiper en fait, et c'est souvent à l'occasion d'une chute et euh... à l'occasion d'une décompensation cardiaque où on est vraiment obligé d'hospitaliser. »

M3 « Oui, oui tout à fait, le problème c'est qu'ils ont beaucoup de mal à anticiper donc euh.. ça c'est mon rôle, donc quand on voit que la situation se dégrade et que euh... à très court terme ça va plus être possible, faut trouver les mots justement pour qu'ils puissent commencer à y réfléchir et aussi à le financer et aussi parce que ben des fois les places elles sont chères, enfin je veux dire pas chère pécuniairement, mais je veux dire elles sont rares, donc quand la situation d'urgence est là... on m'a demandé plusieurs fois de... de... d'hospitaliser le papy parce que c'était plus possible... »

M8 « Moi, j'ai le cas aussi d'un... d'une équipe soignante qui s'est épuisée et qui est devenue presque agressive envers le patient tellement ils étaient épuisés par rapport aux... demandes du patient, qui était vraiment... voilà... et il était très dépendant et en même temps, il était très demandeur et j'ai dû intervenir en disant « ben non, là, va falloir changer d'équipe, hein parce que c'est... tout le monde est épuisé et là on allait sur de la maltraitance. Véritablement... »

3. Solutions évoquées par les médecins généralistes, limites, problèmes surmontables et non surmontables

L'analyse des verbatim a permis de définir différentes solutions que les médecins pouvaient trouver pour pallier les difficultés rencontrées dans le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans.

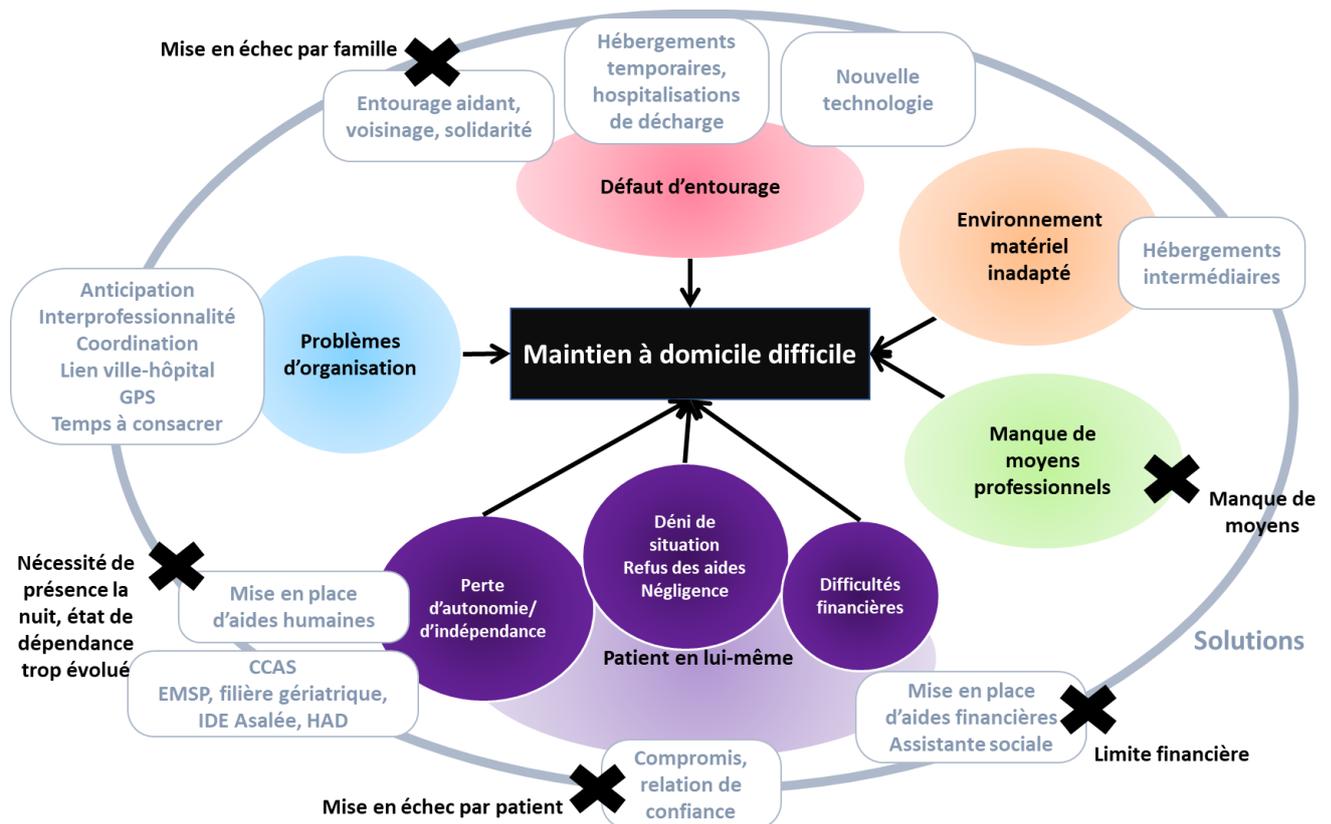


Figure 3 – Solutions évoquées par les médecins généralistes et limites

a. Anticipation, coordination, interprofessionnalité

Tout d'abord, les médecins citaient l'anticipation, la coordination et l'interprofessionnalité comme étant des clés pour surmonter les problèmes organisationnels. S'y rajoutait une nécessité de temps à consacrer afin d'utiliser ces clés. Le lien ville-hôpital était cité comme ressource par certains médecins.

M5 « Donc dans les autres cas... c'est pour cela qu'il faut s'y prendre à l'avance, il faut vraiment anticiper, il faut... je dirais comme un patient diabétique à un moment donné on lui dit « à un moment donné on aura euh besoin d'insuline et si on passe à l'insuline ce sera pas un échec, c'est l'évolution naturelle des choses » et quand la dépendance commence à

s'installer donc voilà on commence à... à parler, à dater, à préparer, à... voir un petit peu à chaque consultation « où est-ce qu'il en est, quels sont les freins, quels sont les questions qu'il se pose, est-ce qu'il a visité... », je leur demande d'aller visiter une maison de retraite voir un peu ce que c'est, de... se poser ce genre de questions, d'aller participer à une ou deux activités les après-midis,[...] »

M5 « très peu de personnes âgées acceptent euh d'aller dans une maison de retraite de gaieté de cœur, j'aime bien anticiper en gériatrie, j'aime bien... j'aime pas du tout être pris à dépourvu, ça c'est avec l'expérience on se casse les dents quand c'est fragile et s'il y a la moindre décompensation ça peut tourner au vinaigre très vite. »

M1 « Ben je pense que fin, ça c'est pour résumer mais je pense que le maintien à domicile il fonctionnera que si, tu vois si tous les professionnels se mettent en lien. »

M2 « c'est qu'il faut se donner les moyens et... accepter de faire du domicile... ce qui est pas le cas de tout le monde donc euh... (l'air déçu) »

M3 « Je me rends plutôt disponible, j'ai peu de visite à domicile mais enfin pour les patients qui m'ont fait confiance depuis X années, si euh le maintien à domicile est difficile, je vais aller plus souvent à dom... aller... les... les voir en visite quoi voilà. »

M6 « On a la chance d'être proche du CH et de se connaître donc on a aussi des contacts faciles avec... avec nos... nos confrères hospitaliers. »

Les groupements de professionnels de santé (GPS) semblaient être la solution-structure vers laquelle se tournaient la plupart des médecins interrogés. Elle fournissait une coordination, une orientation adaptée, un lien médico-social, un gain de temps pour le médecin généraliste et une interprofessionnalité rassurante pour ce dernier. Une infirmière diplômée d'Etat (IDE) coordinatrice en était l'intervenant pivot.

M1 « [parlant des GPS] Ils aident pour mettre en place les dossiers APA, parce qu'il y a des gens qui ne sont pas du tout entourés et qui ne savent pas les faire donc ça nous gagne du temps, euh... Ouais le côté et administratif et le côté aide humaine en fait. Et à partir de là ça leur... ils ont un dossier, ils ont un suivi et se dire que y a un lien avec nous aussi, donc que c'est très aidant. »

M10 « je fais aussi appel assez régulièrement à l'infirmière coordinatrice du secteur. [...] Parce que alors elle, elle voit le côté euh... ben le côté soin... le... le côté assistante sociale... fin elle gère tout quoi. »

M2 « [parlant des GPS] en plus ils voient des choses qu'on... auxquelles on n'avait pas pensé. »

M4 « on a la chance d'avoir des infirmières coordinatrices de terrain... [...] qui travaillent avec nous et qui font des visites à domicile ou des consultations pluridisciplinaires entre guillemets, et euh elles sont au carrefour du médico, du médico-social. Elles ont un œil médical, paramédical et...et justement elles peuvent coordonner tous les... tous les partenaires de toutes ces sphères, qu'elles soient psychiatriques, financières, avec l'assistante sociale... voilà et donc c'est un gain de temps et une efficacité, parce qu'en plus elles connaissent beaucoup de partenaires pour lesquels nous on n'est pas toujours au courant [...] et puis connaître les bons interlocuteurs au niveau social, voilà ça peut être... c'est un appui important l'infirmière coordinatrice. »

Les réunions de coordination via un GPS ou à l'initiative du médecin généraliste était un outil rapporté comme étant essentiel au bon fonctionnement du trio patient-famille-professionnels.

M5 « Alors ce que je fais en gériatrie, dès que c'est compliqué, je fais quelque chose qui me va très très bien [...] et donc je leur dis « je peux me libérer n'importe quel jour en début d'après-midi, trouvez le créneau qui vous convient où il y a : le patient, un ou deux membres de sa famille, l'assistante sociale, l'infirmière, l'auxiliaire de vie » et on prend une heure... voilà, et je prends un cahier je leur dis : « je veux un cahier vierge » sur ce cahier on écrit tous nos coordonnées, le numéro de téléphone, tout... et voilà on crève l'abcès : « qui fait quoi ? qui appelle qui ? » [...] c'est une décision collégiale, [...] chaque intervenant qui passe qui laisse un mot dans le cahier, qu'on peut tous consulter et on se donne rendez-vous pour évaluation trois à six mois après. »

M6 « qui va... et puis aussi le fait que les familles et les patients voient que y a une équipe soudée autour d'eux, qui va permettre, parfois, de trouver euh une solution, des fois c'est pas possible, des fois c'est tellement compliqué que... on arrive rien à mettre en place mais quand on arrive à mettre des choses en place c'est parce que y a une équipe qui gravite autour du

patient, pas que le médecin, et que ben on passe du temps à parler avec le patient, avec sa famille à expliquer, réexpliquer. »

b. Mise en place d'aides humaines

Le médecin, la famille, le patient ou le GPS mettaient des aides humaines en place. Il s'agissait d'aides au ménage, d'aides à la toilette, de temps infirmiers qui palliaient notamment la perte d'indépendance du patient.

M1 « Donc pour l'un c'est vraiment juste mettre des aides en place encore plus humaines. »

M8 « Après, il y a la gestion aussi de la thérapeutique. Euh... voilà, qu'ils accept... voilà, avec les infirmières qui passent régulièrement, on arrive quand même à contrôler ça. C'est vrai que l'aide... 'fin le fait que les infirmières souvent dans ces cas vraiment dépendants... euh... passent une à deux fois par jour pour le suivi thérapeutique, ça permet d'avoir un œil sur... euh... sur ces patients-là. »

Ces aides étaient bien acceptées par la plupart des patients mais certains étaient réticents à cette « intrusion » à domicile. Parfois, une hospitalisation déclenchait la compréhension de la réalité. Un sentiment d'insécurité à la projection du retour à domicile entraînait une acceptation d'intervention d'aides humaines à domicile.

M9 « Mais je trouve qu'y a des gens... qui euh... n'acceptent pas... d'aide et qui... parce qu'ils se sont trouvés une fois ou deux à l'hosto, dans des états lamentables qui se disent « ben tiens ça serait peut-être bien d'avoir une aide ». »

M8 « on peut pas... on peut plus les maintenir à domicile dans de bonnes conditions. Parce que voilà, il y a une limite dans ce maintien à domicile, cette limite... euh... ben, des fois, on est obligé de la dépasser à l'occasion d'un... d'une urgence. A l'occasion de quelque chose, on est obligé d'arriver jusqu'à de l'urgence pour pouvoir changer de solution. »

Un état de dépendance trop évolué associé à un isolement familial, et notamment une nécessité de présence la nuit par exemple, dans le cadre de troubles neurocognitifs, entraînaient une limite de cette solution voire un problème insurmontable dans le maintien à domicile difficile.

M10 « mais je pense laisser quelqu'un qui a de gros troubles cognitifs chez lui tout seul moi ça me paraît pas sérieux quoi. »

M1 « Et pis y a pour d'autres personnes, finalement c'est vraiment qui faut une présence sans qu'il y ait besoin de faire quoi que ce soit et là pour le coup la nuit c'est compliqué quoi... Va trouver quelqu'un qui s'occupe la nuit, financièrement parlant c'est pas possible et automatiquement ils finissent en EHPAD. Donc je dirais c'est plutôt sur la nuit où on n'a pas forcément de solution... mais je trouve qu'autrement il y a quand même pas mal de... pas mal de solutions. »

M10 « Alors après ce qui limite beaucoup c'est quand même l'état de santé réel euh...dépendance au niveau de l'hygiène [...] Une dépendance trop évoluée et oui trop importante même si c'est dû qu'à une obésité [...] »

c. Mise en place d'aides financières, assistante sociale

Des aides financières pouvaient être mises en place pour pallier, dans certains cas, des problèmes financiers. Ainsi, l'assistante sociale ou l'IDE coordinatrice du GPS étaient sollicitées pour élaborer une demande d'APA ou pour faire le point sur d'éventuelles possibilités financières pour les patients.

M5 « j'étais vraiment surpris, agréablement surpris de voir que vraiment les assistantes sociales elles sont souvent là pis elles prennent toute la partie administrative et euh... et financière, ça nous aide... moi je n'interviens... je ne m'y connais absolument pas donc... voilà... moi je n'y... je... en rôle médical... voilà. »

M8 « Alors, clairement, on a la chance d'avoir une infirmière coordinatrice... dans le cadre du groupement des professionnels de santé 8, qui euh... qui nous aide énormément... parce qu'elle va faire le point euh... elle va aider à monter les dossiers. [...] elle va demander à avoir un accès quand même aux possibilités financières et... d'orientation... un peu ce que pourrait faire une assistante sociale finalement. [...] là c'est vraiment une vision beaucoup plus globale et même sociale. C'est ça aussi le point noir, le côté social. Parce que beaucoup de familles et beaucoup de patients ne savent pas qu'ils peuvent avoir des aides, qu'ils peuvent... les APA, les choses comme ça, ils les font pas et... et ils les utilisent pas. »

Pour autant, les aides financières ne couvraient pas tous les besoins des personnes âgées ce qui en faisait un élément insurmontable dans le maintien à domicile difficile.

M3 « Euh... la limite... c'est souvent la limite financière pour euh pour certains patients, parce qu'évidemment y a des choses qui ont un coût, toute la... fin la Sécurité Sociale ne prend pas

en charge tout donc euh et là, c'est vrai que moi je ne m'immisce pas dans la bourse des... de mes patients je... donc je pense que ça pourrait être une limite. »

d. Compromis et relation de confiance

La relation de confiance qui avait pu s'établir au cours des années avec le médecin traitant et celle qui s'établissait avec les aides professionnelles mises en place permettaient de trouver un compromis, de définir un projet commun évoluant au cours du temps.

M6 « Ah ben c'est vraiment la relation qu'on a pu créer avec notre patient et avec sa famille, le temps qu'on va y passer... »

M9 « Ouais et on essaye quand même d'avoir un projet commun, fin en tout cas qui satisfera les aidants, les professionnels, le patient, surtout le patient. Le projet commun étant une négociation et des compromis de part et d'autre. [...] Un compromis qui évolue. »

La limite de cette solution était la mise en échec par le patient des propositions de soutien.

M8 « Oui, c'est toujours les limites d'acceptation du patient. »

e. Entourage familial ou non familial aidant, solidarité

Le processus de maintien à domicile s'appuyait sur l'entourage familial en priorité. Il pouvait remplacer les aides professionnelles de manière épisodique le temps de vacances par exemple. Quand celui-ci manquait soit parce qu'il n'existait pas, soit parce que l'aidant était épuisé, soit parce que les aidants étaient éloignés géographiquement, les médecins notaient une solidarité qui pouvait s'instaurer de la part du voisinage. La solidarité était également retrouvée dans l'intervention des aidants professionnels.

M1 « Après euh ben l'entourage, je veux dire on se, on se, on se, on se sert tout le temps de l'entourage, de la famille pour mettre en place les choses. »

M5 « Ouais je choisis vraiment la personne qui me semble la plus à même à le faire parfois c'est quelqu'un de la famille qui est très motivée, parfois c'est l'infirmière qui prend les choses à cœur, parfois c'est l'auxiliaire de vie, voilà tout simplement. »

M11 « Y'a un accord [parlant du projet patient-famille-professionnels] parce que... parce que dans le monde rural, tout le monde est... tout le monde est solidaire en gros quoi... Je veux

dire, le médecin se rend disponible, les infirmières se rendent disponibles, les aides-soignantes se rendent disponibles, les voisins se rendent disponibles. »

La limite de cette solution résidait en la mise en échec par la famille ou par l'aident principal.

M5 « Voilà moi je dis le... le... le danger c'est-à-dire que... j'ai eu le cas chez une patiente donc, qui commençait à avoir des troubles cognitifs euh... j'ai... fait venir un médecin expert... euh j'ai réuni tout le monde, il était question de couper le gaz, ils n'ont pas coupé le gaz euh... elle pouvait être euh... voilà le... le maintien pouvait avoir lieu mais en sécurisant et dans cette sécurisation, c'était qu'il n'y ait pas de gaz donc dans la réunion le fils il était d'accord, mais après il a jugé que c'était pas nécessaire, [...] j'ai décidé de ne plus suivre sa maman donc... puisque je considère que c'est dangereux, et que je reste son médecin traitant jusqu'à ce qu'elle trouve un autre médecin traitant comme ça je me couvre, on signe le document, pis elle a changé de médecin. Et j'ai appris qu'elle est tombée chez elle un mois ou deux mois après, pis elle est... elle est décédée chez elle. »

f. Différentes structures d'appui

Différentes structures ressources pouvaient être sollicitées pour le maintien à domicile difficile des personnes âgées. Les GPS étaient souvent cités par les médecins généralistes. D'autres structures intervenaient selon les médecins généralistes : le centre communal d'action sociale (CCAS), l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), la filière gériatrique, l'hospitalisation à domicile (HAD), l'IDE Asalée. Chacune de ces structures avait ses spécificités pour un accompagnement personnalisé selon les besoins du patient.

M3 « Euh... « CCAS »... le « Centre Communal d'Actions Sociales » je crois, c'est le... c'est en fait le... le service municipal dédié à l'action sociale quelle qu'elle soit et notamment les assistantes sociales pour les institutions... les institutionnalisations des personnes vivant seules, [...] Ils font tout [...] ...des aides ils ont... ils ont des... des... ils ont également des liens avec tout ce qui est FEDOSSAD, tout ce qui est ATOME, ADMR voilà toutes les... toutes les... les associations qui ben oui qui... qui viennent apporter de l'aide à la maison. »

M2 « Euh... écoute pour les... en plus de l'Hospitalisation A Domicile, on a l'équipe mobile de soins palliatifs qui... 'fin qui sont réactifs, ils se déplacent dans la journée. »

M6 « [parlant de la filière gériatrique] Après au domicile ça arrive, j'ai déjà fait, dans une situation vraiment complexe, une visite conjointe, c'est quand même plus rare. Mais ils peuvent nous donner des avis par contre assez facilement. [...] le GPS a, une fois par mois, une réunion conjointe avec l'HAD et l'équipe mobile de soins pal et une fois par mois une réunion conjointe avec les gériatres. »

M1 « Sur les troubles cognitifs pour le coup, on réoriente vers les spécialistes, les gériatres pour mettre en place les ateliers, les choses comme ça... »

M9 « [...] par contre y a aussi l'infirmière Asalée qui est fondamentale et qui... qui vient en... qui pallie, qui vient en soutien, [...] Mais... au prétexte de faire des MMS, de s'occuper du diabète etc... elle hésite pas à aller chez les patients et avoir un regard professionnel euh comme elle était... [...] infirmière en EHPAD avant, elle a un regard gériatrique, gérontologique [...] elle ne fait pas le côté assistante sociale, elle ne prend pas le pouvoir de... de coordonner mais elle sait appeler les aidants naturels, elle sait rappeler une infirmière, elle sait... elle sait écouter, elle sait re... reformuler auprès du médecin. »

g. Séjours de « décharge »

Pour pallier l'épuisement de l'aidant ou pour le prévenir, des médecins évoquaient le recours à des séjours dits « de décharge ». Ils orientaient leurs patients vers une hospitalisation ou vers l'hébergement temporaire.

M7 « Et du coup... euh... finalement on fait des... on essaye les hospitalisations de décharge, ici on arrive à faire quand même, notamment avec des périodes de vacances, des périodes de... où l'aidant peut ... peut se ressourcer quoi. »

M9 « Comme étape intermédiaire dans le maintien difficile c'est le centre d'hébergement temporaire 9 tu vois ? [...] Centre d'hébergement temporaire 9 qui donc accueille du 1er novembre au 1er avril par-là, chez les gens donc qui sont autonomes et donc euh... mais qui peuvent avoir quand même une infirmière tous les jours par exemple pour une l'insuline ou quelques soins et qui passent l'hiver là. »

h. Hébergements intermédiaires

Quand l'environnement matériel n'est plus adapté et/ou que les travaux ne sont pas réalisables pour une adaptation du logement, certaines personnes âgées pouvaient se loger dans des hébergements intermédiaires type résidence pour personnes âgées (Village Bleu,

Foyer Logement). Ces structures semblaient satisfaire leurs patients par un apport sécuritaire et proposaient une solution à mi-chemin entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

M1 « Après tu vois d'autres sol... 'fin d'autres solutions... je... peut-être que je m'éloigne un peu du sujet mais tu vois là à Ville 1, je sais pas si tu as entendu parler, ils ont fait une résidence. Et en fait c'est une résidence pour personne âgée et si tu veux faut que..., la condition c'est que les personnes soient un minimum autonomes donc en fait ils sont dans leur appartement par contre il y a un... il y a un système de concierge... [...] c'est encore le... comment le... la solution entre le domicile et l'EHPAD, donc après t'as la limitation des places automatiquement. »

M8 « au final un peu en urgence. Très peu de patients se disent « bon là, je ne peux pas, je ne peux plus continuer comme ça, il faut que je trouve une structure ». Certains le font, et vont dans un foyer logement. Donc ça, ils ont encore une dépendance moyenne. Et... le fait de se dire « je vais dans un foyer logement », là ça permet euh... d'avoir un chez-eux malgré tout : ils emmènent leurs meubles, euh... ils peuvent se faire à manger là où ils se trouvent. Donc ils sont dans un chez eux sans être... On reconstitue un chez eux avec quand même une présence permanente la nuit, une présence quasiment permanente la journée. Euh, ils sont beaucoup plus en sécurité, ils se sentent en sécurité. Donc ceux qui arrivent à faire cette démarche-là, avant d'être trop dépendants, voilà, ça permet de glisser plus facilement sur une prise en charge où voilà... car ils ne sont plus en danger, on peut s'en occuper beaucoup plus facilement. »

i. Nouvelle technologie

Un système par vidéosurveillance était utilisé chez certains patients des médecins interrogés. Il ne semblait pas très répandu mais pouvait être une solution envisageable dans le cadre de maintiens à domicile difficiles.

M8 « parfois, même ils ont... ils installent aussi des systèmes anti chute à domicile. Euh, des capteurs, en fait, pour voir les déplacements, des... des... donc là, c'est tout récent, toutes ces nouvelles technologies qui permettent de surveiller un peu à distance... avec des caméras. »

j. Absence de solution pour le manque de moyens professionnels

Le manque de moyens professionnels semblait être un problème non surmontable dans le maintien à domicile difficile car bien que la solidarité, le voisinage, les aidants apportaient une aide comme citée plus haut, ils ne pouvaient pas remplacer les aides-soignants ou autres professionnels médicaux, paramédicaux ou sociaux trop peu nombreux pour répondre à une demande croissante.

M7 « Les trucs pour que ça soit plus facilement euh... qui y ait moins de situations, il faudrait qu'il y ait des aidants euh aides-soignants... pas des... des aidants, des professionnels de santé aides-soignants, ça c'est vachement important, c'est ça qui nous manque premièrement... »

Discussion

1. Forces de l'étude

L'objectif de ce travail était de répertorier les éléments participant à un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans en Côte d'Or afin d'en conceptualiser le terme.

Aucune étude antérieure sur le sujet n'en proposait de définition. L'originalité est donc une des forces de notre étude, l'absence de données antérieures entraînant la légitimité de réaliser une étude qualitative.

L'échantillonnage a été élaboré en variation maximale en fonction de différentes caractéristiques de manière à tendre vers une représentativité qualitative de la population concernée. Même les plus jeunes médecins interrogés avaient au moins deux exemples de maintien à domicile difficile de patients âgés, ce qui leur permettait de posséder une expérience pratique de l'objet de recherche.

L'enquêteur a cherché à avoir l'attitude la plus objective possible afin de ne pas influencer les réponses des professionnels interviewés.

L'effectif de médecins généralistes participant à l'étude était de douze. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien et a pu être confirmée par deux entretiens supplémentaires. Cette saturation des données, leur triangulation par deux codeurs dont un non-médecin et une méthodologie rigoureuse renforcent la validité intrinsèque de l'étude.

2. Limites de l'étude

Quelques limites doivent être soulevées afin d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

La première limite de l'étude était le peu d'expérience du chercheur réalisant les entretiens et l'analyse. L'exploitation de la richesse des entretiens a pu ne pas être optimale.

Certaines limites sont liées à la méthodologie choisie. La participation des médecins généralistes des entretiens était basée sur le volontariat. Ainsi, les participants pouvaient

posséder une motivation personnelle ou professionnelle sur le sujet. Il est logique de penser que cette volonté d'investissement ait pu faire apparaître un biais de sélection. Parmi les 17 refus ou non réponses lors du recrutement, on peut imaginer qu'une bonne partie des médecins n'était pas intéressée par le sujet ou n'avait pas le temps de réaliser un entretien.

Un biais d'interprétation peut exister dans cette étude qualitative. Cependant, pour pallier celui-ci, l'analyse des données a été réalisée par deux codeurs en aveugle l'un de l'autre avec une mise en commun des résultats et discussion sur les points de divergence. Il aurait pu être intéressant d'intégrer un troisième codeur afin de limiter d'avantage ce biais.

3. Principaux résultats et interprétation

Deux schémas, à la base de la réflexion, figurent en annexe (Annexe 3 – schémas à la base de l'essai de théorisation).

Cinq groupes d'éléments participaient au maintien à domicile difficile : la perte d'autonomie, le déni de situation, le refus des aides et les difficultés financières composaient un groupe lié au patient en lui-même ; le défaut d'entourage, un environnement matériel inadapté, le manque de moyens professionnels et des problèmes organisationnels constituaient les quatre autres groupes.

Tout d'abord, la perte d'autonomie et d'indépendance entraînées par des pathologies ou par le vieillissement « normal » du patient compliquaient le maintien à domicile. Le déni de situation, la négligence de soi-même et le refus des aides par le patient entraînaient des situations difficiles à gérer à domicile et une nécessité d'hospitalisation, ce qui était interprété par les médecins généralistes comme une prise en soins non optimale. Les difficultés financières du patient pouvaient majorer le maintien à domicile difficile.

Ensuite, le défaut d'entourage comportait plusieurs facettes : l'isolement familial et/ou social, la non-solidité de l'aidant, son désinvestissement, son épuisement voire son absence.

De plus, l'environnement matériel inadapté et en particulier le lieu de vie inapproprié entraînait une inadéquation du logement avec la perte d'indépendance de la personne âgée et/ou des soins dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, le manque de moyens professionnels par défaut de quantité et/ou défaut de qualité prenait part au maintien à domicile difficile des personnes âgées.

Enfin, des problèmes d'organisation participaient, de manière transversale, au maintien à domicile difficile. La différence de projet des membres du trio patient-famille-professionnels, un niveau de risque inquiétant ressenti par la famille et/ou les professionnels gravitant autour du patient, un manque de coordination de ce trio ou intrafamilial ou interprofessionnel et un défaut d'anticipation étaient à l'origine d'une désorganisation du maintien à domicile le rendant difficile.

Un parallèle imagé a été pensé pour résumer les idées issues de notre étude : le maintien à domicile pourrait être comparé à un bateau sur lequel des masses/charges symbolisant les quatre premiers éléments cités précédemment seraient disposées. La différence de projet du trio patient-famille-professionnels, le manque de coordination et d'anticipation pourraient être symbolisés par des vagues (l'alternance de deux voire trois niveaux ne permettant pas un calme plat de l'eau). Ceux-ci entraîneraient une désorganisation des masses chargées dans le bateau.

Ainsi, le maintien à domicile difficile pourrait être défini par l'existence d'une ou plusieurs difficultés [dont les grands groupes seraient des éléments liés au patient en lui-même (perte d'autonomie, déni de situation, refus des aides et difficultés financières), un défaut d'entourage, un environnement matériel inadapté, un manque de moyens professionnels] déstabilisée(s) par une différence de projet du trio patient-famille-professionnels, un manque de coordination et un manque d'anticipation.

Des solutions évoquées par les médecins généralistes constitueraient des bouées de sauvetage essayant de pallier les problèmes cités ci-dessus : la mise en place d'aides humaines, le recours à des structures telles que l'EMSP, la filière gériatrique, l'IDE Asalée, l'HAD de secteur, la mise en place d'aides financières et le recours à l'assistante sociale de proximité, la solidarité de voisinage, les séjours de « décharge » et les nouvelles technologies.

L'anticipation et la définition d'un projet commun seraient symbolisées par un retour de la mer agitée à un calme plat.

La coordination et notamment le recours au GPS ou au CCAS de secteur et l'interprofessionnalité seraient, pour leur part, symbolisés par un moyen de maintien entre les différentes masses chargées sur le bateau telle qu'une chaîne ou un filet les empêchant de déstabiliser le bateau.

Les données émergent de notre travail rejoignent celles retrouvées dans des précédentes thèses concernant le maintien à domicile (6) (5) (8) et celles du sociologue B. Ennuyer. (13) Une thèse avait comme objectif secondaire de définir le maintien à domicile et le maintien à domicile difficile. (6) Les objectifs principaux de ces travaux étaient d'explorer les prises en charge des maintien à domicile et maintien à domicile difficile des personnes âgées (6), de rapporter les enjeux et les difficultés liés à la prise en charge à domicile de ces patients (5) et de confronter les obstacles retrouvés dans la littérature à ceux évoqués par les médecins généralistes de l'étude concernant le maintien à domicile (8). Les différents éléments définissant le maintien à domicile difficile retrouvés dans notre étude sont cités dans ces travaux.

4. Confrontation à la littérature

a. Le maintien à domicile, une volonté politique

Il est difficile, avec les données actuelles, de connaître le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans présentant un maintien à domicile difficile. En effet, si celui-ci concerne surtout les personnes âgées dépendantes et donc bénéficiant de l'APA, on noterait que 19 % des bénéficiaires de l'APA de plus de 75 ans à domicile ont une dépendance sévère (GIR 1 et 2). (14)

Au-delà de 75 ans, 9 % des personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) (3). Le passage du domicile à l'établissement dépend principalement du niveau de dépendance et d'autonomie, qui croît avec l'âge. Ainsi, en septembre 2011, 84 % des personnes percevant l'APA et évaluées en GIR 1 par le biais de la grille AGGIR résident dans un établissement, contre 21 % des personnes évaluées en GIR 4. (3)

Au cours de la période récente, la priorité du maintien à domicile a été affirmée dans tous les plans politiques successifs destinés aux personnes âgées dépendantes et concorde

avec le souhait de nos aînés. Cependant, depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la modernisation et le développement de la prise en charge des personnes âgées par un établissement collectif ont été privilégiés par l'Etat, la sécurité sociale et les collectivités territoriales. « Cette priorité donnée à l'hébergement en établissement a relativement limité l'espace dévolu aux politiques menées en faveur du maintien à domicile. » (4)

Ainsi, entre 2007 et 2011, les capacités d'accueil des établissements accueillant des personnes âgées ont augmenté de 5,3 %, soit une nette accélération par rapport à la période 2003-2007 (+ 1,4 %). En 2016, 9.1 milliards d'euros étaient consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement soit 85 % de la dépense de soins de longue durée aux personnes âgées. (15)

Par ailleurs, les services de soins à domicile (SSAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en soins alternative à l'hébergement en institution. La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en soins de la perte d'autonomie des personnes âgées a créé l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et a favorisé le développement des SSAD ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). (3) En 2016, ces soins à domicile représentent une valeur de 1,6 milliard d'euros, soit trois fois plus qu'en 1998. (15)

Ainsi, une définition plus précise de la politique de maintien à domicile des personnes âgées apparaît nécessaire. D'autant plus que la Cour des Comptes avait noté au cours de ses rapports successifs qu'il y avait une inadaptation de l'offre de services, un faible développement des métiers de l'aide à domicile, une difficulté de créer des services polyvalents de soins et d'aide à domicile. (4)

Ces aspects d'inadéquation financière avec la volonté du maintien à domicile sont retrouvés dans notre étude au sujet de différents éléments entraînant un maintien à domicile difficile : difficultés financières, manque de structures pour des « séjours de décharge », manque de moyens professionnels et notamment quand la personne âgée nécessiterait une présence la nuit.

b. Autonomie/dépendance

L'avancée en âge augmente le risque de perte d'indépendance et d'autonomie. Ce risque découle d'une dégradation de leur état de santé physique et cognitif, mais dépend également de leur environnement, comme l'aménagement du logement, ajustements pourtant nécessaires pour faire face aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité que subissent les personnes âgées.

L'autonomie se réfère au libre choix de la personne, c'est la capacité à se gouverner soi-même alors que la dépendance est définie comme « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ». (15) (16)

Dans notre étude, les médecins semblent avoir utilisé les termes de « perte d'autonomie » ou « dépendance » de manière indifférenciée. Ces notions subissent une synonymisation dans le vocabulaire courant collectif, et il en va de même pour l'interprétation de la grille AGGIR où une prudence de cotation est nécessaire. Par exemple, une action nécessitant une stimulation préalable d'un aidant, comme la toilette, ne saurait être considérée comme relevant de l'autonomie, même si la personne en a les capacités physiques. Il convient donc toujours de se poser la question suivante : « seule, la personne réalise-t-elle cette action ? », pour apprécier objectivement l'autonomie.

Une fois bien interprétée (par un médecin, IDE ou travailleur social), cette grille rendue mixte (autonomie/dépendance) permet de détacher des groupes iso-ressources (GIR), de 1 (très dépendant, sans autonomie) à 6 (indépendant, autonome), définissant les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie de plus de 60 ans et déterminant le droit à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) pour les GIR 1 à 4. Ainsi, les personnes dépendantes sont reconnues comme ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » selon la loi. (17)

Parmi l'ensemble des seniors âgés de 60 ans ou plus, 5 807 000 souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère (40 %). Les personnes âgées de 75 ans ou plus sont 62 % à déclarer au moins une limitation. Les limitations physiques sont les plus répandues, notamment chez les seniors les plus âgés. En effet, plus d'un senior sur deux âgés de 75 ans

ou plus déclare avoir des difficultés pour « marcher 500 mètres » ou pour « monter/descendre des escaliers » ou encore pour « lever le bras ». Pour les autres limitations, 19 % des seniors déclarent au moins des limitations sensorielles et 8 % déclarent au moins des limitations cognitives. Il est à noter que ces limitations sont souvent cumulées. D'autres mesures mettent en avant la perte d'autonomie des seniors, il s'agit des restrictions d'activités mesurées par trois indicateurs : les difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne (ADL), à effectuer des activités de la vie quotidienne instrumentales (IADL) et l'indicateur de limitation d'activité générale (GALI). Chez les plus âgés, les difficultés pour réaliser les activités IADL sont les plus répandues puisqu'un senior sur deux âgé de 75 ans ou plus est concerné par ces difficultés. (18)

En 2015, 21 % des seniors vivant à domicile déclarent recevoir une aide pour effectuer des actes essentiels de la vie quotidienne. Au total, 3 millions de personnes âgées sont aidées, soit quatre fois plus que le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile (748 000 fin 2015). L'aide la plus fréquente apportée aux seniors vivant à domicile concerne les actes de la vie quotidienne, mais les personnes indiquent parfois également recevoir une aide financière ou du soutien moral. Entre 60 et 74 ans, moins d'un senior sur dix déclare recevoir une aide humaine, formelle ou informelle, pour effectuer les actes de la vie quotidienne, contre plus de 40 % des seniors âgés de 75 ans ou plus. Parmi les 3 millions de seniors aidés pour les activités de la vie quotidienne, près d'un senior sur deux déclare l'être uniquement par son entourage (48 %). L'aide peut également provenir uniquement d'un ou de plusieurs professionnels (19 %) ou encore de l'entourage et des professionnels, appelée aide mixte (34 %). Plus le niveau de dépendance augmente, moins l'aide de l'entourage seule suffit face à la multiplicité des difficultés rencontrées par le senior, et une aide professionnelle devient nécessaire pour réaliser des actes de plus en plus complexes : toilette, habillage. Finalement, parmi les 3 millions de seniors aidés pour les activités de la vie quotidienne, 2,5 millions déclarent être aidés par leur entourage (en recevant par ailleurs une aide professionnelle ou non). (19)

Entre 2008 et 2015, la santé perçue des seniors résidant à domicile s'est améliorée, la part de la population déclarant un mauvais état de santé passant de 22 % à 14 % et la prévalence déclarée de restrictions d'activité sévères de 24 % à 17 %. (20)

La perte d'autonomie concerne surtout les âges élevés : ainsi, 30,2 % des individus de 75 ans ou plus sont en perte d'autonomie contre 6.6 % des individus de 60 à 74 ans. Si les tendances démographiques récentes et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France hors Mayotte compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (contre 15,3 % en 2015). Entre 2015 et 2050, la Côte d'Or serait un des départements de France métropolitaine qui présenterait une croissance des taux de prévalence de la perte d'autonomie la plus forte. (21) Il était donc intéressant de réaliser notre étude dans ce département qui sera très touché par cette croissance.

c. Soutien aux aidants

Concernant le défaut d'entourage, notre étude retrouvait l'isolement familial, la non-solidité de l'aidant ou son absence, le désinvestissement de la famille et l'épuisement de l'aidant dans tous les entretiens. Il semble nécessaire d'apporter un soutien aux aidants afin de les impliquer dans le projet de maintien à domicile mais aussi de les guider et de prévenir leur épuisement.

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) soulignait en 2014 que le maintien à domicile reposait en grande partie sur le soutien apporté par les proches aidants. (22) L'aidant principal est d'abord le conjoint puis, avec l'avancée en âge, cette aide provient des enfants. Lorsque la personne vit seule à domicile, près de 10 % des aidants peuvent également être des amis ou des voisins. Le Code Civil précise que les enfants, les gendres, les belles-filles et les époux doivent assistance à leurs parents, beaux-parents ou conjoints. (23) Pour autant, la notion d'aidant non professionnel ne se limite pas à l'état civil des proches, mais comprend également la qualité des liens. Ils peuvent donc être membre de la famille, mais également être des amis ou des voisins. Comme le rapporte une thèse en sciences économiques de 2020, les conjoints et enfants ont un rôle protecteur contre le recours à l'institution. La favorisation du domicile pour prendre en charge la perte d'autonomie couplée à l'allongement de la durée de vie semble faire émerger de nouvelles solidarités familiales. (24)

Cette notion de solidarité et d'aide construite autour de la personne âgée a été évoquée par plusieurs médecins interrogés de notre étude. *M11 « tout le monde est*

solidaire en gros quoi... Je veux dire, le médecin se rend disponible, les infirmières se rendent disponibles, les aides-soignantes se rendent disponibles, les voisins se rendent disponibles. »

La relation d'aide peut être vécue comme une « charge » par l'aidant. La « charge » revêt une dimension objective se rapportant au volume horaire de l'aide, à sa durée et à sa nature (soins d'hygiène et de confort, accompagnement à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc.). Elle renvoie également à une dimension subjective portant sur le ressenti de l'aidant (physique, psychologique, émotionnel, social et de coût financier). Cependant, l'aide peut également être vécue positivement lorsque l'aidant est en mesure de valoriser son expérience et d'en éprouver de la satisfaction (complicité entre la personne aidante et celle aidée, renforcement des compétences de l'aidant, sentiment d'être utile, etc.) (25). Afin que le sentiment de charge soit limité, il existe des dispositifs pouvant accompagner, soutenir ou proposer un répit aux aidants.

En Europe, le soutien apporté aux proches aidants par les pouvoirs publics est très variable d'un pays à l'autre. Dans les pays du Nord, les aidants naturels peuvent bénéficier de plus de ressources financières afin d'aider leurs parents âgés que dans les pays du Sud et de l'Est de l'Europe. Enfin le recours aux technologies numériques facilite dans certains pays, par exemple au Danemark et en Suède, l'intervention à distance des aidants, ainsi que leur mise en réseau. (26)

En France, les accueils temporaires sont définis dans le Code de l'action sociale et des familles comme « un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ». Il peut s'agir d'un accueil de jour, d'un accueil de nuit, d'un accueil de jour itinérant ou d'un hébergement temporaire. (27)

Les accueils temporaires ont pour mission d'organiser pour les personnes aidées « des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en soins ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ». Cette mission permet aux aidants d'être soutenus, soulagés, ou accompagnés dans

l'éducation et le soin. Cette aide doit pouvoir être programmée et renouvelée selon une fréquence adaptée, pour acquérir une pleine efficacité.

D'autre part, les plans Alzheimer de 2008-2012 puis Maladie Neuro-Dégénératives de 2014-2019 prévoyaient le déploiement national des plateformes d'accompagnement et de répit des aidants portées par des accueils de jour. (28) Ces plateformes doivent permettre le développement d'activités complémentaires et la mise en place d'un volet « aide aux aidants » prenant en compte les besoins du duo « aidant-aidé » au travers d'une palette de prestations (bistrot mémoire, groupe de parole, formation des aidants, répit à domicile, activités favorisant la poursuite de la vie sociale, etc.) » (29). Ces plateformes ont pour objectif de diversifier, combiner et favoriser l'accès des aidants à une large palette d'action de soutien et de répit. Les missions et les fonctionnements de ces dispositifs ne sont pas toujours bien connus des aidants, mais également des personnes aidées et des professionnels. Certains médecins de notre étude rapportaient la nécessité de développer et faire connaître les structures pour l'aide aux aidants mais reconnaissaient peut-être ne pas utiliser les services existants de manière optimale. *M11 « On pourrait faire quelques hébergements temporaires où on pourrait soulager un peu l'aidant, un peu les aidants, un peu mieux. »*

A l'issue d'un appel à candidatures publié à l'automne 2018, l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté (ARS) a sélectionné les onze plateformes de nouvelle génération pour l'aide aux aidants officiellement ouvertes au 1er juillet 2019, à raison d'une à deux par département. (30)

d. Soutien financier

La moitié des médecins interrogés mettaient en avant les difficultés financières du patient comme élément participant au maintien à domicile difficile.

Le système français occupe une situation intermédiaire entre les pays du Nord de l'Europe, dans lesquels les pouvoirs publics assurent une responsabilité essentielle dans le financement des soins aux personnes âgées dépendantes, et les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, où la responsabilité de la famille est considérée comme première, par tradition historique et sous l'effet d'une moins grande importance des ressources publiques. En France, la répartition de la charge est réalisée de manière relativement équilibrée entre la

famille et les pouvoirs publics. Alors que les pays nordiques font largement appel au budget des collectivités publiques, l'Allemagne, le Benelux et certains pays d'Europe centrale s'appuient davantage sur leur système de sécurité sociale. D'ailleurs, l'Allemagne a choisi de créer une assurance dépendance obligatoire. (31) La France, quant à elle, conjugue un financement par les organismes de sécurité sociale et par les collectivités locales. Une conception d'un « cinquième risque » ou cinquième branche de la sécurité sociale a été évoquée sous le gouvernement de Monsieur Nicolas Sarkozy mais avait été abandonnée faute de moyens en 2012. Cependant, la prise en soins de la dépendance ou de la perte d'autonomie a été à nouveau évoquée par Monsieur Emmanuel Macron. En effet, s'appuyant sur le vieillissement inévitable de la population et sur la crise du coronavirus, l'actuel Président a annoncé un projet de création d'une cinquième branche de la sécurité sociale sans toutefois en préciser le financement exact. Cette réforme a, pour l'instant été adoptée sous réserve par le Sénat. (32)

Différentes aides existent en France pour aider financièrement les personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile. (33)

Une personne âgée, sous conditions d'âge (plus de 60 ans) et de perte d'autonomie (GIR 1 à 4), peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aide créée dans le contexte de la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en soins de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette aide financière sert à payer (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires pour permettre un maintien à domicile (aides humaines, techniques ou ponctuelles) ou elle peut financer une partie de l'hébergement médico-social dans lequel se trouve la personne âgée. L'APA à domicile concerne 748 000 personnes, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de celle-ci. (15) Plus de la moitié des plans d'aide notifiés par la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) en 2011 dans le cadre de l'APA proposent exclusivement de l'aide humaine. Près de quatre plans notifiés sur dix incluent des aides techniques et ponctuelles. Les principales aides techniques proposées sont la téléalarme, les fournitures d'hygiène et le portage des repas. Les aides ponctuelles peuvent inclure la pose de barres d'appui, l'achat de dispositifs de soutien ou l'aménagement du logement. (34)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est versée aux retraités de plus de 65 ans vivant en France, par leur caisse de retraite (Carsat, Mutualité Sociale Agricole (MSA), ...). Son montant dépend de leurs ressources (revenus et patrimoine).

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est une prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources, sans condition d'âge minimum pour en bénéficier. Elle est versée par la sécurité sociale (ou la MSA si la personne âgée dépend du régime agricole).

Si la personne âgée de plus de 65 ans ne perçoit pas de pension de retraite et que sa demande d'ASPA a été rejetée, elle peut demander à bénéficier de l'allocation simple d'aide à domicile aux personnes âgées, versée par l'État, sous condition de ressources.

Quand une personne retraitée présente des difficultés à réaliser certains gestes du quotidien, elle peut bénéficier d'une aide financière pour rémunérer une aide à domicile. Cette aide financière ménagère est accordée sous conditions d'âge (plus de 65 ans) et de ressources par le département ou par la caisse de retraite de la personne. Elle n'est pas cumulable avec l'APA.

A partir de 65 ans et sous conditions de ressources et de perte d'autonomie, une personne peut bénéficier d'une aide financière du département ou de sa caisse de retraite pour payer un portage des repas à domicile.

Certaines aides peuvent également concerner les retraités comme la prestation de compensation du handicap versée par le département ou la majoration pour tierce personne en cas d'invalidité dont l'éligibilité est déterminée par l'assurance maladie.

Différentes aides peuvent être apportées par les caisses de retraite : les aides financières citées précédemment mais également des aides ou accompagnement pour mettre en place une téléassistance, aménager le logement etc. A travers une évaluation des besoins à domicile, ces caisses proposent des aides en fonction des ressources des personnes retraitées. (35)

Les personnes âgées ont bénéficié, fin 2018, de 1,47 million d'aides sociales départementales, un chiffre en hausse de 1 % par rapport à 2017. Ces prestations comprennent 54 % d'aides à domicile et 46 % d'aides à l'accueil. L'allocation personnalisée

d'autonomie (APA) représente 90 % de l'ensemble des aides aux personnes âgées : 777 600 bénéficiaires à domicile et 548 000 en établissement. Fin 2018, 124 100 personnes âgées perçoivent l'aide sociale à l'hébergement, soit 8 % des aides aux personnes âgées. (36)

e. L'organisation du système de soin

Selon notre étude, la différence de projet patient-famille-professionnels, le manque de coordination et d'anticipation entraînaient des difficultés dans le maintien à domicile. Le médecin se retrouvait par ailleurs, au centre de la coordination du maintien à domicile de la personne âgée bien que cette tâche semblait partagée avec la coordination territoriale d'appui pour un certain nombre d'entre eux.

La Cour des Comptes précise qu'un certain nombre de prestations sanitaires, médico-sociales et sociales pour pallier la dépendance des personnes âgées est difficile d'accès financiers ou organisationnels. (4) Par exemple, l'HAD est une structure intéressante pour la prise en soins des patients avec pathologies lourdes mais elle n'est ni suffisamment développée, ni suffisamment connue par les médecins ou les patients et elle est répartie de manière hétérogène sur le territoire. Des difficultés sont également rapportées au sein des SSAD, de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire mais elles concernent aussi l'adaptation du logement par des aménagements, la mise en place de « gérontechnologies » utiles au maintien à domicile des personnes âgées (exemple des bracelets de géolocalisation).

Par ailleurs, les logements foyers (résidences-autonomie) ont une place redéfinie dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées au sein de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (37)

Cette multiplicité des offres disponibles favorise leur méconnaissance par les patients, leur famille ou les professionnels gravitant autour d'eux et a donc conduit les acteurs publics à soutenir la création de multiples structures d'information. (4)

Les caisses de retraites, les communes, les CCAS, les intercommunalités, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) font partie des structures d'information destinées aux personnes âgées. Plus récemment, des actions ont été menées au niveau national pour améliorer l'information des personnes âgées. Un portail d'information (38) et

une plateforme téléphonique ont été créés au niveau national mais renvoient sur les sites locaux les personnes âgées ou leurs proches.

Les CLIC sont des structures dont la responsabilité est laissée au département et dont les missions regroupent l'information (donner des réponses aux personnes de plus de 60 ans concernant la retraite, l'accès à leur droits, l'accessibilité du logement, des transports etc.), l'évaluation des besoins, l'élaboration d'un plan d'aides personnalisé pour les personnes âgées. Cependant, leur répartition sur le territoire est inégale et les données d'accompagnement des personnes âgées sont parfois partielles. Les CLIC de Côte d'Or sont au nombre de 7. (39)

Au-delà des structures d'information, il est nécessaire d'intégrer les trois dimensions sociale, médico-sociale et sanitaire afin d'assurer une meilleure efficacité de chacun.

C'est pourquoi des dispositifs ont été récemment créés afin de coordonner cet ensemble. Le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO) a été mis en place afin de mettre en relation les patients hospitalisés et les professionnels de santé libéraux du secteur sanitaire qui les prennent en charge à leur retour à domicile. Le dossier médical partagé abordé dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, outil déjà évoqué dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, permet de recueillir les informations de santé essentielles nécessaires au suivi et à la coordination des soins du patient. (40)

De plus, des initiatives nationales ont vu le jour récemment afin de coordonner les trois dimensions citées précédemment : les réseaux gérontologiques créés en 1996, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) développées par le plan national Alzheimer 2008-2012 et les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) mis en place par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013.

Les réseaux gérontologiques ont connu une inflexion de leur action au profit du développement de réseaux vers la polyvalence et l'appui à la coordination des médecins de premiers recours. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a créé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui, avec les « équipes de soins primaires », mettront en œuvre des « fonctions d'appui aux professionnels pour la

coordination des parcours de santé complexes » dans le cadre de « plateformes territoriales d'appui ». Ces CPTS sont les descendants des groupements de professionnels de santé. Ainsi, en Côte d'Or, les GPS sont en train de se remanier afin de constituer des CPTS qui ont pour ambition de couvrir tout le territoire départemental. Un regroupement de la majorité d'entre elles est prévu au sein du dispositif d'appui à la coordination (DAC 21) qui, grâce à un numéro unique permettra une meilleure orientation du patient, de sa famille ou des professionnels.

Les structures de « coordination » abordées par les médecins généralistes interrogés dans notre étude étaient les CCAS et les GPS. Cela est peut-être dû au fait que nous avons interrogé des médecins généralistes. Il semblerait que les GPS, actuellement en cours de transformation en CPTS, soient répandus en Côte d'Or : 8 médecins interrogés sur 12 évoquaient cette structure comme soutien essentiel à la coordination, faisant le lien entre les différents secteurs, permettant un gain de temps et une prise en soins pluriprofessionnelle rassurante.

Le concept d' « intégration » est apparu en France après celui de « coordination ». Si la définition de l'intégration peut varier, elle ne se conçoit que comme une réponse intersectorielle franchissant les lignes de fragmentation usuelle entre court et long-termes, entre systèmes de soins primaire et secondaire, entre secteurs social et sanitaire. Cette notion prend en compte l'ensemble des besoins des personnes et non pas les missions apportées par chaque institution afin d'obtenir un résultat de service à la population cible puisque son moteur principal provient de l'expression d'une inadéquation de la réponse actuelle aux besoins des personnes. Elle nécessite une réflexion multi-niveau sur la façon dont les politiques publiques et les systèmes de financement doivent être modifiés pour répondre à la logique intégrative. « Intégration » et « coordination » ne sont pas en opposition mais sont complémentaires. La coordination tend à une articulation des missions des différents organismes existants alors que l'intégration s'intéresse à une modification en profondeur du fonctionnement de l'ensemble des organismes afin qu'ils trouvent une solution conjointe aux ruptures de continuité vécues par les personnes. (41) L'intégration permet un ajustement coordonné des missions de chacun, dépassant ainsi un manque de lisibilité du système, une ignorance entre les différents acteurs voire une compétition entre eux (d'ordre de fonctionnement et de financement). Une telle organisation permettrait un

repérage précoce dans un contexte d'accroissement de la population âgée dépendante et une meilleure anticipation des situations difficiles. Elle induirait aussi une adaptation politique surpassant le cloisonnement des différents ministères et un remaniement du système de santé. Les MAIA sont un exemple concret de l'essai de la mise en place de l'intégration en France bien qu'elles souffrent d'ambiguïtés sémantiques : « maison » et « malades d'Alzheimer » faisant évoquer la construction d'un nouveau service plutôt que la construction de nouvelles modalités d'organisation. (42)

Enfin, la notion d'interprofessionnalité, comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, est un travail de fond nécessaire au bon fonctionnement des équipes pluridisciplinaires ayant besoin de travailler en collaboration afin d'améliorer les résultats en matière de santé. (43) Cette notion a été abordée dans notre travail par certains médecins généralistes qui se référaient aux GPS pour leur apporter une forme d'interprofessionnalité. La question de formation n'a pas été abordée à ce sujet. Quelques formations existent dans les universités françaises de médecine mais sont majoritairement facultatives. (44) Une expérience interprofessionnelle et internationale a été menée à Angers et a été appréciée par les participants. (45) Elle est un exemple d'outil d'optimisation de l'efficacité des soins apportés aux personnes visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle et internationale. Ces formations, dès la formation initiale, ouvrent la voie à une construction de relations efficaces au niveau d'un territoire.

f. Le lien ville-hôpital

Certains médecins interrogés dans notre étude craignaient un recours aux urgences inadapté suite à un manque d'anticipation de la situation du maintien à domicile difficile.

Pourtant une étude menée en France rapporte que 13.5 à 27.4% des visites aux urgences sont jugées inappropriées et que cette probabilité d'une utilisation inappropriée diminuait avec l'âge et la distance entre le domicile et le service des urgences. Elle n'était pas liée à la densité médicale de la région. (46)

De plus, une réorganisation du système de santé concernant le parcours des aînés de plus de 75 ans a été évoquée depuis une vingtaine d'années. En effet, une circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques, et s'appuyant elle-même sur une circulaire de 2002, rapportait trois grands besoins de la filière : le premier concernait les hospitalisations non

programmables pour lesquelles les services d'urgences associés aux équipes mobiles de gériatrie (ou unités mobiles de gériatrie, UMG, évoquées par les médecins interrogés dans notre étude) et aux courts séjours gériatriques devaient jouer un rôle important. Les courts séjours gériatriques avaient d'ailleurs comme première mission d' « assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ». Les UMG intervenaient de manière transversale auprès des personnes âgées en étroite collaboration entre hôpital, CLIC, réseaux de santé. (47)

L'ARS de Bourgogne Franche Comté a publié un « pacte de refondation des urgences » dans lequel elle prévoit des actions spécifiques afin d'éviter autant que possible le passage des personnes âgées par les urgences. En effet, elle évoque les UMG qui interviennent dans les services d'urgences ou qui sont joignables directement par les médecins généralistes afin de réaliser des admissions directes. Par exemple, au sein des Hospices Civils de Beaune ont été créés des lits identifiés unités d'hospitalisation de courte durée gériatriques et le service de court séjour gériatrique permet des entrées directes par les médecins traitants joignant une « hotline gériatrique ». Dans plusieurs villes du territoire, les UMG interviennent aussi dans les services d'hospitalisation plus ou moins systématiquement auprès des patients âgés non programmés et les entrées directes dans des courts séjours gériatriques se pratiquent. (48)

Les médecins de notre étude rapportaient cette relation ville-hôpital et l'appel à la filière gériatrique comme solutions efficaces dans certaines prises en soins de maintien à domicile difficile.

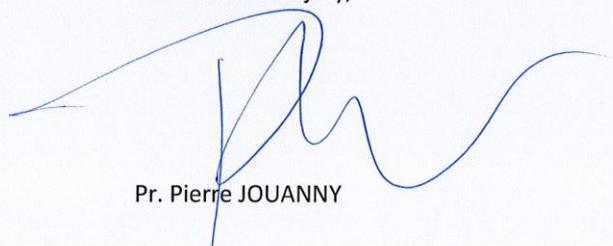
Conclusion

L'objectif principal de notre étude était de répertorier les éléments participant à un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans en Côte d'Or afin d'en conceptualiser le terme. L'objectif secondaire était de définir les problèmes surmontables et non surmontables, en abordant les solutions trouvées par les médecins généralistes et en comprendre les limites.

Après analyse des entretiens réalisés auprès de 12 médecins généralistes de Côte d'Or, le maintien à domicile difficile a pu être défini par l'existence d'une ou plusieurs difficultés [dont les grands groupes étaient des éléments liés au patient en lui-même (perte d'autonomie, déni de situation, refus des aides et difficultés financières), un défaut d'entourage, un environnement matériel inadapté, un manque de moyens professionnels] déstabilisée(s) par une différence de projet du trio patient-famille-professionnels, un manque de coordination et un manque d'anticipation.

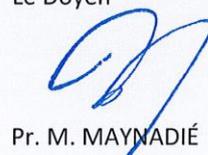
Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour pallier ces problèmes étaient la mise en place d'aides humaines, le recours à des structures telles que l'EMSP, la filière gériatrique, l'IDE Asalée, l'HAD de secteur, la mise en place d'aides financières et le recours à l'assistante sociale de proximité, la solidarité de voisinage, les séjours de « décharge » et les nouvelles technologies. L'anticipation et la définition d'un projet commun étaient essentiels. La coordination, et notamment le recours au GPS, semblait être une clé actuelle essentielle permettant au médecin une interprofessionnalité et un partage d'idées avec les autres professionnels et l'entourage gravitant autour du patient âgé. Les principales limites évoquées par les médecins étaient la mise en échec du patient et/ou de sa famille, la nécessité de présence la nuit, un état de dépendance du patient trop évolué, un manque de moyens professionnels et une limite financière.

Le Président du jury,



Pr. Pierre JOUANNY

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 24 MARS 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

Bibliographie

1. Eurostat. Structure et vieillissement de la population [en ligne]. Luxembourg : Eurostat ; 2020 [consulté le 11 mars 2021]. Disponible : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr#La_part_des_personnes_.C3.A2g.C3.A9es_continue_d.E2.80.99augmenter
2. Insee. Tableaux de l'économie française. Population par âge [en ligne]. Dijon : Insee ; 2020 [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Insee. Tableaux de l'économie française. Personnes âgées dépendantes [en ligne]. Dijon : Insee ; 2014 [consulté le 22 février 2021] Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
4. Cour des Comptes. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie [en ligne]. Paris : Cour des Comptes ; 2016 [consulté le 23 octobre 2020] Disponible : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/32712>
5. Renard J. Le maintien à domicile difficile des personnes âgées en perte d'autonomie : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes picards. Enjeux et difficultés liés à la prise en charge à domicile de ces patients. 82f. Thèse d'exercice : Médecine : Picardie Jules Verne : 2014.
6. Allain A. Comment les médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais gèrent-ils les situations de maintien à domicile ? 86 f. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2019.
7. Foulon P. Les personnes âgées au domicile : un maintien difficile ? Enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie. 62 f. Thèse d'exercice : Médecine : Picardie Jules Verne : 2016.
8. Gérard R. Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées. 107 f. Thèse d'exercice : Médecine : Paris Diderot : 2011.
9. Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, et al. Physical and Mental Health of the Homebound Elderly. *J Am Geriatric Soc* [en ligne]. 2010; 58(12):2423-2428. Disponible : [10.1111/j.1532-5415.2010.03161.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03161.x)
10. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, et al. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;105:4-11.
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-145.
12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-181. Disponible : <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
13. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile [en ligne]. 2e éd. Paris : Dunod ; 2014. 320. (Santé Sociale). Disponible : <https://www-cairn-info.proxy-scd.u-bourgogne.fr/repenser-le-maintien-a-domicile--9782100552726.htm?WT.tsrc=cairnSearchAutocomplete>

14. DREES. L'enquête aide sociale auprès des conseils départementaux [en ligne]. Paris : DREES ; 2020 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lenquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux>
15. Insee. Tableaux de l'économie française. [en ligne]. Paris : Insee ; 2018 [consulté le 15 février 2021]. Disponible : <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/TEF2018.pdf>
16. Collège national des enseignants de gériatrie. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. In : Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014. p. 187-202.
17. France. Code de l'action sociale et des familles. LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. JORF n°167 du 21 juillet 2001, p. 11737.
18. DREES. Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance [en ligne]. Paris : DREES ; 2018 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/limitations-fonctionnelles-et-restrictions-dactivite-des>
19. DREES. Un séniort à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien [en ligne]. Paris : DREES ; 2019 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-senior-domicile-sur-cinq-aide-regulierement-pour-les-taches-du>
20. Renaud T, Rioux L. France, portrait social. Montrouge cedex: Insee ; 2018. 272p.
21. Insee. 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. [en ligne]. Paris : Insee ; 2019 [consulté le 15 février 2021]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
22. Anesm. Le soutien des aidants non professionnels. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ; 2015.
23. France. Code civil. Articles 205, 206 et 212. Modifiés par Loi n°72-3 du 3 janvier 1972 - art. 3, JORF du 5 janvier 1972 en vigueur le 1er août 1972 et par Loi n°2006-399 du 4 avril 2006 - art. 2, JORF du 5 avril 2006.
24. Carrère A. Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile. 492 f. Thèse : Sciences économiques : Paris-Dauphine : 2020.
25. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie [en ligne]. Paris : DREES ; 2012 [consulté le 15 février 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aider-un-proche-age-domicile-la-charge-ressentie>
26. The Social Protection Committee, the European Commission. Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society [en ligne]. Luxembourg : European Union ;

- 2014 [consulté le 15 février 2021]. Disponible : <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/71532344-ddf1-4d34-a7aa-f65c701a22a2>
27. France. Code de l'action sociale et des familles. Articles D312 et D312-10. Codifié par décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004, modifié par décret n°2016-1164 du 26 août 2016 - art. 2.
 28. Ministère des solidarités et de la santé. Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 [en ligne]. Paris : Gouvernement français ; 2015:124 [consulté le 17 février 2021]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
 29. France. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DREES n°2011-422 du 8 novembre 2011 relative à la mesure 1b (plates-formes d'accompagnement et de répit des aidants) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et aux modalités de remontées d'informations concernant l'avancement dudit plan. JORF n°0285 du 9 décembre 2011, p. 235.
 30. ARS. Onze plateformes de répit et de soutien aux proches aidants déployées dans toute la région [en ligne]. Dijon : ARS ; 2019 [consulté le 25 février 2021]. Disponible : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/onze-plateformes-de-repit-et-de-soutien-aux-proches-aidants-deployees-dans-toute-la-region>
 31. Gimbert V, Malochet G. Les défis de l'accompagnement du grand âge [en ligne]. Paris : La Documentation Française ; 2011 [consulté le 15 février 2021]. 254 p. Disponible : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/cas_rapport_39_defis_accompagnement_grand_age_web_0.pdf
 32. Jérôme B. Grand âge : la cinquième branche de la sécurité sociale, une « coquille vide » ? Le Monde [en ligne]. 2 juillet 2020 [consulté le 16 février 2021]. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/02/grand-age-la-cinquieme-branche-de-la-securite-sociale-une-coquille-vide_6044933_3224.html
 33. Administration française. Allocations et aides aux personnes âgées [en ligne]. Paris : République française ; 2021 [consulté le 20 février 2021]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>
 34. DREES. Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. Etudes et résultats [en ligne]. Paris : DREES ; 2017 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1033.pdf
 35. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Quelles sont les aides des caisses de retraite ? [en ligne]. Paris : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; 2015 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>
 36. DREES. Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018. Etudes et résultats [en ligne]. Paris : DREES ; 2019

[consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aide-sociale-aux-personnes-agees-ou-handicapees-les-departements>

37. France. Code de l'action sociale et des familles. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015.
38. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Qui sommes-nous ? [en ligne]. Paris : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; 2015 [consulté le 22 février 2021]. Disponible : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sommes-nous>
39. Novasénior. Les centres locaux d'information et de coordination de la Côte d'Or [en ligne]. Paris : Novasénior ; 2021 [consulté le 26 février 2021]. Disponible : <https://www.novasenior.com/aidants/annuaire/clic/cote-d-or-21.htm>
40. France. Code de la santé publique. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016.
41. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, et al. Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral, première partie. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. Mars 2014;12(1):5-12.
42. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, et al. Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral, deuxième partie. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. Juin 2014;12(2):123-30.
43. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [en ligne]. Genève : World Health Organisation ; 2010 [consulté le 29 mars 2021]. Disponible : https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
44. Tyrant J, Girard P, Nicolotto C, et al. Education interprofessionnelle des étudiants en santé. *Exercer*. 2021;171:136-137.
45. Kendir C, Bernier J, De Miguel Ferrer I, et al. Une expérience interprofessionnelle et internationale : « Primary Care Summer School of Angers ». *Exercer*. 2019;152 :186-188.
46. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments : findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. 2020 juin 1;29(6):449-64.
47. France. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Non paru au JORF.
48. Cournault L. Pacte de refondation des urgences : La Bourgogne-Franche-Comté d'ores et déjà engagée [en ligne]. Dijon : ARS ; 2019 [consulté le 4 mars 2021]. Disponible : https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-09/2019%2009%2009_URGENCES.pdf

Annexes

1. Annexe 1 – guide d’entretien n° 4

Introduction

- Présentation en tant qu’étudiant chercheur réalisant son travail de thèse de médecine générale sur le maintien à domicile difficile du sujet âgé de plus de 75 ans en Côte d’Or et sa conceptualisation. Etude qualitative menée à partir d’entretiens semi-dirigés de médecins généralistes. Précision de la définition du sujet âgé : plus de 75 ans.

Explication sur le déroulement de l’entretien (15-30 minutes), l’enregistrement (dictaphone), la confidentialité, l’anonymat, la disponibilité ultérieure des résultats si l’enquêté le désire.

- Formulaire de consentement (2 exemplaires dont un pour l’enquêté).

Entretien (début enregistrement)

1. Présentation du participant

Age, lieu et type d’exercice (seul, en groupe, temps partiel hospitalier), ancienneté d’installation/remplacements avant installation, lieu d’exercice (rural, semi-rural, urbain [éloignement par rapport à un CH et chu]), VAD.

2. Éléments participant à un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans

Pouvez-vous me citer, selon vous/selon votre vécu, les éléments participant à rendre un maintien à domicile difficile chez la personne âgée ?

Quoi d’autre ? Quels autres points vous viennent en tête ?

J’aimerais revenir sur...

Voyez-vous des éléments externes à la personne âgée en elle-même ? La famille, les professionnels engendrent-ils par eux-mêmes des limites ?

Y'a-t-il une discordance entre la volonté du patient et celle de l'entourage et des professionnels de santé ? Pourquoi ?

Pour finir sur cette partie, comment définiriez-vous le maintien à domicile difficile ? A partir de quel moment parle-t-on de maintien à domicile difficile ?

3. Solutions trouvées par le médecin généraliste

Quelles solutions trouvez-vous pour pallier les problèmes que vous avez évoqués précédemment ?

Vers qui orientez-vous le patient pour l'aider dans la prise en charge des différents problèmes que vous avez abordés ? ressources, organismes, structures, intervenants, organisation, etc.

Y-a-t-il des limites aux solutions dont le patient dispose ? Quelles pourraient-êre les améliorations à proposer ?

Finalement, quels sont les problèmes surmontables et ceux qui ne le sont pas ?

2. Annexe 2 – caractéristiques des médecins généralistes interrogés

| Identification | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|-------------------|
| Age (ans) | 31 | 31 | 49 | 44 | 57 | 35 |
| Sexe | F | M | M | F | M | F |
| Lieu d'exercice | Maison de santé | Maison de santé | Cabinet en groupe | Cabinet seule | Cabinet seul | Cabinet en groupe |
| Type d'exercice | Libéral + EHPAD | Libéral + hospitalier 40 % | Libéral + expertises | Libéral + EHPAD | Libéral + EHPAD | Libéral + EHPAD |
| Ancienneté d'installation | 6 mois | 5 mois | 18 ans | 10 ans | 25 ans | 6 ans |
| Remplacements avant installation | 3 ans | Non | 5 ans | Oui et collaboration | 2 ans | 2 ans |
| Localisation | Semi-rural | Rural | Urbain | Urbain | Urbain | Rural |
| Eloignement CH le plus proche | 0 km | 15 km (15 min) | 1 km (1 min) | 3 km (10 min) | 6 km (20 min) | 20 km (20 min) |
| Eloignement par rapport au CHU | 90 km (60 min) | 70 km (60 min) | 3 km (10 min) | 3 km (10 min) | 6 km (20 min) | 55 km (50 min) |
| VAD | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Durée entretien | 12 : 26 | 8 : 20 | 16 : 05 | 17 : 46 | 22 : 32 | 20 : 53 |

| Identification | M7 | M8 | M9 | M 10 | M 11 | M 12 |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Age (ans) | 63 | 51 | 65 | 65 | 64 | 35 |
| Sexe | M | F | M | F | M | M |
| Lieu d'exercice | Cabinet en groupe | Maison de santé hors mûr | En groupe | Cabinet seule | Cabinet seul | Maison de santé |
| Type d'exercice | Libéral | Libéral | Libéral + EHPAD | Libéral + EHPAD | Libéral | Libéral |
| Ancienneté d'installation | 33 ans | 24 ans | 32 ans | 35 ans | 33 ans | 4 ans |
| Remplacements avant installation | 1 an | 1 an | 3 ans | 2 ans | 2 ans | 3 ans |
| Localisation | Rural | Semi-rural | Semi-rural | Rural | Rural | Semi-rural |
| Eloignement CH le plus proche | 8 km (15 min) | 1 km | 1 km | 25 km (25 min) | 30 km (30 min) | 0 km |
| Eloignement par rapport au CHU | 35 km (30 min) | 80 km (70 min) | 90 km (80 min) | 30 km (30 min) | 53 km (50 min) | 80 km (70 min) |
| VAD | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Durée entretien | 19 : 25 | 30 : 03 | 22 : 30 | 17 : 13 | 11 : 58 | 10 : 38 |

Certaines informations concernant l'activité des médecins interrogés ne sont pas transcrites afin de respecter leur anonymat.

3. Annexe 3 – schémas à la base de l'essai de théorisation

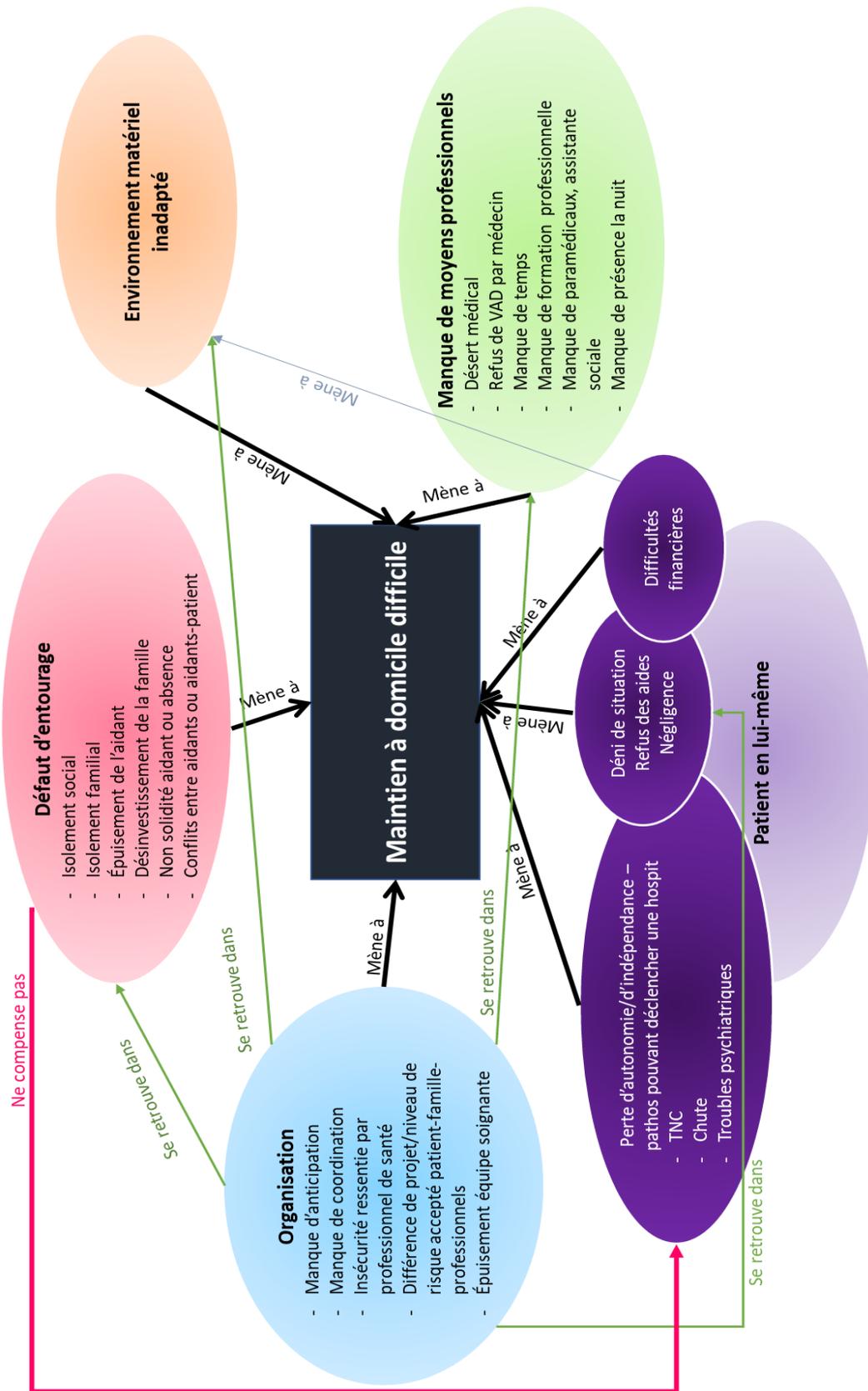


Schéma 1 – maintien à domicile difficile

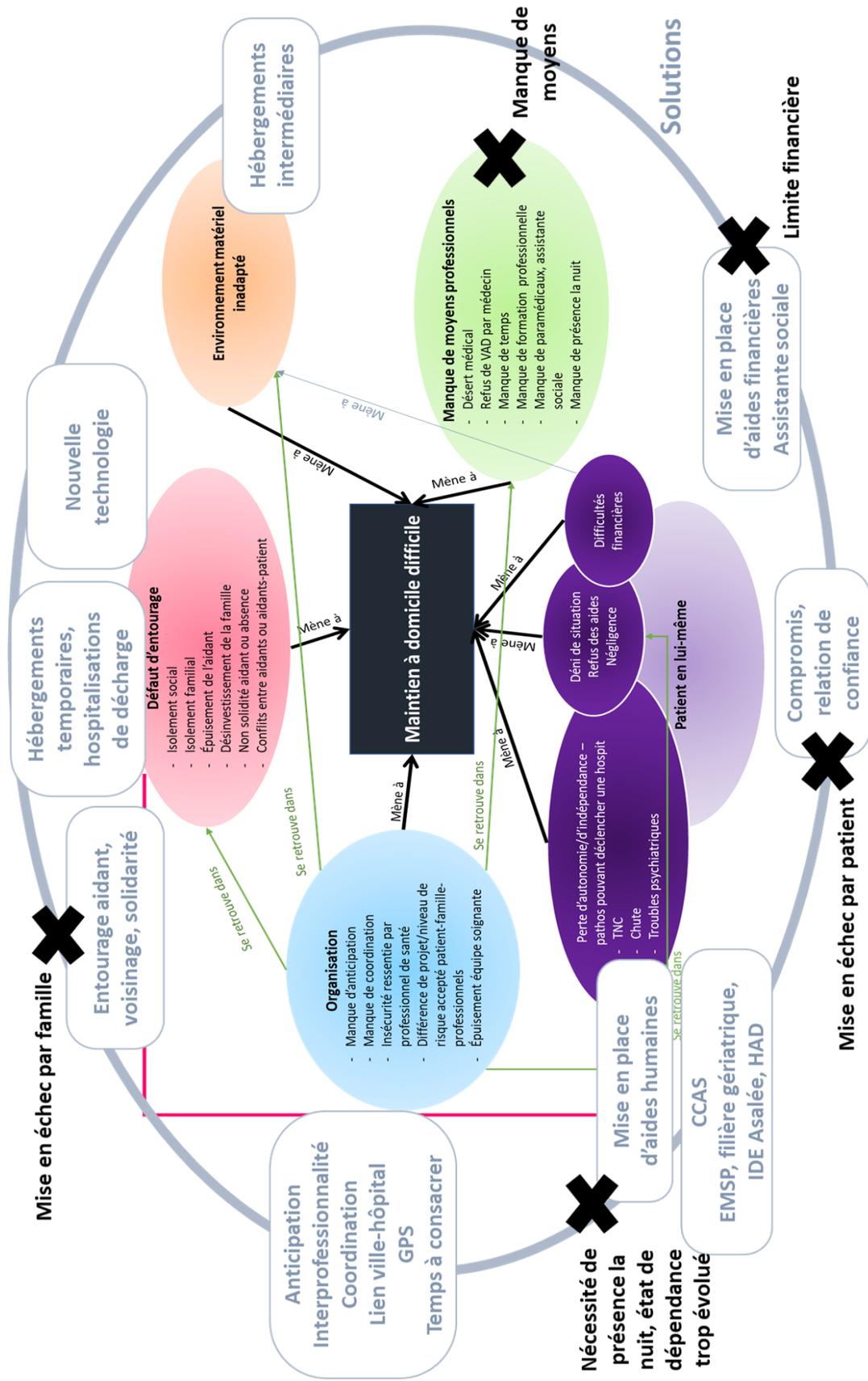


Schéma 2 – maintien à domicile difficile, solutions et limites

TITRE DE LA THESE : Conceptualisation du maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans : étude du vécu des médecins généralistes de Côte d'Or en 2020.

AUTEUR : RODRIGUES LACOMBE Emmanuelle

RESUME :

Introduction : Un important vieillissement de la population française et automatiquement un accroissement de la part des personnes âgées dépendantes posent le problème du maintien à domicile difficile des personnes âgées, dans un contexte de volonté de cette population de rester à domicile. Qu'est-ce qu'un maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans selon le médecin généraliste en 2020 ?

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes libéraux de Côte d'Or entre novembre 2020 et février 2021. L'échantillonnage était raisonné et constitué en variation maximale. L'analyse a été réalisée selon la méthode de théorisation ancrée avec un double codage à l'aide du logiciel QDA Miner Lite® version v.2.0.8.

Résultats : Douze entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue. Le maintien à domicile difficile a pu être défini par l'existence d'une ou plusieurs difficultés [dont les grands groupes étaient des éléments liés au patient en lui-même (perte d'autonomie, déni de situation, refus des aides et difficultés financières), un défaut d'entourage, un environnement matériel inadapté, un manque de moyens professionnels] déstabilisée(s) par une différence de projet du trio patient-famille-professionnels, un manque de coordination et un manque d'anticipation. Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour pallier ces problèmes étaient la mise en place d'aides humaines, le recours à des structures telles que l'EMSP, la filière gériatrique, l'IDE Asalée, l'HAD de secteur, la mise en place d'aides financières et le recours à l'assistante sociale de proximité, la solidarité de voisinage, les séjours de « décharge » et les nouvelles technologies. L'anticipation et la définition d'un projet commun étaient essentielles. La coordination, et notamment le recours au GPS, semblait être une clé actuelle essentielle. Les principales limites évoquées par les médecins étaient la mise en échec du patient et/ou de sa famille, la nécessité de présence la nuit, un état de dépendance du patient trop évolué, un manque de moyens professionnels et une limite financière.

Discussion : Les gouvernements français successifs ont respecté la volonté de maintien à domicile des personnes âgées mais une inadéquation financière est retrouvée. Il semble nécessaire d'apporter un soutien aux aidants afin de les impliquer dans le projet de maintien à domicile mais aussi de les guider et de prévenir leur épuisement. Ainsi, ont été créés les accueils temporaires et les plateformes d'accompagnement et de répit des aidants. La charge financière de ce maintien à domicile est répartie entre la famille et les pouvoirs publics en France. Différentes structures sont disponibles pour venir en aide aux médecins, aux patients et à leur famille mais elles sont parfois méconnues, c'est pourquoi des structures d'information et de coordination se déploient en France. Le médecin généraliste, au centre de la coordination, s'appuie, en partie, sur la coordination territoriale d'appui. Le remaniement de la filière gériatrique se développe afin de faciliter le parcours de soins des personnes âgées. Les médecins de notre étude faisaient appel à la filière gériatrique de leur secteur et notaient un développement de la relation ville-hôpital.

MOTS-CLES : « maintien à domicile difficile » ; « personne âgée » ; « médecin généraliste » ; « médecine générale » ; « dépendance » ; « coordination ».