

La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

> par les médecins généralistes des Pays de la Loire

La prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance sont des problématiques auxquelles les médecins généralistes sont régulièrement confrontés : la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (PAD) vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient, ainsi qu'un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long. La dimension sociale fait partie intégrante de la prise en charge des PAD telle qu'elle est perçue par une majorité de médecins généralistes. Six praticiens sur dix déclarent notamment avoir participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne, et plus d'un médecin sur deux pense que son rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques. L'aide à la toilette et les soins d'hygiène illustrent néanmoins la complexité des modes d'intervention auxquels les médecins peuvent faire appel : la diversité des professionnels impliqués (infirmiers libéraux, aides-soignants, aides à domicile...), tout comme leur disponibilité hétérogène selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs missions de coordination sanitaire et sociale. A cet égard, plus de 40 % des praticiens déclarent participer à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile pour la dernière PAD vue, et la très grande majorité estiment qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Les Pays de la Loire comptent en 2010 près de 73 000 personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes (PAD)^[1]. Malgré les gains probables d'espérance de vie en bonne santé, le nombre de PAD devrait nettement augmenter au cours des prochaines décennies, compte tenu de l'important vieillissement

de la population régionale. A l'horizon 2030, ce nombre pourrait atteindre 106 000, soit une augmentation de 45 % en 20 ans.

Selon l'enquête Handicap-Santé¹, appariée avec les données du Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance

Panel 2010 - 2012 Pays de la Loire en médecine générale

février 2014



maladie), 98 % des PAD font appel au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste. Peu d'études se sont pourtant intéressées à l'implication et aux perceptions des médecins sur la prise en charge des PAD^[2].

1 - www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante,4267.html



Encadré 1 > **Caractéristiques des personnes âgées dépendantes vivant à domicile décrites dans le Panel**

La 4^e vague d'enquête du Panel de médecins généralistes questionne globalement les praticiens sur la prise en charge des PAD, et les interroge plus précisément sur la dernière PAD vue en consultation au cabinet ou en visite à domicile. Dans le questionnaire, sont désignées comme dépendantes "*les personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour effectuer des activités courantes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacements...)*". Cette définition se rapproche de celles utilisées dans les deux principales sources d'information sur les PAD en France (l'enquête sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'enquête Handicap-Santé).

62 % des PAD vivant à domicile décrites dans le

Panel sont des femmes (67 % en France), et 53 % sont âgées d'au moins 85 ans. Cette dernière proportion est proche de la moyenne nationale (54 %), mais inférieure aux valeurs observées en Bourgogne et en PACA (61 et 65 %). 9 % des PAD sont, selon leur médecin, dans une situation économique précaire, cette valeur étant nettement inférieure à celles observées au plan national, en Bourgogne et en PACA (15, 16 et 17 %). Dans les Pays de la Loire comme en France, en Bourgogne et en PACA, environ la moitié des PAD vivent seules à leur domicile (65 % des femmes, 33 % des hommes). Pour les PAD vivant en couple, le niveau d'autonomie concernant le (la) conjoint(e) n'est par contre pas connu (ce facteur ayant une influence certaine sur le déroulement

de la prise en charge en médecine générale).

La déficience locomotrice est l'origine de la perte d'autonomie la plus fréquemment citée par les médecins (77 %), devant les déficiences cognitives et comportementales (47 et 37 %), alors que les déficiences de nature sensorielle sont moins fréquentes. Les PAD présentent le plus souvent une association de déficiences : 41 % ont deux types de déficiences, 34 % en ont trois ou plus (35 et 43 % en France). Dans 26 % des cas, les médecins évoquent un diagnostic de maladie d'Alzheimer (28 % en France).

Par rapport aux autres enquêtes nationales relatives à l'ensemble des PAD, ces caractéristiques témoignent de situations de dépendance relativement sévères, lorsque les PAD sont vues par les

médecins généralistes (personnes plus âgées que celles décrites dans les enquêtes sur les bénéficiaires de l'APA, fréquence de diagnostic de la maladie d'Alzheimer plus élevée que dans l'enquête Handicap-Santé...). Les médecins généralistes ont aussi pu s'orienter préférentiellement, dans leur définition propre d'une PAD, vers une situation au cours de laquelle ils se sont particulièrement investis. Certains résultats du Panel (forte implication des médecins dans la mise en place d'une aide à domicile, fréquence élevée de médecins coordonnant les interventions ou ressentant un besoin de coordination) confortent d'ailleurs cette hypothèse.

Les modalités de prise en charge de la dépendance en médecine générale sont en outre très diverses selon les territoires, en lien avec de multiples facteurs : disparités sociodémographiques, de prévalence de la dépendance, d'accessibilité aux professionnels du secteur médicosocial, d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), de politiques publiques en faveur des personnes âgées, etc.

L'enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire, dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en

médecine générale, permet de décrire la prise en charge de la dépendance dans la région et d'apporter un éclairage sur les PAD qui vivent à leur domicile (encadré 1). Ces résultats peuvent en outre être comparés avec la moyenne nationale et à ceux observés dans deux autres régions : Bourgogne et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Certaines questions, posées spécifiquement aux médecins ligériens, permettent d'enrichir cet éclairage par une description de la prise en charge des PAD vivant à domicile lors d'un recours à l'hospitalisation.

Place de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Les médecins généralistes déclarent suivre, en moyenne, près de 20 PAD vivant à domicile

Interrogés sur la place des PAD vivant à domicile dans leur patientèle actuelle, 94 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent en suivre au moins une,

et 33 % indiquent en suivre au moins 20² (fig.1). En moyenne, ces praticiens indiquent prendre en charge 19 PAD vivant à domicile. Si cette valeur est assez proche des moyennes observées en France et en PACA (21 et 17 PAD), elle est par contre sensiblement inférieure à la moyenne en Bourgogne (25 PAD).

Près de 40 % des médecins hommes déclarent suivre au moins 20 PAD, contre 13 % de leurs consœurs (45 et 22 % en moyenne en France). Cet effet de genre, relativement marqué, a déjà été documenté au niveau national, s'agissant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer^[3]. Ce résultat est appuyé par une analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP), qui indique que la patientèle des médecins ligériens hommes (16 % de personnes âgées de plus de 70 ans en 2012) est globalement plus âgée que celle de leurs consœurs (9 %).

Une analyse toutes choses égales par ailleurs³ confirme cet effet de

genre. Cette analyse indique aussi que la zone d'exercice est nettement associée au fait de suivre un nombre élevé de PAD. Un médecin ligérien exerçant en zone rurale a ainsi une probabilité près de deux fois plus élevée de déclarer suivre au moins 20 PAD qu'un médecin exerçant en zone urbaine. Cette donnée peut en partie être rapprochée du fait que l'offre en médecine générale est plus faible dans les communes rurales^[4], les praticiens de ces territoires pouvant être appelés à prendre en charge un plus grand nombre de patients. Les médecins des Pays de la Loire qui exercent en zone rurale sont ainsi 43 % à présenter un volume d'activité élevé (plus de 5 494 actes dans l'année), proportion nettement plus importante que pour ceux exerçant en zone urbaine (21 %). Par ailleurs, la part des personnes âgées d'au moins 60 ans est significativement plus élevée dans les zones rurales (33 %) que dans les zones urbaines (21 %).

Trois médecins sur quatre ont suivi une séance de formation continue liée aux patients âgés

12 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent avoir un ou plusieurs diplômes en gériatrie (diplôme universitaire (DU), interuniversitaire (DIU) ou capacité en gériatrie-gérontologie).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à indiquer disposer de ces formations (14 % contre 6 % de leurs consœurs). Cette situation est également plus fréquente parmi les médecins exerçant en zone rurale (15 % contre 9 % des médecins exerçant en zone urbaine ou périurbaine). La part de médecins diplômés en gériatrie augmente par ailleurs avec l'âge (15 % parmi ceux âgés d'au moins 49 ans contre 5 % pour ceux moins âgés).

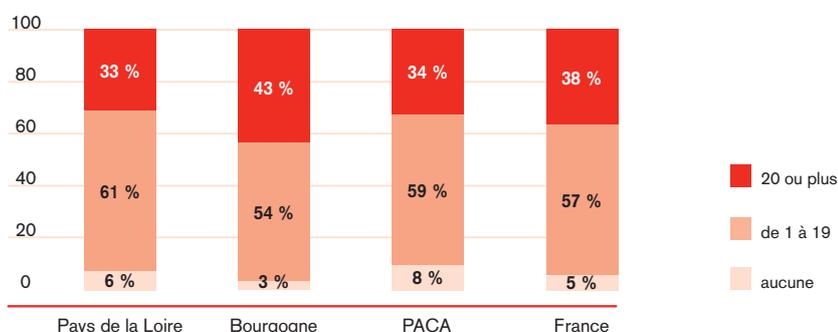
Trois médecins sur quatre déclarent avoir suivi au moins une séance de formation médicale continue sur les patients âgés. Les formations les plus fréquemment citées sont celles relatives au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (56 %) et à la polymédication du sujet âgé (53 %). A l'inverse, seuls un quart des médecins déclarent avoir suivi une séance de formation sur la maltraitance des personnes âgées. Quelle que soit la thématique de la formation sur les patients âgés, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir suivi une séance que leurs consœurs (fig.2).

2 - Au regard du nombre de PAD vivant dans les Pays de la Loire et du nombre de médecins généralistes exerçant dans la région, cette valeur paraît légèrement surestimée.

3 - Ce type d'analyse permet de déterminer les facteurs qui ont une influence significative sur le phénomène étudié (ici le suivi d'au moins 20 PAD) et de mesurer l'effet propre de chacun de ces facteurs indépendamment des autres.

FIG.1 Place de la population âgée dépendante dans la patientèle des médecins généralistes, selon les régions

Répartition des médecins généralistes selon le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile qu'ils déclarent suivre (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

Déroulement des consultations et pratiques médicales

Une prise en charge nécessitant le plus souvent une visite à domicile

En moyenne, les médecins généralistes ligériens ont effectué, quel que soit le type de patients (PAD ou non), 5 300 actes en 2010 (CNAMTS, données extraites du RIAP). Les consultations au cabinet représentent 92 % de ces actes, contre 8 % pour les visites à domicile, la part de ces dernières ayant fortement diminué sur le long terme.

En ce qui concerne les PAD, le rapport est inversé puisque 81 % des prises en charge décrites par les médecins ligériens correspondent à des visites à domicile (84 % en France). Cette donnée peut être rapprochée de la nature des déficiences (locomotrices, visuelles) observées chez ces patients (encadré 1), et de la complexité (clinique, sociale) des situations de dépendance décrites par les médecins généralistes, entraînant notamment des difficultés de transport.

La majorité des prises en charge décrites par les médecins (67 % des visites à domicile, 82 % des consultations au cabinet) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée (y compris le renouvellement d'ordonnances). Les prises en charge de poussées aiguës de maladies chroniques (9 %) ou d'affections aiguës (11 %) sont quant à elles moins fréquentes.

L'échange ne s'effectue pas toujours avec le seul patient : dans

près de 13 % des visites à domicile, le dialogue s'est principalement établi avec une personne de l'entourage de la PAD. Cette proportion est proche de la moyenne nationale (15 %), mais par contre nettement plus faible que celles observées en Bourgogne et en PACA (22 et 20 %).

Un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long

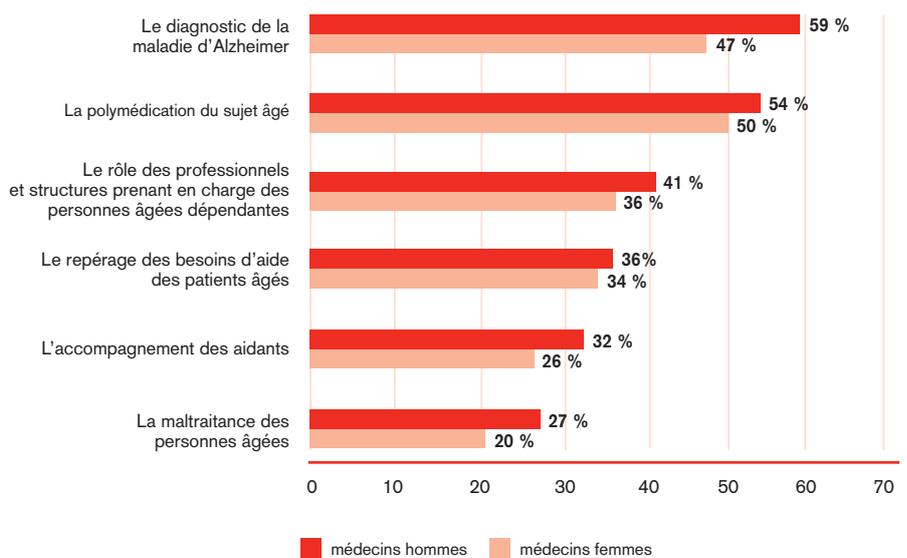
La complexité de la prise en charge des PAD peut notamment se mesurer en termes de durée de consultation. Les médecins ligériens déclarent, en moyenne, une durée de 25 minutes lors des visites à domicile (hors temps de déplacement) et de 22 minutes lors des consul-

tations à leur cabinet, valeurs plus élevées que celles observées en moyenne sur l'ensemble de leur patientèle^[5]. Ces durées ne diffèrent pas significativement de celles observées au plan national, en Bourgogne et en PACA.

Indépendamment des caractéristiques des PAD prises en charge, les médecins femmes déclarent des durées plus élevées que les hommes (29 minutes en moyenne en visite à domicile et 23 minutes pour les consultations au cabinet contre 24 et 21 minutes chez leurs confrères). Cet effet de genre, déjà bien documenté pour les personnes non dépendantes, peut en partie être rapproché de différences de nature des échanges entre les médecins et les patients^[6,7].

FIG.2 Formations sur la prise en charge des personnes âgées, selon le sexe Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant avoir suivi une séance de formation continue sur... (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

Trois médecins sur dix ont régulièrement recours à des échelles d'évaluation de la dépendance

Les médecins disposent de différents outils et échelles pour évaluer le niveau de dépendance de leurs patients âgés. Si 30 % des praticiens ligériens déclarent utiliser *"toujours"* ou *"souvent"* ce type d'outils (26 % en France, 28 % en Bourgogne et 27 % en PACA), ils sont plus d'un tiers à indiquer n'y avoir jamais recours.

Une analyse toutes choses égales par ailleurs indique que l'utilisation d'outils d'évaluation de la dépendance est nettement plus fréquente parmi les médecins déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie, ou être coordonnateur en établissement d'hébergement pour PAD (Ehpad). Les autres caractéristiques des médecins (âge et sexe notamment) n'ont par contre pas, ou peu, d'influence sur le recours à ces outils.

Plus d'un médecin sur trois a évalué le risque de chute de la dernière PAD vue

Les chutes accidentelles représentent un facteur important d'aggravation des situations de dépendance chez les personnes âgées. Selon les recommandations de pratique clinique, leur prévention repose en médecine générale sur une évaluation régulière du risque de chute, réalisée quel que soit le motif de prise en charge^[8].

37 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent avoir fait cette évaluation pour la dernière PAD vivant à domicile vue. Cette proportion est plus élevée qu'en

Encadré 2 > La grille Aggir et l'allocation personnalisée d'autonomie

La grille Aggir (Autonomie gérontologique - groupes iso-ressources) est une grille d'évaluation des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités de la vie quotidienne (communiquer, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se déplacer...). La personne âgée est classée dans l'un des

six groupes iso-ressources (Gir), le classement en Gir 1 ou 2 correspondant aux situations de dépendance les plus sévères.

Cette grille a été construite dans l'objectif d'identifier les personnes âgées de 60 ans ou plus pour lesquelles le bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) peut être ouvert. Seules les

personnes âgées en Gir 1 (présence indispensable et continue d'intervenants en raison d'une perte d'autonomie majeure et d'un confinement) à 4 (aide nécessaire pour la toilette et l'habillage ainsi que pour ses déplacements à l'extérieur du lieu de vie) sont éligibles à l'APA.

Bourgogne (31 %), mais par contre plus faible que la moyenne nationale (47 %) et que la valeur observée en PACA (46 %). La combinaison de plusieurs facteurs (les PAD décrites par les médecins ligériens sont notamment moins âgées, présentent moins fréquemment une déficience cognitive, et sont moins fréquemment classées en niveau de Gir 1 ou 2 qu'au plan national ou en PACA) pourrait expliquer pour partie cet écart.

Parmi les médecins qui ont évalué le risque de chute, 65 % déclarent avoir réalisé au moins l'un des tests suivants auprès de la personne âgée : appréciation de son équilibre sur une jambe (50 %), de son aptitude à réaliser une tâche cognitive en marchant (32 %), de sa résistance à la poussée sternale (30 %), chronométrage de sa vitesse de marche (27 %). Dans près de la moitié des cas (48 %), l'évaluation des médecins s'est basée sur l'association d'au moins deux de ces tests.

La stratégie de prise en charge des PAD qui présentent un risque de chute non nul repose notamment, conformément aux recommandations, sur la recherche et la

correction de facteurs iatrogènes, et sur des conseils nutritionnels. Ces deux pratiques sont citées par respectivement 73 et 68 % des médecins ligériens, pour la dernière PAD vivant à domicile vue. Dans 61 % des cas (66 % en France, 65 % en Bourgogne, 74 % en PACA), les praticiens ligériens ont prescrit des soins de kinésithérapie, cette pratique pouvant en partie être rapprochée du niveau d'accessibilité des masseurs-kinésithérapeutes dans la zone de patientèle des médecins. L'orientation vers des ateliers de prévention des chutes est citée par 5 % des médecins (5 % en France et en Bourgogne, 4 % en PACA).

Des pratiques de continuité des soins qui s'ajustent à la complexité des situations de dépendance

Un peu plus du tiers des PAD vues par les médecins bénéficient de soins infirmiers à fréquence au moins hebdomadaire - pansements, perfusions, etc. - (43 % au plan national, 45 % en Bourgogne et 42 % en PACA) et 6 % font l'objet de soins médicaux lourds - séances

de dialyse, chimiothérapie, soins palliatifs, etc. - (7 % au plan national, 11 % en Bourgogne et 10 % en PACA).

Une mission des médecins généralistes, telle qu'elle a été réaffirmée lors de la mise en place de la réforme du médecin traitant en 2004, consiste à veiller à la continuité des soins entrepris. 35 % des médecins ligériens déclarent, à cet égard, renseigner un cahier de liaison à la suite d'une visite à domicile. A l'instar des résultats décrits pour l'évaluation du risque de chute, l'utilisation du cahier de liaison est plus importante dans les Pays de la Loire qu'en Bourgogne (32 %), mais moins élevée qu'en France (45 %) et surtout en PACA (63 %).

Une majorité de praticiens ligériens (59 %) déclarent en outre téléphoner aux aidants pour assurer la continuité des soins, valeur identique à celles observées au plan national et en Bourgogne, mais inférieure à celle de PACA (68 %).

Ces pratiques sont étroitement liées aux caractéristiques des PAD, ce qui peut expliquer en partie les écarts régionaux. Les médecins déclarent en effet plus fréquemment avoir renseigné un cahier de liaison pour les patients présentant les situations de dépendance les plus complexes : personnes en situation économique précaire, vivant seules, et ayant au moins deux types de déficiences différentes.

Implication dans la mise en œuvre d'aides à domicile

Des médecins fréquemment sollicités pour renseigner des certificats pour des demandes d'APA

Les interventions et les aides techniques permettant le maintien à domicile de la PAD peuvent sous certaines conditions être financées par l'APA (encadré 2). Les modalités d'attribution de cette allocation, ainsi que son montant, reposent sur une évaluation du degré de dépendance réalisée à l'aide de la grille Aggir. Le remplissage de cette grille et le classement en Gir relèvent de la responsabilité de l'équipe médicosociale du Conseil général^[9]. A cet égard, interrogés sur le classement en Gir de la dernière PAD vivant à domicile vue, les médecins généralistes disent ne pas le connaître dans un peu plus d'un tiers des cas.

Si seuls 14 % des médecins généralistes déclarent avoir participé, à la demande du Conseil général, à des évaluations APA au domicile de PAD, les praticiens restent par contre fréquemment sollicités pour renseigner un certificat médical dans le cadre d'une demande d'APA. 85 % des médecins généralistes déclarent ainsi en avoir rédigé au cours du dernier trimestre. Une circulaire relative à la rationalisation des certificats médicaux, publiée dans le Bulletin officiel du Ministère chargé de la santé quelques mois avant la réalisation de cette enquête, précise pourtant que le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical^[9].

L'APA permet notamment de financer le recours à une aide à domicile⁴ pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. 90 % des PAD vivant à domicile décrites par les médecins ont besoin de ce type d'aide, qui est apportée dans 80% des cas par une aide à domicile et près d'une fois sur deux par l'entourage. Dans plus de 30 % des cas, la personne âgée bénéficie d'une aide mixte (professionnelle et non professionnelle) pour ces activités.

Assez fréquemment (plus de six fois sur dix), le médecin généraliste est à l'origine de la mise en place d'une aide professionnelle à domicile, soit qu'il ait contacté directement le service d'aide à ce sujet (12 %), soit qu'il ait conseillé à l'entourage de le faire (50 %).

Soins d'hygiène et aide à la toilette, une illustration de la diversité des intervenants professionnels

Dans près de 80% des cas, les PAD décrites par les médecins généralistes ligériens ont besoin d'une aide régulière pour la toilette ou pour des soins d'hygiène.

Un rapport du CreDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé, devenu Irdes) datant de 2002 soulignait déjà les difficultés à mettre en place une coordination sanitaire et sociale auprès des PAD autour de ces tâches^[10], qui peuvent être

4 - La profession d'aide à domicile a essentiellement en charge la réalisation de tâches ménagères (courses, préparation des repas, entretien du logement, du linge, aide pour l'habillement...). Les aides à domicile titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) disposent de compétences élargies, permettant notamment leur participation aux tâches relatives aux toilettes, lorsque ces actes n'ont pas fait l'objet d'une prescription médicale (décret n° 2007-348 du 14 mars 2007 relatif au DEAVS).

réalisées par plusieurs intervenants professionnels différents, chacun faisant l'objet de modalités de prise en charge spécifiques.

Interrogés sur les personnes qui participent aux toilettes et soins d'hygiène de la dernière PAD vue, les médecins généralistes des Pays de la Loire citent en premier lieu les infirmiers libéraux (39 %), puis les aides à domicile (35 %), les aides-soignants de Ssiad (services de soins infirmiers à domicile, 23 %), et enfin les proches des personnes âgées (18 %). Cette répartition diffère assez peu de la moyenne nationale, hormis une participation moins importante des infirmiers libéraux dans la région (fig.3).

Les écarts entre les trois régions du Panel sont par contre très marqués. La place des infirmiers libéraux est en effet très large-

ment prépondérante en PACA. Ces résultats peuvent être rapprochés de l'offre particulièrement élevée en infirmiers libéraux dans cette région, professionnels qui sur ce territoire consacrent en outre une part importante de leur activité à la réalisation de soins d'hygiène^[10].

Ces écarts peuvent aussi être rapprochés de différences sur le caractère plutôt urbain ou rural de chacune des régions. En effet, la répartition des différents intervenants de l'aide pour la toilette et les soins d'hygiène varie nettement selon la zone d'exercice des médecins : les infirmiers libéraux sont fréquemment cités par les praticiens exerçant en zones urbaines ou périurbaines, alors que les aides-soignants de Ssiad prennent une place plus importante pour ceux exerçant en zones rurales.

Une large majorité de médecins généralistes s'impliquent dans la mise en œuvre des soins d'hygiène

Dans près d'un cas sur dix, plusieurs professionnels se partagent l'aide à la toilette et les soins d'hygiène (le plus souvent infirmier libéral et aide à domicile). Dans 7 % des cas, ces tâches sont assurées à la fois par l'entourage et par un ou plusieurs intervenants professionnels.

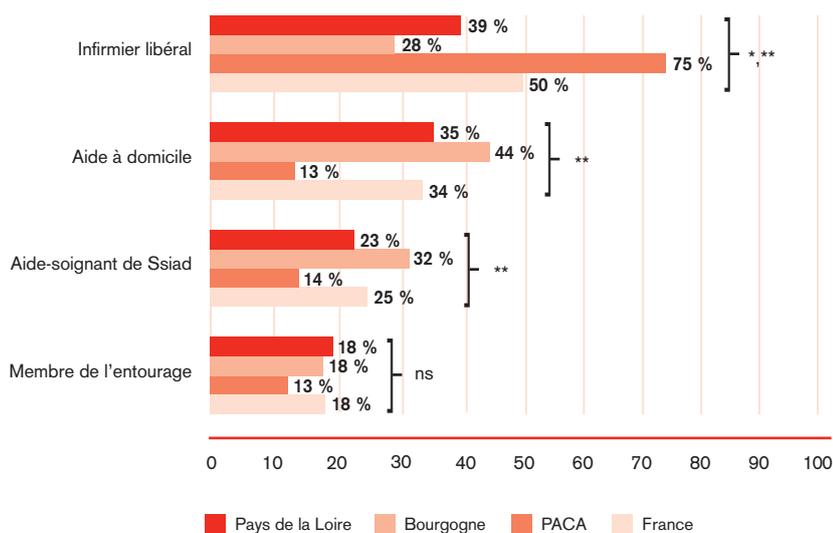
Quel que soit le type de professionnel mobilisé, le médecin généraliste est fréquemment à l'origine de la mise en place de son intervention. Dans la très grande majorité des cas (89 %), les soins d'hygiène réalisés par un aide-soignant de Ssiad ou un infirmier libéral ont été prescrits par le médecin généraliste, deux fois sur trois à la demande de l'entourage de la PAD.

L'orientation de la personne âgée vers un Ssiad est principalement motivée, selon les médecins, par la possibilité d'une prise en charge coordonnée et par l'habitude de travailler avec des services de ce type (86 %), mais aussi par l'existence et l'importance de l'offre en Ssiad dans la zone de patientèle (72 %). A des raisons de ce type s'ajoute notamment, pour l'orientation vers un infirmier libéral, la possibilité d'associer aux toilettes des soins plus techniques (60 %).

Dans les situations où une aide à domicile a été mise à contribution pour des toilettes, le médecin généraliste a pris contact lui-même avec le service d'aide dans près d'un cas sur quatre (23 %). Dans 56 % des cas, il a conseillé à l'entourage de prendre contact avec ce service.

FIG.3 Personnes apportant une aide pour la toilette et les soins d'hygiène, selon les régions

Proportion de personnes âgées dépendantes vivant à domicile aidées régulièrement pour la toilette et les soins d'hygiène par un/une... (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

* différence significative entre les Pays de la Loire et la France au seuil de 5 % ;

** différences significatives entre les trois régions au seuil de 5 % ; ns : pas de différence significative au seuil de 5 %

Perceptions autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Une perception des missions du médecin qui dépasse la dimension médicale

Les dimensions sociales et environnementales font partie intégrante de la prise en charge des PAD telle qu'elle est perçue par une majorité des médecins généralistes. Interrogés sur leur rôle dans le suivi des PAD, 78 % des praticiens ligériens déclarent qu'il consiste à s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin (81 % au plan national, 84 % en Bourgogne et 81 % en PACA), ou à repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement (80 % au plan national, 84 % en Bourgogne et 78 % en PACA). 54 % des médecins pensent que leur rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques (59 % au plan national, 55 % en Bourgogne et en PACA).

Des difficultés souvent évoquées pour les PAD en situation économique précaire

Interrogés sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer lors de la prise en charge de la dernière PAD vue, les praticiens ligériens évoquent en premier lieu les problèmes de communication avec le patient (25 %), de prise en compte des conseils de prévention (22 %), et d'observance des traitements (17 %).

Les difficultés liées à la mise en place des aides prescrites (12 %), à la coordination des interventions des différents professionnels (9 %), et aux échanges avec les aidants non professionnels (9 %) sont moins souvent avancées. Dans un quart des cas, les médecins déclarent rencontrer des difficultés dans au moins deux de ces domaines.

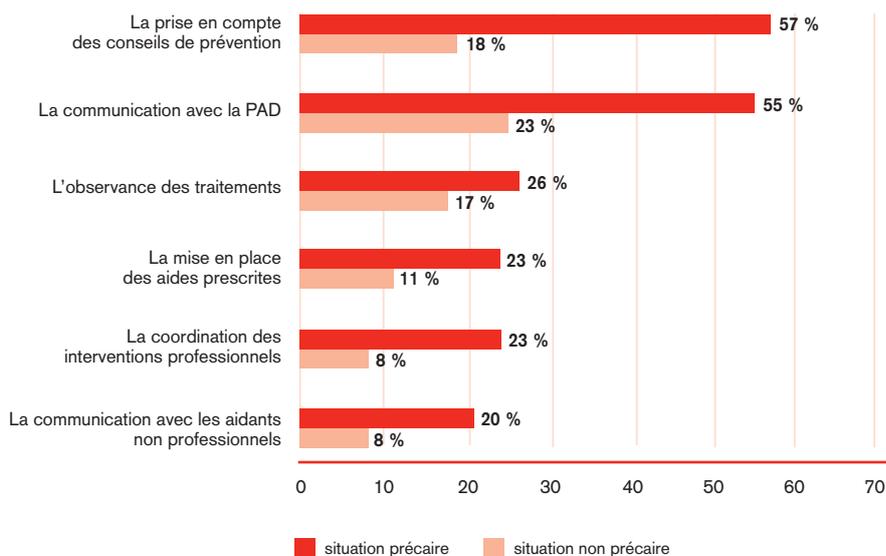
L'évocation par les médecins de difficultés de prise en charge est nettement associée à la notion d'une situation économique précaire pour la PAD (fig.4). Dans une analyse réalisée toutes choses égales par ailleurs, indépendamment de ce facteur et de la possession ou non d'un diplôme en

gériatrie, l'existence de difficultés de prise en charge est aussi plus couramment évoquée parmi les médecins plus jeunes (31 % chez ceux de moins de 49 ans, contre 18 % pour ceux de plus de 56 ans).



FIG.4 Difficultés de prise en charge, selon la situation économique des personnes âgées dépendantes - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant, au sujet de la dernière personne âgée dépendante vue, avoir rencontré des difficultés (oui/plutôt oui) pour ... (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012).
ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

La quasi-totalité des médecins pensent qu'une meilleure coordination autour de la PAD serait bénéfique

La législation française place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des PAD vivant à domicile, en lui confiant notamment la responsabilité de "s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients" (article L4130-1 du Code de la santé publique, introduit récemment par la loi HPST du 21 juillet 2009). 16 % des praticiens ligériens déclarent, à ce titre, avoir participé à des réunions pour coordonner les interventions autour de la dernière PAD vue (17 % au plan national, 19 % en Bourgogne et 20 % en PACA). Parmi les médecins n'ayant mentionné aucune réunion de coordination pour cette dernière PAD, 30 % pensent néanmoins que ce type de rencontre aurait été utile (28 % au plan national, 27 % en Bourgogne et 23 % en PACA). Ces proportions sont plus élevées parmi les médecins qui décrivent les PAD ayant les situations de dépendance les plus complexes (patients ayant une situation économique précaire et présentant au moins deux types de déficiences).

Au total, 13 % des médecins généralistes considèrent que la prise en charge de la dernière PAD vue nécessiterait une coordination plus formelle. Cette proportion est plus élevée parmi les médecins indiquant que la PAD ne bénéficie d'aucune aide de la part de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Lorsqu'ils déclarent souhaiter une coordination plus formelle, 77 % des médecins seraient prêts à réaliser eux-mêmes cette coordination,

moyennant cependant une rémunération pour plus de la moitié d'entre eux (61 %).

Questionnés de manière plus générale sur les facteurs susceptibles d'améliorer la prise en charge des PAD, près de 95 % des médecins généralistes déclarent qu'une meilleure coordination entre eux, les intervenants à domicile et les services hospitaliers serait bénéfique.

Recours à l'hospitalisation d'une personne âgée dépendante

Des médecins généralistes régulièrement confrontés à la décision d'hospitaliser une personne âgée

Le recours à une hospitalisation est un choix particulièrement délicat, auquel les médecins généralistes sont régulièrement confrontés lors de la prise en charge de patients âgés. S'agissant des PAD, un séjour hospitalier peut, dans certaines situations, avoir des répercussions importantes en lien notamment avec un risque d'aggravation souvent irréversible de la perte d'autonomie^[11].

Lors d'une hospitalisation, les occasions d'échanges entre les médecins généralistes et l'hôpital sont multiples : contacts préalables de services hospitaliers pour programmer le séjour, ou du service

des urgences pour s'informer des conditions d'accès, envois d'un avis de passage aux urgences et du compte-rendu d'hospitalisation de la PAD, échanges téléphoniques pour préparer la sortie de l'hôpital... La qualité de ces contacts peut, pour partie, conditionner le devenir de la PAD, et plus particulièrement son risque de réhospitalisation. Les médecins généralistes des Pays de la Loire ont été interrogés à ce propos, pour la dernière PAD âgée de plus de 75 ans et vivant à domicile qu'ils ont fait hospitaliser.

Des hospitalisations rarement programmées et des PAD qui passent le plus souvent par le service des urgences

Les situations où la PAD est adressée directement par le médecin généraliste au service hospitalier concerné sont très minoritaires. Dans 87 % des cas, les hospitalisations décrites par les praticiens sont non programmées, et l'admission de la PAD fait suite à un passage par le service des urgences près de sept fois sur dix.

Les médecins généralistes ont souvent été contraints d'adresser directement la PAD au service des urgences car son état de santé nécessitait une prise en charge immédiate (95 %) et un bilan complet dans des délais rapides (60 %), ou parce que la PAD devait faire l'objet d'une surveillance que son entourage ne pouvait assurer (51 %).

Dans un certain nombre de cas, les praticiens précisent toutefois, en plus de ces raisons, une "impossibilité de programmer l'hospitalisation" (43 %). Ces situations peuvent être rapprochées de multiples facteurs, notamment de la charge de travail supplémentaire et du manque de temps pour le médecin généraliste pour réaliser cette programmation, et des délais d'admission à l'hôpital trop longs^[12]. Par ailleurs, l'organisation propre à certains hôpitaux ne permet pas d'admettre un patient sans un passage par le service des urgences.

Les difficultés d'accès à un interlocuteur hospitalier constituent en outre un obstacle fréquent à la programmation d'une hospitalisation. Près de 70 % des praticiens n'ont pas contacté un service hospitalier avant d'adresser la PAD au service des urgences, et parmi eux 44 % l'expliquent par des difficultés à joindre ces services afin de programmer une hospitalisation.

Interrogés plus généralement sur la possibilité de programmer l'hospitalisation de personnes âgées (dépendantes ou non) auprès de l'hôpital le plus proche, près de deux médecins généralistes sur trois jugent que cela est difficile.

Six médecins sur dix déclarent avoir reçu un avis de passage de la part du service des urgences

Un peu plus d'un médecin généraliste sur deux (55 %) a connaissance d'un numéro de téléphone permettant de contacter un médecin senior sur les conditions d'accès aux urgences. Parmi ces praticiens, 72 %

ont utilisé ce numéro de téléphone. Dans les situations où la PAD hospitalisée est passée par le service des urgences, 61 % des médecins généralistes déclarent avoir reçu un avis d'admission de la part de ce service.

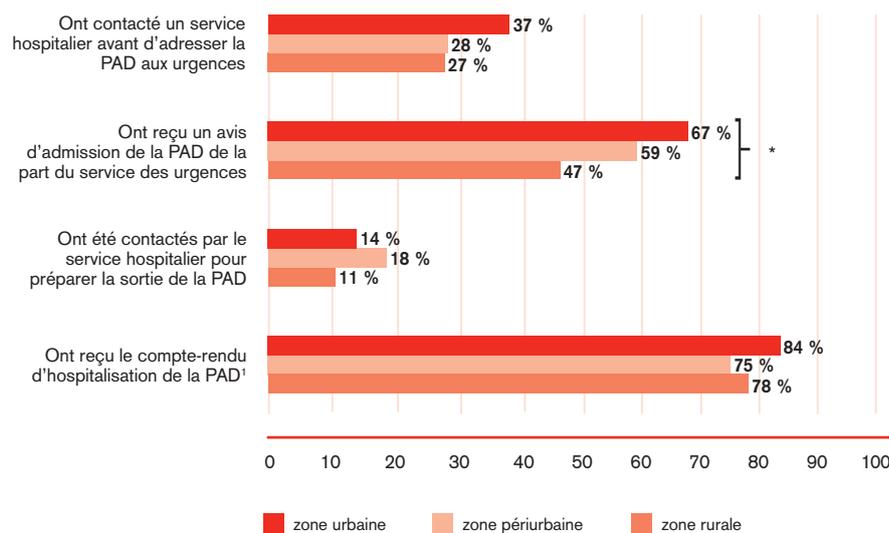
Une analyse toutes choses égales par ailleurs indique que les praticiens qui exercent en zone urbaine signalent plus fréquemment avoir reçu l'avis de passage aux urgences que ceux exerçant en zone rurale (fig.5). L'interprétation de cet écart est complexe. Il pourrait en partie être rapproché de différences de modes d'organisation hospitalière entre zones géographiques.

53 % des médecins pensent que le compte-rendu d'hospitalisation leur a été adressé dans des délais satisfaisants

Les conclusions de l'hospitalisation ainsi que les préconisations de prise en charge après la sortie de l'hôpital constituent des éléments essentiels à la continuité des soins. A cet égard, les établissements de santé sont tenus de fournir la copie de ces informations au patient au moment de sa sortie, ou au praticien que le patient aura désigné, dans un délai de huit jours (article R1112-1 du Code de la santé publique).

FIG.5 Echanges entre le médecin généraliste et l'établissement d'hospitalisation de la personne âgée dépendante, selon la zone d'exercice - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes qui, au sujet de la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont fait hospitaliser... (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (mars-juin 2012). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

1 - Parmi les situations où la PAD est rentrée à son domicile ou a été transférée vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées à la suite de son séjour hospitalier

* différences significatives entre zones d'exercice au seuil de 5 %

Parmi les situations où la PAD est rentrée à son domicile, ou a été transférée vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées à la suite de son séjour hospitalier, 81 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir reçu le compte-rendu d'hospitalisation. Dans un certain nombre de cas, il est possible que les praticiens n'aient pas reçu ce document parce qu'ils n'ont pas été signalés par la PAD ou son entourage à l'équipe soignante de l'hôpital.

53 % des médecins qui ont reçu le compte-rendu jugent que le courrier a été adressé dans des délais satisfaisants pour permettre la continuité des soins.

La continuité des soins peut aussi être assurée, de manière moins formelle, par un contact direct de l'équipe soignante du service hospitalier auprès du médecin généraliste. Près d'un praticien sur sept déclare que ce contact a eu lieu. Dans les cas où les services hospitaliers ne les ont pas joints, 42 % des praticiens pensent que cela aurait été nécessaire pour assurer la sortie de la PAD.

Cette prise de contact de l'établissement est nettement plus fréquente parmi les médecins généralistes qui déclarent avoir eux-mêmes tenté de joindre un service hospitalier avant d'adresser une PAD aux urgences (20 %, contre 6 % lorsque ce contact préalable du praticien n'a pas eu lieu).

La prochaine publication du Panel en médecine générale décrira la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution (n°8).



SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies de mars à juin 2012 auprès d'un échantillon représentatif de 383 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier) des Pays de la Loire.

Ces médecins ligériens font partie du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice qui compte au total plus de 2 100 médecins et associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Il est interrogé cinq fois sur la période 2010-2012, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues, le calendrier des résultats à paraître, ainsi que les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur www.santepaysdelaloire.com et www.urps-ml-paysdelaloire.fr.

La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur www.drees.sante.gouv.fr

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ml). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URPS-ml des deux autres régions concernées.

Son financement est assuré par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Drees.

AUTEURS

Cette étude sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes des Pays de la Loire a été réalisée par Jean-François Buyck, François Tuffreau, Françoise Lelièvre (ORS Pays de la Loire) et Thomas Hérault (URPS-ml Pays de la Loire).

REMERCIEMENTS

A tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

A Marie Cavillon, Bénédicte Castéran-Sacreste et Fanny Mikol (Drees) pour leur participation active à la réalisation de cette étude.

Aux docteurs Jean-Jacques Frasin, Yves Lequeux, Marie Lugand et Laurent Pons pour leur relecture.

CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. (2012). Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. *Etudes*. Insee Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire. 6 p.

[2] Pennec S, Fernandez G, Le Borgne-Uguen F *et al.* (2007). Les médecins généralistes dans le soin aux personnes âgées dépendantes. Université de Bretagne occidentale. 486 p. + annexes.

[3] Gautier A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Ed. Inpes. 261 p.

[4] Barlet M, Coldefy M, Collin C *et al.* (2012). L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. *Pour*. GREP. n° 214. pp. 31-40.

[5] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E *et al.* (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 797. 8 p.

[6] Breuil-Genier P, Goffette C. (2006). La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 481. 8 p.

[7] Roter DL, Hall JA, Aoki Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. vol. 288, n° 6. pp. 756-764.

[8] SFDRMG, HAS. (2005). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations pour la pratique clinique. 12 p.

[9] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. (2011). Circulaire DSS/MCGR/DGS n° 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux. *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité*. n° 10. pp. 336-342. [lien internet]. www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0056.pdf

[10] Com-Ruelle L, Dourgnon P, Midy F. (2002). L'infirmière libérale et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile. *Credes*. 100 p.

[11] Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH *et al.* (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. vol. 51, n° 4. pp. 451-458.

[12] Le Gall A. (2010). Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine*. vol. 6, n° 7. pp. 326-330.

POUR EN SAVOIR PLUS

Buyck JF, Castéran-Sacreste B, Cavillon M *et al.* (2014). La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 869. 6 p.

ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 8. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 12 p.

L'ORS et l'URPS-ml autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet www.santepaysdelaloire.com et www.urps-ml-paysdelaloire.fr
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - accueil@orspaysdelaloire.com • URPS-ml - Tél. 02 51 82 23 01 - contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

PANEL D'OBSERVATION DREES
des pratiques et des conditions d'exercice ORS
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

DIRECTION
DE LA RECHERCHE
DES ÉTUDES
DE L'ÉVALUATION
ET DES STATISTIQUES
drees