



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Aides à domicile
&
Qualité de vie**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Novembre 2022 à 18 heures
au Pôle Formation
par Apolline CARDON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseur :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

AVERTISSEMENT :

**LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES : CELLES-CI SONT PROPRES A LEURS
AUTEURS**

LISTE DES ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DES : Diplôme d'Études Supérieures

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Âgée

QDV : Qualité De Vie

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
I. DEFINITIONS	2
II. QUELQUES CHIFFRES	3
III. AIDES A DOMICILE	5
IV. QUALITE DE VIE CHEZ LA PERSONNE AGEE	6
V. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	8
MATERIEL ET METHODES.....	10
I. TYPE D'ETUDE.....	10
II. POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT	10
III. GUIDE D'ENTRETIEN	11
IV. REALISATION DES ENTRETIENS, RECUEIL DES DONNEES.....	12
V. ANALYSE DES DONNEES	12
VI. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	13
VII. CADRE LEGAL ET ETHIQUE.....	13
RESULTATS.....	14
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	14
II. ANALYSE DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE AGEE	15
A. <i>Facteurs favorisant la mise en place des aides</i>	15
1. Accepter l'idée de vieillir pour mieux accepter les aides.....	15
2. Se servir de son expérience personnelle.....	16
3. Importance du contexte familial	17
4. Être bien entouré par sa famille proche	18
5. Relation avec le médecin traitant	19
B. <i>Appréhensions</i>	19
1. Respect de la vie privée.....	19
2. Importance de l'aspect financier	20
3. Peur d'être déçu du service rendu de l'aide à domicile	21
C. <i>Autonomie</i>	22
1. Actes de la vie quotidienne	22
2. Sentiment de bien-être.....	22
D. <i>Un avenir incertain</i>	23
1. Une certaine sécurité	23
2. Peur de l'avenir	24
3. Acceptation de la perte d'autonomie et retentissement sur le moral	26
4. Des liens de famille renforcés	27
E. <i>Repli social</i>	28
1. Sentiment d'abandon	28
2. Pallier le sentiment d'isolement via une routine.....	29
3. Naissance d'un lien affectif avec l'aide	30
4. Entretenir une santé physique et sociale	31
F. <i>Respect des choix</i>	32
G. <i>Solutions pour l'avenir</i>	32
1. Rester chez soi	32
2. Vivre avec leurs enfants.....	33
3. Envisager de partir en foyer d'accueil.....	34
4. Partir en EHPAD	34
H. <i>Propositions de modifications</i>	34
1. Personnalisation de la mise en place des aides/ Humanisation de la démarche	34
2. Stabilité de l'aide à domicile.....	35
3. Majoration des aides à domicile pour diminuer l'isolement social	35
4. Favoriser les sorties accompagnées	35
5. Diversifier les aides à domicile intermittentes	36
III. ANALYSE DU POINT DE VUE DU MEDECIN TRAITANT	36
A. <i>En parler avec le patient</i>	36
B. <i>Avis sur les aides à domicile</i>	36

DISCUSSION.....	37
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	37
A. <i>Les limites de l'étude</i>	37
1. Le mode de recrutement des personnes âgées	37
2. Deux entretiens n'entrent pas dans les critères de sélection.....	37
3. Une population pas assez représentative	38
B. <i>Les forces de l'étude</i>	38
1. Un sujet peu abordé.....	38
2. Méthode de recrutement de l'échantillon	38
3. Entretiens compréhensifs	38
4. Triangulation des données.....	39
5. Grille COREQ.....	39
II. DISCUSSION AUTOUR DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	39
A. <i>Le concept de « Bien Vieillir »</i>	39
1. Conserver une place dans la société.....	40
2. Ressources financières.....	41
3. Le chemin de la résilience	41
B. <i>Une répercussion sur le bien-être</i>	42
1. Se sentir mieux chez eux	42
2. Un sentiment de réassurance, de confiance en soi :	43
C. <i>Lien entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile</i>	44
D. <i>Rester à domicile sans se sentir isolé</i>	45
1. Mise en place d'une nouvelle routine/ adaptation des habitudes	46
2. Avantages du « Rester chez soi »	46
3. Développement d'un lien affectif avec la personne aidante.....	47
4. Développer les moyens de locomotion interurbains	48
E. <i>Rôle du médecin traitant</i>	50
III. OUVERTURES ET PERSPECTIVES	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	60
I. ANNEXE 1 : GRILLE AGGIR.....	60
II. ANNEXE 2 : GRILLE COREQ	61
III. ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ENTRETIEN.....	64
A. <i>Initial</i>	64
B. <i>Final</i>	67
IV. ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT	70

RESUME

Contexte : Devant une population de plus en plus vieillissante, le maintien à domicile n'est possible qu'avec la mise en place d'aides à domicile, diversifiées en fonction du besoin de chaque personne. L'analyse du ressenti de la personne âgée d'un point de vue médical suite à leur mise en place n'a encore jamais été réalisée. L'objectif de cette étude était d'analyser le ressenti de la personne âgée suite à la mise en place des aides afin d'optimiser la prise de décision de leur mise en place et améliorer la compréhension de certains freins ressentis.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés compréhensifs de personnes âgées de plus de 70 ans habitant dans le Cambrésis, avec mise en place des aides à domicile dans les 6 mois. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse par théorisation ancrée des verbatims a été effectuée avec triangulation des données.

Résultats : Les personnes âgées ressentent globalement une amélioration de leur quotidien suite à la mise en place des aides à domicile, même s'ils doivent faire preuve d'adaptation suite au changement de leurs habitudes de vie. Ils évoquent un sentiment de réassurance concernant l'avenir, et un sentiment de sécurité de leur part mais également de leur famille et leurs proches. Une répercussion sur leur vie sociale est aussi soulignée, même si minime, associée à un sentiment de bien-être de vivre chez eux dans leurs souvenirs. Un des freins ressentis à la mise en place d'aides est l'aspect financier.

Conclusion : Dans l'ensemble, les patients interrogés ont observé un impact positif de la mise en place des aides à domicile sur leur qualité de vie. Les personnes âgées sont en demande d'une personnalisation des aides à domicile avec une analyse approfondie de leurs besoins. Dans un concept de « Bien Vieillir » et plus particulièrement « Bien Vieillir Chez Soi », une meilleure connaissance du ressenti de la personne âgée lors de la mise en place d'aides favorisera une meilleure adaptation de leur mise en place.

INTRODUCTION

I. Définitions

Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires ni constantes, et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en années révolues(1).

L'OMS parle de personne âgée de 60 ans et plus, et plus récemment, elle a défini la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance(2).

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Selon le rapport de l'OMS sur le vieillissement et la santé de 2015(1), le « vieillissement en bonne santé » est défini comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être.

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, selon la définition établie par l'OMS en 1946(3).

Toujours selon l'OMS, la qualité de vie d'un individu est définie comme la perception qu'il a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes(3).

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même : elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement(4).

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement(4).

II. Quelques chiffres

Selon le scénario central des projections de population de l'INSEE de 2016, au 1^{er} janvier 2070, la France compterait 76,4 millions d'habitants avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans estimée à 28,7%(5) (en comparaison, en 2020, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est de 20,5%).

Cela s'expliquerait par une augmentation de l'espérance de vie et de l'arrivée de toutes les générations issues du *baby-boom* aux grands âges.

Toujours selon l'INSEE, en 2050, dans les Hauts de France, les séniors représenteraient 31,7% de la population dont 48% de personnes dépendantes, soit une hausse 48% par rapport à 2015 (6).

Le vieillissement de la population est donc un enjeu majeur social et de santé publique.

La région des Hauts de France est l'une des régions où les séniors vivant à domicile ont le plus de limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles et cognitives), et des restrictions d'activités sévères(6).

La présence et la disponibilité de l'entourage, l'adaptation au logement ou le développement des services d'aides à domicile peuvent aider les séniors à rester à domicile.

Le département des Hauts de France est également une région où l'offre de places en hébergement est relativement faible, dans une région où la plus forte proportion de personnes âgées (PA) vivant à domicile est en situation de dépendance.

Les difficultés financières des Hauts de France expliquent aussi en partie qu'ils restent davantage à domicile : en effet, le reste à charge pour financer un hébergement en institution est élevé malgré les aides financières existantes.

Le rapport Citizing sur l'aide et les soins à domicile de 2018 (7) est une étude socio-économique évaluant les bénéfices socio-économiques générés par les soins et les aides à domicile.

Selon ce rapport, l'aide à domicile fournie aux PA dépendantes a des impacts de plusieurs types :

- Il existe un lien de causalité entre l'aide à domicile et l'état général des PA dépendantes
 - Diminution de la probabilité de recourir aux urgences
 - Diminution de la probabilité d'être contraint d'aller en EHPAD
 - Augmentation de la probabilité d'être en meilleure santé mentale et physique
- Il existe un lien de causalité entre l'aide a domicile et le bien-être des aidants familiaux
 - Augmentation de la probabilité d'être en situation d'emploi à temps plein pour les aidants
 - Soulagement psychologique
- Effets sur les finances publiques, que nous ne développerons pas dans le cadre de cette étude médicale

III. Aides à domicile

L'aide à domicile recouvre divers types de prestations concourant au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées(8).

Les aides à domicile peuvent être de plusieurs types(9) :

- Aides à la vie sociale
 - Entretien de la maison : aide-ménagère, lessive, repassage...
 - Aide à la vie quotidienne : préparation des repas, portage des repas, courses
 - Actes essentiels de la vie quotidienne : aide à la toilette
 - Préparations d'ordre administratif : démarches à la banque, à la poste
- Soins infirmiers à domicile
 - Soins d'hygiène générale : aide à la toilette et prévention des escarres
 - Préparation et distribution des médicaments
 - Injections, pansements et lavage vésical
- Dispositif de téléassistance
- Dépannage à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)(10) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

L'aide à domicile peut être complétée par l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

La principale aide financière octroyée aux seniors pour financer l'aide à domicile est l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Elle est versée par le Département du Nord aux PA âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, qui ont besoin d'une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne ou qui ont besoin d'une surveillance régulière. Les PA vivant en établissement peuvent aussi bénéficier de cette allocation.

Pour bénéficier de l'APA, les patients doivent avoir un degré de perte d'autonomie compris entre Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 et 4 selon la grille d'Autonomie Gériatrie Groupe Iso-Ressources (AGGIR). (Annexe 1)

Le montant de l'APA varie en fonction du niveau de dépendance, attribué sans condition de ressources.

IV. Qualité de vie chez la personne âgée

La définition de la qualité de vie chez la personne âgée semble être un concept ambigu au caractère subjectif et à l'aspect multidimensionnel.

Selon la définition de l'OMS de la santé de 1993(11), la qualité de vie est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses ressources sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement.

La qualité de vie comprend 4 catégories essentielles :

- Le domaine psychologique
- Le domaine physique
- Le domaine social
- Le bien-être matériel et le statut socio-économique

On observe que le vieillissement de la population s'accompagne d'une modification de l'incidence relative des maladies. Ainsi, l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées doit tenir compte de l'évolution du vieillissement de la population et doit rendre compte des situations d'incapacités (12).

Selon P.D Compagnone, M.T Van, et J.Bouisson, dix dimensions de qualité de vie ont pu être dégagées chez les personnes âgées à partir de 19 entretiens semi-directifs (13) :

- Sentiment d'échec et de frustration
- Réussite professionnelle et connexion à la réalité
- Rester actif
- Repli social
- Ouverture sociale
- Anxiété liée à la mort
- Investissement religieux
- Sentiment de solitude, d'abandon et d'impuissance

Les échelles déjà mises en place pour mesurer la qualité de vie sont les suivantes(14) :

- La MOF SF36 (Medical Outcome Study Short Form, 36 items) (15)
- Le WHOQOL-100 et WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life)
- L'EQVPA (Échelle de Qualité de Vie adaptée aux Personnes Âgées)

Un nombre croissant d'études sont publiées depuis 2000 mais on note un manque de consensus sur les instruments de qualité de vie à utiliser chez les PA.

L'EQVPA n'a pas été utilisée car les items étaient considérés comme trop vastes et pas assez nombreux de la part de l'investigateur.

Une adaptation du WHOQOL aux personnes âgées a donc été mise au point : WHOQOL-OLD. Elle est maintenant validée depuis 2012.

Le WHOQOL-OLD final est constitué de 24 questions graduées sous forme d'échelle de Likert et regroupées en 6 dimensions (16) :

- Capacités sensorielles
- Autonomie
- Activités passées, présentes et futures
- Activité sociale
- Mort et fin de vie
- Intimité

V. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste prend en charge la personne dans sa globalité : tant au niveau diagnostique et thérapeutique qu'au niveau de la prévention et du suivi du patient.

La prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance sont des problématiques auxquelles le médecin généraliste est régulièrement confronté.

Le médecin généraliste intègre une dimension sociale et environnementale à son exercice dans la prise en charge de la dépendance : outre les soins médicaux, il orchestre l'intervention des différents professionnels de santé nécessaires au bien-être de la personne âgée.

Il joue ainsi un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soin : il met en place un suivi médical personnalisé.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches, le médecin traitant est donc un interlocuteur incontournable pour permettre aux personnes âgées de continuer de vivre à domicile.

En 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement donne la priorité à l'accompagnement à domicile(17)(18). Ce maintien n'est possible qu'avec la mise en place de conditions humaines, matérielles et financières.

Étant au centre de la prise en charge, le médecin généraliste se doit d'être attentif aux signaux d'alerte envoyés par le patient, ou à la recherche de signaux minimisés par le patient, ce qui lui permettra de dépister certains facteurs de fragilité de ces mêmes patients.

Nous sommes donc là face à un phénomène de prévention secondaire.

Dans ce contexte, il existe de nombreuses études socio-économiques sur l'apport économique concernant la prévention de la dépendance et la mise en place d'aides à domicile (19) (20). Il existe de manière minime des études sur le ressenti du médecin généraliste(21) ou de la personne aidante(22)(23) mais aucune étude médicale sur le bien-être de la personne âgée et son ressenti sur sa qualité de vie.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier le ressenti de la personne âgée sur sa qualité de vie, qu'il soit positif ou négatif, après la mise en place des aides à domicile.

L'objectif secondaire était de permettre d'adapter les aides aux souhaits des personnes âgées.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, monocentrique dans le Cambrésis, avec analyse inspirée de la théorisation ancrée des données issues d'entretiens individuels de type semi-dirigés.

II. Population étudiée et recrutement

La population étudiée était des personnes âgées de plus de 70 ans, avec mise en place des aides à domicile dans les 6 mois par le CLIC de Cambrai-Est (Hauts de France).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Avoir plus de 70 ans
- Avoir un GIR de 1 à 5
- Avoir bénéficié de la mise en place d'aides à domicile dans les 6 mois
- Absence de troubles cognitifs majeurs

Le critère de non-inclusion était le suivant :

- Présence d'un aidant familial
- Présence de troubles cognitifs majeurs

Le critère d'exclusion était le suivant :

- Age inférieur à 70 ans
- Absence d'aides à domicile
- Mise en place des aides à domicile depuis plus de 6 mois

Les patients ont été recrutés par une coordinatrice du relais autonomie du Cateau-en-Cambrésis, recrutement basé sur les critères d'inclusion, après discussion et explications via une visioconférence en milieu d'année 2021.

Les patients étaient au préalable contactés par cette même coordinatrice du CLIC afin d'avoir leur avis sur le fait de participer à l'étude, les patients étaient recontactés par la suite par l'investigateur principal de l'étude afin d'obtenir leur accord et de fixer un rendez-vous à leur domicile pour réaliser les entretiens.

La population a été recrutée par échantillonnage raisonné théorique du mois de Novembre 2021 au mois de Mai 2022.

III. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en fonction du questionnaire WHOQOL-OLD et de ses 6 dimensions, ainsi que du questionnaire MOS-SF 36 afin d'aboutir à un questionnaire semi-dirigé comprenant 7 parties (Annexe 3) :

- Aides mises en place
- Freins
- Autonomie
- Anxiété liée à la souffrance
- Repli social
- Respect des choix
- Propositions de modifications

Il a été modifié au fur et à mesure des entretiens pour faciliter la compréhension des personnes âgées, et adapté durant l'entretien en fonction des réponses des participants (Annexe 3).

En parallèle, afin de répondre au mieux aux critères de la médecine générale, un second questionnaire a été réalisé afin d'obtenir l'avis du médecin généraliste des patients interrogés sur les aides à domicile (Annexe 4).

IV. Réalisation des entretiens, recueil des données

Dix entretiens ont été réalisés du 22 Novembre 2021 au 10 juin 2022, au domicile des patients recrutés. Chaque entretien était de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann (24).

Le nombre d'entretiens a été fixé par l'obtention de la suffisance de données atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelle propriété pour compléter une catégorie conceptuelle existante ou en suggérer une nouvelle.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique de la marque Sony®. Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur portable de marque Apple® et du logiciel Microsoft Word®.

Un journal de bord a été rédigé tout au long de ce travail.

V. Analyse des données

L'ensemble des verbatims a été analysé à l'aide du logiciel Microsoft Excel selon le principe de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le chercheur, un médecin formé à la recherche qualitative (GR) et un médecin généraliste novice en recherche qualitative (MC). L'analyse a été réalisée selon les principes de C.Lejeune (25). Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés ont permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) : 32 critères ont été validés. (Annexe 2)

VI. Méthodologie de la recherche bibliographique

Une revue de littérature a été réalisée en amont de l'étude pour approfondir les connaissances actuelles sur le sujet à l'aide des bases de données suivantes : Pépite, Lillocat, Pubmed, HAS et Google.

Les mots-clés utilisés étaient les suivants : services d'aides à domicile ; médecin généraliste ; qualité de vie ; personne âgée ; ressenti.

L'utilisation du logiciel Zotero® a permis de sélectionner les références.

VII. Cadre légal et éthique

Le consentement oral de chaque participant a été recueilli au préalable concernant l'enregistrement audio et la retranscription de chaque entretien. Le consentement écrit de chaque participant a également été recueilli.

Durant l'entretien, aucun refus n'a été mis en évidence. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant et avait accès aux verbatims pour une éventuelle correction.

Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits.

Cette étude n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL) mais a nécessité une déclaration auprès du service de la protection des données à caractère personnel sous la référence n°2021-40 au registre DPO (Délégué à la Protection des Données).

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Au total, dix patients ont participé à l'étude dont neuf femmes et un homme.

Sur les vingt-trois personnes sélectionnées par la coordinatrice du CLIC, cinq personnes ne remplissaient pas les critères de sélection : leur âge était inférieur à 70 ans.

Treize personnes ont été au total contactées, un patient est décédé entre le temps du contact téléphonique et la mise en place des aides à domicile, une patiente n'a pas pu réaliser l'entretien devant le refus de son mari (patiente trop faible pour répondre aux questions), un patient a refusé de participer à l'étude (manque de temps).

Les autres personnes n'ont pas été contactées devant une saturation des données obtenue à l'issue de ces 10 entretiens.

Les entretiens ont duré de dix minutes cinquante-huit secondes à cinquante-deux minutes vingt-et-une secondes, avec une moyenne de trente-et-une minutes et trente secondes.

Les caractéristiques des participants et les conditions d'entretien ont été retranscrites

dans le tableau ci-après :

	Sexe	Age	Situation familiale	Date	Durée entretien	Lieu d'entretien	Conditions particulières
E1	F	72	Divorcée, Pas d'enfant	22/11/2021	22''43'	Cuisine	
E2	F	73	Veuve, 3 enfants	23/11/2021	46''36'	Salle à manger	
E3	F	85	Veuve, Un fils	25/11/2021	52''21'	Salle à manger	Craignait que son fils nous entende
E4	F	76	Mariée, Un fils	25/11/2021	22''37'	Salon	
E5	F	87	Veuve, 3 enfants	23/05/2022	37''00'	Salle à manger	+ fils
E6	F	88	Veuve, 3 enfants	01/06/2022	25''40'	Salle à manger	
E7	H	70	Veuf, Un fils	09/06/2022	10''58'	Salle à manger	
E8	F	87	Veuve Une fille	09/06/2022	19''52'	Salle à manger	
E9	F	83	Veuve Pas d'enfant	10/06/2022	40''07'	Salon	
E10	F	87	Veuve Trois enfants	10/06/2022	27''58'	Cuisine	

II. Analyse du point de vue de la personne âgée

A. Facteurs favorisant la mise en place des aides

1. *Accepter l'idée de vieillir pour mieux accepter les aides*

Selon Michel Billé « La peur que nous avons de mourir [...] envahit la période qui précède la mort. La vieillesse est donc vécue comme cette période de l'existence qui nous rapproche de la mort » (26)

Accepter l'idée de vieillir, avouer avoir une diminution de ses capacités physiques et donc avoir besoin d'aides extérieures est ainsi souvent retrouvé dans les entretiens et facilite l'acceptation des aides à domicile et donc leur mise en place.

(E1) « c'est difficile pour faire dans les coins tout ça c'est de plus en plus difficile pour se baisser tout ça »

(E4) « c'est à dire au départ, je ne sais plus faire mes vitres et mes rideaux, je n'arrive plus à monter à l'escabeau »

(E10) « mais moi j'ai demandé de l'aide parce que je pouvais plus monter à l'escabeau faire mes carreaux et tout... c'est tout j'en pouvais plus »

Pour d'autres patients au contraire, l'acceptation de la mise en place des aides à domicile de la part du patient n'était pas forcément très perceptible pour la famille.

(E5) fils de la patiente présent « au début pour moi, c'est un grand combat parce que maman a accepté, parce qu'elle a un caractère, c'est un moteur avant-guerre, d'accord, donc quand elle a décidé... et ça s'est bien passé, magnifique »

2. *Se servir de son expérience personnelle*

Certains patients avaient connaissance de la possibilité de mettre en place les aides à domicile grâce à leurs expériences personnelles : mise en place des aides chez leurs parents, leur mari...

(E1) « Ah si j'avais connaissance avec maman, j'ai maman qu'elle était à l'APA tout ça »

(E2) « Oui ça c'était déjà du temps de mon mari »

L'expérience personnelle diminue les possibles appréhensions.

(E1) « J'ai pas peur parce que j'ai tellement été habitué à recevoir les dames qui ont soigné maman »

(E6) « non parce que j'avais l'habitude de l'infirmière qui venait souvent, non j'ai pas...non »

Une patiente interrogée a même effectué le métier d'aide-ménagère tout au long de sa vie.

(E10) « non pas du tout, j'ai été aide-ménagère alors... »

3. *Importance du contexte familial*

Pour une patiente, c'est plutôt le contexte familial qui la faisait hésiter à mettre en place les aides à domicile et qui l'a amenée avec le temps à arrêter les aides à domicile.

(E3) « ...mais je peux vous expliquer aussi une chose, ça s'est pas très bien passé parce que moi, j'ai mon fils ici, (...)quand il a appris que j'allais prendre quelqu'un...SHHHH... j'ai eu des problèmes ici. »

Pour une autre patiente, elle se sentait encore capable de faire le ménage dans sa maison pour s'occuper l'esprit à la suite d'un conflit intrafamilial.

(E2) « parce que moi je ne sais pas rester à rien faire... et puis comme je me retrouve vous savez sans mes petits-enfants... c'est vrai que ben je m'ennuyais beaucoup »

4. Être bien entouré par sa famille proche

Pour certains patients, ce sont leurs enfants qui sont à l'initiative de la demande de mise en place des aides à domicile devant le déclin de leurs capacités physiques.

(E2) « c'est moi ou mon garçon, il a dit « maman faut arrêter de faire ton ménage comme ça... tu as le droit à une personne pourquoi tu t'en sers pas quand même ? » »

(E8) « parce que moi je trouvais pas encore la nécessité, je trouvais que je pouvais encore me débrouiller, mais on ne voulait plus que je monte à l'escabeau »

Certains patients évoquent l'importance de l'entourage familial dans les démarches de mise en place des aides à domicile, leur implication dans la gestion des documents administratifs.

(E5) « ah c'est pas moi qui s'occupe des papiers, j'en ai déjà assez comme ça olala »

(E8) « ma fille elle dit « on va faire par CESU » et c'est elle qui s'occupe des papiers c'est pas moi... et puis voilà... alors par CESU j'ai trouvé quelqu'un quoi... »

(E9) « j'ai une amie, une très très bonne amie, (...) c'était elle qui m'a donné l'idée » « c'est elle qui a tout mis en place »

5. *Relation avec le médecin traitant*

D'après les dix patients interrogés, seulement trois en avaient déjà parlé avec leur médecin traitant dont un était à l'initiative de la mise en place des aides.

(E6) « c'est le docteur, il a dit « il faut demander quelqu'un, vous pouvez plus faire tout ça » »

(E10) (E8) (E7) « est-ce que vous en avez déjà parlé avec votre médecin traitant ? » « non »

B. *Appréhensions*

1. *Respect de la vie privée*

Certains patients évoquent l'importance du respect de la vie privée et la nécessité de savoir mettre des limites à l'aide à domicile.

(E1) « bah si elle respecte pas la vie privée bah dehors c'est tout »

(E4) « ah bah oui, parce que je me demandais comment ça allait aller parce que j'aime pas être bousculée et tout ça, j'aime bien être à l'aise »

(E9) « je dirais pas que c'est vital mais c'est très très très important »

Une patiente a même ressenti un non-respect de sa vie privée.

(E3) « moi quand on s'occupe trop de ma personne, ça ne me va pas. Bien sûr ils étaient gentils, ils étaient comme ça... mais les derniers temps, vous savez si ça... « moi, je vendrais votre glace, vous savez ça ça me plairait bien (montrant un bibelot) » alors tout ça, moi c'est pas comme ça »

(E3) « ... la femme qui fait du ménage dans ma rue, elle a été parlée de moi que je fréquentais un monsieur. »

Quand d'autres patients n'ont absolument aucune arrière-pensée sur le respect de leur vie privée avec la mise en place des aides à domicile.

(E2) « les risques ? Ah ouais, ça je sais pas, j'ai jamais pensé à ça »

2. *Importance de l'aspect financier*

Certains patients évoquent l'importance de l'aspect financier et leur soulagement de savoir qu'ils vont bénéficier d'aides financières pour subvenir à leurs besoins.

(E1) « je suis non imposable donc j'espère que j'aurai pas grand-chose à donner. J'ai une petite pension. »

(E6) « normalement on devrait pas rajouter d'argent quand on est malade comme ça, mais j'ai rajouté quelque chose »

(E8) « non non, parce que je trouve que la MSA elle me rembourse bien »

Lors d'un entretien, la patiente souligne que ses faibles revenus et les conséquences qui en découlent peuvent être un frein à la mise en place des aides.

(E6) « « j'ai qu'une toute petite pension de rien du tout alors vous savez c'est difficile à accepter tout ça... »

Une patiente évoque que les problèmes financiers ont contribué à l'arrêt des aides à domicile.

(E3) « j'en ai pas parlé parce que bon je suis un petit peu fière quand même (...) pour moi c'était quand même important, vous comprenez ? »
« ...si j'avais rien eu à ajouter, moi je continuais »

Une seule patiente a bénéficié de la mise en place d'un plan d'aides dans le passé.

(E10) « j'ai eu un plan d'aide par...c'est la CARSAT par là à Lille »

3. *Peur d'être déçu du service rendu de l'aide à domicile*

Un composant important des freins exprimés par les patients était la peur d'être déçus du service médical rendu venant de l'aide à domicile ainsi que le constat d'une « mauvaise qualité » du travail de l'aide à domicile.

(E3) « hein, bon je n'ai aucun commentaire, on peut pas dire, j'ai jamais rien dit, mais je voyais bien que c'était pas... »

(E6) « (...) mais... ça je l'ai eu il y a une dame qui est venue faire la toilette, mais comme elle le faisait pas tellement bien j'ai dit non je préfère le faire moi-même, je mets du temps pour le faire mais je le fais moi-même ma toilette. »

(E8) « elle ne répond pas toujours au téléphone, mais elle vous renvoie un message mais 4 jours après quoi... »

Une patiente hésite à demander une aide à domicile par peur du jugement de la part de certaines personnes.

(E3) « De toute façon je vais vous dire, c'est compliqué, parce que l'aide à la personne c'est très compliqué (...) j'avais du mal moi, je voulais jamais prendre personne à cause de tous les 'on dit' les 'quand dira-t-on', vous comprenez ?»

C. Autonomie

1. Actes de la vie quotidienne

Parmi les patients interrogés, aucun n'a relaté de changement dans sa vie quotidienne après la mise en place des aides à domicile.

(E10) « pas de changement, j'arrive toujours à m'habiller, j'arrive à faire ma toilette toute seule (...) mais j'ai des problèmes pour monter dans la baignoire voilà »

2. Sentiment de bien-être

Une patiente a évoqué être plus épanouie après la mise en place des aides.

(E1) (...) oui c'est ça oui d'avoir une maison propre et tout, se sentir bien chez soi »

(E5) « oh je suis bien la oh oui, je suis plutôt épanouie par rapport à avant »

Une patiente se sent plus autonome chez elle en ayant moins de tâches ménagères à effectuer.

(E6) « Ah oui j'ai moins de boulot à faire, oui, là je fais mes poussières tout doucement tranquillement quand je me lève »

D. Un avenir incertain

1. Une certaine sécurité

Certains patients décrivent une sensation de sécurité psychologique avec la mise en place des aides à domicile.

(E2) « Oui parce que je me dis quand je vais vieillir, et vu mon problème de cancer, voir si ça va évoluer, l'évolution, je me sentirai plus en sécurité avec quelqu'un qui vient plus souvent »

(E6) « Oui parce que ma maison elle reste plus propre »

(E9) « (...) je ne suis plus seule il y a quelqu'un avec qui tu peux parler et tout quoi parce que ça... »

Quand d'autres relatent une sécurité physique.

(E10) « en sécurité parce que je monte plus à l'escabeau tout ça... (...) comme je suis tombée ici déjà, je me suis dit dans la baignoire c'est risqué »

Le sentiment de sécurité à domicile est modulable en fonction de la fréquence de l'aide à domicile.

(E8) « non non parce qu'elle ne vient que tous les 15 jours et non je me sens pas plus en sécurité »

Au contraire, une patiente a vu naître en elle le sentiment d'insécurité depuis la mise en place des aides en rapport avec la non-acceptation des aides par son fils vivant à domicile.

(E3) « oui, oui, oui, sincèrement je pensais... mais (chuchotant) j'ai eu un problème avec mon fils (...) tout était booké, tout a été chamboulé, parce que mon fils n'a pas trop accepté. »

2. *Peur de l'avenir*

Lorsque nous interrogeons les patients sur leur avenir, les patients évoquent avec fréquence la peur de tomber et ses conséquences physiques,

(E6) « parce que j'ai déjà été toute seule chercher mon pain puis j'ai déjà tombé 2 fois dans la rue hein... »

(E8) « moi ce que j'ai peur c'est de tomber, c'est de me retrouver au bout du jardin et puis... ça j'ai peur, ça j'y pense beaucoup depuis un moment, parce que je prends de l'âge certainement »

(E9) « c'est déjà arrivé plusieurs fois que je sois tombé mais j'étais dans la rue... ça, un peu ça me fait peur »

ainsi que la peur de la maladie et de ses complications.

(E1) « bah ça donne quelques craintes aussi de se retrouver toute seule ou quoi, si ça ça fait peur et comment finir. »

(E2) « Mal vieillir ah oui, avec ce que j'ai, je me dis toute façon tu vas pas guérir »

(E6) « bah oui j'avais peur (...) peur d'être pareil que lui quoi, mais j'étais déjà pas bien à ce moment-là... »

Un sentiment de réassurance se crée avec le passage des aides à domicile :

- Pour certains il s'agit d'un sentiment de confiance en soi amélioré

(E5) « je ne sais pas, un peu plus de confiance... »

- D'autres rapportent une majoration du sentiment de bien-être chez soi

(E6) « oui oui, tous les lundis matin elle vient, et ça me fait du bien »

(E7) « je me sens mieux, je sais qu'il y a quelqu'un qui va venir tel jour tel jour, ça me soulage »

- La non mise en danger de sa propre personne est également retrouvée

(E10) « je suis rassurée que j'ai plus à monter sur l'escabeau pour faire les plafonniers, le dessus des meubles tout ça... »

3. *Acceptation de la perte d'autonomie et retentissement sur le moral*

Nous distinguons 2 types de réaction face au vieillissement et à la perte d'autonomie :

Soit le patient se sert de ses connaissances personnelles et de son vécu afin d'accepter totalement la perte d'autonomie et la mise en place des aides à domicile,

(E1) « J'ai pas peur parce que j'ai tellement été habitué à recevoir les dames qui ont soigné maman »

(E6) « Ben je la connaissais déjà cette dame-là, alors ça a été tout seul, alors elle est arrivée, elle a été comme si elle était sa maison »

(E10) « non je savais que ça allait arriver, comme j'ai déjà été aide-ménagère, j'ai bien vu comment ça se passait les personnes âgées, (...) je garde le moral ! »

Soit le patient est plus sur la réserve avec un sentiment d'être plus âgé et plus dépendant avec une répercussion sur son moral.

(E2) « j'ai dit tu vois tu ne sais plus faire quand même grand-chose (...) Non au début si un petit peu, je me suis dit tu diminues peut-être, un petit peu déjà hein (...) oui là c'est sûr que je me suis dit là tu prends un coup de mou là »

(E3) « je me suis sentie aussi vieillir d'un seul coup, (...) je vais dire comme j'ai dit à ce moment-là : c'est le commencement de la fin. (rire) (...) pas très bien, pas très bien, comme je vous dis, j'avais l'impression d'être diminuée complètement... »

(E4) « on se sent plus âgé, quand on a une aide comme ça mais autrement... »

Une patiente évoque même la naissance du sentiment de dépendance lors de la mise en place des aides.

(E8) « plus dépendante c'est sûr c'est sûr »

Un bon premier contact avec l'aide à domicile favorise la confiance et la réassurance de la personne âgée lors du démarrage des aides.

(E4) « non, j'ai pas été inquiète de... elle est venue tout ça alors on lui a dit ce qu'on voulait comme aide (...) alors elle m'a dit « bah y a pas de problème » »

(E8) « oui oui elle est venue, elle est sympa c'est vrai, je l'aime bien, je l'ai accepté bien. »

4. *Des liens de famille renforcés*

La mise en place des aides à domicile permet d'instaurer un climat d'apaisement intrafamilial.

(E4) « ma belle-fille elle est contente, elle dit comme ça au moins, j'ai moins de choses à faire et puis j'ai moins de risques de... si je monte sur l'escabeau ou monter... »

(E5) « oh oui oui oui je suis plus en sécurité, et pascal est rassuré aussi »

(E10) « ah bah oui et puis ils sont contents hein (...) ils sont rassurés (...)ça rassure que je monte plus à l'escabeau déjà »

E. Repli social

1. Sentiment d'abandon

Lors de nombreux entretiens, nous retrouvons le sentiment d'abandon social

(E3) « je me sentais vraiment abandonnée. Abandonnée par tout le monde, alors que j'ai tant fait (...) C'est compliqué hein ça, alors c'est pour ça vous pouvez faire confiance en personne. »

(E6) « non, mais ça, ça semble long quand même dans la semaine hein, parce qu'y'a personne qui vient hein, j'ai pas d'ami, je fréquente personne alors... »

(E10) « moins isolée... je suis contente quand elle est là bon... on boit une petite tasse de café on discute un petit peu... mais l'isolement euh... ça n'a... en 2h30 par semaine ça n'enlève pas l'isolement hein... »

Mais aussi un éloignement familial.

(E1) « c'est plus la même génération, elle s'occupera pas, je pense pas je crois pas »

(E6) « ça me semble long, j'ai mes enfants ils sont là, mais j'ai une fille qui vient tous les jours au soir (...) mais les autres ils ne peuvent pas venir tout le temps »

(E10) « non, je vous le dis mes enfants sont trop loin hein »

Lors des entretiens, une cause de l'isolement social retrouvée est la limitation des déplacements et donc une limitation des activités sociales.

(E2) « des fois vous savez j'ai pas envie de sortir ma voiture, parce que c'est tout un cirque ici, (...) Ça m'embêterait si je ne savais plus conduire ma voiture, ah là ça m'embêterait »

(E6) « oui parce que les courses je ne peux pas les faire toute seule, on les fait quand mon fils il vient le samedi, à condition qu'il ne travaille pas »

(E9) « j'ai pas d'auto, alors c'est pour ça, ça a duré un peu plus longtemps pour que... je voulais aller depuis quelques temps au CLIC mais... »

2. *Pallier le sentiment d'isolement via une routine*

Pour justement pallier le manque de contact social, les patients ont pris l'habitude d'avoir une routine... et ne veulent pas y déroger.

(E2) « je ne me sens pas du tout isolée la semaine, bien au contraire, j'ai des semaines des fois bien remplies, regardez après j'ai les infirmières »

(E5) « ah bah oui, parce que je me demandais comment ça allait aller parce que j'aime pas être bousculée et tout ça »

(E10) « (...) mais non j'aime bien ma petite tranquillité, puis en faisant des mots fléchés parfois je mets ma musique, j'écoute les disques tout ça... je suis bien chez moi »

Le fait d'être bousculé dans son quotidien et ses habitudes est un possible frein à la mise en place des aides à domicile.

(E4) « Dans le couloir, j'avais dit qu'il fallait épousseter la commode, elle m'avait pas remis la photo, elle l'avait posée à plat »

Cela concerne également les habitudes horaires.

(E4) « si il reste 1h ben j'aimerais mieux qu'ils me disent qu'on mette 2h00 à chaque fois, qu'on ne fasse pas des $\frac{3}{4}$. »

(E9) « j'allais boire mon café tous les matins pour voir du monde, parce que je voulais voir du monde, mais comme maintenant le monde vient... je peux pas dire que ça me manque, mais ça fait un petit changement »

3. *Naissance d'un lien affectif avec l'aide*

D'autres patients relatent le développement d'un lien affectif avec l'aide pour pallier le manque de contact social.

(E4) « (...) elles viennent elles sont gentilles, on parle un petit peu c'est agréable d'avoir quelqu'un quand même un petit moment. »

(E9) « non non, je me rendais pas compte que ce serait aussi à vrai dire... agréable, agréable, je ne savais pas hein... »

(E10) « je suis contente quand elle est là bon... on boit une petite tasse de café on discute un petit peu... »

A tel point que pour une patiente, l'aide à domicile fasse partie intégrante de son entourage.

(E2) « c'est devenu presque une petite copine. »

Une patiente affirme avoir plus de temps pour voir son entourage depuis la mise en place des aides à domicile.

(E2) « mais je suis bien contente quand elles viennent, avant j'avais pas le temps de m'occuper d'elles, et maintenant elles peuvent rester une après-midi ça me dérange pas bien au contraire »

4. *Entretenir une santé physique et sociale*

L'entretien d'une activité physique et la participation sociale à des activités organisées par des collectivités permettent à certaines personnes d'entretenir une santé physique et sociale et donc de développer un sentiment de bien-être.

(E3) « oh oui, je trouve que c'est très bien, je trouve que c'est très bien pour beaucoup de personnes, (...) si si si. Moi j'aime bien je trouve que c'est très bien »

(E8) « bah la dernière fois c'était pendant un mois, quelqu'un pour...c'était un peu cérébral quoi... pour voir (...) c'était une journée par semaine pendant tout un mois, on y est allés 5 fois. Et il y a la gym aussi, et ça j'y vais tous les lundi après-midi »

(E9) « (...) j'avais fait il y a quelques temps déjà avec le CLIC un peu de gymnastique, (...) les mémoires ça m'a pas plu parce que je me sentais... (...) c'était un peu une compétition »

F. Respect des choix

Aucun patient interrogé n'a ressenti un jour un manque du respect de sa liberté, que ce soit sa liberté d'agir, ou de penser.

G. Solutions pour l'avenir

1. *Rester chez soi*

La totalité des patients interrogés ne souhaitent pas quitter leur maison, remplie de souvenirs.

(E1) « c'est dire que moi je voudrais rester dans ma maison le plus possible le plus longtemps possible. »

(E3) « non non je préfère rester ici, oh oui sincèrement, oh oui oui oui, si je peux je dis toujours... rester ici oui oui oui. »

(E10) « moi j'aime pas, si je peux rester chez moi, mourir dans mon lit, comme Dalida elle voulait mourir sur scène, moi je veux mourir dans mon lit »

Une patiente évoque le nécessité de rester chez elle afin de conserver une liberté d'action, de décider elle-même de son agenda.

(E6) « ici c'est notre maison à nous, on fait ce qu'on veut, les gens ils viennent quand ils veulent (...) de temps en temps ils viennent me dire bonjour »

Une patiente envisage la possibilité de majorer les aides à domicile dans le but de rester chez elle.

(E4) « bah j'espère oui, on espère pouvoir rester le plus longtemps possible dans sa maison hein (...) le plus longtemps possible à la maison avec des aides pour que ce soit possible »

Une patiente se montre très lucide quant au paradoxe entre le sentiment d'isolement social et le fait ne pas vouloir quitter son domicile.

(E9) « je suis chez moi et j'aime bien cette maison et ça c'est pour ça... et il y a des moments où je me dis : en même temps quand je suis seule, je n'ai pas envie d'être seule, mais je ne voudrais pas être ailleurs que dans mes souvenirs, c'est ma vie quoi, c'était ma vie enfin »

2. *Vivre avec leurs enfants*

Avec le changement générationnel, les patients ne souhaitent pas vivre avec leurs enfants pour ne pas empiéter sur leur vie privée.

(E2) « non les enfants non parce que j'ai une belle-fille elle aimerait pas d'avoir quelqu'un dans sa maison et moi je ne veux pas déranger surtout pas »

(E4) « mais vivre avec les enfants non c'est plus... c'est chacun sa vie »

(E10) « je vais pas aller chez mes enfants (...) avant les enfants prenaient leurs parents chez eux (...) et puis j'aimerais bien faire ma petite popote tout seul tant que je peux, pas aller me mettre dans les couples et tout non non non »

3. *Envisager de partir en foyer d'accueil*

Une seule patiente a émis l'idée de partir en maison d'accueil, mais ne se sent pas prête à quitter sa maison.

(E9) « alors j'ai visité 2 maisons d'accueil... (...) c'était pas ma maison, je me verrai passer 8 jours mais c'est, c'est toute... faudra tout laisser tout bon voilà... »

4. *Partir en EHPAD*

Aucun patient interrogé ne souhaite partir en EHPAD même si leur maintien à domicile devenait difficile.

(E1) « Bof non, enfin si vraiment il fallait choisir je préférerais un foyer logement plutôt qu'un EHPAD, que j'ai quand même un petit peu d'autonomie. »

(E4) « aller en EHPAD ça nous plairait pas »

(E6) « c'est à dire que mes enfants ils voulaient... mon garçon il voulait aller me faire pour habiter à Caudry à la maison de retraite, et moi je n'ai pas voulu »

H. Propositions de modifications

1. *Personnalisation de la mise en place des aides/ Humanisation de la démarche*

Une patiente souligne la nécessité de prendre en considération le vécu et les besoins de chacun lors de la mise en place des aides à domicile.

(E3) « chaque personne elle a sa personnalité (...) un peu plus de psychologie ... qu'ils soient un peu plus humain... »

2. *Stabilité de l'aide à domicile*

Une patiente évoque l'importance de la stabilité de l'aide à domicile, nous pouvons également l'intégrer dans la partie « avoir une routine » importante chez la personne âgée.

(E4) « Une chose qui me paraît importante, c'est que ce soit toujours la même personne et que ça ne change pas à chaque fois. »

3. *Majoration des aides à domicile pour diminuer l'isolement social*

Plusieurs patients ont mentionné le manque d'heures suffisantes d'aides à domicile pour pallier l'isolement social.

(E6) « le point négatif c'est qu'elle vienne pas assez sur la semaine, parce que je vois plus personne après, (...) autrement je ne sors pas, je reste toujours ici, je suis toujours dans ma maison. »

4. *Favoriser les sorties accompagnées*

Une personne évoque l'idée de mettre en place une aide pour sortir et se promener, en sécurité.

(E6) « et puis que je partirai promener un petit peu, ou bien qui me ferait sortir un petit peu... je serais pas toute seule... »

Une autre personne soumet l'idée de mettre en place des transports dédiés aux personnes âgées pour favoriser leurs déplacements et ainsi maintenir le lien social.

(E9) « oui, parce que bon on a le minibus mais il ne va pas au CLIC, et et puis parce que je vais faire les courses avec eux, j'ai été hier bon ça fait une distraction j'ai rencontré du monde, j'ai rencontré déjà des gens que je connaissais d'avant... »

5. *Diversifier les aides à domicile intermittentes*

Devant l'autonomie suffisante des patients interrogés, certains mentionnent la nécessité de mettre en place des aides régulières non hebdomadaires pouvant améliorer leur qualité de vie : comme jardiner

(E8) « mais c'est vrai que faire le jardin, je le fais plus, je le fais plus, j'ai mis 3 tomates et c'est tout »

Ou promener les animaux de compagnie.

(E1) « Ah oui oui, c'est parce que quand tu tombes malade ou quoi, comme elle veut tout le temps sortir ça serait important... »

III. Analyse du point de vue du médecin traitant

Sur les dix médecins traitants contactés, un médecin généraliste était décédé avant l'entretien, cinq questionnaires ont pu être analysés.

A. En parler avec le patient

Sur les 5 médecins répondant au questionnaire, trois d'entre eux ne savaient pas que leur patient bénéficiait d'aides à domicile et n'en avaient jamais parlé avec eux : que cette discussion soit émanante du médecin traitant ou du patient.

B. Avis sur les aides à domicile

Aucun médecin répondant au questionnaire ne pense qu'il peut y avoir un effet néfaste de la mise en place des aides à domicile sur la qualité de vie des patients.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Les limites de l'étude

1. *Le mode de recrutement des personnes âgées*

Le mode de recrutement des personnes âgées peut entraîner un biais de sélection : en effet, la coordinatrice du CLIC a pu contacter avec préférence certaines personnes en comparaison avec d'autres devant une supposition de refus de participer à l'étude.

2. *Deux entretiens n'entrent pas dans les critères de sélection*

Le premier entretien a été réalisé avant la mise en place des aides à domicile, suite à un quiproquo lors du premier contact téléphonique (en décembre 2021). De plus, malgré les contacts téléphoniques répétés, l'entretien a posteriori de la mise en place des aides n'a pu être effectué devant une absence de réponse des établissements médicosociaux. En septembre 2022, la patiente était toujours en attente de réponse favorable à la mise en place des aides.

Un entretien a été réalisé en présence du fils de la patiente, également aidant familial : cela a pu engendrer un biais de réponse, les réponses de la patiente ont pu être modifiées par la présence de son fils.

De plus, la patiente présentait, au fur et à mesure de l'entretien, des troubles cognitifs avancés limitant l'argumentation et le développement de ses réponses, ce qui a pu engendrer un biais cognitif.

3. *Une population pas assez représentative*

Un des critères d'inclusion de l'étude était de ne pas présenter de troubles cognitifs majeurs, cela a pu engendrer un biais de sélection : en effet, la présence de troubles cognitifs majeurs favorise la multiplicité des aides à domicile et ainsi peut modifier le ressenti de la personne âgée après leur mise en place.

B. Les forces de l'étude

1. *Un sujet peu abordé*

Cette étude est novatrice car elle s'intéresse au ressenti de la personne âgée après la mise en place des aides à domicile. Jusque maintenant, il existait principalement des études portées sur le ressenti du médecin généraliste (21) ou des aidants(22,23), ou des études socio-économiques(7) montrant le bénéfice du maintien à domicile de la population âgée grandissante et les propositions sociales à mettre en place en conséquence. Mais qu'en est-il du ressenti de la personne concernée ?

2. *Méthode de recrutement de l'échantillon*

L'échantillonnage théorique a permis de recruter des participants qui ont été utiles à des fins d'éclairage du phénomène étudié et reflète une diversité d'expériences.

L'analyse par théorisation ancrée a permis une suffisance des données malgré le faible effectif des entretiens effectués.

3. *Entretiens compréhensifs*

La réalisation d'entretiens compréhensifs semi-dirigés laissait place à l'expression des sentiments de l'interlocuteur. Le guide d'entretien réalisé en amont de ces entretiens était évolutif et adapté en fonction des réponses de chaque patient.

4. *Triangulation des données*

La triangulation des données entre le chercheur et un médecin formé à la recherche qualitative a permis une analyse des données qui limite la subjectivité des résultats ainsi que le biais d'interprétation.

5. *Grille COREQ*

Un total de 32 critères de la CONSolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés.

II. Discussion autour des principaux résultats

A. Le concept de « Bien Vieillir »

Depuis les années 2000, le concept de « Bien Vieillir » a fait son apparition. Selon Georges Baguet(27), « Bien vieillir, c'est vivre sa vieillesse dans le présent chaque jour. (...) Vivre la vieillesse au présent relève d'une attitude active, il y faut une conscience claire de ce que l'on est devenu et bienveillante envers soi-même. Le temps pour vieillir est celui de l'acceptation. »

La personne âgée doit donc agir en tant qu'acteur de son vieillissement. C'est ce que nous retrouvons dans notre étude, lorsque les patients affirment que personne ne leur impose une façon de vivre, qu'ils veulent conserver leur liberté d'agir et d'expression.

Selon Markus et Kitayama(28), bien vieillir exige le maintien de son autonomie fonctionnelle et cognitive. Selon l'article de Chapman (29), pour les personnes âgées, bien vieillir c'est un processus continu de construction de sens, c'est l'histoire d'une vie.

L'importance du maintien des fonctions cognitives est retrouvée de manière fréquente lors des entretiens, contrairement au maintien de l'autonomie fonctionnelle.

C'est dans un contexte d'allongement continu de l'espérance de vie et dans l'objectif de « bien vieillir » que l'État a mis en œuvre une politique spécifique visant les personnes âgées depuis 2007/2009 avec son Plan National Bien Vieillir(30). Depuis l'État continue de mener des actions dans ce sens avec des grands plans santé et des lois (20)(31)(32).

Le concept du « bien vieillir » ce n'est plus comme le pensaient Rowe et Khan(33) « l'absence d'incapacités, l'engagement actif dans la vie, l'autonomie et l'indépendance, la maîtrise et la capacité d'adaptation » mais il semblerait qu'il s'agisse d'une imbrication de plusieurs éléments, comme nous le démontre notre étude.

1. *Conserver une place dans la société*

Le baromètre du bien vieillir de 2018 (troisième édition après 2015 et 2016)(34) semble être en adéquation avec ces quelques éléments : 97 % des allemands et 95% des belges se sentent des citoyens à part entière contre 84% des français.

Pour les 65 ans et plus, se sentir utile c'est rester autonome et indépendant, c'est-à-dire pouvoir gérer son quotidien sans avoir besoin de demander de l'aide, gérer ses papiers administratifs et participer aux tâches ménagères.

Dans la littérature et en regard des résultats d'une étude(35), le soutien social semble constituer un des facteurs déterminants de la santé mentale, étroitement lié à la dépression et l'estime de soi des personnes âgées.

La mise en œuvre d'interventions soutenant et favorisant le soutien social chez la personne âgée, incluant les proches et les aidants familiaux, avec pour objet la prise en charge et l'accompagnement au quotidien des personnes en difficultés, pourrait permettre une meilleure santé mentale dans l'âge avancé.

2. *Ressources financières*

Selon le baromètre du bien vieillir de 2015 (première édition), 41% des plus de 65 ans rapportent que leurs revenus leur permettent juste de boucler leur budget.

En parallèle, une étude sociale réalisée au Canada en 2016 (36) a fourni une évaluation du niveau de satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées : contrairement à ce que l'on pourrait penser, le revenu familial n'est pas significativement associé à la satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées.

Cette constatation diverge de ce que nous retrouvons dans notre étude dans laquelle les patients se plaignaient du montant de leurs revenus et de son impact dans le quotidien, notamment dans la mise en place des aides à domicile. Le sentiment de frustration, pouvant aller jusqu'au sentiment de honte, peut inciter la personne âgée à se résigner et ne pas faire appel aux services d'aide à la personne.

3. *Le chemin de la résilience*

La construction de la résilience chez la personne âgée est sous-tendue par son histoire, la palette des expériences au cours de son existence est une source où elle peut puiser en cas d'adversité. C'est ce que nous pouvons constater lors des entretiens où les patients se sont préparés psychologiquement à avoir une diminution de leurs capacités en ayant en tête les situations vécues avec leurs compagnons, leurs parents, leurs amis.

Vieillir c'est faire face à de nombreuses pertes ou incapacités. Les pertes liées au vieillissement viennent inévitablement affecter l'image de soi et donc l'identité.

Face à ce changement identitaire, un des mécanismes d'adaptation lié au vieillissement s'appelle le phénomène de la déprise selon Caradec (37): dé-prise face à certains engagements et par la suite, nouvelles prises ou re-prises de certaines activités.

Dans un mémoire sur les pertes liées au vieillissement et au recours à la déprise(38), il est apparu que contrairement au discours populaire qui met souvent en avant les pertes physiques et les limitations fonctionnelles, la perte des proches et l'affaiblissement des liens sociaux représentent les aspects les plus marquants en lien avec le parcours de vieillissement.

B. Une répercussion sur le bien-être

Chez les patients interrogés, compte tenu des faibles limitations de capacités, aucun ressenti sur la qualité de vie n'a été révélé mais les patients rapportent une répercussion sur leur bien-être :

1. *Se sentir mieux chez eux*

Dans une étude sur la satisfaction des besoins psychologiques de base, la motivation et le bien-être(39), le résultat était que la satisfaction des besoins psychologiques de base est positivement associée à des indicateurs positifs de bien-être (satisfaction de la vie, affect positif, vitalité). De plus, la satisfaction des besoins psychologiques de base est essentielle au bien-être.

Cela corrobore avec notre étude dans laquelle les personnes âgées satisfont leurs besoins psychologiques de base en possédant une maison propre et ressentent ainsi un sentiment de bien-être chez eux.

2. *Un sentiment de réassurance, de confiance en soi :*

Dans notre étude, nous retrouvons, d'une part, un sentiment de réassurance et une majoration de la confiance en soi de la personne âgée : lors de nombreux entretiens, les patients évoquent la peur de tomber et de ne pas savoir se relever ou de ses complications.

En mettant en place les aides à domicile, le patient concerné sait qu'il ne fera pas d'imprudences notamment sur le plan physique, évitera les chutes et leurs répercussions possibles (pas uniquement les conséquences traumatiques).

C'est ce que nous retrouvons dans la littérature (40) : les chutes peuvent avoir de nombreuses conséquences psychologiques trop souvent négligées allant du syndrome post-chute au syndrome de désadaptation psychomotrice et au syndrome de peur de tomber. Ces conséquences peuvent avoir un retentissement important en termes de conséquences médicales, de perte d'autonomie, de qualité de vie mais aussi de mortalité (perte de confiance en soi, dégradation de l'image de soi, sentiment d'insécurité).

Ainsi, la mise en place des aides à domicile, notamment dans le domaine des tâches ménagères à un moment précoce permettrait une diminution de la mise en danger des personnes âgées ainsi que des possibles chutes et de leurs répercussions.

D'autre part, il existe un sentiment de réassurance psychologique de la part du patient avec la mise en place des aides à domicile. La mise en place d'une nouvelle routine, un passage (pluri)hebdomadaire rassure, avec l'idée de savoir qu'au moins une personne sera présente à domicile ce jour-là avec une discussion et des échanges d'informations. Le sentiment que le quotidien sera suspendu l'espace d'un moment semble prépondérant dans les entretiens.

Lors des entretiens, nous retrouvons l'idée que la mise en place des aides à domicile améliore les relations familiales plutôt sur un versant de réassurance : la famille et les proches savent que la personne âgée ne se mettra pas en danger et qu'elle évoluera dans un milieu propre et sain.

Contrairement à la littérature(7), nous n'avons pas notion que la mise en place des aides permette une majoration du temps libre de la famille et des proches. Cette absence de résultat pourrait s'expliquer par les critères d'inclusion (aides extérieures uniquement, absence d'aidant familial) de notre étude.

C. Lien entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile

Selon Gucher et Al (41), la réponse aux attentes des bénéficiaires de prestations constitue un élément clef de la qualité de vie des personnes, conçue comme la possibilité de rester inscrit dans la continuité de son parcours de vie, fidèle à ses principes, à ses habitudes et à ses rythmes de vie, malgré « l'entrée en dépendance ».

La personne âgée doit donc jouer un rôle central et doit devenir acteur de son propre vieillissement.

Du point de vue de la personne âgée, la qualité de la prestation et de l'intervenant est estimée à partir de trois éléments essentiels :

- L'insertion dans un réseau d'interconnaissance
- La méticulosité
- Les qualités humaines

La méticulosité de la personne aidante est retrouvée à de nombreux endroits lors des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude.

Il semblerait donc que les compétences et la formation professionnelle ne soit pas au premier plan pour les personnes âgées, contrairement à ce que pense les professionnels engagés dans l'évaluation de la dépendance.

Selon Ribes et Poussin (42), l'intérêt centré sur le soignant, sa vie et ses activités, renforçant le lien dans une relation plus égalitaire, qui n'est plus centrée exclusivement sur la personne âgée, interrogent la position soignante par la crainte de la confusion entre les espaces professionnels et personnels, sur ce qui peut être partagé du privé et de l'intime.

Dans le domaine de l'aide à la personne, il faut respecter la vie privée de la personne aidée tout en trouvant la limite entre s'intéresser au vécu et aux intérêts de la personne et ne pas trop s'immiscer dans sa sphère privée. Le risque serait de basculer dans le non-respect de la vie privée associé à un sentiment d'insécurité ressentie par la personne aidée.

D. Rester à domicile sans se sentir isolé

Lors de l'analyse des résultats, il semble important de trouver un juste milieu d'un point de vue social entre rester chez soi et ne pas se sentir isolé.

La personne âgée souhaite rester à domicile dans ses souvenirs et en gardant ses habitudes quotidiennes.

Dans notre étude, les patients se sentent encore autonome. Dans ce contexte, le besoin d'autonomie correspond à la nécessité pour la personne de se sentir à l'origine de son comportement(43). Il renvoie au sentiment de liberté et de choix dans les activités quotidiennes. Cela semble corrélér à la peur exprimée par les patients interrogés de ne plus avoir de liberté d'agir en quittant sa maison pour un établissement d'hébergement ou autre.

1. *Mise en place d'une nouvelle routine/ adaptation des habitudes*

Dans un processus de vieillissement réussi, la personne peut s'appuyer sur ses habitudes antérieures et ses rituels de vie acquis au cours de son histoire de vie. A savoir qu'un rituel va au-delà de l'habitude(44).

Lors de la mise en place des aides à domicile, la personne âgée, vivant dans son environnement et ses habitudes, doit faire preuve d'adaptation.

En plus d'un sentiment d'intrusion au domicile, il faut faire face à la confrontation des différentes façons de faire. La stabilité de la personne aidante est également essentielle pour qu'un processus de changement et d'adaptation réciproque puisse se faire. (45)

2. *Avantages du « Rester chez soi »*

Dans la pratique médicale, il est bien connu que lors de la survenue d'un évènement aigu, la nécessité d'une hospitalisation paraît parfois la seule solution possible. Or, l'hospitalisation peut être reconnue comme pourvoyeuse de syndrome confusionnel par la perte des repères qu'elle engendre(46)(47).

La mise en place d'aides à domicile précoce permettrait de diminuer le recours aux hospitalisations « d'urgence ». Le passage quotidien ou pluriquotidien d'aides à domicile favorise la détection des facteurs fragilisants et pourvoyeurs de syndrome gériatrique. Ainsi, une bonne coordination pluriprofessionnelle contribuerait à alerter au plus vite de la dégradation de l'état général d'un patient et à mettre tout en œuvre afin d'éviter le recours aux urgences et à l'hospitalisation.

3. *Développement d'un lien affectif avec la personne aidante*

Selon le baromètre du bien vieillir de 2015 (première édition)(48), 17% des plus de 65 ans se sentent très seul au moins un jour sur deux.

Selon Bowlby(49), fondateur de la théorie de l'attachement, théorie développementale, l'attachement est un besoin primaire qui est essentiel à la survie de l'espèce dans une théorie darwiniste.

Guédeney, dans un article sur la théorie de l'attachement aidant/aidé(50), développe l'idée que vieillir est une situation qui sollicite l'attachement de manière quasi-permanente, vu l'augmentation des stimuli et des contextes qui entraînent une activation de l'attachement. Cette activation de l'attachement colore la qualité de la relation d'aide au sein d'un réseau privé ou avec les professionnels en charge de la personne aidée.

Cette idée est en adéquation avec notre étude, dans laquelle les personnes âgées aidées développent au fur et à mesure un lien affectif avec leur personne aidante, jusqu'à occuper une place dans leur quotidien.

Le sentiment d'appartenance à une famille, à une communauté ou à un groupe est, chez la personne âgée, une clé qui apparaît comme importante dans le développement de mécanismes résilients(42).

Le rôle des soignants va être important par les échanges qu'ils ont avec les personnes âgées qu'ils accompagnent, par la créativité de la relation qu'ils proposent.

4. *Développer les moyens de locomotion interurbains*

Il résulte des entretiens un grand manque de moyen de locomotion ressenti par la personne âgée : qu'il s'agisse de la peur d'utiliser la voiture/ un deux-roues motorisé ou de l'absence de possession d'un moyen de locomotion.

Or, la mobilité, quel que soit l'âge, est un facteur de vie active et autonome. Le vieillissement, par la limitation de certaines capacités, va progressivement entraîner une évolution vers une réduction de la mobilité(51).

Depuis plusieurs années, des alternatives à la mobilité sont proposées afin de pallier l'arrêt de la conduite : comme les transports des Personnes à Mobilité Réduite mais ces services sont limités du fait de fortes contraintes économiques. Il semblerait pertinent d'encourager la création d'une plateforme de mobilité pouvant jouer le rôle d'interface entre l'offre et la demande(51).

C'est ce qu'a voulu mettre en place l'association Réussir l'Insertion à Bron avec « Mobi-Cité Séniors » depuis 2012(52) : proposer à l'ensemble des habitants de la ville ayant une perte d'autonomie légère, de faciliter leurs déplacements quotidiens sur la commune et ses alentours (5 kms) grâce à un service personnalisé de transport à la demande.

La diminution des obstacles techniques (difficultés d'accès) et psychologiques (difficultés d'accessibilité) liés au transport des personnes âgées permettrait un maintien de la mobilité de ces personnes dans une logique de prévention de la dépendance.

En complément, l'étude de Joulain et Al (53) examine l'impact des activités et des loisirs sur le niveau de dépression, une des variables associée au bien-être et à l'adaptation. Il est démontré que l'impact des activités de temps libre sur la dépression est bien observé et que les activités physiques sont primordiales à ce sujet, tout comme les activités impliquant un engagement social. Cela renforce l'idée de l'aspect fondamental des échanges interpersonnels pour un bien-être, au-delà des apports spécifiques de chacune de ces activités (meilleure santé physique, sentiment d'utilité sociale).

Il est à noter cependant que le nombre d'activités fréquentes n'augmente pas le pourcentage d'explication du score de dépression : « ce n'est pas la quantité qui compte ».

Il faut d'autant plus favoriser la pratique régulière d'activités intellectuelles régulières qu'une étude de cohorte(54) après 12 ans de suivi confirme que la pratique d'activités intellectuelles était encore indépendamment associée à une réduction des risques de survenue de démence et de maladie d'Alzheimer entre 7 et 12 ans de suivi.

Dans cette étude, il était proposé de réfléchir à la mise en place d'interventions de prévention de la démence, ou du moins du retard de son développement, promouvant chez les personnes âgées la pratique régulière d'activités intellectuelles et favorisant l'adoption de ce comportement.

Cela entre en adéquation avec notre étude : le constat que les aides à domicile « légères » mises en place chez les patients interrogés était probablement favorisé par le critère d'inclusion de l'étude « absence de troubles cognitifs majeurs ».

En faisant donc de la prévention primaire ou même secondaire concernant les troubles cognitifs, la mise en place des aides à domicile serait moins importante chez une population de même âge cible.

Une autre constatation est également émise dans un article sur l'action publique et la solidarité civile (55) : « Pour la personne autonome, un ensemble de services légers visent à compenser à domicile quelques handicaps ponctuels. Pour la personne âgée plus dépendante ou plus fragile, on prévoit une prise en charge de plus en plus lourde pour la collectivité ».

Nous pourrions ainsi peut-être arriver à un recul de l'âge auquel les aides sont mises en place grâce à des interventions de prévention de la démence.

E. Rôle du médecin traitant

Avec le vieillissement de la population et le souhait de maintenir les personnes âgées au domicile, le médecin généraliste est au cœur de cette problématique.

Lors de la visite à domicile, la visibilité sur l'environnement du patient est un avantage exclusif : ils ont accès à des éléments supplémentaires d'ordre sociaux comme les conditions de vie, l'isolement social, la nécessité d'avoir des aides à domicile, le logement, la problématique des chutes.

Dans une analyse sur les contraintes et les apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients(56), il est constaté que le médecin traitant se retrouve dans le rôle d'un médiateur social. Ce constat est également retrouvé dans la littérature(57)(58)(59).

Il apparaît donc logique que ce soit au médecin d'anticiper les besoins du patient, d'évaluer son autonomie et de mettre en place les aides nécessaires.

Alors que les visites à domicile facilitent la visibilité de ces éléments, lors des consultations, il peut exister un défaut d'information. La personne âgée pourrait, par pudeur ou par manque de lucidité, ne pas avouer ses limitations de capacités physiques et cognitives. Cela freinerait donc le médecin généraliste pour anticiper et mettre en place les aides adéquates.

Une étude portant sur le motif réel de maintien à domicile difficile des personnes dépendantes (60) montrait que les hospitalisations favorisées par l'absence temporaire ou l'épuisement de l'aidant étaient un argument en faveur d'une sous-évaluation des aides nécessaires.

Lors des entretiens, les patients interrogés étaient en faveur de la majoration des aides à domicile si leur état de santé se dégradait avec le temps. L'idée d'instaurer précocement les aides permettrait de favoriser l'adhérence de la personne quant aux avantages de leur mise en place et faciliterait ainsi la majoration des aides dans le futur.

L'une des bases fondamentales de la communication en médecine repose sur la transmission de l'information médicale : le niveau de langage doit être adapté au patient, il ne faut pas hésiter à répéter l'information et à la reformuler pour favoriser une meilleure compréhension.

Sur ce principe et en se basant sur les principes de l'entretien motivationnel, nous pourrions émettre l'idée de la mise en place des aides à domicile auprès du patient lorsqu'il en est, pour nous, le moment opportun. Nous retrouvons dans la littérature une efficacité de la communication motivationnelle par rapport aux soins courants dans diverses pathologies (61)(62).

Sur un autre versant, l'approche centrée patient est une compétence générique centrale dans le modèle des compétences du CNGE dit de la marguerite. Elle permet de centrer la situation sur la personne plus que sur sa maladie en y intégrant une approche biopsychosociale et en favorisant un diagnostic approfondi grâce à une écoute active de la personne.

Dans le domaine de la médecine générale, il faut donc s'adapter à chaque patient et à chaque situation. Nous pouvons le mettre en application dans la problématique de certaines mises en place d'aides à domicile.

En effet, il nous arrive au quotidien d'être face à un patient nécessitant une aide extérieure mais la refusant, le patient ayant ses propres raisons. En tant que médecin généraliste, nous devons nous intéresser aux freins et appréhensions de ces patients de manière personnalisée afin d'obtenir un changement de comportement et de point de vue de sa part.

D'autre part, une étude sur les internes de médecine générale à Amiens(63) montre que pendant les études de médecine générale, la personne âgée est étudiée dans sa globalité mais le côté pratique n'est pas assez abordé en profondeur.

La plupart des médecins généralistes estimaient qu'une formation complémentaire était importante afin d'éviter le sentiment d'être démuni face à certaines situations vécues en médecine libérale.

De plus, c'est la constatation faite concernant les questionnaires des médecins traitants retournés : sur les cinq questionnaires retournés, seulement deux médecins généralistes en avaient déjà parlé avec leur patient. Nous sommes donc face à un manque de communication concernant les aides à domicile dans la relation médecin-malade des personnes âgées. D'autre part, cela révèle un angle mort de la prise en charge des personnes âgées de la plupart des médecins interrogés.

III. Ouvertures et perspectives

Plusieurs pistes sont à envisager pour améliorer la prise en charge des patients souhaitant rester à domicile.

Le médecin généraliste est à la jonction médico-psycho-sociale dans sa pratique quotidienne. Il peut donc se retrouver à l'origine de la mise en place des aides à domicile en ayant détecté des signaux d'alerte lors de visites à domicile ou lors de consultations au cabinet.

Par ailleurs, cette étude pourrait servir aux structures médico-sociales afin d'adapter la prise en charge en comprenant les éléments essentiels à prendre en compte lors de la mise en place des aides à domicile : comme la nécessité de la stabilité de la personne, permettant le développement d'un lien affectif avec la personne âgée ; ainsi que la personnalisation des aides à domicile mises en place.

De plus, le développement à large échelle de réseaux de services personnalisés de transport à la demande permettrait de favoriser le maintien d'une vie sociale chez la personne âgée.

Dans notre étude, la population a été sélectionnée dans le but d'avoir une discussion directe avec les patients, sans interférence du proche aidant, ou de la famille ou d'analyse du point de vue du médecin généraliste.

Les critères d'inclusion de l'étude étant défini comme « absence de troubles cognitifs majeurs » avaient un impact non contrôlé sur la faible diminution des capacités physiques des patients interrogés.

Peut-être serait-il utile de réaliser une étude à plus grande échelle, plus approfondie, avec une plus grande diversité d'aides à domicile mises en place ?

Cependant, il semble exister un lien entre la majoration des aides à domicile et la présence de troubles cognitifs ayant un impact sur leur quotidien.

Il faudrait dans ce cas trouver un moyen de diminuer le biais de réponse causé par les troubles cognitifs (biais cognitif).

Pour finir, dans l'objectif d'améliorer la prise de décision du médecin généraliste lors de la mise en place des aides à domicile, des recherches pourraient être réalisées afin de définir et déterminer les hypothétiques points d'alerte de la nécessité de leur mise en place. Cela pourrait permettre la réalisation d'un outil d'aide à la décision médicale quant au moment opportun de la mise en place des aides à domicile.

CONCLUSION

La question du maintien à domicile chez les personnes âgées devient primordiale dans le domaine de la médecine générale devant un souhait de plus en plus important de la part de la population âgée et l'arrivée de l'inversion de la pyramide des âges.

Le médecin généraliste se retrouve au centre d'une prise en charge médico-sociale. Le maintien à domicile est un thème complexe pour les médecins généralistes, il n'existe pas de recommandation officielle. Chaque prise en charge est donc variée et adaptée à chaque patient. Le médecin généraliste peut vite se sentir démuni devant des situations complexes à domicile.

Cette étude a permis d'étayer les éléments ayant eu un impact positif sur leur quotidien et ceux ayant eu un impact négatif. Les patients ayant mis en place les aides à domicile sont ceux ayant le moins d'appréhensions avant leur mise en place. Ils rapportent une amélioration sur la sensation de bien-être chez eux, de confiance en soi et de réassurance du patient et de sa famille.

Un des points négatifs retrouvé dans l'étude est la sensation d'intrusion dans la sphère privée avec une perturbation des habitudes et rituels, nécessitant une adaptation et pouvant aller jusqu'au sentiment de non-respect de la vie privée. Un autre frein ressenti à la mise en place des aides à domicile est le manque de revenus des patients freinant leurs dépenses, dépenses pouvant être liées à la santé et au bien-être.

Un meilleur accompagnement lors de l'avancée en âge et la mise en place de moyens de locomotion favorisant le maintien de la vie sociale permettrait un maintien de l'autonomie de manière plus pérenne.

Du côté médical, une meilleure connaissance des signaux d'alerte lors de la nécessité de la mise en place des aides à domicile faciliterait l'initiation des aides et par la suite leur majoration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 5 oct 2022]. 279 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
2. Soleymani, D, Berrut G, Campéon, A. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. *Santé En Action*. 2018;(443):8-10.
3. Organisation mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York. 1946 p. 100. Report No.: 2.
4. Collège National des enseignants de gériatrie, Boddaert J. Autonomie et dépendance. In: *Gériatrie*. Elsevier Masson. Issy Les Moulineaux; 2021. (Les référentiels des collèges).
5. INSEE. Population par âge. In: *Tableaux de l'économie française* [Internet]. INSEE Références; 2020 [cité 5 oct 2022]. p. 24-5. (Insee Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
6. Insee Analyses Hauts-de-France. Près de 110 000 seniors dépendants en plus d'ici 2050. 2020;(114):4.
7. de Brux J, Zavala TM. New Deal de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, une évaluation socio-économique. 2019;30.
8. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. Aide à domicile [Internet]. 2009 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-courantes/metiers-et-activites/article/aide-a-domicile>
9. Ministère de la Santé et de la Prévention. Aides et soins à domicile [Internet]. 2022 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile?TSPD_101_R0=087dc22938ab200034da7b4ac2746f744182bfc44f141996dc2a2e5cb8ea19db78e997ba463109a608db91a6a914300071742f02dd3a2a4bd868ae042b43e78ac94d9c3e0e7f421ecf51775f984550bc4ffeeeacc2a2d12fba40fb450dca33c
10. Cap Retraite. Aide à domicile : présentation des différents types d'aides [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/maintien-a-domicile/l-aide-a-domicile/>
11. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*. 1996;17(4):354-6.
12. Fermont B, Joël MÈ. Évaluation de la qualité de la vie des personnes âgées. *Gérontologie Société Paris*. 1996;19 / n° 78(3):17-28.
13. Compagnone PD, Van MT, Bouisson J. Définition de la qualité de vie par des personnes âgées. *Rev Eur Psychol Appliquée*. 2007;57(3):175-82.
14. Segrestan C. Score de qualité de vie : indicateurs. *Echanges AFIDTN*. 2005;(72):24-30.
15. El Osta N, Kanso F, Saad R, Khabbaz LR, Fakhouri J, El Osta L. Validation du SF-36, questionnaire générique de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées au Liban. *East Mediterr Health J*. 1 oct 2019;25(10):706-14.
16. Leplège A, Perret-Guillaume C, Ecosse E, Hervy MP, Ankri J, von Steinbüchel N. Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version française. *Rev Médecine Interne*. févr 2013;34(2):78-84.
17. Peyron Y. Quel projet de vie pour la personne âgée en perte d'autonomie restant à son domicile ? Enjeux et proposition de solutions pour une prise en charge coordonnée et efficiente [Internet]. Lille; 2019 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-1617>
18. Ministère de la Santé et de la Prévention. Loi relative à l'adaptation de la société au

vieillessement [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/article/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

19. Trillard A. Penser les mesures de prévention en faveur du « bien vieillir ». *Gérontologie Société*. 2012;35 / HS 1(5):19-25.

20. Libault D. Grand âge, et Autonomie. 2019 p. 228.

21. ALLAIN A. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES DU NORD PAS-DECALAIS GERENT-ILS LES SITUATIONS DE MAINTIEN A DOMICILE ? [Internet]. Lille; 2019. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e5c1e4c3-504f-4a19-a105-b6f277646d24>

22. Université du droit et de la santé Lille, Gilles-Lebas Virginie, Lefebvre Jean-Marc. Etude épidémiologique du syndrome dépressif chez les aidants des personnes âgées dépendantes. [S.l.]: s.n.; 2007.

23. Hervé L. LE RESENTI DES AIDANTS NATURELS DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES VIVANT A DOMICILE [Internet]. [Tours]: Tours; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_HerveLucie.pdf

24. Kaufmann JC, Singly F de. L'entretien compréhensif [Internet]. Impr. Pollina; 1996 [cité 5 oct 2022]. | 127 p.; 18 cm. (128 (Paris)). Disponible sur: <https://bibliotheques.paris.fr/Default/doc/SYRACUSE/53798/1-entretien-comprehensif>

25. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2019. 160 p. (Méthodes en sciences humaines).

26. Billé M. Vieillir: Le courage et l'indignation... *Sens-Dessous*. 2011;8(1):14.

27. Baguet G. Un temps pour vieillir. *Esprit*. 2008;Janvier(1):6-10.

28. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev*. avr 1991;98(2):224-53.

29. Chapman SA. Theorizing about aging well: constructing a narrative. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2005;24(1):8-18.

30. Plan National « Bien Vieillir » [Internet]. 2007 2009. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

31. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1). 2015-1776 déc 28, 2015.

32. Le Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA) [Internet]. PromoSanté IdF. 2015 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie-pnappa>

33. Baltes PB, Baltes MM. Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences [Internet]. Cambridge Core. Cambridge University Press; 1990 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/successful-aging/9C9443F6E5D53BC108F6C9B4F775441D>

34. Baromètre du bien vieillir 2018 | Ipsos [Internet]. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/barometre-du-bien-vieillir-2018>

35. Altintas E, Gallouj K, Guerrien A. Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mai 2012;170(4):256-62.

36. Gouvernement du Canada SC. La satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées au Canada [Internet]. 2018 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2018001/article/54977-fra.htm>

37. Caradec V. Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche. *Gérontologie Société*. 2018;40 / 155(1):139-47.

38. Senay V. Les pertes liées au vieillissement et le recours à la déprise. [Quebec]:

Montréal; 2015.

39. Tang M, Wang D, Guerrien A. A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life: Contributions of self-determination theory. *PsyCh J.* févr 2020;9(1):5-33.

40. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 août 2015;15(88):188-90.

41. Gucher C, Alvarez S, Laforgue D, Vial B, Warin P. De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile: Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non-adhésion. *Vie Soc.* 2017;17(1):55.

42. Ribes G, Poussin M. Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 déc 2014;8(6):592-8.

43. Emin Altintas, Charlay Indoumou-Peppe, Minmin Tang, Alain Guerrien. Autodétermination, motivation et bien-être psychologique : quels enjeux pour l'accompagnement des personnes âgées ? [Internet]. Site de la Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société. 2021 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://www.meshs.fr/page/vieillesse_motivation_bien-etre

44. Thomas P, Hazif-Thomas C. Respect des rituels et des habitudes de vie chez la personne âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2017;17(101):285-6.

45. Chatelain J. Enjeux des habitudes et des routines dans l'ajustement entre personne âgée et aide à domicile [Internet]. Angers; 2017. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/16008101/20172MPSY6942/fichier/6942F.pdf>

46. Juebin Huang. Confusion - Troubles neurologiques. Édition Prof Man MSD [Internet]. 2021 [cité 27 oct 2022]; Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/confusion>

47. Folny-Stojanov C. Syndrome confusionnel en service de médecine gériatrique aiguë: freins et leviers à sa prise en charge. Enquête qualitative réalisée près des médecins gériatres sur le secteur de la Moselle [Internet]. [Nancy]: de Lorraine; 2014. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731711/document>

48. 1er baromètre européen du bien vieillir : la révolution des seniors [Internet]. Ipsos. 2015 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/1er-barometre-europeen-du-bien-vieillir-la-revolution-des-seniors>

49. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy.* 2015;66(2):14-22.

50. Guédeney N. Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation aidant/aidé chez la personne très âgée. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 févr 2019;19(109):3-10.

51. Dumas C. Mobilité des personnes âgées. *Gérontologie Société.* 2012;35 / 141(2):63-76.

52. Lardin C. Mobi-Cité Seniors, la médiation sociale au service de la mobilité des personnes âgées. *Cah Dév Soc Urbain.* 2021;73(1):22-22.

53. Joulain M, Alaphilippe D, Bailly N, Hervé C. Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 juin 2010;10(57):106-10.

54. Malcher MF. Activités de loisirs stimulantes intellectuellement chez les personnes âgées et risque de démence après 12 ans de suivi dans la cohorte des Trois Cités en tenant compte du biais protopathique [Internet]. Montpellier; 2021 [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03561142>

55. Jobert B. Action publique et solidarité civile : le cas du maintien à domicile des personnes âgées. *Lien Soc Polit.* 2016;(75):120-4.

56. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes [Internet]. [Montpellier]:

Montpellier-Nîmes; 2019 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733366>

57. Decultot C. Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze médecins généralistes en Haute-Normandie [Internet]. [Rouen]: Rouen; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01683955/document>

58. Gautier É. La visite à domicile en médecine générale: opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group [Internet]. Nantes, France; 2012 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f7e50a12-bf53-4593-9d58-5e9308572772>

59. Ortolan B, Mouries R. La visite à domicile chez les médecins franciliens [Internet]. Ile de France: URML; 2005. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf

60. Samoy L. Le motif réel d'un maintien à domicile difficile des personnes dépendantes : étude qualitative rétrospective par analyse des dossiers de patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens [Internet]. [amiens]: de picardie; 2016 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400135>

61. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 1 avr 2017;46(2):589-602.

62. Beauvais C. L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. *Rev Rhum*. 1 juill 2019;86(4):319-21.

63. Foulon P. Les personnes âgées au domicile: un maintien difficile? Enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie. [Amiens]: Picardie; 2016.

64. Département de médecine générale de la Sorbonne. MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT [Internet]. 2020. Disponible sur: MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT

II. Annexe 2 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	Apolline Cardon
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>	Validation du 3 ^e cycle des études médicales
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Initiation à la recherche qualitative
Relations avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>	Interne de médecine générale réalisant une étude sur les aides à domicile
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>	Amélioration de la mise en place des aides à domicile
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>	Analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>	Échantillonnage raisonné théorique
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>	Téléphone puis face à face
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 (1 refus, 1 décès)

Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>	Domicile
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	1
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>	Age, absence troubles cognitifs, vivant à domicile
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	30 minutes en moyenne
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Trois, l'auteur et deux chercheurs indépendants pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui par modélisation de codage
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'avance
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Oui

Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

III. Annexe 3 : Questionnaire entretien

A. Initial

Question 1 :

Comment vous sentez vous en ce moment même ? Quelles sont vos appréhensions vis à vis de cet entretien ?

Êtes-vous toujours d'accord afin de réaliser ce questionnaire ? Pouvez-vous me donner votre consentement oral s'il vous plait ?

Question 2 : (*Aides à domicile déjà existantes*)

Concernant les aides à domicile, pouvez-vous me dire desquelles vous bénéficiez ? Depuis combien de temps sont-elles mises en place ? Qui a décidé de les mettre en place ?

Aviez-vous connaissance de la possibilité de la mise en place des aides à domicile afin de faciliter votre vie à domicile ?

Question 3 : (*freins à leur mise en place*)

Quelles étaient vos appréhensions avant leur mise en place ? combien de temps avez-vous attendu pour les mettre en place ?

L'aspect financier avait-il un impact sur votre avis ?

Que pensez-vous du respect de la vie privée lors de la mise en place d'aides à domicile ?

Comment votre point de vue a-t-il changé avec le temps ?

Qu'en pensez-vous maintenant ? Avez-vous un avis négatif depuis leur mise en place?

Y'avait-il un plan d'aide avant la mise en place de ces aides qui vous avait déjà été proposé dans le passé ? Pourquoi à l'époque, vous ne les avez pas mis en place ?

Question 4 : (*rester actif*)

Quels ont été les changements dans votre vie quotidienne après mise en place des aides : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, manger, continence ?

La mise en place des aides à domicile a-t-elle modifié vos capacités physiques ? Par quels moyens ? Est-ce que cela vous a aidé ? Est-ce que cela a aggravé votre état de santé? Que pouvez-vous m'en dire?

Concernant votre autonomie, comment avez-vous l'impression que celle-ci a évolué avec la mise en place des aides ? Vous sentez-vous plus autonome depuis la mise en place des aides? Pourquoi? Et si non pourquoi?

Question 5 : (anxiété liée à la souffrance)

Concernant votre avenir, aviez-vous peur de mal vieillir avant la mise en place des aides à domicile ?

Votre vision du futur a-t-elle changé avec la mise en place de ces aides ? Dans quel sens ?

Avez-vous ressenti une sécurité avec la mise en place d'aides à domicile ?

Le fait de mettre des aides en place vous a -t-il fait sentir plus vieux/ plus dépendant/ en fin de vie?

Sur le plan moral comment avez-vous vécu la mise en route des aides?

Question 6 : (repli social)

Vous sentez vous moins isolé depuis la mise en place ? Y'a-t-il eu des changements d'un point de vue social depuis la mise en place des aides à domicile ? Quels sont les changements depuis la mise en place des aides? Fréquence des visites, des amis, de la famille proche/éloignée ?

L'isolement social vous a-t-il déjà fait peur dans le passé ?

Comment les activités sociales mises en place par le CLIC ont-elles modifié votre vie sociale et quotidienne ? Participez-vous aux activités mises en place par le CLIC? Qu'est-ce que cela vous apporte? Pourquoi y participez-vous ? Pourquoi vous n'y participez pas?

Les relations avec votre famille se sont-elles modifiées depuis la mise en place des aides?

Comment se sont-elles modifiées? Comment le vivez-vous? Pouvez-vous me dire une anecdote ?

Question 7 : (respect des choix)

Concernant votre liberté, avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ? Dans quelle situation avez-vous déjà ressenti un manque de liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?

Vos choix dans la vie quotidienne sont-ils toujours respectés ? Par votre famille ? Par les aides extérieures ?

Partagez-vous l'idée que la mise en place d'aides à domicile est un moyen de rester à domicile avec vos proches et votre entourage le plus longtemps possible ?

Auriez-vous préféré une autre solution (Ehpad, vivre chez les enfants, aide de la famille)?

Avez-vous la sensation que cela rassure plus votre entourage que vous d'avoir des aides à domicile? Dites-moi pourquoi?

Question 8 : (proposition modification par la personne)

En général, comment qualifieriez votre santé ? Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Comment la mise en place d'aides à domicile a-t-elle affecté/empiré votre qualité de vie ?

Quels sont les points positifs et négatifs suite à leur mise en place ?

Si vous deviez effectuer un changement dans la mise en place des aides à domicile, que feriez-vous ?

Une autre approche ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Conclusion :

L'entretien est maintenant terminé. Merci beaucoup pour votre participation. L'entretien sera retranscrit par un dictaphone, vous pourrez le consulter si vous le désirez et le verbatim sera modifiable après demande. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : apolline.cardon.etu@univ-lille.fr

B. Final

Question 1 :

Comment vous sentez vous en ce moment même ? Quelles sont vos appréhensions vis à vis de cet entretien ?

Êtes-vous toujours d'accord afin de réaliser ce questionnaire ? Pouvez-vous me donner votre consentement oral s'il vous plait ?

Question 2 : (*Aides à domicile déjà existantes*)

Concernant les aides à domicile, pouvez-vous me dire de quelles aides vous bénéficiez ? Depuis combien de temps sont-elles mises en place ? Qui a décidé de les mettre en place ?

Aviez-vous connaissance de la possibilité de la mise en place des aides à domicile afin de faciliter votre vie à domicile ?

Question 3 : (*freins à leur mise en place*)

Quelles étaient vos appréhensions avant leur mise en place ? combien de temps avez-vous attendu pour les mettre en place ?

L'aspect financier avait-il un impact sur votre avis ? Avez-vous quelque chose à ajouter financièrement ?

Que pensez-vous du respect de la vie privée lors de la mise en place d'aides à domicile ?

Comment votre point de vue a-t-il changé avec le temps ?

Question 4 : (*rester actif*)

Quels ont été les changements dans votre vie quotidienne après mise en place des aides : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, manger, continence ?

La mise en place des aides à domicile a-t-elle modifié vos capacités physiques ? Par quels moyens ? Est-ce que cela vous a aidé ? Est-ce que cela a aggravé votre état de santé ? Que pouvez-vous m'en dire ?

Concernant votre autonomie, comment avez-vous l'impression que celle-ci a évolué avec la mise en place des aides ? Vous sentez-vous plus autonome depuis la mise en place des aides? Pourquoi? Et si non pourquoi?

Question 5 : (anxiété liée à la souffrance)

Concernant votre avenir, aviez-vous peur de mal vieillir avant la mise en place des aides à domicile ?

Votre vision du futur a-t-elle changée avec la mise en place de ces aides ? Dans quel sens ?

Avez-vous ressenti une sécurité avec la mise en place d'aides à domicile ?

Le fait de mettre des aides en place vous a -t-il fait sentir plus vieux/ plus dépendant/ en fin de vie?

Sur le plan moral comment avez-vous vécu la mise en route des aides?

Question 6 : (repli social)

Vous sentez vous moins isolé depuis la mise en place ? Y'a-t-il eu des changements d'un point de vue social depuis la mise en place des aides à domicile ? Quels sont les changements depuis la mise en place des aides? Fréquence des visites, des amis, de la famille proche/éloignée ?

L'isolement social vous a-t-il déjà fait peur dans le passé ?

Comment les activités sociales mises en place par le CLIC ont-elles modifié votre vie sociale et quotidienne ? Participez-vous aux activités mises en place par le CLIC? Qu'est-ce que cela vous apporte? Pourquoi y participez-vous ? Pourquoi vous n'y participez pas?

Les relations avec votre famille se sont-elles modifiées depuis la mise en place des aides?

Question 7 : (respect des choix)

Concernant votre liberté, avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?

Vos choix dans la vie quotidienne sont-ils toujours respectés ? Par votre famille ? Par les aides extérieures ?

Partagez-vous l'idée que la mise en place d'aides à domicile est un moyen de rester à domicile avec vos proches et votre entourage le plus longtemps possible ?

Auriez-vous préféré une autre solution (Ehpad, vivre chez les enfants, aide de la famille)?

Avez -vous la sensation que cela rassure plus votre entourage que vous d'avoir des aides à domicile? Dites-moi pourquoi?

Question 8 : *(proposition modification par la personne)*

En général, que diriez-vous de votre santé ? Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Comment la mise en place d'aides à domicile a-t-elle affecté/empiré votre qualité de vie ?

Quels sont les points positifs et négatifs suite à leur mise en place ?

Si vous deviez effectuer un changement dans la mise en place des aides à domicile, que feriez-vous ?

S'il y avait quelque chose à mettre en place comme aide dans votre quotidien dans le futur, qu'est-ce que cela serait?

Conclusion :

L'entretien est maintenant terminé. Merci beaucoup pour votre participation. L'entretien sera retranscrit par un dictaphone, vous pourrez le consulter si vous le désirez et le verbatim sera modifiable après demande. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : apolline.cardon.etu@univ-lille.fr

IV. Annexe 4 : Questionnaire médecin traitant

Cher confrère/consœur,

Afin de valider la fin de mes études de médecine générale, je réalise une thèse sur le ressenti de la personne âgée après mise en place des aides à domicile, que la personne soit pour ou contre leur mise en place.

L'objectif de cette thèse étant d'améliorer la mise en place des aides à domicile chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Le généraliste ayant un rôle central dans le dépistage des facteurs de fragilité des personnes âgées et la coordination des différents acteurs de santé intervenant auprès de ces patients,

il me semble important de prendre en compte également son point de vue.

Si je vous contacte, c'est car un de vos patients entre dans les critères de sélection suivants : avoir plus de 70 ans, avoir bénéficié de la mise en place d'aides à domicile dans les 6 derniers mois et pouvoir comprendre l'entretien et répondre aux questions.

Les questions suivantes vont concerner votre patient : M.

Question 1 :

Savez-vous que votre patient bénéficie d'aides à domicile ?

- Oui
- Non

Question 2 :

En avez-vous déjà parlé avec ce patient ?

- Oui
- Non

Question 3 :

Le patient vous en a-t-il déjà parlé spontanément ?

- Oui
- Non

Question 4 :

Pensez-vous qu'il peut y avoir un effet négatif de ces aides ?

- Oui
- Non

Je vous remercie d'avance pour votre participation,
Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : apolline.cardon.etu@univ-lille.fr

Le questionnaire rempli est à me renvoyer via l'enveloppe préimprimée ci-jointe.

Apolline Cardon,
Médecin généraliste remplaçante

AUTEURE : Nom : CARDON

Prénom : Apolline

Date de soutenance : 30 Novembre 2022

Titre de la thèse : Aides à domicile & qualité de vie

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Qualité de vie; Personne âgée; Services d'aides à domicile; Ressenti; Médecine générale

Résumé :

Contexte : Devant une population de plus en plus vieillissante, le maintien à domicile n'est possible qu'avec la mise en place d'aides à domicile, diversifiées en fonction du besoin de chaque personne. L'analyse du ressenti de la personne âgée d'un point de vue médical suite à leur mise en place n'a encore jamais été réalisée. L'objectif de cette étude était d'analyser le point de vue de la personne âgée suite à la mise en place des aides afin d'optimiser la prise de décision de leur mise en place et améliorer la compréhension de certains freins ressentis.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés compréhensifs de personnes âgées de plus de 70 ans habitant dans le Cambrésis, avec mise en place des aides à domicile dans les 6 mois. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse par théorisation ancrée des verbatims a été effectuée avec triangulation des données.

Résultats : Les personnes âgées ressentent globalement une amélioration de leur quotidien suite à la mise en place des aides à domicile, même s'ils doivent faire preuve d'adaptation suite au changement de leurs habitudes de vie. Ils évoquent un sentiment de réassurance concernant l'avenir, et un sentiment de sécurité de leur part mais également de leur famille et leurs proches. Une répercussion sur leur vie sociale est aussi soulignée, même si minime, associée à un sentiment de bien-être de vivre chez eux dans leurs souvenirs. Un des freins ressentis à la mise en place d'aides est l'aspect financier.

Conclusion : Dans l'ensemble, les patients interrogés ont observé un impact positif de la mise en place des aides à domicile sur leur qualité de vie. Les personnes âgées sont en demande d'une personnalisation des aides à domicile avec une analyse approfondie de leurs besoins. Dans un concept de « Bien Vieillir » et plus particulièrement « Bien Vieillir Chez Soi », une meilleure connaissance du ressenti de la personne âgée lors de la mise en place d'aides favorisera une meilleure adaptation de leur mise en place.

Composition du Jury :

Président : Monsieur Le Professeur PUISIEUX François

Assesseur : Monsieur Le Professeur BAYEN Marc

Directeur de thèse : Monsieur Le Docteur ROESCH Gilles