

Études et Résultats

drees

PANEL D'OBSERVATION
des pratiques et des conditions d'exercice
en Médecine Générale

DREES
ORS
URPS Médecin Libéraux

N° 869 • février 2014

La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

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 de ces praticiens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient et un temps de consultation relativement long.

Deux praticiens sur trois déclarent avoir participé activement à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne de la dernière personne âgée dépendante qu'ils ont vue en consultation au cabinet ou en visite à domicile. 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, tout comme leur disponibilité très hétérogène selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans ses missions de coordination des soins.

À cet égard, 40 % des médecins généralistes participent à des réunions de coordination ou pensent que ce serait utile, et la très grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Jean-François BUYCK¹, Bénédicte CASTERAN-SACRESTE², Marie CAVILLON², Françoise LELIEVRE¹, François TUFFREAU¹, Fanny MIKOL²

1. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social



En 2008, la France compte 1,3 million de personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de dépendance, selon les estimations de l'enquête Handicap-Santé INSEE-DREES (encadré 1). Cela représente près d'une personne de cette classe d'âges sur dix (près de quatre personnes sur dix après 85 ans), la majorité d'entre elles vivant à domicile. La prise en charge des personnes âgées dépendantes (PAD) constitue un enjeu majeur des politiques sanitaires et sociales, dont l'importance devrait encore s'accroître au cours des prochaines décennies, compte tenu du vieillissement de la population française.

Le médecin généraliste : un acteur important mais méconnu dans la prise en charge de la dépendance

Selon l'enquête Handicap-Santé¹, 98 % des PAD font appel au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste. L'implication et les perceptions de ces praticiens dans la prise en charge des PAD restent pourtant peu décrites en France.

Un panel de médecine de ville composé d'un échantillon national et de

trois échantillons régionaux a été mis en place en juin 2010 (encadré 2). La quatrième vague d'enquête, réalisée entre mars et juin 2012, vise à analyser le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge médicale et sociale des PAD. Cette étude s'intéresse plus particulièrement au suivi de celles qui vivent à domicile.

Interrogés sur la place des PAD vivant à domicile dans leur patientèle actuelle, 95 % des médecins généralistes déclarent en suivre au moins une et près de 40 % au moins vingt. En moyenne, ces praticiens prennent en charge vingt et une PAD vivant à domicile.

Près de 45 % des médecins hommes déclarent suivre au moins vingt PAD, contre 22 % de leurs consœurs. Cet effet de genre, relativement marqué, a déjà été documenté s'agissant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer². Ce résultat est appuyé par une analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP, Caisse nationale d'Assurance maladie), qui indique que la patientèle des médecins hommes (16 % de personnes âgées de plus de 70 ans) est globalement plus âgée que celle de leurs consœurs (11 %).

Une analyse toutes choses égales par ailleurs³ confirme cet effet de genre, qui paraît toutefois moins marqué parmi les médecins les plus jeunes. Cette analyse indique, en outre, que la zone d'exercice est nettement associée au fait de suivre un nombre élevé de PAD. Un médecin exerçant en zone rurale⁴ a ainsi une probabilité 2,2 fois plus élevée de suivre au moins vingt 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 (Barlet *et al.*, 2012), les médecins de ces territoires pouvant être appelés à prendre en charge un plus grand nombre de patients, quel que soit leur âge.

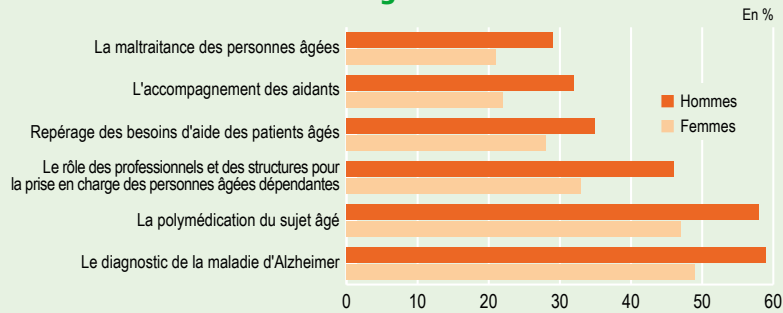
Une prise en charge complexe, nécessitant le plus souvent une visite à domicile

Plus d'un médecin généraliste sur dix déclare avoir un ou plusieurs diplômes en gériatrie, les hommes étant proportionnellement plus nombreux à indiquer qu'ils disposent de ces formations (13 % contre 8 % de leurs consœurs). Cette situation est également plus fréquente parmi les médecins exerçant en zone rurale (17 % contre 10 % des médecins exerçant en zone urbaine ou périurbaine). Par ailleurs, la part de généralistes diplômés en gériatrie augmente avec l'âge : 13 % parmi ceux âgés de plus de 56 ans contre 7 % parmi ceux âgés de moins de 49 ans.

En outre, trois quarts des médecins déclarent avoir suivi au moins une séance de formation médicale continue (FMC) sur les patients âgés, les formations les plus souvent citées étant celles relatives au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (56 %) et à la polymédication du sujet âgé (55 %). À l'inverse, seuls un quart des médecins déclarent avoir suivi une séance sur la maltraitance des personnes âgées. Parmi les praticiens n'ayant pas suivi cette formation, deux sur dix ont indiqué qu'elle les intéressait. Quelle que soit la thématique évoquée autour du patient âgé, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que leurs consœurs à déclarer avoir suivi une séance de formation (graphique 1). Ce phénomène semble spécifique au champ des patients âgés, puisque les résultats d'un précédent panel ont montré que l'implication des généralistes dans la FMC est globalement comparable entre hommes et femmes (Guerville *et al.*, 2009). Le fait d'exercer en groupe ou non n'influence pas,

GRAPHIQUE 1

Séances de formation médicale continue suivies selon le sexe des médecins généralistes

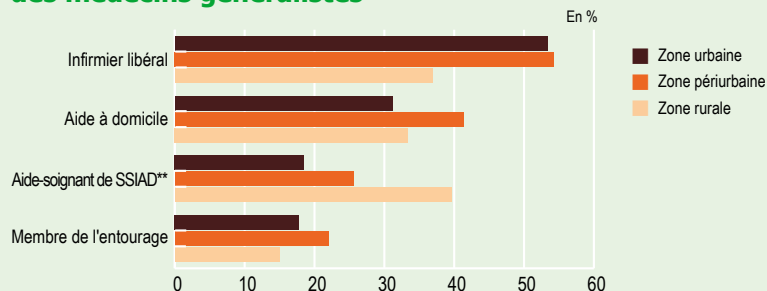


Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux, observatoires régionaux de la santé, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mars-juin 2012.

GRAPHIQUE 2

Personnes intervenant dans les soins d'hygiène et l'aide à la toilette des PAD* selon la zone d'exercice des médecins généralistes



* Personnes âgées dépendantes vivant à domicile. ** Service de soins infirmiers à domicile.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national suivant au moins une personne âgée dépendante vivant à domicile, données pondérées.

Sources • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux, observatoires régionaux de la santé, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mars-juin 2012.

1. Appariée avec les données du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM).

2. Les données du Baromètre santé médecin généraliste 2009 de l'INPES indiquent que les médecins hommes sont proportionnellement plus nombreux que leurs consœurs à avoir suivi au moins dix patients atteints de la maladie d'Alzheimer au cours de la dernière année.

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 vingt PAD) et de mesurer l'effet propre de chacun de ces facteurs indépendamment des autres.

4. Selon la définition utilisée par l'INSEE pour le zonage en unités urbaines 2010.

■ ENCADRÉ 1

Les personnes âgées dépendantes dans le panel des médecins généralistes

Définitions de la dépendance chez les personnes âgées

La quatrième vague d'enquête du panel de médecins généralistes (encadré 2) questionne globalement les praticiens sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (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 des critères utilisés pour évaluer le degré de dépendance des bénéficiaires potentiels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette allocation est en effet ouverte aux personnes âgées de 60 ans ou plus, dont l'évaluation du niveau de dépendance selon la grille nationale autonomie gérontologie – groupes iso-ressources (AGGIR) a abouti à un classement dans un groupe iso-ressources (GIR) un à quatre sur une échelle allant jusqu'à six, les personnes situées en GIR 1 et 2 étant les plus dépendantes. Elle permet notamment de financer une partie des aides (professionnels intervenant auprès de la personne âgée, aides techniques ou aménagement du logement) compensant les difficultés de la vie quotidienne rencontrées par la PAD. Près de 1,2 million de personnes sont bénéficiaires de l'APA à la fin de l'année 2011 en France (dont 720 000 vivent à domicile)¹. L'enquête Handicap-Santé (INSEE) 2008-2009 a repris cette définition de la dépendance. Selon cette enquête, on dénombre, en France, 1,3 million de PAD en 2008-2009 (dont 900 000 vivent à domicile)².

Le dernier patient âgé dépendant vu décrit dans le panel

Selon les résultats du panel, deux tiers des PAD vivant à domicile décrites par les médecins généralistes sont des femmes, et plus de 80 % sont âgées d'au moins 80 ans. Plus de la moitié de ces personnes vivent seules à leur domicile (62 % des femmes, 34 % des hommes) et 15 % sont, selon leur médecin, dans une situation économique précaire (16 % des femmes, 13 % des hommes).

La déficience locomotrice est l'origine de la perte d'autonomie la plus souvent citée par les médecins (79 %), devant les déficiences cognitives et comportementales (52 % et 37 %), alors que les déficiences de nature sensorielle sont moins fréquentes. Les personnes âgées présentent, le plus souvent, une association de déficiences : plus du tiers (35 %) ont deux types de déficiences, 43 % en ont trois ou plus. Dans 28 % des cas, les médecins évoquent un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Lorsque le médecin dit connaître le niveau de GIR de la dernière PAD vue, il est évalué en GIR 1 ou 2 dans un cas sur trois.

Ces résultats mettent en évidence des différences par rapport aux autres sources d'information relatives aux PAD, notamment en termes d'âge (les patients décrits sont plus âgés que les bénéficiaires de l'APA ou que les personnes en GIR 1 à 4 de l'enquête Handicap-Santé), de fréquence de diagnostic de la maladie d'Alzheimer (plus élevée que dans l'enquête Handicap-Santé) ou de niveaux de dépendance estimés à partir de la grille AGGIR (les patients dépendants décrits sont plus souvent en GIR 1 ou 2 que dans l'enquête Handicap-Santé).

Comme il s'agit du dernier patient âgé dépendant vu en consultation ou en visite, et que la fréquence des recours aux soins va de pair avec le niveau de dépendance, il est probable que les médecins du panel aient décrit les situations de dépendance les plus sévères. De plus, les données de cette enquête sont déclaratives et peuvent de fait être entachées d'un biais de mémoire, les médecins se souvenant certainement avec plus de facilité des patients les plus dépendants. Cela peut être accentué par le fait qu'une part d'entre eux ne connaissent pas bien les grilles d'évaluation de la dépendance à visée administrative, et ne perçoivent donc pas comme dépendants des patients qui le seraient faiblement selon des critères de type AGGIR. Enfin, ces médecins ont pu s'orienter préférentiellement, dans leur définition propre d'une PAD, vers une situation dans laquelle ils se sont particulièrement investis. Certains résultats de cette enquête (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 cette hypothèse.

Les résultats relatifs au dernier patient âgé dépendant vu illustrent donc les opinions et les prises en charge de cas plutôt sévères par les médecins généralistes et doivent donc être interprétés avec précaution. En effet, ces résultats ne sont pas représentatifs de la population des PAD dans son ensemble.

1. DREES, 2013, données concernant l'allocation personnalisée d'autonomie.

2. L'écart avec le nombre de bénéficiaires de l'allocation pour l'autonomie (APA) peut être expliqué par le non-recours à l'APA de personnes potentiellement éligibles et par la « reconstruction » théorique du niveau de dépendance (cf. Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », Document de travail, Série sources et méthodes, DREES, n° 26, septembre).

■ ENCADRÉ 2

La quatrième vague d'enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

En juin 2010, un panel de médecins généralistes libéraux constitué d'un échantillon national et de trois extensions régionales a été mis en place grâce à un partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) de trois régions (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur). À raison d'une enquête par semestre pendant trois ans, les médecins sont interrogés sur l'économie du cabinet, le temps travaillé et les attitudes et pratiques dans la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (santé mentale, vaccinations, dépendance...).

Construction de l'échantillon

La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire Adeli qui recense l'ensemble des professions de santé réglementées par le Code de la santé, de la famille et de l'aide sociale. Un appariement avec le Système national d'information interrégime de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (SNIIRAM) a permis de ne retenir que les praticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année et d'ajouter un indicateur de son activité libérale. Les médecins avec un exercice exclusivement salarié (médecins hospitaliers, en centre de santé), ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif (homéopathie, acupuncture...) ont été exclus. Les échantillons ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, le type de la commune d'exercice et le volume d'activité des médecins. Le taux de réponse obtenu n'a pas été identique pour toutes les strates. Ainsi, les données ont été pondérées afin que les résultats obtenus sur les échantillons enquêtés dans chaque région et au niveau national soient représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant sur chaque territoire.

Pour la quatrième vague d'enquête, 2 218 médecins ont été sollicités par courrier puis par téléphone (entretiens réalisés à l'aide du système CATI : Computer Assisted Telephone Interview) pour aboutir à un échantillon de 2 019 répondants, soit un taux de participation (rapport entre le nombre de médecins ayant accepté de participer à la quatrième vague du panel et le nombre de médecins ayant accepté de répondre à la première vague) de 83 % pour l'échantillon national et variant entre 71 % et 84 % pour les échantillons régionaux.

Questionnaire

Le questionnaire de la quatrième vague d'enquête comprenait 89 questions portant sur :

- la place de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (PAD) chez les médecins généralistes : nombre de PAD suivies vivant à domicile et en institution, formations en gériatrie, participation à un réseau gérontologique et à des évaluations de la dépendance ;
- les pratiques de prise en charge lors des visites à domicile et des consultations en cabinet, à l'aide d'un cas concret portant sur la dernière PAD vue par le médecin : caractéristiques du patient (âge, sexe, situation socio-économique, origine de la dépendance et son niveau, soins médicaux et paramédicaux prescrits...), déroulement de la consultation ou de la visite (motif, durée, échanges avec le patient ou une personne l'accompagnant...), prévention des chutes, prise en charge en cas de maladie d'Alzheimer, implication dans la mise en œuvre d'aides pour les activités de la vie quotidienne, coordination des interventions, difficultés de prise en charge ;
- les pratiques de prise en charge lors des visites de personnes âgées vivant en institution, par l'étude du dernier cas vu dans ce contexte par le médecin : caractéristiques du patient et de l'établissement d'hébergement, déroulement de la visite ;
- la perception des médecins sur leur rôle dans la prise en charge des PAD.

quant à lui, la propension à suivre ce type de formation.

Les médecins généralistes ont effectué en moyenne, quel que soit le type de patients pris en charge (PAD ou non), 5 100 actes en 2010 (source : CNAMTS). Les visites à domicile représentent 12 % de ces actes (le reste correspondant à des consultations et des actes en cabinet), une part en forte diminution ces dernières années. Elles restent cependant plus fréquentes parmi les patients âgés : en 2010, elles représentaient notamment 35 % des actes réalisés par les médecins généralistes auprès des patients de plus de 70 ans (Collin *et al.*, 2012).

En ce qui concerne les PAD, le rapport est même inversé, puisque 84 % des prises en charge décrites par les médecins du panel correspondent à des visites à domicile. Cette donnée peut être rapprochée de la complexité (clinique, psychosociale) des situations de dépendance décrites par les généralistes, les données en population générale indiquant une part des visites augmentant avec la sévérité de la dépendance (Calvet et Montaut, 2013). En effet, les PAD évoquées par ces praticiens présentent en moyenne un état plus grave que les personnes décrites habituellement dans les enquêtes sur la dépendance (encadré 1). Les résultats de cette étude illustrent donc les opinions et les prises en charge de cas plutôt sévères par les médecins généralistes et doivent donc être interprétés avec précaution, n'étant pas représentatifs de la population des PAD dans son ensemble.

L'échange ne s'effectue pas toujours avec le seul patient : dans près de 15 % des visites à domicile, le dialogue s'est principalement établi avec une personne accompagnant la personne âgée. Cette proportion s'élève à 25 % pour les consultations au cabinet du médecin : outre le fait que la présence d'un accompagnant est nécessairement plus fréquente pour des raisons de mobilité, les PAD vues dans ce cadre présentent plus souvent des déficiences cognitives et comportementales.

La complexité de cette prise en charge se mesure aussi en termes de durée de consultation. Les médecins déclarent une durée moyenne de 25 minutes lors des visites à domicile (hors temps de déplacement) et de 23 minutes lors des consultations à leur cabinet. Ces valeurs sont nettement plus élevées que celles observées sur l'ensemble de leur patientèle (18 minutes s'agissant des consultations au cabinet,

selon la seconde vague d'enquête du panel [Jakubovitch *et al.*, 2012]).

Indépendamment des caractéristiques des PAD prises en charge, les médecins femmes déclarent des durées nettement plus élevées que les hommes (29 minutes en moyenne en visite à domicile et 25 minutes pour les consultations en cabinet contre 24 et 22 minutes chez leurs confrères). Cet effet de genre, déjà bien documenté (Breuil-Genier *et al.*, 2006) quel que soit l'âge du patient consulté, peut en partie être rapproché de la nature différente des échanges avec les patients.

La majorité des prises en charge décrites par les médecins (65 % des visites à domicile, 73 % 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 (14 %) ou d'affections aiguës (12 %) étant, quant à elles, nettement moins courantes. Les motifs liés à des complications de pathologies chroniques sont plus fréquents pour les patients en situation économique précaire (25 % des visites à domicile contre 14 % pour les autres patients).

Un recours variable à des outils d'évaluation

Les médecins disposent de différents outils et échelles pour évaluer le niveau de dépendance de leurs patients âgés. Si un quart des médecins déclarent utiliser « toujours » ou « souvent » ce type d'outils, ils sont près 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 deux fois plus fréquente parmi les médecins déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie. Elle est même trois fois plus fréquente chez les 13 % de médecins membres d'un réseau gérontologique,

ainsi que pour les 8 % des médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour PAD (EHPAD).

Les chutes accidentelles représentent un facteur important d'aggravation des situations de dépendance chez les personnes âgées. Selon les dernières 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 consultation⁵. Près de la moitié des médecins généralistes déclarent avoir fait cette évaluation pour la dernière PAD vue.

Une analyse toutes choses égales par ailleurs indique que le risque de chute est plus souvent évalué pour les patients vivant seuls ou ayant une situation économique précaire.

La stratégie de prise en charge des PAD qui présentent un risque de chute non nul repose notamment, conformément aux recommandations, sur des conseils nutritionnels et sur la recherche et la correction de facteurs iatrogènes. Ces deux pratiques sont citées par respectivement 75 % et 69 % des médecins lorsque la dernière PAD vue présentait un risque de chute (qu'il ait été ou non évalué formellement par le praticien). En outre, deux praticiens sur trois 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 médecins⁶. L'orientation vers des ateliers de prévention des chutes est citée par 5 % des médecins.

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

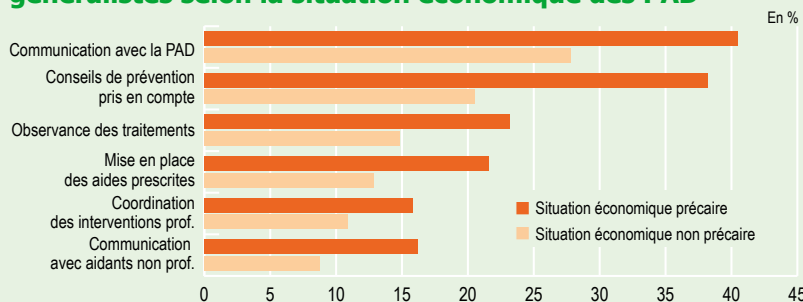
Près de la moitié (43 %) des dernières PAD vues bénéficient de soins infirmiers à une fréquence au moins hebdomadaire (pansements,

5. Société française de documentation et de recherche en médecine générale, Haute Autorité de santé, 2005, « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations pour la pratique clinique ».

6. L'accessibilité potentielle localisée (APL, cf. Barlet *et al.*, 2012) des masseurs-kinésithérapeutes est en moyenne de 83 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants dans les communes des médecins du panel déclarant avoir prescrit des soins de kinésithérapie, contre 71 ETP dans les communes des médecins déclarant ne pas en avoir prescrit.

GRAPHIQUE 3

Difficultés de prise en charge évoquées par les médecins généralistes selon la situation économique des PAD*



* Personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national suivant au moins une personne âgée dépendante vivant à domicile, données pondérées.
Source • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux, observatoires régionaux de la santé, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mars-juin 2012.

perfusions, etc.) et 7 % ont des soins médicaux lourds (séances de dialyse, chimiothérapies, soins palliatifs, etc.).

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 »⁷. Près d'un médecin sur deux déclare, à cet égard, renseigner un cahier de liaison à la suite d'une visite à domicile et est à l'origine de l'instauration de ce cahier dans plus de la moitié des cas. En outre, une majorité d'entre eux (59 %) déclarent téléphoner aux aidants pour assurer la continuité des soins.

Ces pratiques sont étroitement liées aux caractéristiques des PAD. Les médecins déclarent ainsi plus souvent avoir renseigné un cahier de liaison pour les patients présentant les situations de dépendance les plus complexes : personnes les plus âgées, les plus dépendantes, vivant seules, ayant une situation économique précaire et nécessitant

l'intervention hebdomadaire de professionnels pour des soins infirmiers ou des soins médicaux lourds.

Les interventions et les aides techniques permettant le maintien à domicile de la personne âgée peuvent sous certaines conditions être financées par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [encadré 1]. 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 autonomie gérontologie – groupe iso-ressources (AGGIR), qui doit être remplie par l'équipe médico-sociale du conseil général.

Les médecins généralistes sont fréquemment sollicités pour renseigner un certificat médical dans le cadre d'une demande d'APA⁸ : près de neuf praticiens sur dix déclarent en avoir rédigé un au cours du dernier trimestre. En revanche, seulement 15 % ont participé, à la demande du conseil général, à des évaluations de l'APA au domicile de la personne âgée. Près

de la moitié d'entre eux déclarent en outre ne pas avoir été formés à l'utilisation de la grille AGGIR et 30% ne pas connaître le classement dans un groupe iso-ressources (GIR) de la dernière PAD vivant à domicile vue.

L'APA permet notamment de financer le recours à une aide à domicile pour la réalisation d'activités domestiques. Plus de 85 % des PAD vivant à domicile décrites par les médecins ont besoin de ce type d'aide, qui est apportée près de huit fois sur dix par une aide à domicile⁹ et plus 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.

Près de deux fois sur trois, le médecin généraliste est à l'origine de la mise en place d'une aide professionnelle à domicile : soit il a contacté directement le service d'aide à ce sujet (16 %), soit il a conseillé à l'entourage de le faire (50 %).

Les soins d'hygiène et l'aide à la toilette illustrent la diversité des intervenants professionnels

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

Un rapport du Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES, 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 (Com-Ruelle *et al.*, 2002). Celles-ci peuvent être réalisées par plusieurs intervenants professionnels différents, chacun faisant l'objet de modalités de prises en charge spécifiques¹⁰.

Interrogés sur les personnes qui participent à la toilette et aux soins d'hygiène de leur dernier patient âgé vu, les médecins citent en premier lieu les infirmiers libéraux (50 %), puis les aides à domicile (34 %), les aides-soignants de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)¹¹ [25 %] et, enfin, les proches des personnes âgées (18 %). Dans un cas sur sept, plusieurs professionnels se partagent l'aide à la toilette et les soins d'hygiène (le plus souvent un infirmier libéral et une aide à domicile). Dans près d'un cas sur dix, ces tâches sont assurées à la fois par l'entourage et par un ou plusieurs intervenants professionnels.

7. Article L.4130-1 du Code de la santé publique, introduit récemment par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009.

8. La circulaire du 27 septembre 2011, relative à la rationalisation des certificats médicaux, indique pourtant que le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical.

9. La profession d'aide à domicile a surtout en charge la réalisation de tâches ménagères (courses, préparation des repas, entretien du logement, du linge...). Les aides à domicile titulaires du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) disposent de compétences élargies, leur permettant d'accomplir des 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).

10. L'aide à la toilette peut, dans un cas (infirmier libéral ou SSIAD), être financée par l'Assurance maladie, et dans l'autre (aide à domicile) être financée en partie par l'allocation personnalisée d'autonomie.

11. Dans les SSIAD, les soins non techniques sont en effet presque exclusivement réalisés par les aides-soignants. Les infirmiers ne sont que marginalement représentés dans l'effectif soignant (voir Bertrand, 2010), ces derniers effectuant surtout des aides techniques.

■ ENCADRÉ 3

Convergences et contrastes dans trois régions en France métropolitaine

Les modalités de prise en charge de la dépendance en médecine générale peuvent être très différentes selon les territoires, en lien avec de multiples facteurs : disparités sociodémographiques, de prévalence de la dépendance, d'accessibilité aux professionnels du secteur médico-social, d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de politiques publiques en faveur des personnes âgées, etc.

Les trois régions du panel bénéficiant d'un suréchantillonnage présentent à cet égard des situations contrastées. La Bourgogne se distingue, entre autres caractéristiques, par une proportion plus importante de personnes âgées de plus de 75 ans et vivant en zone rurale, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA) par des densités élevées de médecins généralistes et surtout d'infirmiers libéraux, et les Pays de la Loire par un taux élevé d'équipement en établissements médicalisés pour personnes âgées dépendantes, mais un déficit marqué en infirmiers libéraux (tableau 1 téléchargeable, www.drees.sante.gouv.fr).

Si la part des médecins généralistes déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie est similaire dans les trois régions du panel, les praticiens exerçant en Bourgogne indiquent plus fréquemment être médecin coordonnateur d'EHPAD et suivre au moins vingt personnes âgées dépendantes (PAD) vivant à domicile. Cette dernière donnée peut être rapprochée de l'assez faible densité de médecins généralistes dans cette région, associée à un exercice plus fréquent dans des zones à dominante rurale, où vivent plus de 40 % de la population âgée d'au moins 75 ans (contre 24 % en moyenne en France métropolitaine d'après le recensement de la population 2009).

Le déroulement des consultations et des visites (motifs, durées) ne diffère pas significativement selon la région d'exercice des praticiens, mais les écarts régionaux concernant certaines de leurs pratiques sont nettement plus marqués. Ainsi, le renseignement d'un cahier de liaison pour assurer la continuité des soins, de même que l'évaluation du risque de chute, semblent particulièrement bien inscrits dans l'activité déclarée par les praticiens de PACA, par rapport aux pratiques déclarées dans les deux autres régions. Ces écarts peuvent en partie s'expliquer par l'évocation de situations de dépendance plus sévères parmi les médecins généralistes de PACA, notamment par rapport aux praticiens des Pays de la Loire qui ont eu tendance à décrire des PAD plus jeunes, moins souvent en situation économique précaire et nécessitant moins de soins infirmiers réguliers. Les Pays de la Loire sont, à cet égard, une des régions les plus équipées en EHPAD qui accueillent les personnes âgées les plus dépendantes.

Les médecins généralistes décrivent aussi des pratiques d'orientation vers les professionnels des soins d'hygiène et de l'aide à la toilette très nettement différenciées selon leur région d'exercice. La place des infirmiers libéraux est ainsi largement prépondérante en PACA selon les déclarations des praticiens, en lien avec la densité particulièrement élevée de ces infirmiers sur ce territoire qui disposent de fait d'une plus grande latitude pour se consacrer à la réalisation de soins d'hygiène (Com-Ruelle *et al.*, 2002).

La répartition de ces différents intervenants varie nettement selon la zone d'exercice des médecins : les infirmiers libéraux sont fréquemment cités par les médecins exerçant en zones urbaines ou périurbaines, alors que les aides-soignants de SSIAD prennent une place plus importante pour les praticiens exerçant en zones rurales (graphique 2), les SSIAD étant notamment plus représentés dans ces zones (Bertrand, 2010).

On observe ainsi de très forts contrastes de prises en charge entre les régions Bourgogne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côtes d'Azur dans le domaine des soins d'hygiène (encadré 3).

Quel que soit le professionnel mobilisé, le médecin généraliste est souvent à l'origine de sa mise en place. Dans la très grande majorité des cas (92 %), les soins d'hygiène réalisés par un aide-soignant de SSIAD ou un infirmier libéral ont été prescrits par le généraliste, plus d'une fois sur deux (52 %) 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 (97 %) et par l'habitude de travailler avec ce type de services (87 %). Ces deux raisons sont également invoquées pour l'orientation vers un infirmier libéral auxquelles s'ajoute la possibilité d'associer des soins plus techniques (72 %).

Lorsqu'une aide à domicile a été mise à contribution pour des toilettes, dans près d'un cas sur cinq (19 %) le médecin généraliste a contacté lui-même le service d'aide afin d'assurer

sa mise en place. Et dans 56 % des cas, il avait conseillé à l'entourage de mettre en place cette aide.

La perception des missions du médecin dépasse la dimension médicale

Comme dans la prise en charge des personnes adultes en situation de handicap¹², les médecins intègrent une dimension sociale et environnementale à leur exercice dans la prise en charge de la dépendance. Interrogés sur leur rôle dans le suivi des PAD, huit médecins sur dix déclarent qu'il consiste notamment à s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin, et à repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement. Six médecins sur dix pensent que leur rôle consiste à faciliter l'accès des familles aux aides publiques. Ces proportions tendent à augmenter avec l'âge des praticiens, toutes choses égales par ailleurs.

En outre, un médecin généraliste sur six déclare avoir participé à des réunions pour coordonner les interventions (aides ou soins) autour de la dernière PAD vivant à domicile vue et, parmi les médecins n'ayant participé à aucune réunion de coordination, 28 % pensent que ce type de rencontre serait utile. Ces proportions sont plus élevées parmi les médecins qui décrivent les PAD ayant les situations de dépendance les plus complexes.

Au total, 12 % des médecins généralistes considèrent que la prise en charge de la dernière PAD vue nécessiterait une coordination plus formelle des interventions autour de l'aide et des

soins. 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, 82 % des médecins seraient prêts à réaliser eux-mêmes cette coordination, moyennant cependant une rémunération associée pour la moitié d'entre eux.

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

Des difficultés souvent évoquées pour les personnes âgées dépendantes en situation économique précaire

Interrogés enfin sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer lors de la prise en charge de la dernière PAD vue, les médecins évoquent en premier lieu les problèmes de communication avec le patient (30 %) et de prise en compte des conseils de prévention (23 %).

L'évocation, par les généralistes, de difficultés de prise en charge est nettement associée au nombre de déficiences de la personne âgée, mais aussi à l'existence d'une situation économique précaire (graphique 3). Elle est aussi plus fréquente pour les médecins plus jeunes, toutes choses égales par ailleurs, notamment en ce qui concerne la coordination des interventions des différents professionnels. ■

12. Aulagnier M., et al., « La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de Provence - Alpes - Côte d'Azur », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, n° 47.

■ Pour en savoir plus

Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *DREES, Études et Résultats*, n° 795, mars.

Bertrand D., 2010, « Les services de soins infirmiers à domicile en 2008 », *DREES, Études et Résultats*, n° 739, septembre.

Breuil-Genier P., Goffette C., 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 481, avril.

Calvet L., Montaut A., 2013, « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », *Dossiers solidarités et santé*, DREES, n° 42.

Collin C., Evain F., Mikol F. et Minodier C. (DREES), 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes », *Comptes nationaux de la santé 2011*, DREES.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Midy F., 2002, « L'infirmière libérale et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile », *CREDES*.

Guerville M.-A. et al., 2009, « Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique », *Études et Résultats*, DREES n° 708, octobre.

Jakobovitch S., Bourmot M.-C., Cercier E., Tuffreau F., 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 797, mars.

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, 2011, Synthèse du débat national sur la dépendance.

Pennec S., Fernandez G., Le Borgne-Uguen F., Levasseur G., Roudaut K., 2007, *Les médecins généralistes dans le soin aux personnes âgées dépendantes*, Brest, Agence régionale de santé, université de Bretagne occidentale, CNAMTS, Région Bretagne.

Soullier N., Weber A., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 771, août.