

# QUESTIONNAIRE V4

## PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

*Définition : Sont désignées comme dépendantes dans ce questionnaire, les personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour effectuer des activités courantes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacements, ...).*

*, Sont désignées comme malades d'Alzheimer (MA) les personnes pour lesquelles un diagnostic de syndrome démentiel, a été posé.*

### PLAN DU QUESTIONNAIRE

			Nombre de questions
<b>Section 1</b>	<b>LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES</b>		<b>17</b>
	11	Généralités	5
	12	Patientèle	4
	13	Évaluation de la dépendance	8
<b>Section 2</b>	<b>A PROPOS DU DERNIER PATIENT DEPENDANT QUE VOUS AVEZ VU A VOTRE CABINET OU A SON DOMICILE</b>		<b>50</b>
	21	Caractéristiques de la personne	11
	22	Consultation au cabinet	4
	23	Visite	6
	24	Prévention des chutes	5
	25	Prise en charge de la personne avec MA	3
	27	Aides dont bénéficie la PAD dans les activités de la vie quotidienne	12
	28	Soins médicaux et paramédicaux	5
	29	Coordination	4
<b>Section 3</b>	<b>SUIVI DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION</b>		<b>20</b>
	31	Caractéristiques de la personne	8
	32	Caractéristiques de l'établissement	5
	33	Déroulement de la visite	7
<b>Section 5</b>	<b>PERCEPTION DU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE</b>		<b>2</b>
<b>TOTAL</b>			<b>89</b>

## SECTION 1 - LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Notre échange va commencer par quelques questions relatives aux formations que vous avez pu suivre ou que vous souhaiteriez suivre sur le sujet de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

### GENERALITES

S1-1. Avez-vous un diplôme (capacité, DU, DIU, etc.) en gériatrie? (Oui / Non)

S1-2. Avez-vous suivi une séance de formation médicale continue sur :

- Le repérage des besoins d'aide de vos patients âgés (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)
- La polymédication du sujet âgé (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)
- Le diagnostic de la MA (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)
- Le rôle des différents professionnels et structures qui participent à la prise en charge des PAD (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)
- La maltraitance des personnes âgées (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)
- L'accompagnement des aidants (Oui / Non, mais je souhaiterais en suivre une / Non)

S1-3. Avez-vous été formé à l'utilisation de la grille Aggir ? (Oui / Non / Non, mais je souhaiterais l'être/ Je ne sais pas ce que c'est)

S1-4. Êtes-vous membre d'un réseau gérontologique ? (Oui / Non)

S1-5. **Si S1-4=0** : Si oui, le temps de coordination des intervenants libéraux de ce réseau est-il indemnisé ? (Oui / Non)

### PATIENTÈLE

S1-6. Approximativement, combien de personnes âgées dépendantes **vivant à domicile** (hors établissement) suivez-vous actuellement dans votre patientèle ? |\_|\_|

*Si non réponse, Proposer : moins de 5, 5 à 9, 10 à 19, 20 ou plus*

S1-7. Approximativement, combien de personnes âgées dépendantes vivant **en institution** (quel que soit le type d'institution, y compris les logements-foyers et résidences pour personnes âgées) suivez-vous actuellement dans votre patientèle ? |\_|\_|

*Si non réponse, Proposer : moins de 5, 5 à 9, 10 à 19, 20 ou plus*

S1-8. **[Si S1-7=0 ne pas poser]** Dans combien d'établissements différents suivez-vous des patients dépendants ? |\_|\_|

*Si non réponse, Proposer : un seul / entre 2 et 5 / plus de 5*

S1-9. **[FILTRE → SI NON REpondant AU PANEL 2 VAGUE 2]** Êtes-vous médecin coordonnateur en EHPAD ? (Oui / Non) (vu avec Laurent, ce type de filtre peut tout à fait être mis en œuvre)

**FILTRE → Si S1-6=0 ET S1-7=0 : ALLER A LA SECTION 4**

### EVALUATION DE LA DEPENDANCE

- S1-10. Avez-vous renseigné au cours des trois derniers mois un certificat médical pour une demande d'APA ?  
(Oui / Non)
- S1-11. Avez-vous participé au cours des trois derniers mois à des évaluations APA au domicile de personnes âgées dépendantes, à la demande des services du conseil général ? (Oui / Non)
- S1-12. Si S1-11=oui, combien de fois ? |\_|\_|  
Si non réponse, Proposer : Une seule fois / Entre 2 et 5 fois / Plus de 5 fois
- S1-13. Si S1-11=oui, Avez-vous effectué ces évaluations seul ou avec un membre de l'équipe médico-social du conseil général ? (Seul / Avec un membre de l'équipe médico-social du conseil général)
- S1-14. Avez-vous, au cours des trois derniers mois, produit des certificats médicaux ou des évaluations de la dépendance à la demande d'assurances privées ? (Oui / Non)
- S1-15. Si S1-14=oui, combien de fois ? |\_|\_|  
Si non réponse, Proposer : Une seule fois / Entre 2 et 5 fois / Plus de 5 fois
- S1-16. Utilisez-vous des échelles ou outils d'évaluation de la dépendance parmi vos patients âgés, potentiellement dépendants ? (Toujours/Souvent/Rarement/Jamais)

**FILTRE → Si S1-6=0 ET S1-7≠0 : ALLER A LA SECTION 3**

## **SECTION 2 - A PROPOS DU DERNIER PATIENT DEPENDANT QUE VOUS AVEZ VU A VOTRE CABINET OU A SON DOMICILE**

Nous allons maintenant parler d'un cas concret, à savoir le dernier patient âgé dépendant que vous avez vu à votre cabinet ou à son domicile (hors établissement).

### **CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE**

- S2-1. Quel est son âge ? |\_|\_|\_|
- S2-2. Quel est son sexe ? (M / F)
- S2-3. Êtes-vous le médecin traitant de cette personne ? (Oui / Non)
- S2-4. Est-ce que cette personne vit seule ? (Oui / Non)
- S2-5. Cette personne est-elle dans une situation économique précaire ? (Oui / Non)
- S2-6. Quelles déficiences réduisent fortement ou très fortement l'autonomie de cette personne ?
- Visuelle (Oui / Non)
  - Auditive (Oui / Non)
  - Locomotrice (Oui / Non)
  - Cognitive (Oui / Non)
  - Comportementale (Oui / Non)
  - Viscérale et autres (Oui / Non)
- S2-7. Un diagnostic de maladie d'Alzheimer (ou apparentée) a-t-il été posé avant la consultation ? (Oui / Non)
- S2-8. Cette personne perçoit-elle l'APA ? (Oui / Non)
- S2-9. Si S2-8=oui, Êtes-vous à l'origine de cette demande ? (Oui / Non)
- S2-10. Quel est son niveau de dépendance sur la grille AGGIR (Consigne enquêteur : les niveaux vont de 1 à 6, 1 correspondant au niveau de dépendance maximum) ? (1/2/3/4/5/6)
- S2-11. La dernière fois que vous avez vu cette personne, s'agissait-il d'une visite au domicile ou d'une consultation au cabinet ? (Au domicile / Au cabinet)

## CONSULTATION AU CABINET

[ **FILTRE** → SI S2-11= « Au cabinet » : POSER S2-12 A S2-15]

S2-12. Quel était le motif de la consultation ? (Suivi de pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s) (Consigne enquêteur : y compris renouvellement d'ordonnance)/ Poussée aiguë d'une pathologie chronique / État, affection aigus / Autre)

S2-13. Lors de la consultation, la personne était-elle accompagnée ? (Oui / Non)

S2-14. Si S2-13=oui, Avec qui s'est déroulé l'échange ? (Principalement la personne elle-même /Principalement la personne accompagnant/ Les deux)

S2-15. Quelle a été la durée de la consultation (en minutes)? |\_|\_| minutes

## VISITE A DOMICILE (filtre)

[ **FILTRE** → SI S2-11= « Au domicile » : POSER S2-16 A S2-21]

S2-16. Quel était le motif de la visite ? (Suivi de pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s) (Consigne enquêteur : y compris renouvellement d'ordonnance)/ Poussée aiguë d'une pathologie chronique / État, affection aigus / Autre)

S2-17. Qui était à l'origine de votre déplacement ? (La personne elle-même /Un aidant/Un autre professionnel qui intervient auprès de la personne/ Vous-même)

S2-18. Quelle en a été la durée de cette visite (non compris le temps de déplacement) (en minutes)? |\_|\_| minutes

S2-19. Avec qui s'est déroulé l'échange ? (Principalement la personne elle-même /Principalement la personne accompagnant/ Les deux)

S2-20. Avez-vous renseigné un cahier de liaison pour assurer la continuité des soins ? (Oui / Non)

S2-21. Si S2-20= « Oui », Êtes-vous à l'origine de l'instauration de ce cahier de liaison ? (Oui / Non)

S2-22. Téléphonez vous aux aidants pour assurer la continuité des soins ? (Oui / Non)

## PREVENTION DES CHUTES

S2-23. A votre connaissance, cette personne a-t-elle fait une chute au cours des douze derniers mois ? (Oui / Non)

S2-24. Avez-vous évalué le risque de chute de cette personne ? (Oui / Non)

S2-25. Si S2-24=oui, Était-ce en ?

- Chronométrant la vitesse de marche de la personne sur quelques mètres (Oui / Non)
- Testant son équilibre sur une jambe (Oui / Non)
- Testant sa résistance à la poussée sternale (Oui / Non)
- Testant son aptitude à réaliser une tâche cognitive (comme répondre à une question) tout en marchant (Oui / Non)

S2-26. Globalement, cette personne présente selon vous un risque de chute (Nul / Faible / Modéré / Elevé) ?

S2-27. Si S2-26≠Nul : Avez-vous prescrit :

- Des soins de kinésithérapie (Oui / Non)
- Des conseils nutritionnels (Oui / Non)
- Des mesures curatives ou préventives de l'ostéoporose (Oui / Non)
- Une recherche et éventuellement une correction de risques iatrogènes (Oui / Non)
- Des ateliers de prévention des chutes (Oui / Non)
- Des consultations chez un ergothérapeute ou d'autres professionnels pour réduire le risque lié à l'environnement (Oui / Non)

## PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AVEC MALADIE D'ALZHEIMER OU APPARENTEE

**[FILTRE → SI S2-7= « Oui » : POSER S2-28 A S2-30]**

- S2-28. Un traitement médicamenteux pour la maladie d'Alzheimer a-t-il été prescrit à cette personne ? (*Oui par moi-même / Oui par un confrère / Non*)
- S2-29. **Si S2-28= « Oui par un confrère »**, Avez-vous recommandé à la personne de suivre ce traitement ? (*Oui / Non / Je n'ai pas donné d'avis*)
- S2-30. Avez-vous orienté cette personne vers les professionnels suivants pour la prise en charge des troubles liés à la maladie d'Alzheimer ?
- Un orthophoniste (*Oui/Non*)
  - Un psychologue (*Oui/Non*)
  - Un ergothérapeute (*Oui/Non*)
  - Un kinésithérapeute (*Oui/Non*)

## AIDES DONT BENEFICIE LA PAD DANS LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

- S2-31. Est-ce que la personne bénéficie d'aides régulières pour les soins d'hygiène (toilettes) ? (*Oui / Non*)
- S2-32. **Si S2-31= « Oui »**, Qui assure ces soins d'hygiène ?
- Un proche de la personne (*Oui / Non*)
  - Une aide à domicile (*Oui / Non*)
  - Un aide-soignant d'un SSIAD (*Oui / Non*)
  - Un infirmier libéral (*Oui / Non*)
- S2-33. **Si S2-32= « Oui » pour « Un aide-soignant d'un SSIAD » ou S2-32= « Oui » pour « Un infirmier libéral »** Avez-vous prescrit ces soins d'hygiène ? (*Oui / Non*)
- S2-34. **Si S2-33 = « Oui »**, Était-ce suite à une demande :
- De la personne elle-même (*Oui / Non*)
  - De son entourage (*Oui / Non*)
  - D'un autre professionnel (*Oui / Non*)
- S2-35. **Si S2-32= « Oui » pour « Un aide-soignant d'un SSIAD »**, Avez-vous orienté vous-même cette personne vers **le SSIAD** ? (*Oui/Non*)
- S2-36. **Si S2-32= « Oui » pour « Un infirmier libéral »**, Avez-vous orienté vous-même cette personne vers **l'infirmier libéral** ? (*Oui/Non*)
- S2-37. **Si S2-32= « Un aide-soignant d'un SSIAD » et S2-35= « Oui »**, Qu'est ce qui a motivé l'orientation vers un SSIAD ?
- L'offre de SSIAD est importante dans votre zone de patientèle (*Oui / Non*)
  - Les infirmières ne font pas de toilette dans ma zone de patientèle (*Oui / Non*)
  - L'habitude de travailler avec ce SSIAD (*Oui / Non*)
  - Un SSIAD offre une prise en charge coordonnée (*Oui / Non*)
  - La prise en charge financière est avantageuse pour la personne (*Oui / Non*)
- S2-38. **Si S2-32= « Un infirmier libéral » et S2-36= « Oui »**, Qu'est ce qui a motivé l'orientation vers un infirmier libéral ?
- Ce type de professionnel est relativement disponible dans votre zone de patientèle (*Oui / Non*)

- L'habitude de travailler avec cet infirmier (*Oui / Non*)
- La prise en charge financière est avantageuse pour la personne (*Oui / Non*)
- Un infirmier libéral offre une prise en charge coordonnée (*Oui / Non*)
- Le besoin d'intervention comprenait également des soins techniques (*Oui / Non*)

S2-39. Si S2-32= « **Oui** » pour « **Aide à domicile** », Êtes-vous à l'origine de la mise en place de cette aide pour les soins d'hygiène par une aide à domicile ? (*Oui, j'ai contacté moi-même le service d'aide / Oui, j'ai conseillé aux proches de mettre en place cette aide / Non, mais j'ai donné des renseignements aux proches sur les aides disponibles / Non*)

S2-40. Est-ce que la personne bénéficie d'aides dans ses activités domestiques (entretien du logement, alimentation, préparation des repas, courses...) ? (*Oui / Non*)

S2-41. Si S2-40= « **Oui** », Qui assure ces aides ?

- Un proche de la personne (*Oui / Non*)
- Une aide à domicile (*Oui / Non*)

S2-42. Si S2-41= « **Oui** » pour « **Aide à domicile** », Êtes-vous à l'origine de la mise en place de cette aide aux activités domestiques par une aide à domicile ? (*Oui, j'ai contacté moi-même le service d'aide / Oui, j'ai conseillé aux proches de mettre en place cette aide / Non, mais j'ai donné des renseignements aux proches sur les aides disponibles / Non*).

#### **SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX**

S2-43. Est-ce que la personne bénéficie de soins infirmiers (pansements, perfusions, AMI) autres que les toilettes (au moins une fois par semaine) ? (*Oui / Non*)

S2-44. Si S2-43=**oui**, Avez-vous contacté vous-même les professionnels délivrant ces soins ? (*Oui / Non*)

S2-45. Est-ce que la personne bénéficie actuellement de soins médicaux lourds (dialyse/chimio/oxygénothérapie/soins palliatifs...) au moins une fois par semaine ? (*Oui / Non*)

S2-46. La personne est-elle suivie dans le cadre d'une HAD ? (*Oui / Non*)

S2-47. Pour la prise en charge de cette personne à domicile, rencontrez-vous des difficultés :

- pour communiquer avec le patient (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- pour communiquer avec les aidants non professionnels (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- pour l'observance des traitements (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- pour que les aides prescrites soient effectivement mises en place (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- pour que les conseils de prévention proposés soient pris en compte (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- pour coordonner les interventions des différents professionnels (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)

#### **COORDINATION**

S2-48. Avez-vous déjà participé à des réunions pour coordonner les interventions (aides ou soins) auprès de cette personne ? (*Oui / Non*)

S2-49. Si S2-48=**non**, Est-ce que vous pensez que ce type de rencontres serait utile à la personne ? (*Oui / Non*)

S2-50. Est-ce que vous pensez que la prise en charge de cette personne nécessiterait une coordination plus formelle ? (*Non, ce n'est pas utile/Non c'est déjà fait/Oui*)

S2-51. Si S2-50=oui, Seriez-vous prêt(e) à réaliser vous-même cette coordination pour la personne (Oui / Oui mais avec une rémunération / Oui mais avec une formation adaptée / Non) [CATI : laisser la possibilité d'un choix multiple]

**FILTRE → Si S1-7=0 : ALLER A LA SECTION 4**

### **SECTION 3 - SUIVI DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION**

Nous allons changer de lieu de vie, et poser quelques questions à propos de la dernière personne âgée dépendante que vous avez visitée en institution.

#### **CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE**

S3-1. Quel est son âge ? |\_|\_|\_|

S3-2. Quel est son sexe ? (M / F)

S3-3. Cette personne est-elle dans une situation économique précaire ? (Oui / Non)

S3-4. Quels types de déficience réduisent fortement ou très fortement l'autonomie de cette personne ?

- Visuelle (Oui / Non)
- Auditivité (Oui / Non)
- Locomotrice (Oui / Non)
- Cognitive (Oui / Non)
- Comportementale (Oui / Non)
- Viscérale ou autre (Oui / Non)

S3-5. Êtes-vous le médecin traitant de cette personne ? (Oui / Non)

S3-6. Si S3-4S3-5=oui, Étiez-vous également le médecin traitant de cette personne avant son entrée en institution ? (Oui / Non)

S3-7. Un diagnostic de maladie d'Alzheimer (ou apparentée) a-t-il été posé avant la consultation ? (Oui / Non)

S3-8. Quel est son niveau de dépendance sur la grille AGGIR (Consigne enquêteur : les niveaux vont de 1 à 6, 1 correspondant au niveau de dépendance maximum) ? (1/2/3/4/5/6)

#### **CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT**

S3-9. Cet établissement dispose-t-il d'un conventionnement EHPAD (Oui / Non)

S3-10. Comment êtes vous rémunéré pour votre intervention dans cet établissement (Salaire, honoraires versés par l'établissement, honoraires versés par le résident) ?

S3-11. Avez-vous une convention écrite avec cet établissement ? (Oui / Non)

S3-12. Suivez-vous d'autres patients dans cet établissement ? (Oui / Non)

S3-13. Si S3-12= oui, Combien ? |\_|\_|

Si non réponse, Proposer : 2 ou moins / Entre 3 et 5 / Plus de 5

#### **DEROULEMENT DE LA VISITE**

S3-14. Qui a déclenché la visite ? (visite périodique / infirmière de l'établissement / autre personnel de l'établissement / la personne elle-même)

S3-15. Quel était le motif de la visite ? (*Suivi de pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s) (Consigne enquêteur : y compris renouvellement d'ordonnance)/ Pousée aiguë d'une pathologie chronique / État, affection aigus / Autre*)

S3-16. Avez-vous rencontré des membres du personnel pour discuter de la personne, avant ou après la visite ? (*Oui / Non*)

S3-17. **Si S3-16= oui**, Combien de temps avez-vous consacré à ces échanges avec le personnel ? (en minutes) *|\_|\_| minutes*

S3-18. Combien de temps a duré la visite auprès de cette personne ? (en minutes) *|\_|\_| minutes*

S3-19. Avez-vous vu plusieurs résidents dans le même établissement lors de votre visite. (*Oui / Non*)

S3-20. **Si S3-19= oui**, Combien ? *|\_|\_|*

*Si non réponse, Proposer : 2 ou moins / Entre 3 et 5 / Plus de 5*

#### **SECTION 4 - PERCEPTION DU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE**

S4-1. Pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, pensez-vous que votre rôle est de vous impliquer dans les tâches suivantes :

- faciliter l'accès des familles aux aides publiques (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- organiser la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)

S4-2. De manière générale, les propositions suivantes sont-elles susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes :

- Améliorer la coordination entre les médecins traitants et les services hospitaliers (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- Améliorer la coordination entre les intervenants à domicile (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- Améliorer la coordination entre les médecins traitants et les services sociaux du Conseil général (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)
- Indemniser le temps de coordination pour les médecins traitants (*Oui / Plutôt oui/Plutôt non /Non*)