



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'allocation personnalisée d'autonomie dans le Nord : Estimation
du GIR par le médecin traitant et variables discriminantes du
questionnaire médical.**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2016 à 17h
au Pôle Formation
Par Tiphaine BRIAND

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Monsieur le Docteur Firmin BIKOUTA

Madame le Docteur Brigitte HEUDEL-BONNET

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

**Travail de la cellule d'aide méthodologique de la fédération de
recherche clinique du CHRU de Lille.**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AGGIR	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
GIR	Groupe iso-ressource
PSD	Prestation spécifique dépendance
CD	Conseil départemental
MG	Médecin généraliste
QM	Questionnaire médical
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
GIR Médecin	Groupe iso-ressource calculé à partir du questionnaire médical rempli par le médecin traitant
GIR CD	Groupe iso-ressource défini à partir de la grille AGGIR par le conseil départemental
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
APA 2	Allocation personnalisée d'autonomie réformée suite à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Table des matières

RESUME	5
AVANT PROPOS	6
INTRODUCTION	7
MATERIELS ET METHODE	8
I. Conception du recueil de données	8
II. Dispositions réglementaires	10
RESULTATS	10
I. Caractéristiques des patients de l'échantillon	10
II. Comparaison du GIR Médecin et du GIR Conseil Départemental	12
III. Rejet des primo demandes d'APA et variables discriminantes du questionnaire médical.....	13
IV. Aide allouée en fonction du GIR.....	15
DISCUSSION	17
I. Caractéristiques des patients de l'échantillon	17
II. Comparaison du GIR Médecin et du GIR Conseil Départemental	18
III. Rejet des primo demandes d'APA et variables discriminantes du questionnaire médical.....	19
IV. Aide allouée en fonction du GIR.....	20
V. Limites de l'étude	21
CONCLUSION	22
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23
ANNEXES	24

RESUME

Contexte : L'évaluation des besoins de la personne âgée en cas de dépendance repose, en France, sur la grille AGGIR. Elle permet de classer le patient dans un Groupe Iso-Ressource (GIR). Être classé en GIR 1 à 4 rend éligible à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), attribuée par le Conseil Départemental (CD). Dans le département du Nord, le médecin généraliste (MG) participe à la demande d'APA en remplissant un questionnaire médical (QM). L'objectif de cette étude était de comparer l'évaluation du GIR par le MG à celle du CD, lors de premières demandes d'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le département du Nord. L'objectif secondaire était de déterminer les variables discriminantes du QM pour obtenir l'APA et les aides allouées dans ce cas, en fonction du GIR.

Méthode : Une étude quantitative, observationnelle et rétrospective a été réalisée au sein des locaux du CD du Nord, du 2 mai au 5 juin 2016. Le recueil de données s'est fait au fil de l'eau, sur cinq semaines consécutives. 699 dossiers de première demande d'APA ont été inclus. Le GIR Médecin a été évalué par les investigateurs de façon standardisée à partir du QM transcrit sous forme d'une grille AGGIR. Une analyse statistique a ensuite permis de comparer le GIR Médecin et le GIR CD, de rechercher les variables discriminantes du QM et d'étudier la composition des plans d'aide.

Résultats : La population d'étude était majoritairement féminine à 71,96% et l'âge moyen était de 80,9 ans. Le GIR Médecin était à 86,1% un GIR 2, 3 ou 4 tandis que le GIR CD était à 83,8% un GIR 3, 4 ou 5. Il existait une différence significative entre le GIR Médecin et le GIR CD ($p < 0,0001$). Pour les GIR 1 à 4, garantissant l'obtention de l'APA, les patients étaient plus dépendants selon le GIR médecin que selon le GIR CD. Dans l'étude, 27,61% des primo demandes d'APA n'ont pas été accordées. Le principal motif de rejet était d'être classé en GIR 5 ou 6 (78,76%). Il existait un lien entre l'obtention de l'APA et cinq variables de dépendance du QM qui étaient la toilette du haut (OR=1,57 ; $p=0,003$), l'habillement du bas (OR=1,59 ; $p=0,007$), la capacité à monter un escalier (OR=1,42 ; $p=0,018$), l'utilisation d'un moyen de transport (OR=1,48 ; $p=0,014$) et la gestion du traitement (OR=1,32 ; $p=0,009$). Tous GIR confondus, l'aide à la toilette et l'entretien du logement étaient le plus souvent attribués dans le cadre de l'APA (à 58,24% et à 80,98%). Venaient ensuite par GIR décroissant l'aide pour les courses (22,16%), la préparation des repas (20,83%), l'aide à l'habillement (12,35%), les produits d'hygiène (11,98%) et la garde à domicile de jour (6,86%).

AVANT PROPOS

Début 2015, en France, 1.250 million de personnes de plus de 60 ans ont des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne et bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elles sont 60% à domicile et 40% en établissement (1).

La dépendance se définit comme l'impossibilité pour une personne d'effectuer sans aide, les actes de la vie courante, qu'ils soient physiques, psychiques ou sociaux. La dépendance résulte d'une ou plusieurs incapacités, conséquences de déficiences ou maladies, et conduit à des limitations d'activité et à des difficultés d'adaptation à l'environnement.

L'évaluation des aides nécessaires en cas de dépendance repose, en France, sur la grille AGGIR. En fonction de la capacité à effectuer les activités mentales, corporelles, motrices, domestiques et sociales qui définissent les activités de la vie quotidienne, une personne est classée dans un Groupe Iso-Ressource (GIR). Les personnes classées en GIR 1, les plus dépendantes, sont confinées au lit tandis que les personnes en GIR 6 sont autonomes. Être classé en GIR 1 à 4 rend éligible à l'APA.

L'APA a été instaurée en France par la loi du 20 juillet 2001 (2) et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002. Elle a remplacé la prestation spécifique dépendance (PSD). Elle a pour objectif de financer en partie les aides humaines ou techniques nécessaires au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, applicable au 1^{er} janvier 2016, redimensionne et revalorise l'APA à domicile (3).

Le montant de cette allocation est évalué en fonction du GIR, du coût total du plan d'aide, et du niveau de participation du bénéficiaire. Entre 800€ et 2945€ de ressources mensuelles, le bénéficiaire participe de façon progressive au coût de son plan d'aide. En dessous de 800€ par mois, il est exonéré de toute participation. Le montant de l'aide allouée est plafonné en fonction du GIR. Ce plafond mensuel est fixé à 1713,08€ pour un GIR 1, 1375,54 € pour un GIR 2, 993,84 € pour un GIR 3 et 662,95€ pour un GIR 4 (4).

INTRODUCTION

Dans le département du Nord, le service de solidarité aux personnes âgées et aux personnes handicapées du Conseil Départemental (CD) gère l'attribution de l'APA. Pour cela, le service centralise et traite les demandes venant de 8 territoires, qui sont les Flandres maritimes, les Flandres intérieures, Lille, Roubaix et Tourcoing, le Douaisis, le Valenciennois, le Cambrésis et l'Avesnois [Annexe 1].

Dans chacun de ces territoires, le médecin généraliste concourt à l'évaluation de la dépendance de ses patients et de leur éligibilité à l'APA en remplissant un questionnaire médical (QM) qui est joint au dossier de demande d'APA [Annexe 2]. Le QM n'est pas une grille AGGIR mais un document créé par le CD. L'évaluation finale est réalisée au domicile du patient par un évaluateur médico-social du CD, qui est, dans le département du Nord, un infirmier diplômé d'Etat. Il utilise la grille AGGIR afin de chiffrer le GIR du patient [Annexe 3]. Dans les situations délicates, il peut consulter l'évaluation du médecin traitant afin de conforter son choix.

Aucun état des lieux de l'attribution de l'APA n'a été réalisé à ce jour dans le département du Nord. Pourtant, dans le contexte actuel de vieillissement de la société (5), il semble intéressant pour un médecin généraliste de mieux connaître la population concernée par cette allocation et les conditions de son obtention.

Pour cette raison, deux travaux de recherche ont été mis sur pied. Le premier vise à caractériser la population qui bénéficie pour la première fois de cette allocation. Le second vise à cerner les critères d'éligibilité à l'APA, afin d'en réaliser la demande au bon moment.

La première étude est l'objet d'un travail qui ne sera pas présenté ici.

L'objectif principal de cette seconde étude était de comparer l'évaluation de la dépendance réalisée par le médecin traitant à celle réalisée par l'évaluateur médico-social du CD, lors de premières demandes d'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le département du Nord. Le premier objectif secondaire était d'étudier la proportion et les motifs de rejet de ces demandes par le CD, afin de déterminer les variables les plus discriminantes du QM pour obtenir l'APA. Le deuxième objectif secondaire était d'étudier, en cas d'éligibilité à l'APA, la composition du plan d'aide obtenu en fonction du GIR.

MATERIELS ET METHODE

I. Conception du recueil de données

Une étude quantitative a été réalisée après accord de la responsable du Pôle Gestion de la Direction Personnes Âgées, Personnes Handicapées du CD du Nord, rencontrée le 4 décembre 2015. L'étude a été réalisée sur des dossiers de première demande d'APA à domicile, contenant le QM, hors contexte d'urgence, dans le département du Nord. Les dossiers qui ne contenaient pas le QM étaient exclus par les soins du personnel du CD.

Les dossiers ont été inclus au fil de l'eau, de façon rétrospective après leur acceptation en commission, qui avait lieu tous les jeudis, sauf pour le jeudi 5 mai 2016, jour férié, où la commission a eu lieu le lendemain. Le recueil de données a été réalisé au sein des locaux du CD où étaient centralisés les dossiers. Sur l'avis de la cellule d'aide méthodologique de la fédération de recherche clinique du CHRU de Lille, le recueil de données s'est fait sur cinq semaines complètes, soit du 2 mai au 5 juin 2016. Au total, 699 dossiers ont été inclus.

Les informations du dossier de demande d'APA ont été collectées à partir de documents papier et informatisés, et regroupées sous forme d'un tableau Excel conçu par les investigateurs. Il comprenait les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, les items du QM et de la grille AGGIR. S'y ajoutaient le montant total alloué, le montant à charge du patient et le détail du plan d'aide. La raison d'un éventuel rejet était relevée.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude étaient l'âge, le sexe, le territoire de résidence, la notion d'isolement, et le numéro de dossier.

Le QM renseignait les activités corporelles telles que la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, et les activités motrices comme les transferts, les déplacements intérieurs et extérieurs, monter l'escalier ou gérer son appareillage. L'usage d'une aide technique était précisé par les items canne, appuis, déambulateur et autres. Le profil cognitif était caractérisé par la coopération, la cohérence et l'orientation spatio-temporelle. Les activités domestiques étaient illustrées par le

Tiphaine BRIAND

ménage, les courses, la cuisine, la préparation des repas et la gestion du traitement. Les activités sociales comportaient l'utilisation d'un moyen de communication et de transport, la gestion des ressources et les activités de temps libre.

A partir de ce QM, un GIR Médecin a été calculé par les investigateurs grâce à l'application AggiNet qui reprend l'algorithme de la grille AGGIR. Pour cela, les items du QM qui correspondaient le mieux aux 10 variables discriminantes de la grille AGGIR ont été cotés en A, B ou C, en respectant le modèle AGGIR (6). La transcription s'est faite de façon standardisée grâce à un codage conçu par les investigateurs [Annexe4].

La grille AGGIR comportait dix-sept items qui étaient la cohérence (communication et comportement), l'orientation temporo-spatiale, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements intérieurs et extérieurs, la communication à distance, le ménage, la cuisine, le transport, la gestion des ressources, les achats, le suivi d'un traitement et les activités de temps libre. Le GIR qui en découlait était relevé et appelé dans l'étude GIR CD.

Le tableau Excel comportait également le montant total du plan d'aide accepté par le patient, la somme à sa charge et le détail du plan d'aide. Les différents types d'aide proposés étaient les gestes au corps, les aides à la vie courante, les changes et la téléalarme. Les gestes au corps comportaient l'aide à la prise des repas, à la toilette, à l'habillement, aux levers et couchers, aux changes, aux transferts et à l'accompagnement extérieur. Les aides à la vie courante comprenaient la préparation des repas, le réchauffage des repas, l'entretien du logement, les courses, l'accueil de jour et la garde à domicile de jour.

La raison d'un éventuel rejet de la demande d'APA par le CD a été relevée. Les motifs étaient le fait d'être classé en GIR 5 ou 6, l'annulation à la demande de l'utilisateur, l'entrée en EHPAD, le décès du patient ou une raison autre.

Les analyses bio statistiques nécessaires ont été effectuées grâce aux logiciels R et RStudio. Les paramètres quantitatifs ont été décrits en termes de médiane, de moyenne et d'étendue (minimum et maximum). Les paramètres qualitatifs ont été présentés en effectif et pourcentage. La normalité de la distribution des paramètres quantitatifs a été vérifiée graphiquement (histogramme et courbe de densité).

Dans ce travail, une analyse descriptive a permis de décrire les caractéristiques de l'échantillon. La recherche d'un lien entre le GIR Médecin et le GIR CD a été

Tiphaine BRIAND

réalisée grâce à la méthode du coefficient de corrélation de Pearson. Un modèle de régression logistique de STEPWISE a été utilisé afin de déterminer les variables discriminantes du QM pour obtenir l'APA. Enfin, la répartition des aides allouées en fonction du GIR a été décrite grâce à un tableau présentant les effectifs en valeur absolue et pourcentages.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%.

II. Dispositions réglementaires

Une procédure d'anonymisation des dossiers s'est faite automatiquement grâce au numéro du dossier créé par le CD et recueilli dans le tableur Excel. L'étude des dossiers était rétrospective, non interventionnelle et ne nécessitait pas l'accord du Comité de Protection des Personnes.

Une étude semblable avait été faite en 2014 auprès du Conseil Général du Pas-de-Calais et une demande d'autorisation globalisant les deux études avait été obtenue auprès de la CNIL sous le numéro 1783922 le 23 juillet 2014.

RESULTATS

I. Caractéristiques des patients de l'échantillon

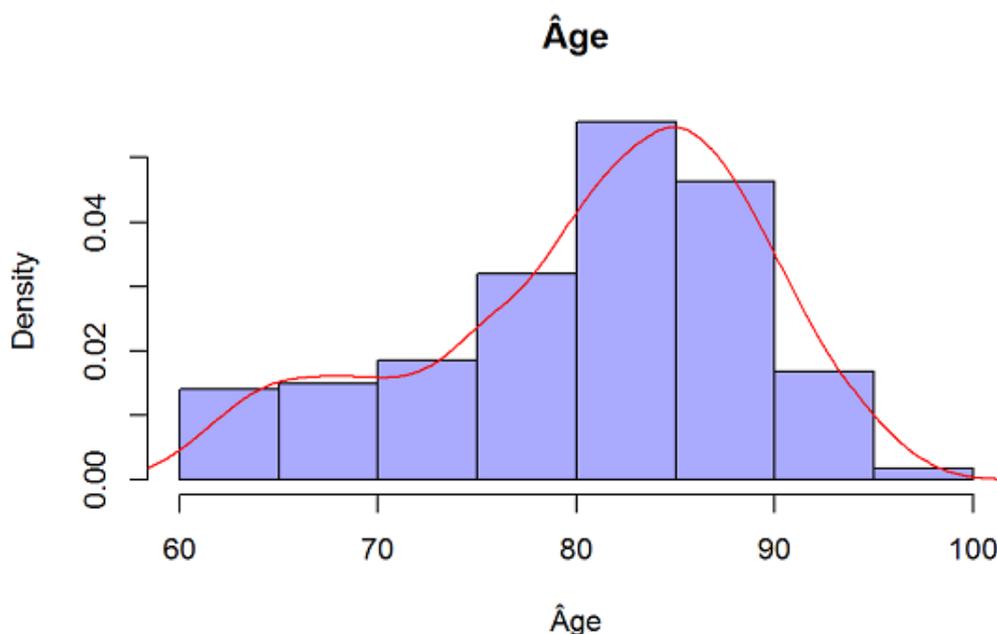
Les patients de l'échantillon étaient majoritairement des femmes à 71,96% (n=503)-(Tableau 1) et l'âge moyen était de 80,9 ans (Tableau 2). La distribution des âges obéissait à une loi de Gauss avec une courbe de densité en forme de cloche (Figure 1).

Tableau 1 : répartition par sexe.

Sexe	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Féminin	503	71,96	[68,47% ; 75,26%]
Masculin	196	28,04	[24,74% ; 31,53%]
Total	699	100	

Tableau 2 : répartition par âge.

	Moyenne [IC95%]	Minimum	Médiane	Maximum
Âge	80,91 [80,29 ; 81,52]	60	82	97

Figure 1 : distribution selon l'âge.

Les secteurs de Lille, Roubaix/Tourcoing et le Valenciennois regroupaient 59,5% des primo demandes d'APA dans le Nord (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition par territoire d'origine.

Territoire	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Avesnois	39	5,58	[4% ; 7,55%]
Cambrésis	61	8,73	[6,74% ; 11,07%]
Douaisis	70	10,01	[7,89% ; 12,48%]
Flandres Intérieures	43	6,15	[4,49% ; 8,2%]
Flandres Maritimes	70	10,01	[7,89% ; 12,48%]
Lille	154	22,03	[19,01% ; 25,29%]
Roubaix Tourcoing	99	14,16	[11,66% ; 16,97%]
Valenciennois	163	23,32	[20,23% ; 26,63%]
Total	699	100	

II. Comparaison du GIR Médecin et du GIR Conseil Départemental.

Le GIR Médecin était calculé à partir du QM. Les GIR 2, GIR 3 et GIR 4 représentaient 86,1% des résultats obtenus (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des GIR Médecin.

GIR Médecin	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Gir 1	25	3,64	[2,37% ; 5,33%]
Gir 2	238	34,64	[31,08% ; 38,33%]
Gir 3	156	22,71	[19,62% ; 26,03%]
Gir 4	198	28,82	[25,46% ; 32,37%]
Gir 5	29	4,22	[2,84% ; 6,01%]
Gir 6	41	5,97	[4,32% ; 8,01%]
Total (12 valeurs manquantes)	687	98,29	

Le GIR CD découlait de la grille AGGIR. Les GIR 3, 4 et 5 représentaient 83,8% des données observées (Tableau 5).

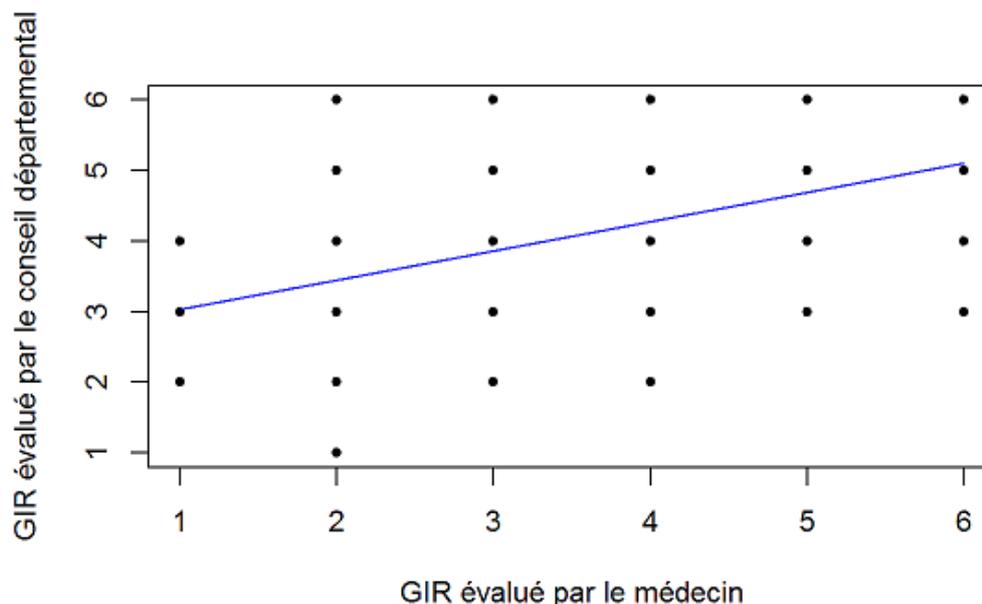
Tableau 5 : Répartition des GIR Conseil Départemental

GIR Conseil Départemental	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Gir 1	2	0,29	[0,04% ; 1,06%]
Gir 2	65	9,59	[7,48% ; 12,06%]
Gir 3	104	15,34	[12,71% ; 18,28%]
Gir 4	355	52,36	[48,52% ; 56,18%]
Gir 5	109	16,08	[13,39% ; 19,06%]
Gir 6	43	6,34	[4,63% ; 8,45%]
Total (21 valeurs manquantes)	678	97	

La relation entre le GIR Médecin et le GIR CD était représentée graphiquement (Figure 2) par une droite moyenne liant ces deux variables. La droite a été obtenue à partir de l'ensemble des points en gras, représentant la population de l'étude. Chaque point correspond à un groupe de patients qui dispose du même GIR médecin et du même GIR CD. La droite obtenue correspond à la droite la plus proche de tous ces points, en fonction du poids de chaque groupe.

L'analyse montrait une différence significative ($p < 0,0001$) entre le GIR Médecin et le GIR CD. Lorsque le GIR CD était compris entre 1 et 4, il était en moyenne plus élevé que le GIR Médecin.

Figure 2 : Comparaison du GIR Médecin et du GIR Conseil Départemental.



III. Rejet des primo demandes d'APA et variables discriminantes du questionnaire médical.

Durant la période d'étude, les primo demandes d'APA ont été accordées à 72,39% (n=506) et rejetées à 27,61% (n= 193) par le CD (Tableau 6).

Tableau 6 : Accords et rejets des primo demandes d'APA.

	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Accord	506	72,39%	[68,91% ; 75,67%]
Rejet	193	27,61%	[24,33% ; 31,09%]
Total	699	100%	

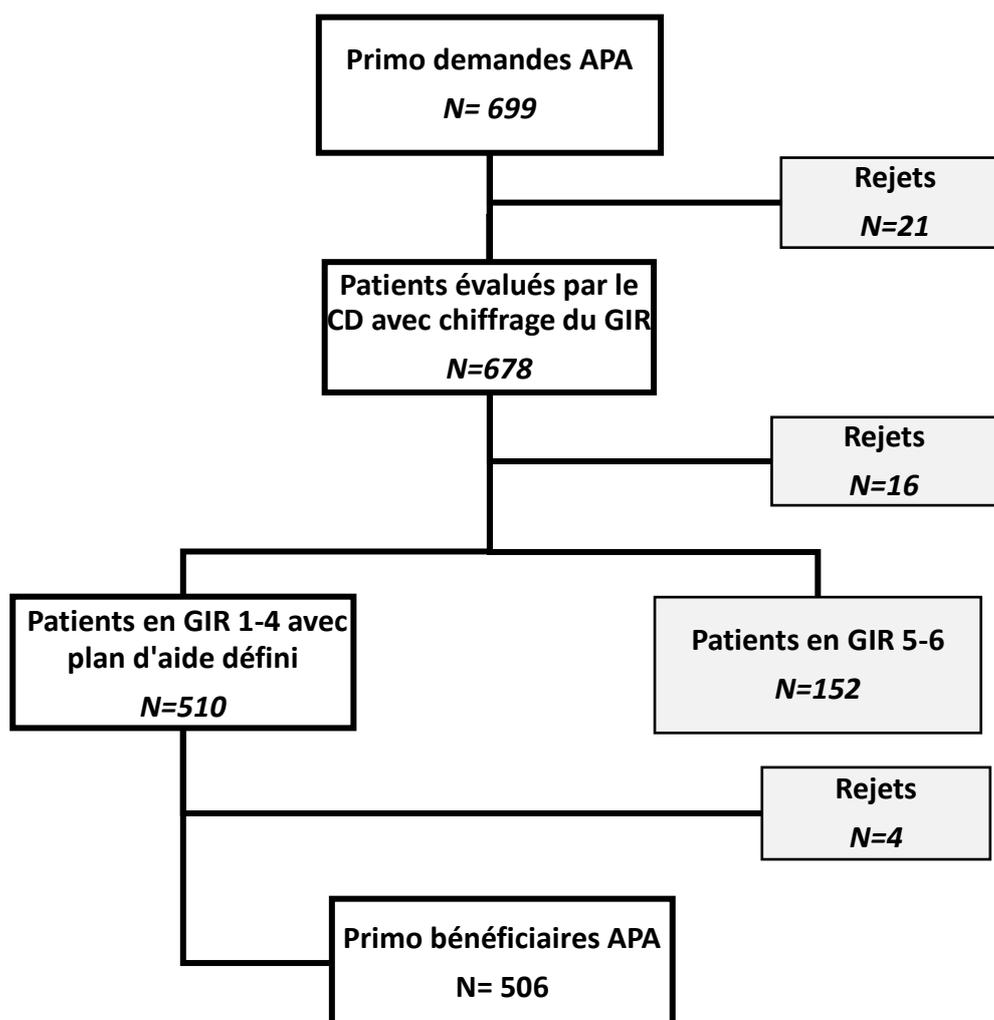
Le principal motif de rejet des primo demandes d'APA était d'être classé en GIR 5 ou 6. Cette raison était retrouvée dans 78,76% (n=152) des cas (Tableau 7).

Tableau 7 : Raison du rejet des primo demandes d'APA.

Rejets	Effectif (VA)	Proportion (%)	IC95%
Annulation à la demande de l'utilisateur	20	10,36	[6,45% ; 15,55%]
Entrée en EHPAD	5	2,59	[0,85% ; 5,94%]
GIR 5 et 6	152	78,76	[72,3% ; 84,3%]
Décès	14	7,25	[4,02% ; 11,87%]
Autre	2	1,04	[0,13% ; 3,69%]
Total	193	100	

Le diagramme de flux de l'étude était donc le suivant (Figure 3).

Figure 3 : Diagramme de flux de l'étude



Le taux de primo demandes rejetées pour un GIR 5 ou 6 était de **21,75%** et pour un des autres motifs (annulation de l'usager, entrée en EHPAD, décès ou autre) de **5,87%**.

A l'issue de ces résultats, les variables du QM ont été testées afin de déterminer celles qui étaient statistiquement discriminantes pour l'obtention finale de l'APA. L'analyse montrait un lien entre l'obtention de l'APA et la toilette du haut, l'habillage du bas, la capacité à monter un escalier, l'utilisation d'un moyen de transport et la gestion du traitement (Tableau 8). Pour toutes les autres variables du questionnaire médical, l'association n'était pas statistiquement significative.

Tableau 8 : Lien entre variable du questionnaire médical et obtention de l'APA.

	OR	IC95%	p
Toilette du haut	1,57	[1,17 ; 2,12]	0,00308
Utiliser un moyen de transport	1,48	[1,08 ; 2,03]	0,01381
Habillage du bas	1,59	[1,13 ; 2,24]	0,00772
Gestion du traitement médical	1,32	[1,07 ; 1,64]	0,00921
Monter les escaliers	1,42	[1,06 ; 1,91]	0,01782

IV. Aide allouée en fonction du GIR.

Les principales aides allouées lors de la période d'étude étaient l'aide à la toilette, l'entretien du logement, la réalisation des courses et la préparation des repas (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des différentes aides allouées.

Type d'aide	Effectif(VA)	Proportion (%)	IC95%
Prise du repas (1 donnée manquante)	14	2,75	[1,51% ; 4,57%]
Toilette	297	58,24	[53,82% ; 62,55%]
Habillage	63	12,35	[9,62% ; 15,53%]
Accompagnement extérieur	22	4,31	[2,72% ; 6,46%]
Lever coucher (2 données manquantes)	15	2,95	[1,66% ; 4,82%]
Change	18	3,53	[2,1% ; 5,52%]
Transfert	2	0,39	[0,05% ; 1,41%]

Préparation des repas (1 donnée manquante)	106	20,83	[17,38% ; 24,62%]
Courses	113	22,16	[18,62% ; 26,02%]
Entretien du logement	413	80,98	[77,3% ; 84,3%]
Accueil de jour (8 données manquantes)	12	2,39	[1,24% ; 4,14%]
Garde à domicile de jour	35	6,86	[4,83% ; 9,42%]
Réchauffage du repas	59	11,57	[8,92% ; 14,67%]
Produits d'hygiène (1 donnée manquante)	61	11,98	[9,29% ; 15,13%]
Téléalarme	55	10,78	[8,23% ; 13,81%]

Tous GIR confondus, l'aide à la toilette et l'entretien du logement étaient les aides les plus souvent attribuées dans le cadre de l'APA à domicile. Venaient ensuite par GIR décroissant l'aide pour les courses, la préparation des repas, l'aide à l'habillage, les produits d'hygiène (protections) et la garde à domicile de jour (Tableau 10).

Tableau 10 : Répartition des aides allouées en fonction du GIR

Type d'aide	GIR 1 % (n=VA)	GIR 2 % (n=VA)	GIR3 % (n=VA)	GIR4 % (n=VA)
Prise du repas	50 (n=1)	10,93 (n=7)	2,94 (n=3)	0,88 (n=3)
Toilette	50 (n=1)	56,25 (n=36)	54,90 (n=56)	59,65(n=204)
Habillage	0	34,37 (n=22)	26,47 (n=27)	4,09 (n=14)
Accompagnement extérieur	0	3,12 (n=2)	2,94 (n=3)	4,97 (n=17)
Lever coucher	0	6,25 (n=4)	3,92 (n=4)	2,05 (n=7)
Change	50 (n=1)	18,75 (n=12)	2,94 (n=3)	0,58 (n=2)
Transfert	0	1,56 (n=1)	0	0,29 (n=1)
Préparation des repas	0	15,62 (n=10)	36,27 (n=37)	17,25 (n=59)
Courses	0	7,81 (n=5)	19,61 (n=20)	25,73 (n=88)
Entretien du logement	100 (n=2)	59,37 (n=38)	77,45 (n=79)	86,00(n=294)
Accueil de jour	0	3,12 (n=2)	3,92 (n=4)	1,75 (n=6)
Garde à domicile de jour	100 (n=2)	18,75 (n=12)	10,78 (n=11)	2,92 (n=10)
Réchauffage repas	0	18,75 (n=12)	18,63 (n=19)	8,19 (n=28)
Produits d'hygiène	50 (n=1)	28,12 (n=18)	14,71 (n=15)	7,90 (n=27)
Téléalarme	0	9,37 (n=6)	7,84 (n=8)	12,00 (n=41)
Total (n = 510)	n=2	n=64	n=102	n=342

Discussion

L'objectif principal de l'étude a été atteint puisque l'évaluation du GIR par le médecin traitant a été comparée à celle de l'évaluateur médicosocial du CD, lors de premières demandes d'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le département du Nord. Les objectifs secondaires ont également été remplis car les motifs de rejet de ces premières demandes ont été repérés, tout comme les variables discriminantes du questionnaire médical pour obtenir l'APA ainsi que les types d'aides allouées en fonction du GIR.

I. Caractéristiques des patients de l'échantillon.

Les premières demandes d'APA concernaient, dans l'étude, 71,96% de femmes et 28,04% d'hommes. De la même manière, le CD du Nord donnait en 2015 une prévalence féminine (67,17%) pour les primo demandes d'APA [Annexe 5]. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2007, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans le département du Nord. Elles représentaient 60% des plus de 60 ans. Leur espérance de vie après 60 ans était supérieure à celle des hommes de 5 ans (7).

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 80,91 ans, très proche de la moyenne sur l'année 2015 selon le CD du Nord, qui était de 81 ans [Annexe 5].

Les territoires qui comptabilisaient le plus de premières demandes d'APA étaient Lille, Roubaix/Tourcoing et le Valenciennois avec respectivement 22,03%, 14,16% et 23,32% des demandes. Selon l'INSEE, ces trois secteurs concentraient, en 2007, 54,6% des plus de 60 ans dans le département (7). La démographie médicale y était également plus favorable en 2013 (8). C'est dans le Valenciennois que les personnes de plus de 60 ans étaient, en 2010, les plus défavorisées sur le plan socioéconomique (7). La répartition territoriale des premières demandes était globalement superposable à celle de 2015 [Annexe 5], excepté pour l'Avesnois (5,58% dans l'étude versus 9% sur 2015) et le Valenciennois (23,32% dans l'étude versus 14,90% en 2015), sans explication formulable.

II. Comparaison du GIR Médecin et du GIR Conseil Départemental.

L'étude montrait que le GIR Médecin, estimé à partir du QM, n'était pas comparable au GIR CD, issu de la grille AGGIR rempli par l'évaluateur médicosocial du CD. Le GIR Médecin a été estimé en s'appuyant le mieux possible sur le modèle de la grille AGGIR. Néanmoins cette tâche était complexe et certainement imparfaite, car elle a nécessité de choisir certains items du QM pour ensuite les coter selon un codage conçu par les investigateurs [Annexe 4]. De plus, l'outil de calcul du GIR est basé sur un algorithme très sensible où une modification mineure de la cotation peut faire varier le résultat GIR, notamment pour les items cohérence et orientation (9).

L'étude montrait une majorité de GIR 2, 3, 4 pour le GIR Médecin et de GIR 3, 4, 5 pour le GIR CD. Lorsque le GIR CD était compris entre 1 et 4, il était en moyenne plus élevé que le GIR Médecin. L'étude montrait donc que, pour les GIR compris entre 1 et 4, garantissant l'obtention de l'APA, les patients étaient plus dépendants selon le GIR médecin que selon le GIR CD.

Il est reconnu que l'utilisation de la grille AGGIR fait intervenir la subjectivité de l'évaluateur (10). Cette tâche est complexe, notamment pour l'évaluateur médicosocial du CD, qui le fait auprès de patients connus uniquement par le biais du dossier de demande d'APA, lors d'une visite ponctuelle au domicile. Le médecin traitant a, quant à lui, l'avantage de bien connaître le patient, ses pathologies et de l'avoir observé sur le long terme, souvent au domicile.

Il est également important de souligner que l'évaluation du médecin traitant précédait en général de 1 à 2 mois l'évaluation médicosociale du CD, ce qui peut expliquer certaines discordances, dans le cas où le patient voit son autonomie évoluer sur ce laps de temps.

Le QM était le plus souvent rempli par le médecin traitant et parfois (la proportion exacte n'a pas été définie mais reste très minoritaire), par un médecin hospitalier (gériatre, neurologue, médecin rééducateur principalement). Or, en milieu hospitalier, le patient est généralement évalué en situation aiguë, dans un environnement étranger du domicile et sur une période relativement courte. Le GIR Médecin qui en découle peut donc être sous-estimé par rapport au GIR CD établi ultérieurement.

En supposant que l'évaluation du médecin traitant soit impartiale, il semblerait intéressant de confronter systématiquement les deux évaluations afin d'établir un GIR final plus consensuel. Dans cette optique, le médecin traitant pourrait, avec la formation requise, remplir une grille AGGIR à la place du QM et en déduire un GIR provisoire. Il serait également intéressant de préciser, comme c'est le cas dans le Pas-de-Calais (11), si l'état de dépendance du patient est susceptible de s'améliorer ou non. L'évaluateur médico-social du CD serait ensuite chargé de réévaluer cette grille, préférentiellement une fois la situation stabilisée, et de définir le GIR final. Cela permettrait de limiter, d'une part, les demandes d'APA de patients classés par leur médecin traitant en GIR 5 ou 6, et d'autre part, les demandes d'APA (hors contexte d'urgence) en cas de probable récupération de l'autonomie.

III. Rejet des primo demandes d'APA et variables discriminantes du questionnaire médical.

L'étude montrait que 27,61% des primo demandes d'APA étaient rejetées, en baisse car le CD du Nord donnait en 2015 un taux de rejet à 39,75% [Annexe 5]. La période d'étude semble donc plus marquée par l'entrée dans la dépendance, peut-être à cause de l'impact des pathologies de l'hiver. En effet, les demandes traitées par le CD durant la période d'étude ont été formulées 2 à 3 mois auparavant, soit en février ou mars 2016.

Le nombre de demandes rejetées pour un GIR 5 ou 6 était, dans l'étude, de 21,75%, très proche du taux sur l'année 2015 qui était de 18% [Annexe 5]. Ce motif de rejet était retrouvé dans 78,76% des cas dans l'étude, contrairement à 2015 où il représentait 45,60% des rejets [Annexe 5]. Ceci met en évidence que les rejets hors GIR 5 et 6 ont été moins nombreux dans la présente étude.

L'étude montrait une forte corrélation entre l'obtention de l'APA et les difficultés du patient dans les domaines de la toilette du haut du corps, de l'habillement du bas du corps, de la capacité à monter un escalier, de l'utilisation d'un moyen de transport et de la gestion du traitement.

Ces résultats sont globalement en accord avec ceux de la thèse réalisée sur l'attribution de l'APA dans la Pas-de-Calais (11), à laquelle ce travail fait suite, qui

mettait en évidence un lien entre le GIR et certains types de dépendance liés à la toilette, l'habillement, la prise de médicaments, l'alimentation, la marche et les transferts. Ces deux dernières variables, illustrant la capacité motrice, n'étaient pas retrouvées dans la présente étude, au profit de la capacité à monter un escalier. De même, aucun lien avec la difficulté d'alimentation n'apparaissait ici.

L'originalité de la présente étude est la mise en évidence d'une corrélation entre l'obtention de l'APA et l'incapacité à utiliser volontairement un moyen de transport. Or, dans la grille AGGIR, cette variable est dite illustrative. Elle n'intervient pas dans le calcul du GIR mais sert à élaborer le plan d'aide (6). Il a néanmoins été démontré que l'atteinte des activités instrumentales de la vie quotidienne, dont l'utilisation d'un moyen de transport fait partie, joue un rôle important dans le processus de perte d'autonomie (12). L'atteinte des activités instrumentales pourrait principalement résulter de l'atteinte des fonctions exécutives (capacité de planification, de flexibilité et d'inhibition) qui seraient parmi les premières fonctions cognitives atteintes par le vieillissement normal (12). Néanmoins, dans la présente étude, aucun lien n'a été mis en évidence entre les variables de cognition (cohérence et orientation) du QM et le GIR final.

IV. Aide allouée en fonction du GIR.

Tous GIR confondus, l'aide à la toilette et l'entretien du logement étaient les aides le plus souvent attribuées dans le cadre de l'APA à domicile. Venaient ensuite, selon un GIR décroissant, l'aide pour les courses, la préparation des repas, l'aide à l'habillage, les produits d'hygiène (protections) et la garde à domicile de jour.

Ces résultats sont en accord avec une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), menée en 2003 auprès de 2614 bénéficiaires de l'APA (13), qui montrait que l'aide reçue par des professionnels dans le cadre de l'APA et l'aide de l'entourage étaient fortement complémentaires. Dans cette enquête, les aides professionnelles étaient principalement la réalisation des tâches domestiques (81%), l'aide à la toilette (61%) et l'aide à l'habillage (50%). L'entourage se chargeait, quant à lui, principalement des courses (63%), de la gestion du budget et de l'administratif (56%), de la surveillance (52%) et de la préparation des repas (44%). Les aides professionnelles se diversifiaient avec l'installation de la

dépendance et étaient davantage effectuées par des professionnels de soin que par des aides à domicile, sans précision sur la nature de l'aide apportée.

Ces données datent de la mise en place de l'APA, mais semblent suivre la même tendance dans la présente étude. Il est possible que ce schéma évolue avec la mise en place en janvier 2016 de l'APA 2 dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (14), dont un des objectifs est de diversifier les propositions d'aide afin de prévenir la perte d'autonomie. Sont évoquées notamment les aides domotiques (chemin lumineux automatique, ouverture centralisée des volets) ou technologiques (système de géolocalisation pour les patients qui déambulent). La loi instaure également un droit au répit pour le proche aidant, et propose le financement d'un mode de garde pour le patient dépendant (accueil de jour, hébergement temporaire, relais au domicile). Ces aides seraient donc amenées à être développées dans l'avenir.

V. Limites de l'étude

Les dossiers de demande d'APA ont été triés par le personnel du CD avant d'être remis aux investigateurs. Certains dossiers ne respectaient pas les critères d'inclusion en l'absence du QM, qui est facultatif. Ces dossiers, estimés à 5% des demandes totales, ont été exclus.

L'estimation du GIR Médecin a nécessité de faire correspondre à chacune des dix variables discriminantes de la grille AGGIR, un des items du QM. Quatre de ces items ne portaient pas le même intitulé que dans la grille AGGIR. L'item *manger, boire* a été utilisé pour coter la variable Alimentation. *Se lever, se coucher* cotait la variable Transferts. *Marcher* cotait la variable Déplacement intérieur et *sortir* cotait le Déplacement extérieur. Si un des items du questionnaire médical n'était pas renseigné, il pouvait être substitué par un item proche. L'*orientation* remplaçait la *cohérence*, et inversement. *La toilette* remplaçait l'*habillement*, et inversement. *La toilette du bas* remplaçait l'*hygiène de l'élimination*. Dans tous les autres cas, le GIR médecin n'était pas calculé. C'était le cas pour 12 questionnaires sur 699, ce qui a été estimé négligeable. Le GIR Médecin a, par ailleurs, été calculé de façon standardisée afin de limiter le biais d'évaluation.

Le GIR CD n'était pas renseigné dans 21 des 699 dossiers, toujours suite à l'annulation de l'usager, à son entrée en EHPAD, à son décès ou à un motif autre (personne partie vivre à l'étranger). Ces 21 dossiers ont été rejetés avant que la personne ne rencontre l'évaluateur médicosocial. Ces données manquantes ont également été estimées négligeables.

La comparaison du GIR Médecin et du GIR CD faisait intervenir, dans notre étude, différents biais d'évaluation. D'une part, l'appréciation des besoins en cas de dépendance fait forcément intervenir la subjectivité de l'évaluateur. D'autre part, l'évaluation du médecin et celle du CD différaient sur le plan temporel, et parfois sur le plan contextuel (hôpital ou domicile, contexte aigu ou stabilisé). La dépendance étant un concept dynamique, son évaluation l'est aussi.

Des données manquaient dans le relevé des plans d'aides des patients éligibles à l'APA, car dans le logiciel informatique du CD, certaines aides étaient renseignées en quantité horaire, sans équivalent en coût financier. C'était le cas de 13 données sur les 510 plans d'aide saisis.

CONCLUSION

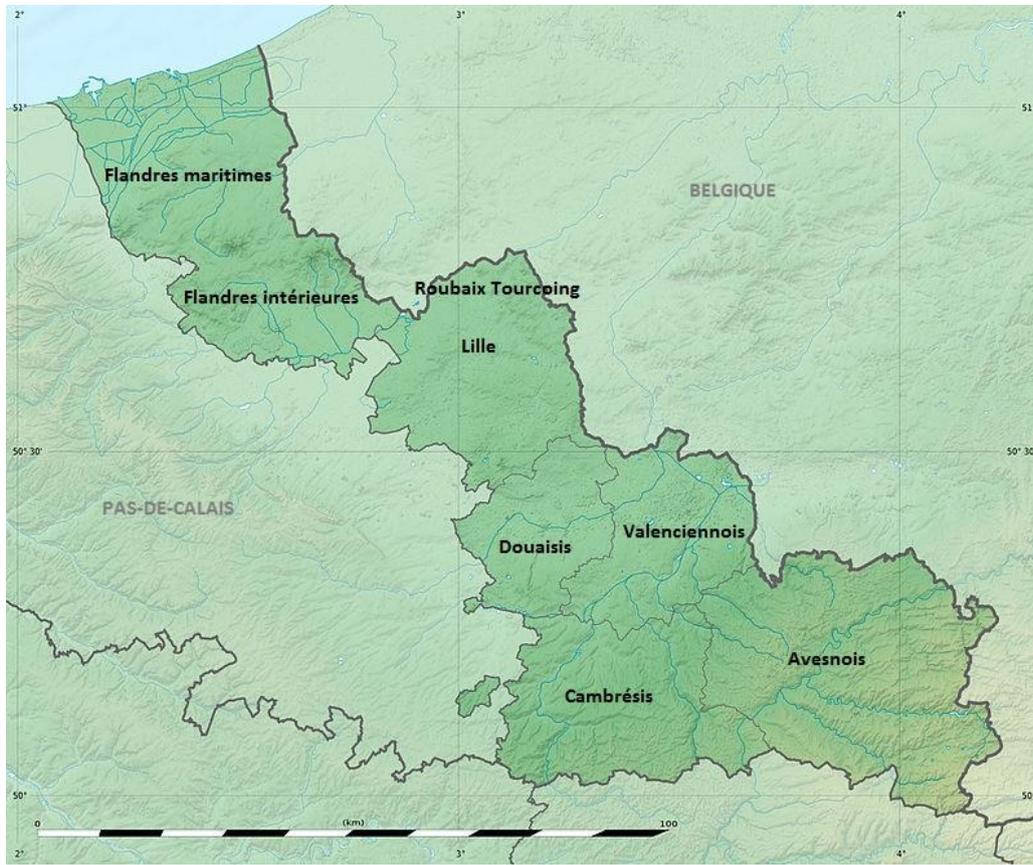
La prise en charge de la dépendance et le maintien au domicile des personnes âgées sont deux enjeux importants pour le médecin généraliste et pour la société. L'étude a montré que l'évaluation du GIR est une pratique délicate et subjective. La confrontation systématique de l'évaluation du médecin généraliste et de l'évaluateur médicosocial du Conseil Départemental pourrait être une solution pour uniformiser cette pratique. L'étude a mis en évidence qu'un questionnaire médical bien rempli en amont pourrait diminuer le nombre de demandes d'APA non éligibles et alléger le travail du Conseil Départemental. L'étude a montré qu'un soin particulier doit être porté à l'évaluation de la toilette, de l'habillage, de la gestion des traitements, de la capacité à monter un escalier et à utiliser un moyen de transport car ces variables sont discriminantes pour l'obtention de l'APA dans le Nord. Cette étude renforce la coordination médico-sociale autour de la personne âgée dépendante.

Références Bibliographiques

1. CNSA. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2016.
2. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. 2001-647 juillet 20, 2001.
3. Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la qualité des services aux personnes âgées. 2015-1776 décembre 28, 2015.
4. CNSA. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. 2016 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
5. Blanpain N, chardon O. Projections de population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE Prem. oct 2010;(1320).
6. CNAMTS. Le modèle AGGIR , guide d'utilisation. [Internet]. 2008 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf
7. Insee Nord-Pas-de-Calais. Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance, rapport d'étude. Février 2014.
8. Rault J, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation en 2013, document de l'Ordre National des Médecins.2013.
9. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Evaluation de l'autonomie de la personne âgée. Ann Réadapt Médecine Phys. Avril 2005;(48).
10. Coutton V. Evaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR. Gérontologie Société. 2001;(99):111-29.
11. Lefebvre JM, Béhal H, Alexandre P, Messaadi. Percevoir au mieux l'allocation personnalisée d'autonomie dans le Pas-de-Calais. Université de Lille Nord de France; 2015.
12. Aguilova L, Sauzéon H, Balland É, Consel C, N'Kaoua B. Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Rev Neurol (Paris). mars 2014;(170):216-21.
13. Petite S, Weber A. Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, enquête de la DREES. Etudes Résultats. janvier 2006;(459)
14. CNSA. Les nouvelles mesures de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2016 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>.

Annexes

Annexe 1 : Carte des territoires du département du Nord



Annexe 2 : Questionnaire médical

Questionnaire relatif à l'Autonomie du demandeur

(à remplir par le médecin traitant)



Direction Générale Adjointe
de la Solidarité
Direction de l'Accès à l'Autonomie
59047 LILLE Cedex

M. Mme

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date et lieu de naissance : _____

Domicile : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Adresse : _____

NB : Un commentaire médical peut être joint au présent formulaire si le médecin traitant le souhaite, sous pli médical confidentiel à destination du médecin départemental.

lenord.fr

Renseignements concernant l'autonomie

a) L'intéressé est-il : grabataire constamment au fauteuil de jour

b) Ce sujet présente-t-il ?

	OUI	UN PEU DIMINUÉE	TRÈS DIMINUÉE	ABOLIE
• Une attitude psychologique coopérante (démission)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une orientation (temps, moments de la journée et espace).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une continence urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une continence fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) L'intéressé peut-il

	NORMALEMENT (seul)	DIFFICILEMENT (mais seul)	AIDE NÉCESSAIRE	IMPOSSIBLE
• Faire sa toilette				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller, se déshabiller				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gérer son appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lever du lit, se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Monter l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aller aux toilettes et assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Manger, boire (des aliments préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Couper ses aliments (préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser les moyens de communications (alarme, téléphone, sonnette d'appel, système hertzien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gérer ses ressources, l'argent, ses affaires et faire les démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire ses courses, des achats directs ou par correspondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temps libre (activités de loisirs, culturelles ou sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suivre un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les déplacements intérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

Les déplacements extérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

Date

Nom (ou cachet) du médecin

Signature

Tiphaine BRIAND

Annexe 4 : codage du questionnaire médical pour estimer le GIR médecin

Lecture du codage : Cotation grille AGGIR (A, B, C) = Cotation questionnaire médical.

1-Cohérence

Intitulé du questionnaire médical : cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée).

A = oui.

B = un peu diminuée.

C = très diminuée ou abolie.

2-Orientation

Intitulé du questionnaire médical : orientation (temps, moments de la journée et espace)

A = oui.

B = un peu diminuée.

C = très diminuée ou abolie.

3-Toilette

Intitulés du questionnaire médical : toilette du haut (hors dos) et toilette du bas.

A = fait les deux seul et normalement.

B = toute autre combinaison.

C = aide nécessaire ou impossible pour les deux.

4-Habillage

Intitulé du questionnaire médical : s'habiller, se déshabiller : haut, moyen et bas (hors bandes de contention).

A = fait les trois seul et normalement.

B = toute autre combinaison.

C = Aide nécessaire ou impossible pour les trois.

5-Alimentation

Intitulé du questionnaire médical : manger, boire (des aliments préparés.)

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

6-Elimination

Intitulé du questionnaire médical : aller aux toilettes et assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

Tiphaine BRIAND

7-Transferts

Intitulé du questionnaire médical : se lever, se coucher, s'asseoir.

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

8-Déplacements intérieurs

Intitulé du questionnaire médical : Marcher.

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

9-Déplacements extérieurs

Intitulé du questionnaire médical : Sortir.

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

10-Alerter

Intitulé du questionnaire médical : Utiliser un moyen de communication (alarme, téléphone, sonnette d'appel...)

A = fait seul normalement.

B = fait seul difficilement.

C = aide nécessaire ou impossible.

Si un des items du questionnaire médical n'est pas renseigné, il est remplacé par un autre item :

1- Cohérence par orientation.

2- Orientation par cohérence.

3- Toilette par habillage (du haut ou du bas).

4- Habillage par toilette (du haut ou du bas).

5- Elimination (assurer l'hygiène de) par toilette du bas.

6- Alimentation, Transferts, Déplacement intérieur : pas de substitution possible donc le GIR médecin n'est pas calculé.

Annexe 5 : Données du Conseil Départemental du Nord relatives aux Primo demandes APA 2015

Primo-demandeurs 2015		
Genre	Nombre de primo-demandeurs 2015	%
F	8464	67,17%
M	4136	32,83%
TOTAL	12600	100,00%

Age primo-demandeurs 2015	
Minimum	50
Maximum	106
Moyenne	81
1er quartile	76
Médiane	82
3ème quartile	87

primo-demandeurs 2015				
Direction territoriale	Nombre de demandes	Nombre d'accords	Nombre de rejets GIR 5-6	Nombre de rejets autres
Avesnois	1136	583	296	257
Cambrai	1027	740	94	193
Douaisis	1448	926	253	269
Flandre intérieure	915	583	121	211
Flandre maritime	1279	829	165	285
Lille	3186	1798	643	745
Roubaix Tourcoing	1731	1079	314	338
Valenciennes	1878	1053	388	437
TOTAL	12600	7591	2274	2735
			5009	

<p>AUTEUR : Nom : BRIAND Prénom : Tiphaine</p> <p>Date de Soutenance : 15 décembre 2016</p> <p>Titre de la Thèse : L'allocation personnalisée d'autonomie dans le Nord : Estimation du GIR par le médecin traitant et variables discriminantes du questionnaire médical.</p> <p>Thèse - Médecine - Lille 2016</p> <p>Cadre de classement : <i>Médecine générale, Gériatrie.</i></p> <p>DES + spécialité : <i>Médecine générale.</i></p> <p>Mots-clés : APA, médecine générale, GIR, grille AGGIR, dépendance, autonomie, Nord.</p>
<p>Résumé :</p> <p>Contexte : L'évaluation des besoins de la personne âgée en cas de dépendance repose, en France, sur la grille AGGIR. Elle permet de classer le patient dans un Groupe Iso-Ressource (GIR). Être classé en GIR 1 à 4 rend éligible à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), attribuée par le Conseil Départemental (CD). Dans le département du Nord, le médecin généraliste (MG) participe à la demande d'APA en remplissant un questionnaire médical (QM). L'objectif de cette étude était de comparer l'évaluation du GIR par le MG à celle du CD, lors de premières demandes d'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le Nord. L'objectif secondaire était de déterminer les variables discriminantes du QM pour obtenir l'APA et les aides allouées dans ce cas, en fonction du GIR.</p> <p>Méthode : Une étude quantitative, observationnelle et rétrospective a été réalisée au sein des locaux du CD du Nord, du 2 mai au 5 juin 2016. Le recueil de données s'est fait au fil de l'eau, sur cinq semaines consécutives. 699 dossiers de première demande d'APA ont été inclus. Le GIR Médecin a été évalué par les investigateurs de façon standardisée à partir du QM transcrit sous forme d'une grille AGGIR. Une analyse statistique a ensuite permis de comparer le GIR Médecin et le GIR CD, de rechercher les variables discriminantes du QM et d'étudier la composition des plans d'aide.</p> <p>Résultats : La population d'étude était majoritairement féminine à 71,96% et l'âge moyen était de 80,9 ans. Le GIR Médecin était à 86,1% un GIR 2, 3 ou 4 tandis que le GIR CD était à 83,8% un GIR 3, 4 ou 5. Il existait une différence significative entre le GIR Médecin et le GIR CD ($p < 0,0001$). Pour les GIR compris entre 1 et 4, garantissant l'obtention de l'APA, les patients étaient plus dépendants selon le GIR médecin que selon le GIR CD. Dans l'étude, 27,61% des primo demandes d'APA n'ont pas été accordées. Le principal motif de rejet était d'être classé en GIR 5 ou 6 (78,76%). Il existait un lien entre l'obtention de l'APA et cinq variables de dépendance du QM qui étaient la toilette du haut (OR=1,57 ; $p=0,003$), l'habillage du bas (OR=1,59 ; $p=0,007$), la capacité à monter un escalier (OR=1,42 ; $p=0,018$), l'utilisation d'un moyen de transport (OR=1,48 ; $p=0,014$) et la gestion du traitement (OR=1,32 ; $p=0,009$). Tous GIR confondus, l'aide à la toilette et l'entretien du logement étaient le plus souvent attribués dans le cadre de l'APA (58,24% et 80,98%). Venaient ensuite par GIR décroissant l'aide pour les courses (22,16%), la préparation des repas (20,83%), l'aide à l'habillage (12,35%), les produits d'hygiène (11,98%) et la garde à domicile de jour (6,86%).</p>
<p>Composition du Jury :</p> <p>Président : Professeur François PUISIEUX</p> <p>Assesseurs :</p> <p>Professeur Eric BOULANGER Docteur Firmin BIKOUTA Docteur Brigitte HEUDEL-BONNET Professeur Jean-Marc LEFEBVRE</p>

Tiphaine BRIAND