



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Croyances et ressentis du médecin généraliste lors de l'adressage
d'un patient au sein d'un établissement hospitalier pour motif
« maintien à domicile difficile » : étude qualitative auprès des
médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2025 à 18h
au Pôle Formation
par **Charlotte SCHIRRER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Monsieur le Docteur Romain NAESSENS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume GODDEFROY

Avertissement

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

Liste des abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSG : Court Séjour Gériatrique

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

GIR : Groupe Iso-Ressources

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MADD : Maintien à Domicile Difficile

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PA : Personne Âgée

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TNC : Troubles Neuro Cognitifs

USLD : Unités de Soins Longue Durée

Table des matières

Introduction :	8
Matériel et méthodes :	11
I. Type d'étude.....	11
II. Population cible.....	11
1. Critère d'inclusion	11
2. Méthode de recrutement.....	11
III. Recueil des données.....	12
1. Entretien individuel semi dirigé	12
2. Condition de recueil	12
3. Canevas d'entretien	12
4. Caractéristiques des participants.....	13
5. Suffisance des données	13
IV. Analyse des données	13
V. Aspects éthiques et réglementaires.....	14
Résultats :	15
I. Réalisation de l'étude.....	15
II. Prise en charge au domicile des personnes âgées polypathologiques ou dépendantes.....	17
1. Une vision hétérogène du maintien à domicile.....	17
2. Les aides au maintien à domicile.....	19
a) Les professionnels de santé.....	19
b) L'accompagnement familial	21
c) Le rôle du médecin généraliste	22
3. Difficultés à l'institutionnalisation des personnes âgées	22
a) L'ambivalence de la relation médecin-patient.....	22
b) Réticence de l'entourage.....	24
c) La réalité des médecins face aux soins à domicile	25
III. Relation ville-hôpital	26
1. Connaissance de la filière gériatrique	26
2. Conditions d'adressage des personnes âgées vers la filière gériatrique	27
3. Bénéfices attendus lors de l'orientation vers un service de court séjour gériatrique	28
IV. Ressentis des médecins généralistes dans les suites d'une hospitalisation pour maintien à domicile difficile	30
1. Support de communication avec le gériatre	30
2. Pertinence de l'hospitalisation.....	32

a) Apports	32
b) Limites	33
V. Leviers d'amélioration dans la collaboration médecin généraliste-gérialtre.....	35
1. Un mode de communication à améliorer	35
2. Une prise de conscience des réalités de chacun nécessaire afin d'optimiser les hospitalisations.....	36
3. Un meilleur suivi des personnes âgées après une hospitalisation.....	37
Discussion :	39
I. Modélisation des résultats	39
II. Forces et Limites.....	40
1. Forces de l'étude	40
a) Choix de la méthode.....	40
b) Validité interne de l'étude.....	40
i. Crédibilité	40
ii. Fiabilité	40
c) Validité externe de l'étude	41
2. Faiblesses de l'étude	41
a) Biais de sélection	41
b) Biais de recrutement	41
c) Facteurs d'influence	41
d) Facteurs d'interprétation	42
III. Comparaison avec la littérature :	43
1. Complexité du maintien à domicile en médecine ambulatoire	43
2. De la mise en place d'aides à domicile à l'institutionnalisation.....	45
3. Organisation de la filière gériatrique	47
4. Renforcement de la coordination Ville-Hôpital.....	49
Conclusion :	52
Bibliographie :	53
Annexes	56
I. Annexe 1 : Canevas d'entretien final.....	56
II. Annexe 2 : Grille COREQ.....	57
III. Annexe 3 : Verbatims.....	60

Introduction :

Au 1^{er} janvier 2020, les personnes âgées (PA) de plus de 65 ans représentaient 20,5% de la population française. Ce chiffre est en constante augmentation avec une progression de 4,7 points en vingt ans. Ceci est dû, en parti, depuis 2011, à l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre (1). Au 1^{er} janvier 2023 on comptait alors 424 000 femmes de 65 ans et 383 000 hommes de 65 ans. (2)

Selon les projections de population publiées par l'Insee en 2016, la France compterait en 2070, 76,4 millions d'habitants. La quasi-totalité de cette hausse concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus. Celles-ci seraient alors deux fois plus nombreuses en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). Cette forte augmentation est inéluctable et résulte de l'augmentation de l'espérance de vie. (3)

Face à cette augmentation, il a été essentiel de travailler sur l'amélioration des parcours de soins du sujet âgé avec une étroite collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La circulaire ministérielle de 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, reprise par celle de 2007 (4), visait à améliorer la filière gériatrique avec pour but de proposer le parcours de soin le plus adapté.

Une filière gériatrique est ainsi constituée : d'un service de Court Séjour Gériatrique (CSG), d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), d'une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, d'un Service Médical de Réadaptation (SMR), d'une Unité de Soins Longue Durée (USLD). (4)

Le CSG constitue le mode d'entrée principal dans la filière gériatrique. (5)

Les entrées dans un service de CSG s'effectuent principalement de deux manières : soit par entrée directe après appel du médecin traitant (MT) auprès d'un gériatre de référence, soit après un passage aux urgences (6). Le plan solidarité grand âge de 2007 souligne que l'entrée directe doit cependant être privilégiée (7). L'Agence Régionale de Santé (ARS) rappelle également qu'il est nécessaire d'organiser une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers permettant de limiter leurs passages aux urgences. (8)

La circulaire du 18 mars 2002 place le service de CSG au centre de la filière gériatrique, faisant le lien entre la médecine de ville et le devenir des patients âgés.

Les missions du CSG y sont décrites ainsi (9) :

- L'hospitalisation complète des patients de 75 ans et plus
- Assurer des admissions directes non programmées afin d'éviter un passage aux urgences
- Dispenser une évaluation médico psycho sociale globale et individualisée
- Etablir des diagnostics et pratiquer des soins non réalisables en ambulatoire
- Envisager et organiser le devenir du patient en collaboration avec son entourage

Au regard du vieillissement démographique, le médecin généraliste (MG) apparaît comme une pierre angulaire dans la prise en charge de la population gériatrique.

En plus d'assurer un suivi régulier, il doit éviter autant que faire se peut l'hospitalisation des patients âgés tout en préservant leur qualité de vie. En effet, une enquête IFOP Socio-vision pour la FEPEM46 (Fédération des Particuliers Employeurs) de février 2019 montrait que 85% des personnes interrogées souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible car il s'agit d'un endroit rassurant où elles se sentent en

sécurité et entourées de leur famille mais il s'agit également d'un lieu où elles peuvent continuer leurs activités (bricolage, jardinage...). (10)

Dans sa gestion quotidienne du maintien à domicile, le médecin traitant peut être confronté à des situations de rupture (11) entraînant alors un Maintien à Domicile Difficile (MADD). L'admission aux urgences peut parfois être la solution lorsque l'admission en service de CSG est impossible ou si la situation sociale demeure complexe avec impossibilité d'instauration des aides en urgence. (12)

Objectifs de l'étude :

Cette étude a pour objectif principal d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes quant au maintien à domicile de leur patientèle âgée.

Les objectifs secondaires sont :

- L'étude des conditions d'adressage vers un service de CSG
- L'étude du ressenti du médecin généraliste sur la collaboration ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge des patients dans un contexte de MADD.

Matériel et méthodes :

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, réalisée par entretiens individuels semi dirigés à questions ouvertes pour permettre aux médecins de s'exprimer librement. Cette étude a été réalisée avec une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée (13). Cette étude ne relève pas de la loi Jardé.

II. Population cible

1. Critère d'inclusion

La population étudiée est constituée de médecins généralistes exerçant dans les départements du Nord et du Pas de Calais.

Le critère d'inclusion principal était d'être un médecin généraliste installé. Les médecins remplaçants étaient donc exclus de cette étude.

2. Méthode de recrutement

L'échantillonnage a été réalisé selon le principe de l'échantillonnage théorique. Le premier contact était effectué par mail ou par téléphone avant de planifier un entretien en présentiel à la convenance du médecin interviewé. Lors de ce premier contact, l'enquêteur précisait que le thème abordé pour ce travail serait le maintien à domicile des sujets âgés. Afin de ne pas influencer le médecin dans ses réponses, aucun détail supplémentaire n'a été donné lors de ce premier contact.

III. Recueil des données

1. Entretien individuel semi dirigé

Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi dirigés. Les entretiens ont été réalisés de mai 2023 à avril 2024. Un entretien test a été effectué avant le début de l'étude afin de parfaire la technique d'entretien du chercheur.

2. Condition de recueil

Les entretiens ont eu lieu directement au cabinet médical des médecins ayant accepté de participer à l'étude. Seul un entretien a eu lieu en visio-conférence. L'investigateur a informé sur l'anonymat et la confidentialité des données. Les médecins ont consenti librement à leur participation et à l'enregistrement des entretiens.

Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone (Dictaphone du One Plus 7 Pro). La durée des entretiens était comprise entre 12min10 et 42min57 (avec une durée moyenne de 22 minutes et 34 secondes).

3. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été rédigé suite à l'analyse de la littérature. Cette recherche bibliographique a permis de dresser une liste de pistes d'explorations et de questions de relance, qui pourront être utilisées lors des entretiens pour répondre à la question de recherche.

Il comportait des questions ouvertes afin de ne pas influencer l'interviewé. Il a été complété au fur et à mesure de notre recherche en fonction de l'analyse des données en notre possession pour aboutir au canevas d'entretien final. (Annexe n°1)

Chaque entretien débutait par une brève présentation de l'investigatrice et du projet de thèse. Il était ensuite posé une question « brise-glace » qui était : « Quelle est la dernière situation où vous avez été confronté à un maintien à domicile difficile chez un patient âgé ? ».

4. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été recueillies à chaque début d'entretien (Sexe, âge, zone d'exercice, année d'installation, mode d'exercice, maître de stage). Elles sont reportées dans le tableau n°1.

5. Suffisance des données

Le nombre de sujets interrogés n'a pas été fixé au préalable. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance des données. Celle-ci a été obtenue à partir du 8^{ème} entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer la saturation.

IV. Analyse des données

Les Verbatims ont été retranscrits manuellement dans leur globalité sur le logiciel Word et ont ensuite été anonymisés. L'analyse des verbatims a été réalisée selon une méthode s'inspirant de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel NVivo. Les verbatims ont été analysés au fur et à mesure des entretiens, après chaque retranscription. Il était dans un premier temps réalisé un codage « ouvert » permettant l'obtention d'étiquettes puis un codage « axial » à partir de ces étiquettes. Enfin a été réalisé un codage « sélectif » ou « analyse intégrative » permettant d'aboutir à la création des concepts exposés.

Une triangulation des données a été effectuée pour l'ensemble de l'analyse ouverte avec une médecin généraliste formée à la recherche qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Les critères qualitatifs de la grille COREQ ont été respectés au maximum pour la rédaction de ce travail.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Chaque participant a consenti librement à sa participation à cette étude.

Tous les entretiens ont été anonymisés. Il a été précisé au début de chaque entretien que le retrait de l'étude était possible à tout moment.

Une déclaration auprès de la CNIL a été effectuée avant de débiter ce travail.

Il n'a pas été jugé nécessaire de réaliser une demande auprès du comité de protection des personnes.

Résultats :

I. Réalisation de l'étude

Caractéristiques des participants

Médecin	Age	Genre	Année d'installation	Modalité d'exercice	Zone d'exercice	Département	Maître de Stage
M1	44 ans	H	2012	MSP	Semi rural	59	Oui
M2	43 ans	H	2012	MSP	Semi rural	59	Oui
M3	44 ans	H	2012	MSP	Semi rural	59	Oui
M4	30 ans	H	2022	Seul	Semi rural	62	Non
M5	52 ans	F	2016	Seule	Urbain	62	Non
M6	32 ans	H	2020	MSP	Urbain	62	Oui
M7	57 ans	H	1998	Cabinet de groupe	Rural	62	Oui
M8	53 ans	F	1998	Cabinet de groupe	Semi rural	62	Oui
M9	32 ans	H	2020	Cabinet de groupe	Semi rural	62	Oui

Tableau n°1 : caractéristiques des participants

Neuf médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais ont été interrogés (trois dans le Nord et six dans le Pas de Calais).

Deux femmes pour sept hommes ont été interrogées soit 22,2% de femmes pour 77,8% d'hommes.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 43 ans, pour un âge allant de 30 ans à 57 ans. La médiane d'âge était de 44 ans.

L'année d'installation allait de 1998 à 2020, soit entre 26 ans et 4 ans d'exercice en tant que médecin installé.

Sept médecins étaient Maître de stage universitaire.

Description des entretiens

Médecin	Durée (minutes)	Lieu
Médecin 1	15,57	En présentiel
Médecin 2	14,38	En présentiel
Médecin 3	12,10	En présentiel
Médecin 4	33,37	En visio-conférence
Médecin 5	42,57	En présentiel
Médecin 6	19,50	En présentiel
Médecin 7	20,09	En présentiel
Médecin 8	19,37	En présentiel
Médecin 9	24,13	En présentiel

Tableau n°2 : caractéristiques des entretiens

La durée des entretiens variait entre 12 minutes et 10 secondes pour le plus court et 42 minutes et 57 secondes pour le plus long. La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes et 34 secondes.

Huit entretiens sur neuf ont été réalisés en présentiel au cabinet du médecin interrogé. Un seul entretien a été réalisé en visio-conférence.

Le recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins interrogés.

II. Prise en charge au domicile des personnes âgées polypathologiques ou dépendantes

1. Une vision hétérogène du maintien à domicile difficile

Différentes pathologies sont responsables de MADD chez la personne âgée. Chaque médecin de notre étude a exprimé sa propre interprétation du MADD.

Les troubles neurocognitifs (TNC) sont néanmoins souvent cités comme la pathologie la plus fréquemment responsable de MADD.

M5 « *ce qui pose problème souvent c'est quand y'a des débuts de troubles cognitifs c'est pour la prise des médicaments, pour s'assurer qu'ils ne font pas n'importe quoi* »

M7 « *Après y'a tous les troubles cognitifs, au bout d'un moment ça devient compliqué les troubles cognitifs* »

La difficulté dans le maintien à domicile est alors liée à la mise en danger de ces patients.

M4 « *Ces patients typiquement c'est très très compliqué de les garder à domicile parce qu'ils peuvent sortir de chez eux, fuguer, se mettre en danger, tomber, allumer le gaz, souvent de toute façon le moment de non-retour c'est quand ils ont allumé le gaz, qu'ils ont rangé les bouteilles dans le four et qu'ils ont allumé* »

Les patients chuteurs à répétition sont également une cause de MADD citées à plusieurs reprises par les médecins traitants.

M5 « *Elle chute de plus en plus, mais bon je sais pas ce que je vais en faire. (...) Je sais très bien qu'un jour ou l'autre ça va pas être possible* »

M9 « *vraiment les patients chuteurs à répétitions aussi ça c'est problématique* »

A contrario, certains médecins estiment que les chutes à répétitions ne sont pas un facteur limitant pour le maintien à domicile.

M8 « *Oui ça a pu m'arriver d'envisager un placement mais en gros quand ils sont placés c'est le même problème ils chutent toujours.. ou alors on les attache donc en fait on les attache un peu à domicile quoi, pas avec les mêmes moyens mais voilà quoi* »

Sans citer de pathologie en particulier, certains médecins déclarent que la perte d'autonomie entraîne un MADD chez certains de leurs patients.

M6 « *Heu bah alors des fois justement c'est quand y'a pas de pathologie et que les gens ne savent plus se déplacer de leur lit à leurs toilettes heu, donc en gros tout ce qui est perte d'autonomie, les régressions psychomotrices, les troubles de la marche, de l'équilibre voilà c'est les premières choses* »

Pour un des médecins, la présence d'hospitalisations répétées et de fréquences de plus en plus rapprochées est citée comme raison de MADD.

M9 « *alors le maintien à domicile difficile pour moi c'est souvent des patients qui vont être isolés, heu qui vont multiplier les hospitalisations pour des motifs aigus heu, pour lesquels on a déjà mis au maximum des aides de ce qu'on peut faire à domicile, des patients pour qui tout a déjà été mis en place et malgré tout qui continuent à avoir des hospitalisations aiguës pour des motifs intercurrents* »

Certains médecins expriment une certaine confiance vis-à-vis de la gestion du maintien à domicile. Ils n'expriment pas de difficulté dans la prise en charge de ces patients âgés polypathologiques au domicile.

M8 « *Voilà en tout cas moi, venant de moi, j'ai pas de soucis. Je mets pas de limite moi dans le maintien à domicile* »

2. Les aides au maintien à domicile

a) Les professionnels de santé

Face à la difficulté de la gestion des PA polyopathologiques au domicile, les médecins traitants peuvent bénéficier d'un maillage ambulatoire.

Les infirmiers libéraux diplômés d'état (IDE) apparaissent comme premier soutien pour le maintien à domicile.

M2 « *Je trouve qu'un vrai relai c'est quand même les infirmières libérales, parce que souvent ils ont des soins avec des infirmières et qu'on a un relai* »

M5 « *Alors heu premier recours d'abord ce sont mes infirmières par exemple, ce qui pose problème souvent c'est quand y'a des débuts de troubles cognitifs c'est pour la prise des médicaments, pour s'assurer qu'ils ne font pas n'importe quoi donc heu première chose que je fais c'est que je fais passer les infirmières* »

Les IDE sont notamment un appui essentiel pour les médecins traitant concernant les patients présentant une dégradation rapide de leur état général au domicile. Les médecins traitants déclarent que faire appel aux IDE est la seule solution pour obtenir une aide au domicile en urgence.

M8 « *Souvent quand ça se dégrade je demande un petit relai en vitesse à l'infirmière, quelques fois, donc pour distribuer les médicaments et faire les soins en attendant que l'aggravation de l'APA soit mise et que on ait quelque chose de plus important* »

M9 « Mais ouais quand c'est compliqué l'infirmier c'est vraiment pour tout de suite, ça en une journée on peut tout mettre en place et aussi on explique bien à la famille qu'il faut mettre en place les aides au maximum assez vite »

En parallèle des IDE, les MG peuvent mettre en place des aides à domicile afin d'assurer le ménage ou d'aider à la toilette des PA. Ces aides sont financées en partie par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Les MG semblent avoir une bonne connaissance de cette allocation et tous ont déjà rempli des demandes.

M4 « tout ce qui est dossier d'APA etc on essaye de mettre en place »

M5 « Après s'il faut, je peux faire aussi les demandes les aides pour l'APA pour voir s'il faut pour tout ce qui est toilette, après ça dépend de leur dépendance ».

M9 « Bon après on enclenche assez vite avec des dossiers d'APA pour voir ce qu'il y a comme aides en disant qu'il faut en attente de l'APA de prendre des aides extérieurs pour le patient »

Les aides à domicile ne peuvent réellement fonctionner que si elles s'accompagnent d'une organisation et d'une coordination bien établies.

M4 « dans tous les cas il faut surtout que tous les acteurs soient au bon endroit au bon moment et que ça soit bien organisé quoi »

Cependant les MG font aussi face à un sentiment d'impuissance suite au refus des aides à domicile par certains de leurs patients. Ce refus participe au MADD.

M5 « Après des fois ils refusent les infirmières à domicile, parce qu'ils veulent pas d'intrusion, pas d'aide pour être laver etc... »

M7 « Nous on galère des fois, y'a des gens ils nous disent « non je veux pas, qu'est-ce qu'il va venir faire chez moi, j'ai pas envie » y'a vraiment des oppositions, des réticences, pourtant nous on leur dit « mais non ils vont pas vous envahir, ils vont pas.. que ça permet de voir un petit peu à la maison ce qu'on pourrait faire etc pour éviter que.. Ouais voilà. »

b) L'accompagnement familial

Les médecins généralistes soulignent que la présence d'un entourage familial est un facteur crucial pour assurer un maintien à domicile serein.

M5 « Le soucis c'est quand les gens sont isolés. Parfois j'ai des gens qui ont des troubles cognitifs sévères mais j'ai une famille très présente donc ils s'arrangent, ils se relaient que ce soit pour chercher les médicaments, organiser pour les repas les choses comme ça. Mais ouais le souci c'est les gens qui sont isolés »

M7 « On va dire là ça pose plus problème parce que c'est souvent l'entourage qui fait le maintien. Le maintien ou non au domicile c'est l'entourage, (...) c'est là ou moi perso je vais plutôt me baser là-dessus, est ce que y'a un entourage qui est capable de gérer heu la perte d'autonomie on va dire du patient »

Ils sont également plus en confiance lors de la gestion d'un maintien à domicile lorsqu'ils peuvent travailler en collaboration avec un aidant principal.

M4 « je pense aussi que l'aidant familial ou l'aidant principal a un rôle aussi prépondérant là-dessus et y'a beaucoup de choses qu'un aidant peut faire et que par contre nous d'un point de vue médical on pourra pas mettre en place quoi »

c) Le rôle du médecin généraliste

Fort de leur expérience, les médecins généralistes s'efforcent d'anticiper la dégradation au domicile. Cette anticipation leur permet d'éviter d'intervenir dans l'urgence.

M4 « *Moi surtout ce que j'essaye de faire, (...) c'est surtout heu de toujours se poser la question avant quand on voit que y'a des choses qui commencent à être compliquées* »

Ils travaillent alors de pair avec la famille afin d'évoquer une réévaluation du mode de vie du patient.

M8 « *Bah c'est le fait de dire bah là ils étaient autonomes et ils vont plus pouvoir l'être notamment dans les Alzheimer parce que c'est quand même je pense souvent d'ailleurs ce cas là heu bon bah la voilà j'essaye d'anticiper avec la famille quand c'est pour un placement* »

3. Difficultés à l'institutionnalisation des personnes âgées

a) L'ambivalence de la relation médecin-patient

L'anticipation et l'aide de l'entourage ne garantissent pas toujours un maintien à domicile sur le long terme. Lorsque l'institutionnalisation devient inéluctable, les médecins font parfois face aux réticences des patients vis-à-vis de ce changement de lieu de vie.

M1 « *mais y'a des gens qui ne veulent vraiment pas du tout y aller et c'est compliqué dans ces cas-là* »

M4 « Et pis y'a aussi en plus une grosse grosse réticence par rapport à l'institutionnalisation et c'est souvent ça aussi qui fait que on finit par arriver »

M9 « dans ce cas-là on a pas pu mettre en place une entrée directe parce qu'elle repoussait tout le temps »

Cette réticence peut être attribuée à une perception négative des EHPAD.

M1 « pour eux il est hors de question qu'ils aillent à l'EHPAD parce que pour eux la maison de retraite c'est le mouvoir et du coup ils veulent absolument rester chez eux »

Ce refus d'une entrée en institution peut découler d'une anosognosie des patients atteints de TNC.

M7 « Bon j'ai peut-être pas la bonne méthode hein mais non y'a des oppositions. Bon on a peur, fin souvent la crainte c'est de dire « oui mais bon moi je vais bien, tout va bien » et souvent quand on arrive à les convaincre, parfois c'est déjà un petit peu tard quoi.. »

Le refus des patients entraîne parfois un sentiment d'échec pour le médecin généraliste qui se retrouve alors dans une impasse.

M4 « y'a pas que le fait de pas heu de pas prévoir les choses, y'a aussi la réticence du patient lui-même qui même avec ses troubles cognitifs qui sont en général on va dire modérés il est quand même capable d'exprimer sa volonté, si sa volonté c'est « je ne veux pas aller à l'EHPAD » ou « je ne veux pas aller dans une résidence service » etc. Malheureusement on peut pas faire grand-chose »

Lorsque le médecin traitant peine à faire comprendre l'intérêt d'une institutionnalisation à un patient, l'hôpital joue un rôle de soutien pour l'accompagner dans cette démarche. Une collaboration efficace entre la ville et l'hôpital devient alors cruciale pour faciliter cette transition et répondre aux besoins du patient.

M1 « *En fait souvent quand on a tissé un lien avec le patient, parfois ils ont du mal à entendre quand on dit voilà ça va plus il faut envisager un EHPAD ou une aide à domicile, ils disent « oh non non je me débrouille ça va aller » et parfois nous on a du mal à motiver nos patients nous à prendre une décision un peu plus radicale et quand ça vient de quelqu'un d'extérieur quand c'est l'hôpital qui dit « nan là c'est plus possible vous allez en EHPAD » bah ça permet de décoincer une situation »*

En revanche, certains patients semblent être rassurés à l'idée d'intégrer un EHPAD.

M8 « *Ouais donc c'était lui qui était en demande, en difficulté parce qu'en fait rester tout seul avec plein de choses à gérer notamment une alimentation fin voilà heu ça le stressait trop et en fait ça ça été compliqué »*

b) Réticence de l'entourage

Le médecin traitant peut également se retrouver démuni lorsque l'entourage familial du patient s'oppose à l'institutionnalisation.

M5 « *Là c'est le contraire c'est la famille qui veut absolument maintenir à domicile alors que je pense que c'est pas possible. Des fois les patients veulent rester à domicile et c'est la famille qui veulent pas suivre mais la... ouais dans un cas ou dans l'autre on est un petit peu embêté quoi »*

M7 « parfois on rame... parce que y'a une opposition du patient ou l'entourage parfois. On essaye d'aller en amont avant qu'on ait les pépins mais parfois c'est difficile »

c) La réalité des médecins face aux soins à domicile

La gestion des PA polypathologiques au domicile est souvent qualifiée de chronophage. Plusieurs médecins soulignent le manque de temps en médecine générale pour permettre de s'occuper pleinement de leurs patients âgés.

M1 « les consultations quand t'en as tous les quarts d'heure, que tu as des doublons parce que la secrétaire t'a rajouté des rdv, que y'a des familles qui viennent à deux donc tu cours tout le temps et la t'as un coup de téléphone y'a une dame qui te dit « bah maman ça va pas, elle décaruche complètement elle fait n'importe quoi, elle a allumé le gaz, il faut la placer » pis la tu te dis je sais pas comment je vais faire, je peux pas couper mes consult pour m'occuper de ça et parfois ça te prend trois quarts d'heure pour gérer une situation et c'est très compliqué »

M4 « c'est compliqué pour nous de faire beaucoup de visites à domicile »

Un des médecins exprime également l'inadéquation entre le temps passé pour réaliser les démarches liées au maintien à domicile ou à l'institutionnalisation et la rémunération en médecine générale.

M2 « Après moi je suis en libéral, je suis pas payé pour faire ça. C'est-à-dire que si je fais toutes les démarches que ça me prend 5h, que le patient est hospitalisé je suis payé comment pour le temps que j'ai passé ? c'est con hein mais faut rester pragmatique, on est des libéraux on n'est pas des salariés de l'hôpital ou des

fonctionnaires. Donc à un moment toutes ces démarches-là elles sont pas cotées aujourd'hui pour nous permettre de passer du temps »

Le manque de formation spécialisée en gériatrie rend également complexe la prise en soins des PA.

M7 *« Je suis absolument pas gériatre, j'ai pas fait de formation de gériatrie tout simplement, j'ai fait pas mal de formations mais je me juge non compétent en gériatrie. Je fais avec mes connaissances de médecin de 57 ans mais je n'ai pas du tout de formation de gériatre, pas du tout »*

III. Relation ville-hôpital

1. Connaissance de la filière gériatrique

Les médecins déclarent une bonne connaissance de leur filière gériatrique de proximité. La quasi-totalité assure avoir une certaine facilité d'accès à ces structures lorsqu'ils souhaitent une hospitalisation en CSG.

M1 *« A (ville) y'a même un questionnaire qu'on a qu'à remplir et on leur faxe si on veut placer quelqu'un rapidement, si on veut une évaluation gériatrique donc c'est assez facile »*

La mise en place d'une ligne directe d'appel au gériatre référent est soulignée par les MG comme un réel gain de temps et un accès facilité au parcours de soin.

M5 *« Après avec le numéro direct c'est bien parce que c'est de médecin à médecin, on peut expliquer ce qu'il se passe, on décrit, on donne les antécédents »*

M9 « *on a mis beaucoup de choses aussi en place dans le secteur pour faciliter l'accès aux gériatres, y'a des lignes d'accès direct donc on peut tomber directement sur le gériatre d'avis sans passer par le standard on a directement des accès quand on veut une hospitalisation urgente* »

La connaissance personnelle d'un médecin gériatre est également citée comme facteur facilitant l'accès à l'hospitalisation.

M5 « *On a le numéro direct pour le gériatre de garde et je connais bien un des médecins de l'hôpital donc souvent je passe par lui pour mes entrées directes* »

M9 « *J'ai eu la chance parce que je connais bien les médecins de SSR parce que c'est pas évident de faire une entrée directe en SSR sans passer par le court séjour mais heu je leur avais demandé de me garder une place et ils ont pris ma patiente* »

L'accès au CSG n'est cependant pas toujours évident. Il est parfois difficile de réaliser une entrée directe pour un patient.

M1 « *Après je pense que ce qui serait encore mieux ça serait d'avoir des entrées beaucoup plus simples* »

2. Conditions d'adressage des personnes âgées vers la filière gériatrique

Pour la plupart des médecins, le service de CSG n'est pas approprié pour des hospitalisations pour motifs sociaux purs.

M4 « *le CSG ça doit être principalement de l'aigu finalement. Quand c'est du social ou des choses qui ont été un peu sous le tapis pendant longtemps et qui finissent par parler tardivement c'est quand même dommage* »

M9 « *Alors de tête comme ça j'ai pas souvenir de juste avoir adressé pour un maintien difficile à domicile uniquement* »

La plupart d'entre eux admettent être souvent obligés d'attendre un motif aigu tel qu'un syndrome infectieux ou un syndrome confusionnel pour adresser leur patient en CSG et en profiter pour faire le point sur le MADD.

M1 « *Il y en certains ou j'attends une hospitalisation parce que à domicile c'est compliqué et en fait quand on en parle aux patients il veulent pas aller à l'EHPAD et parfois je suis bien content qu'ils soient hospitalisés pour un problème aigu et après j'ai le service hospitalier au téléphone et je leur dis surtout ne renvoyez pas le patient au domicile parce que c'est ingérable* »

M9 « *nan en général quand même c'est souvent au décours d'un épisode aigu où on profite de l'hospitalisation pour refaire un peu le point sur tout ça* »

Par ailleurs, on constate que les critères d'orientation en service de CSG ne sont pas toujours bien connus des MG.

M7 « *Oui j'adresse plutôt pour des évaluations gériatriques ou des problèmes sociaux, cognitifs ou chutes. Mais je savais pas qu'on pouvait adresser aussi des problèmes d'organe. En aigue je pense pas forcément au court séjour gériatrique, on peut ?* »

3. Bénéfices attendus lors de l'orientation vers un service de court séjour gériatrique

Les médecins expriment facilement leurs limites dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques et pour certains une absence de formation

spécialisée en gériatrie. Ils attendent alors souvent l'expertise d'un médecin gériatre lors d'une hospitalisation.

M2 « à un moment tu passes la main pour dire que ça va être un peu carré »

La prise en charge du patient dans son contexte social est pour certains plutôt du ressort du gériatre que du MG.

M3 « Oui parce qu'ils ont une vision du social beaucoup plus aiguë que moi et peut être plus actualisée que moi, donc là à ce moment la oui pour activer les leviers sociaux et quand moi j'envoie en maintien à domicile c'est que je suis perdu c'est que dans mon réseau à moi n'y arrive pas donc oui effectivement c'est pour la réorientation avec une optimisation de la prise en charge »

Certaines prises en charge paraissent trop complexes à réaliser en ville, même si elles seraient théoriquement possibles. L'hospitalisation est alors un moyen pour les MG de réaliser plus rapidement et plus simplement une prise en charge pour une personne âgée dépendante.

M1 « ça permet de tout faire au même endroit, parce que quand il faut faire des bons de transport ou quand ils viennent nous voir il faut faire 3-4 bons de transport parce qu'ils sont complètement plus autonomes du tout, donc il faut à chaque fois il faut une ambulance couchée pour aller voir le cardio pour aller faire une radio des poumons pour aller voir le gastro, c'est assez compliqué donc en fait quand ils ont tous au même endroit c'est quand même pratique »

L'hospitalisation sert aussi souvent de moyen d'extraction du domicile, permettant par la suite une institutionnalisation du patient lorsqu'une entrée directe depuis le domicile n'a pas été possible.

M9 « *Donc il y avait un motif d'hospitalisation aiguë, heu mais oui en leur précisant bien que derrière il fallait absolument une convalescence en attendant d'avoir une place en institution, proche du domicile du fils en plus* »

L'hospitalisation peut permettre au gériatre de renouveler la proposition d'institutionnalisation évoquée en premier lieu par le MG. Cette nouvelle figure dans le parcours de soin peut faire office d'argument d'autorité auprès du patient et de son entourage.

M1 « *généralement ils s'activent pour trouver une place en EHPAD et c'est un peu la porte de sortie, vu que ça vient pas de moi le patient m'en veut pas trop* »

M7 « *du coup je peux les adresser au court séjour pour qu'ils essayent de convaincre mon patient. Ça arrive complètement.* »

IV. Ressentis des médecins généralistes dans les suites d'une hospitalisation pour maintien à domicile difficile

1. Support de communication avec le gériatre

La communication entre le gériatre et le médecin traitant se fait principalement par courrier résumant l'hospitalisation. Celui-ci est alors reçu par mail ou voie postale.

M6 « *Heu nous à partir du moment où on a un courrier que ce soit sur le mail ou en papier finalement la communication elle est suffisante* »

M7 « *Exclusivement par courrier. Peu de communication finalement* »

Les médecins généralistes sont dans l'ensemble très satisfaits des courriers des gériatres.

M3 « *Oui, oui parce que les courriers en tout cas (...), c'est très bien fait, donc y'a pas de soucis* »

M7 : « *Honnêtement l'immense majorité des sorties sont plutôt bien cadrées, les courriers sont bien faits, ils sont clairs. Franchement c'est vraiment clair c'est bien détaillé* »

Ce courrier est souvent décrit comme complet et détaillé.

M4 « *j'adore retrouver le courrier de CSG parce que c'est quasiment toujours ultra clair, ultra précis, il est pas marqué hypertension mais il est marqué hypertension primitive ou secondaire à, y'a marqué la date, si c'est un diabète on sait pourquoi il est, on sait il est compliqué de quoi, fin déjà rien que sur la partie antécédents souvent il y a une rigueur en CSG qui est très très appréciable* »

La qualité de ce courrier rassure les médecins généralistes quant à la prise en charge de leur patient au sein du service hospitalier.

M4 « *on sent dans les courriers que le médecin gériatre ou même l'interne qui a pris en charge le patient et qui a rédigé le courrier, il a envie dans son courrier que le médecin traitant puisse voir que y'a des choses qui ont été faites et des choses qui ont été mises en place et souvent ça c'est assez bien* »

M6 « *les courriers ils sont très bien, ils sont souvent très exhaustifs, mais c'est bien parce que au moins on sait que le patient il a été pris en charge dans sa globalité et c'est rassurant de savoir que ça se passe bien quand il est à l'hôpital donc heu oui les courriers ils sont bien* »

2. Pertinence de l'hospitalisation

a) Apports

Pour la plupart des médecins généralistes, l'hospitalisation en service de CSG est jugée comme bénéfique pour le patient.

M2 « *Y a des fois ils les gardent longtemps ils ont fait un super check up, ils ont fait pleins d'examens, le patient il rentre il a été équilibré, le suivi a été fait tout ça et ça, c'est carré* »

L'orientation du patient au décours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique est multiple. Quelle qu'elle soit, les médecins généralistes sont dans la plupart des cas satisfaits de la prise en charge hospitalière.

L'issue de l'hospitalisation est alors :

- Un retour à domicile

M1 « *bien souvent ils retournent à domicile et pis nous on les attend et ça se passe bien, la plupart du temps c'est quand même comme ça* »

Lors du retour au domicile, la prise en charge hospitalière permet tout de même au médecin traitant de prendre le temps pour organiser une visite à domicile sans urgence.

M6 « *Heu maintenant souvent si y'a eu des modifications de traitement les patients ils sortent avec une ordonnance de deux semaines ce qui nous laisse le temps un peu d'organiser la visite et pis voilà* »

- Une hospitalisation en SMR

M6 « Ça se passe quand même souvent avec un passage en soins de suite avec des rééducations qui permettent de faire ce retour à domicile. Effectivement quand y'a de la kiné intensive à l'hôpital ça permet de faire un retour plus autonome on va dire »

- Une institutionnalisation

M7 « Oh j'ai eu des retours à domicile hein, plusieurs fois. Sinon placement dans la majorité des cas »

M9 « en fait l'institutionnalisation elle a dû passer par un dernier passage aux urgences puis une hospitalisation puis convalescence puis institutionnalisation »

Plusieurs médecins ont également souligné le caractère plutôt bienveillant des médecins gériatres.

M4 « globalement dans la grande majorité des cas j'ai aucun problème et pis les gériatres en général sont connus pour être assez facilement bienveillants heu je pense que de toute façon quand on a envie de prendre en charge des personnes âgés la bienveillance c'est un peu obligatoire »

b) Limites

Parfois, les médecins estiment que le retour à domicile est trop rapide. De ce fait, les aides à domicile n'ont pas toujours été mises en place comme attendues par le médecin traitant.

M2 « y'a des fois tu l'envoies le patient parce que t'as une problématique et pis ils le gardent 2 jours et puis ils font 2-3 exams ils ont rien trouvé et puis ils disent bon voilà ça s'est amélioré et ils le renvoient et on sait qu'on va le réhospitaliser dans 15 jours tout ça »

M5 « Là c'était à (ville) j'ai un patient ils l'ont fait sortir la veille du 14 juillet, alors soi-disant les repas étaient prévus, l'assistante sociale avait tout fait, alors elle n'avait rien fait, avec sa fille on a pleuré quand il est ressorti parce que rien n'avait été fait »

Ils regrettent que les patients regagnent parfois leur domicile avec des escarres ou présentent des signes de régression psychomotrice.

M5 « Y'a une dégradation après une hospitalisation mais c'est aussi dû à sa pathologie ».

M8 « C'est compliqué. Alors toujours sur la personne âgée, en difficulté, les courts séjours c'est un peu compliqué je trouve parce qu'ils ne prennent pas assez le nursing en charge et donc quelques fois quand même ils reviennent un peu abimés. C'est un peu compliqué, les deux derniers court séjour que j'ai eu heu voilà, le nursing il n'est pas pris en charge dans un court séjour alors qu'il commence à l'être dans un moyen séjour donc du coup ça, ils s'abiment un peu vite, et après... »

Un médecin exprime son mécontentement lorsque l'issue de l'hospitalisation n'est pas celle attendue. Pour lui il s'agit d'un manque de compréhension de la part des médecins hospitaliers.

M4 « D'ailleurs j'étais pas très content parce que on l'a quand même renvoyé deux fois à 3 semaines d'intervalle parce que dans les 3 semaines nous on pensait qu'elle avait été hospitalisée donc on avait été quand même très clairs sur notre courrier d'adressage »

V. Leviers d'amélioration dans la collaboration médecin généraliste-gériatre

1. Un mode de communication à améliorer

Cette collaboration entre médecine de ville et médecine hospitalière est parfois très complexe. Afin de faciliter cette dernière, le point le plus important cité lors des entretiens a été la communication.

En effet, plusieurs MG déclarent parfois ne même pas être au courant quand leurs patients sont hospitalisés ni même quand ils rentrent à domicile.

M5 « moi je suis encore assez médecin de famille donc des fois je soigne quatre générations heu quand j'ai la chance y'en a un qui va m'avertir « ah bah au fait, maman est hospitalisée pour tel truc » au moins je suis au courant, sinon je le sais pas. Sinon vous le savez quand ils appellent parce qu'ils sortent de l'hôpital quoi. Des fois je trouve que ça serait bien que dès qu'un patient est hospitalisé on ait l'info »

M6 « si y'a quelqu'un qui est hospitalisé parce qu'il a lui-même appelé le 15 et qu'il est arrivé à l'hôpital avec ses traitements ses antécédents voilà c'est sûr qu'on découvre l'hospitalisation au moment où la personne elle rentre et qu'elle vous dit « ah bah au fait la semaine dernière j'étais à l'hôpital »

Ils souhaiteraient être plus souvent contactés par les médecins gériatres lors de l'hospitalisation de leur patient.

M5 « Mais oui c'est ça ce qu'il faudrait c'est un peu plus de communication. Être informé que notre patient est hospitalisé parce que des fois on le sait pas. Puis des fois ils décèdent et on n'est même pas au courant que le patient est décédé quoi. Des fois on a le courrier trois semaines après. C'est pas terrible »

M8 « Je n'ai jamais été appelé, je n'ai quasiment jamais été appelé. Donc voilà moi j'appelle l'infirmière coordinatrice, j'explique le cas je fais un courrier mais derrière je suis jamais appelée »

2. Une prise de conscience des réalités de chacun nécessaire afin d'optimiser les hospitalisations

Les médecins généralistes peuvent parfois éprouver un sentiment de jugement de la part des gériatres lors de l'hospitalisation de leurs patients. En effet, il arrive que ces derniers soulignent, dans leurs courriers de sortie, que certaines actions n'ont pas été effectuées par les médecins généralistes, sous-entendant qu'ils auraient dû intervenir davantage.

M7 « Le reproche que je peux faire à certains gériatres c'est qu'ils nous jugent, on a l'impression d'être jugé, en disant « vous n'avez pas fait votre boulot » « vous auriez dû faire ça » « et pourquoi vous n'avez pas fait ça » fin c'est sous-entendu dans le courrier »

En parallèle, certains médecins précisent que l'évaluation d'un patient peut être complètement différente selon qu'il se trouve à l'hôpital ou à domicile, et les médecins hospitaliers ne sont pas toujours conscients de cette distinction.

M5 « parce que des fois je pense que y'a un décalage entre quand ils sont en milieu hospitalier et voir comment ça se passe à la maison quoi, des fois c'est un gouffre »

Face à cette différence, les médecins généralistes souhaiteraient davantage d'intervention des équipes mobiles à domicile, permettant alors d'évaluer le patient dans son environnement.

M5 « C'est bête que parfois il n'y ait pas d'équipe mobile un peu pour qu'ils voient un peu chez les patients comment ça se passe »

Enfin, l'anticipation semble être le mot clé pour une amélioration des prises en charge. A force de pratique, certains médecins ont pris l'habitude d'anticiper et de préparer au mieux une hospitalisation afin qu'elle réponde au mieux à leurs attentes. Cette anticipation passe par une connaissance des attentes de chaque structure.

M8 « Ah oui, oui mais c'est pour ça qu'on essaye souvent de travailler l'hospitalisation, (...) et c'est pour ça que je travaille avec les infirmières coordinatrices parce que voilà moi effectivement j'en ai marre quoi, j'en ai eu des retours à domicile catastrophiques et je préfère bien organiser les hospitalisations maintenant »

3. Un meilleur suivi des personnes âgées après une hospitalisation

Les médecins affirment globalement être satisfaits de la prise en charge lors de l'adressage d'un patient en CSG. Ils souhaitent en revanche que les gériatres anticipent la prise de rendez-vous, pour les examens externes ou les consultations nécessaires, avant la sortie du patient. Cela permettrait d'éviter de confier cette responsabilité au médecin généraliste, qui pourrait se retrouver dans une situation de difficulté organisationnelle.

M2 « Des fois ils sortent ils te disent de prévoir un scan en externe une consultation cardio tu te dis mais attends déjà ça va prendre beaucoup de temps mais ça je peux le faire il est revenu à domicile je peux le gérer mais c'est pas facile pour nous tandis qu'eux ils peuvent le faire »

Ils désirent également que les gériatres reconvoquent plus souvent les patients qu'ils ont eu en hospitalisations. Un suivi gériatrique régulier en consultation par exemple pourrait alors permettre selon eux d'éviter certains passages aux urgences ou certaines hospitalisations.

M3 « *c'est vrai qu'au niveau social et même au niveau du suivi gériatrique ils renvoient mais je pense pas que le patient soit reconvoqué derrière pour une réévaluation régulière, ça ça serait hyper précieux pour maintenir une situation* »

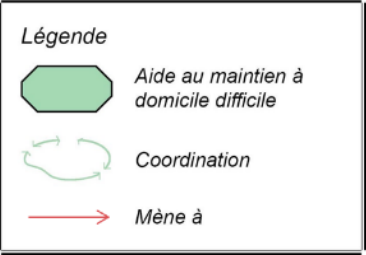
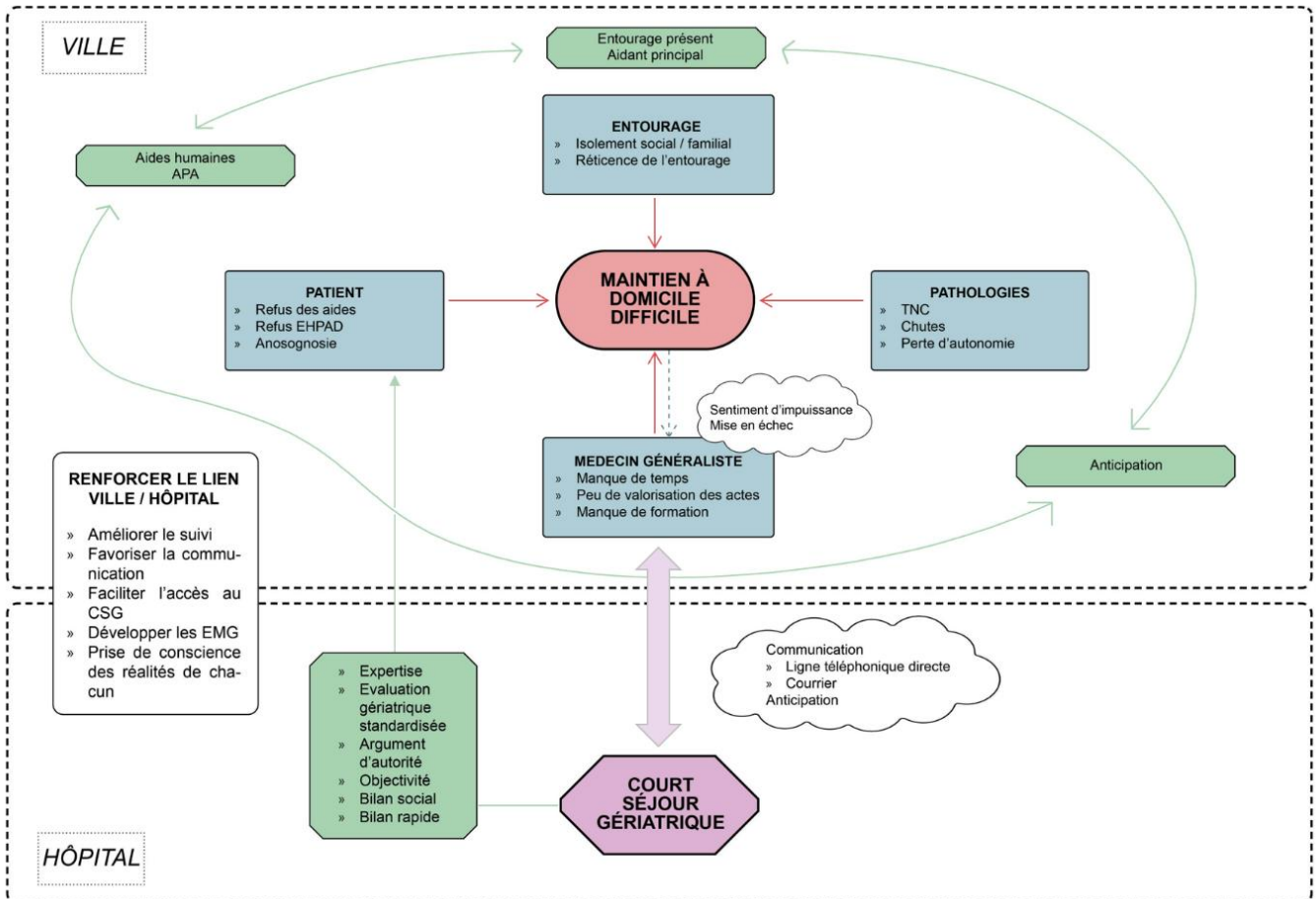
M6 « *Bah les gens sont très rarement reconvoqués, heu par les gériatres* »

Certains déplorent les délais, parfois trop longs, pour accéder à une consultation ou une HDJ de gériatrie.

M5 « *Les délais sont long en général... Moi des fois quand je demande des hospitalisations de jour pour des troubles cognitifs des trucs comme ça c'est 6-8 mois...* »

Discussion :

I. Modélisation des résultats



II. Forces et Limites

1. Forces de l'étude

a) Choix de la méthode

La méthode d'analyse qualitative est la plus adaptée pour notre recherche. En effet, elle permet d'analyser les pratiques et les ressentis des médecins généralistes ainsi que leur expérience sur ce sujet sans chercher à mesurer ou comparer.

Le chercheur, bien que peu expérimenté en recherche qualitative, a gardé une attitude neutre tout au long des entretiens. Les médecins interrogés étaient libres de leurs réponses et aucun jugement n'a été porté de la part du chercheur.

b) Validité interne de l'étude

i. Crédibilité

Les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative ont été respectées. Nous avons appliqué les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research), traduite de l'anglais. (Annexe n°2).

La majorité des critères ont été respectés, hormis la description de l'arbre de codage et la vérification des résultats par les participants.

Une triangulation des données a été effectuée afin de renforcer la validité du codage.

ii. Fiabilité

Le guide d'entretien a été évolutif et a été modifié au fil des entretiens et de l'analyse des données.

Les entretiens ont tous été réalisés, à l'exception d'un entretien, en présentiel ce qui a permis de déceler le langage non verbal. Ils ont eu lieu à chaque fois dans le cabinet

médical du médecin interrogé. Il s'agissait d'un lieu calme et propice à la réflexion et l'échange. Les durées d'entretiens ont été suffisantes.

La saturation des données a été atteinte après huit entretiens, et confirmée par un entretien supplémentaire qui n'a apporté aucune information nouvelle.

c) Validité externe de l'étude

A la fin de notre analyse nous avons confronté les résultats obtenus aux données de la littérature existante. Les résultats de l'étude sont cohérents avec les données actuelles et disponibles de la littérature.

2. Faiblesses de l'étude

a) Biais de sélection

Le chercheur connaît 3 des 9 médecins ayant participé à la recherche. Cela a pu modifier leurs réponses.

Seuls 2 médecins sont des femmes. La majorité ont été interviewés dans le Pas de Calais et seulement 3 dans le Nord.

b) Biais de recrutement

Les médecins qui ont accepté de participer à l'étude étaient au courant que l'entretien allait porter sur le maintien à domicile difficile des personnes âgées. Il peut s'agir d'un biais de recrutement.

c) Facteurs d'influence

L'interviewer et l'interviewé exerçaient la même profession. Ceci a pu induire un biais de déclaration. En effet, certains médecins pouvaient chercher à paraître plus

performants devant un confrère et ceci a pu modifier ses réponses. Pour pallier ce biais, l'investigatrice a gardé une attitude neutre tout au long des entretiens.

d) Facteurs d'interprétation

La recherche documentaire réalisée en amont des entretiens ainsi que l'expérience personnelle du chercheur ont pu induire des à priori chez le chercheur. Ces à priori ont été posés en questionnant la question de recherche.

Cette étude comporte un biais d'interprétation inhérent à la recherche qualitative. Ce biais a été limité par la triangulation des codages ouverts, avec une autre médecin généraliste remplaçante formée à la recherche qualitative.

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes. Cependant, lors des entretiens, il est arrivé que le chercheur pose des questions fermées, ou orientées, par manque d'expérience. Le nombre de questions fermées ou orientées a diminué avec le nombre d'entretiens.

III. Comparaison avec la littérature :

1. Complexité du maintien à domicile en médecine ambulatoire

Notre étude a ainsi tenté de préciser les différentes pathologies et situations pouvant être responsables de MADD.

Malgré une grande diversité de réponses et de représentation du MADD on peut classer les causes de MADD en plusieurs groupes.

- Celles liées aux pathologies (neurodégénérative, troubles de l'équilibre...)
- Celles liées à l'entourage (défaut d'entourage)
- Celles liées aux patients (refus des aides, anosognosie)
- Celles liées aux MG (manque de temps, manque de valorisation, manque de formation)

Ces résultats sont en adéquation avec ceux de la littérature retrouvant essentiellement les mêmes pathologies responsables de MADD.

E. Lacombe dans son étude réalisée en 2020 en Côte d'Or sur la conceptualisation du maintien à domicile difficile chez le sujet âgé par le médecin traitant, a retrouvé des résultats similaires aux nôtres. D'après ses résultats, le MADD serait associé à cinq grand groupe de situations différentes : les situations liées au patient, celles liées à l'entourage, l'environnement inadapté, le manque de moyen professionnel et les problème organisationnel (14). L'environnement matériel a cependant été peu abordé dans notre étude.

L. Bosson avait pour objectif dans son étude de 2011 de faire un état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes et leurs besoins dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en situation médicale et psycho sociale complexe. Elle confirme que les TNC et les chutes à répétition font partie des

pathologies mettant le plus en difficultés les MG lors de la prise en charge des PA. Ces deux pathologies ont reçu un score de 3 sur 4 pour quantifier la difficulté de prise en charge par les MG. (15)

On note également certaines problématiques et difficultés propre à l'activité du médecin généraliste et notamment le manque de temps en médecine générale et le manque de rémunération pour certaines démarches effectuées.

Ces résultats sont concordant avec ceux de SE. Vialtel (16) qui s'est intéressé en 2012 à la perception des médecins généralistes quant à la visite à domicile. La visite à domicile est vécue par les MG comme un investissement personnel. Mais ils font alors face à une contrainte temporelle et un inconfort matériel. Il est mis en avant une inadéquation entre la visite, sa cotation et les moyens associés. On retrouve dans notre étude des résultats similaires avec une visite souvent qualifiée de chronophage et un manque de valorisation quant aux actes liés à la gestion des PA polyopathologiques (dont la prise en charge médico-psycho-sociale complexe).

L'ensemble des résultats nous amène à tenter de définir le MADD comme une situation complexe à la fois dans la relation médecin-patient mais également dans la relation ville-hôpital. Dans une période où la démographie médicale est en grande difficulté et où la population française marque un virage gériatrique pour les vingt prochaines années, cette définition est d'autant plus difficile.

Néanmoins quelques thèses qualitatives ont récemment été réalisées pour essayer de trouver une définition au MADD. (14,17)

E. Lacombe dans son étude qualitative réalisée en 2020 (14) propose une définition du MADD qui serait : « (...) l'existence d'une ou plusieurs difficultés [dont les grands

groupes seraient des éléments liés au patient en lui-même (perte d'autonomie, déni de situation, refus des aides et difficultés financières), un défaut d'entourage, un environnement matériel inadapté, un manque de moyens professionnels] déstabilisée(s) par une différence de projet du trio patient-famille-professionnels, un manque de coordination et un manque d'anticipation. »

A. Allain dans sa thèse réalisée en 2019 dans le Nord Pas de Calais (17), qualifie le MADD comme une évolution du maintien à domicile. D'après ses travaux, le maintien à domicile est défini comme ceci : « Le maintien à domicile a été défini dans l'étude comme une situation unique centrée sur un patient particulier et lui permettant de continuer à vivre chez lui grâce à la mise en place d'aides diverses palliant une dépendance évolutive ».

2. De la mise en place d'aides à domicile à l'institutionnalisation

Dans l'optique de garantir le maintien à domicile, les médecins généralistes mettent en place des aides professionnelles avec notamment le passage d'IDE au domicile et des auxiliaires de vie. Ces aides sont en parti financées par l'APA.

Dans notre étude, la quasi-totalité des médecins ont déclaré remplir des dossiers d'APA pour leurs patients âgés au domicile. Ils ont spontanément évoqué cette ressource financière au cours de nos entretiens ce qui suggère qu'ils en ont une bonne maîtrise.

L'APA est une aide financière permettant de payer en partie ou totalement les dépenses nécessaires au maintien à domicile des PA. (18)

Pour en bénéficier il faut respecter 3 critères :

- Avoir 60 ans ou plus
- Être classé GIR 1-4 (classement obtenu selon la grille AGGIR)

- Résider en France de manière stable et régulière

En 2022 on dénombre 1,3 million de bénéficiaires payés au titre de l'APA, dont 794 000 à domicile et 542 500 en établissement. (19)

Cette bonne connaissance des dossiers d'APA est cohérente avec la littérature puisque Buck et al. dans son étude de 2014 a montré que les médecins généralistes sont fréquemment sollicités pour renseigner un certificat médical dans le cadre d'une demande d'APA. Près de neuf praticiens sur dix déclarent en avoir rédigé un au cours du dernier trimestre (20).

Les médecins traitants peuvent être conduits à institutionnaliser leurs patients lorsque le maintien à domicile devient trop difficile à gérer. Cela peut se produire même si le plan d'aide au domicile est optimal.

L'INSEE publie en 2012 que 9% des personnes de plus de 75 ans vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Entre 2007 et 2011, les capacités d'accueil des établissements accueillant des personnes âgées ont vu leur capacité croître de 5,3 % en réponse à l'allongement de l'espérance de vie.

Cette transition du domicile à l'établissement d'hébergement dépend principalement du niveau de dépendance, qui croît avec l'âge. Ce niveau de dépendance est mesurable par la grille AGGIR qui est divisée en plusieurs groupes, appelés Groupes Iso-Ressources (GIR), qui vont de 1 à 6.

Plus le niveau de dépendance est élevé et plus le maintien à domicile est difficile. Ainsi, en septembre 2011, 84 % des personnes percevant l'APA et évaluées en GIR 1 par le biais de la grille AGGIR résident dans un établissement, contre 21 % des personnes évaluées en GIR 4. (21)

Les alternatives au maintien à domicile existent depuis des siècles. Au Moyen Age, il s'agissait alors de « Maisons Dieu » ou « Hotels Dieu », puis on a parlé « d'hospices »

en France jusqu'à la fin des années 1970 (22). Aujourd'hui on parle d'USLD et d'EHPAD. La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (23) a permis la modernisation et le développement de la prise en charge des PA par un établissement collectif. (24)

Cependant, notre étude fait part de la difficulté des MG à réaliser une entrée directe en EHPAD. Premièrement du fait d'une réticence des patients. Deuxièmement, on retrouve également un sentiment d'impuissance et de culpabilité de la part des médecins. Lorsqu'une relation de confiance s'est établie avec le patient au fil des années, ils éprouvent parfois une difficulté à jouer « le mauvais rôle » et se tournent alors vers les médecins hospitaliers pour l'institutionnalisation de leur patientèle âgée dépendante.

Cette difficulté des MG à orienter leurs patients vers des EHPAD est conforme avec la littérature puisque E. Soulas souligne dans sa thèse réalisée en 2010 que 86,5% des dossiers d'admissions étaient remplis par des médecins hospitaliers. Ainsi, seul 8,4% des demandes sont émises par le médecin généraliste. (25)

Enfin, d'après N. El Mouadan, seul 40% des médecins traitants ont participé à l'admission en EHPAD de leur patient et 64% reconnaissent avoir utilisé l'hôpital pour institutionnaliser leurs patients âgés dépendants. (26)

3. Organisation de la filière gériatrique

Dans nos travaux, les médecins généralistes rapportaient ne pas adresser leurs patients aux urgences pour simple « MADD ». Cependant, la plupart avouent attendre qu'un motif médical se surajoute afin de pouvoir adresser le patient aux urgences ou

dans un service de CSG et attendent alors du gériatre une aide quant au maintien à domicile.

Nos résultats confirment ceux retrouvés dans la littérature qui retrouvent que contrairement aux idées reçues, l'adressage aux urgences pour un motif social isolé est rare. En effet, Poupet et Al. dans son étude prospective réalisée au CHU de Poitiers a démontré que les motifs purement sociaux ou les adressages pour MADD sont peu fréquents (environ 5%). Un motif médical ajouté justifie bien souvent l'adressage aux urgences. Dans ces cas, les motifs d'adressage sont alors qualifiés de « médico-social » et deviennent alors majoritaires. On note dans cette étude que 94,9% des entrées aux urgences contenait au moins un motif médical. (27)

Pour éviter ces adressages aux urgences et favoriser le maintien à domicile en prévenant la perte d'autonomie, il existe de multiples dispositifs d'appui depuis de nombreuses années. Cependant, dans notre étude, les médecins généralistes n'ont pas fait référence aux structures de la filière gérontologique, ce qui suggère une connaissance limitée de ces dispositifs et services disponibles pour soutenir les personnes âgées.

C. Le Du faisait le même constat dans sa thèse réalisée en 2017 dans le Finistère : plusieurs médecins regrettaient leur méconnaissance des différentes mesures sociales et dispositifs d'accompagnement disponibles pour les patients. (28)

Dans un but de coordination et de simplification pour une meilleure lisibilité pour les professionnels et les usagers, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 (29) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoit l'organisation de « dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » (DAC) intégrant plusieurs dispositifs tel que les

réseaux de santé, les MAIA, les PAERPA expérimentales. On compte 12 DAC dans les Hauts de France. (30)

Toujours dans l'optique de favoriser le maintien à domicile des PA et afin de répondre aux enjeux liés au vieillissement de la population, le gouvernement a lancé en 2007 le Plan « Grand Âge ». (4)

Les points clés de ce programme sont :

- Améliorer les services à domicile pour favoriser le maintien à domicile
- Création de 75 000 places supplémentaires en EHPAD et amélioration des conditions de vie en établissement
- Soutien au proche aidant
- Rendre plus accessible l'APA afin de mieux répondre aux besoins des PA dépendantes
- Lutter contre l'isolement social des PA

4. Renforcement de la coordination Ville-Hôpital

Afin de favoriser l'accès aux soins et la coordination ville-hôpital, des numéros d'appel direct ont été développés. Les médecins interrogés affirment avoir accès assez facilement au gériatre référent. En effet la mise en place d'une ligne téléphonique directe permettant de joindre sans intermédiaire le gériatre d'astreinte contribue à l'amélioration du lien ville-hôpital.

Dans la littérature, plusieurs travaux de recherche ont étudié l'influence de cette ligne directe sur la prise en charge des PA au sein du réseau.

Marechal et al. dans son étude qualitative réalisée à Lyon en 2015 confirme que cette ligne directe vient renforcer le lien ville-hôpital en permettant au MG d'avoir accès

rapidement à une expertise gériatrique. Cette ligne directe, en plus d'être un gain de temps pour les MG, est également qualifiée par Marechal et al. de soutien moral et diagnostique pour les médecins non hospitaliers. Elle facilite les entrées directes en permettant parfois d'éviter des hospitalisations (31). Nos travaux ont fait le même constat. Les MG déclarent que l'accès au service de CSG a été grandement amélioré par la mise en place des lignes téléphoniques directes.

L'amélioration de la collaboration ville-hôpital pourrait également passer par une prise de conscience mutuelle des réalités de chacun, entre MG et gériatre. Cette prise de conscience pourrait passer par une meilleure évaluation des PA à leur domicile. En effet, les médecins généralistes interrogés dans le cadre de notre recherche mettent en évidence les différences parfois observées lors de l'évaluation d'un patient à l'hôpital par rapport à son domicile. Dans l'objectif de promouvoir le maintien à domicile, ils proposent donc de renforcer les équipes mobiles de gériatrie pour permettre une meilleure évaluation du patient sur son lieu de vie.

L'étude Stuck AE et al. juge en effet que le suivi à domicile est pertinent car il permet une évaluation multidimensionnelle du patient en tenant compte de son environnement. (32)

Les médecins généralistes semblent apprécier les interventions des équipes mobiles de gériatrie. Dans une étude de G. Hubert, réalisée auprès de médecins généralistes du Grand Versailles, ils expriment être satisfaits de l'accès facilité à une expertise gériatrique et de la mise en place d'aides plus aisée. (33)

L'étude de Tornfelt L et al. illustre d'ailleurs l'expansion de cette approche en Europe, en soulignant que les interventions des équipes mobiles à domicile apportent des avantages tant aux patients qu'à leurs proches, en facilitant une communication directe

avec des soignants familiaux, facilement joignables, et en offrant un temps précieux dédié au patient. (34)

Notre étude s'est également intéressée à la relation entre MG et praticiens hospitaliers de gériatrie. La majorité des médecins interrogés ont une opinion favorable des gériatres, qu'ils décrivent fréquemment comme bienveillants et assurant une prise en charge complète et de qualité. Ils sont globalement très satisfaits des courriers après une hospitalisation en service de court séjour gériatrique. En revanche, ils mettent en avant à plusieurs reprises le manque de communication de la part des gériatres au moment de l'hospitalisation de leur patient.

L'étude Francois P et al publiée en 2014 montrait effectivement une déception des MG quant à la communication avec les praticiens hospitaliers. Le score de satisfaction globale était de 55,5/100 avec des scores plus bas quant à la facilité pour les MG de contacter le médecin hospitalier afin d'obtenir des informations (17,1/100). Les médecins estiment également ne pas être suffisamment impliqués dans les décisions concernant leur patient (4,6/100).

A contrario, la continuité des soins dans cette étude a obtenu un score de satisfaction correct à 45/100. Cela vient en contradiction avec nos résultats puisque les médecins déplorent le manque de reconvoque de leur patient dans les suites d'une hospitalisation en service de CSG.

Enfin, contrairement aux résultats de cette étude quant aux courriers, les MG interrogés dans notre étude estiment au contraire être satisfaits des courriers qu'ils jugent exhaustifs et de qualité. (35)

Conclusion :

Le vieillissement de la population en France conduit à une augmentation du nombre de patients âgés à prendre en charge à domicile par les médecins traitants. Face à la volonté des patients de rester à leur domicile le plus longtemps possible, les MG doivent alors gérer le maintien à domicile dans des situations parfois complexes.

Cette étude confirme la place centrale du MG dans le maintien à domicile de la personne âgée et précise les difficultés inhérentes à celui-ci.

Face à ces difficultés, le médecin traitant peut s'appuyer sur l'expertise des médecins gériatres. Notre étude a souligné l'importance du lien ville-hôpital avec une accessibilité facilitée grâce notamment à la mise en place de la ligne directe entre le MG et le gériatre référent. Cette collaboration primordiale nécessite néanmoins davantage de communication entre les différents acteurs et une meilleure accessibilité au suivi ambulatoire.

Des travaux complémentaires pourraient à ce jour être menés afin d'étudier la connaissance des médecins généralistes sur les ressources de la filière gérontologique et l'utilisation de ces différents dispositifs dans la gestion du maintien à domicile.

Bibliographie :

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Pyramide des âges | Insee [Internet]. [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#graphique-figure1>
3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-6: Annonce N°138 [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060138.htm>
5. Schmitt PY. Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille : Evaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes.
6. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan ML, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2012;10:143-50.
7. Prononcé le 30 janvier 2007 - Philippe Bas 30012007 prise en charge personnes âgées dépendantes | vie-publique.fr [Internet]. 2007 [cité 16 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/165209-philippe-bas-30012007-prise-en-charge-personnes-agees-dependantes>
8. Libault R. MISSIONS INTERNES AUX ETABLISSEMENTS CONCERNES. 2020;
9. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
10. Merceron A. Seniors : Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? 2019;22.
11. Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. *Aging Milan Italy*. déc 2001;13(6):421-9.
12. Germain É. Attitudes des généralistes en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile : quelle est la place du réseau de gériatrie de l'Essonne « Hippocampes » ? Une enquête qualitative auprès de généralistes essonniers. 13 juin 2014;236.
13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. London New York: Routledge; 2017. 271 p.
14. Lacombe E. Conceptualisation du maintien à domicile difficile chez le sujet âgé de plus de 75 ans: étude du vécu des médecins généralistes de Côte d'Or en 2020 [Thèse d'exercice]. [1970-...., France]: Université de Bourgogne; 2021.
15. Bosson L. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne. 26 mai 2011;52.

16. Vialtel SE. La visite à domicile: perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir.
17. Allain PA. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES DU NORD PAS-DE- CALAIS GERENT-ILS LES SITUATIONS DE MAINTIEN A DOMICILE ?
18. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (1).
19. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024 | CNSA.fr [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2024>
20. BUYCK JF, CASTERAN B, CAVILLON M. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Prise En Charge En Médecine Générale Pers Âgées Dépendantes Vivant À Domic.* 2014;(869).
21. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
22. Ennuyer B. *Repenser le maintien à domicile - 2e éd.. Enjeux, acteurs, organisation.* 2014 [cité 18 oct 2024]; Disponible sur: <https://shs.cairn.info/repenser-le-maintien-a-domicile--9782100552726>
23. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
24. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie | Cour des comptes [Internet]. 2016 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>
25. Soulas E. *L'entrée en institution des personnes âgées: étude rétrospective de 107 cas et implication du médecin généraliste [Thèse d'exercice].* [Grenoble ; 1971-2015, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
26. El Mouadan N. *Motifs et modes d'entrée en maison de retraite: point de vue des résidents et implication de leur médecin généraliste [Thèse d'exercice].* [Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis ; 1970-...., France]: Université Sorbonne Paris Nord; 2003.
27. POUPET JY, INGRAND P, PRADERE C, THOMAS P, BONNEAU-LUSSIER MD, MERLET I. Les personnes âgées adressées aux urgences: caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. *Pers Âgées Adress Aux Urgences Caractér Méd-Soc Motifs Admiss Orientat Initiale.* 1995;20(7):465-70.
28. Du CL. *Le processus diagnostique et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en médecine générale dans le Finistère.* In 2017 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Le-processus-diagnostic-et-la-prise-en-charge-de-la-Du/0220017046f5327d15e3fd09bec2379740e64761>
29. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
30. DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination [Internet]. 2024 [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/dac-dispositif-dappui-la-coordination>

31. Maréchal F, Kim BA, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):316-22.
32. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews* [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2002 [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK69232/>
33. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis ; 1970-, France]: Université Sorbonne Paris Nord; 2006.
34. Törnfeldt L, Roos S, Hellström I. Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care. *Nord J Nurs Res*. 1 juin 2021;41(2):77-83.
35. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. [Quality of service provided by a university hospital: general practitioners' opinion]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2014;26(2):189-97.

Annexes

I. Annexe 1 : Canevas d'entretien final

(Introduction, présentation de l'interviewer et du sujet de recherche)

Quel âge avez-vous ? Quelle est votre année d'installation ? Quel est votre type d'exercice ? (Urbain, semi urbain, rural) Travaillez-vous seul ou dans un cabinet de groupe ? Etes-vous maître de stage ?

Question « brise-glace » : Quelle est la dernière situation où vous avez été confronté à un maintien à domicile difficile chez un patient âgé ? ».

Quelle est la part de personnes > 75 ans dans votre patientèle ?

Comment définiriez-vous le maintien à domicile difficile ?

Comment gérez-vous le maintien à domicile des personnes âgées ?

Relance : aides sociales en ville ? IDE ? Auxiliaires de vie ?

Quelles sont les situations de maintien à domicile difficile pour vous ? Quelles pathologies ?

Avez-vous des difficultés avec le maintien à domicile des PA ? Rencontrez-vous des problèmes (cas concret à développer)

Connaissez-vous les structures autour vous avec un service de court séjour ?

Adressez-vous directement en court séjour ou aux urgences ? Quelles sont les habitudes de travail avec ces structures ?

Quels sont vos motifs d'adressage les plus fréquents d'un patient en CSG ?

Relance : Pathologies aiguës ou chroniques, puis détailler les pathologies

Grader les motifs d'adressage (troubles cognitifs, problème locomoteur, post chute, problème social, famille qui peut plus s'en occuper, problème infectieux, décompensation d'une pathologie chronique, évolution d'une pathologie chronique qui s'aggrave et pas de solution en ville). Détailler après les catégories.

Avez-vous déjà adressé un patient en CSG pour MADD ?

Quelle a été l'issue de cette hospitalisation ?

En général après l'adressage quel est le devenir du patient ?

Relance : EHPAD, SSR, domicile, décès ?

Quelles étaient vos attentes en hospitalisant le patient en CSG ?

Relance :

- Régler le problème aigu
- Placement
- Bilan troubles cognitifs
- Prise en charge assistante sociale

Est-ce que la prise en charge a répondu à vos attentes ?

Etes-vous satisfait des courriers ?

Que pensez-vous de la communication entre gériatre et médecin traitant ?

Qu'est-ce qu'ils pourraient améliorer ?

II. Annexe 2 : Grille COREQ

La grille COREQ permet de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative. Voici celle complétée des réponses en lien avec cette étude.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1- Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Charlotte SCHIRRER
2- Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Troisième cycle des études médicales réalisé en médecine générale
3- Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçante
4- Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5- Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants

6- Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le début de l'étude ?	Oui pour certains
7- Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Pas d'information, hormis celles du mail de présentation
8- Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Médecin remplaçant réalisant une thèse sur le maintien à domicile difficile des personnes âgées

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9- Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse s'inspirant de la théorisation ancrée
--	--	---

Sélection des participants

10- Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage théorique
11- Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel ou appel téléphonique

12- Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9 participants
13- Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0

Contexte

14- Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet médical des participants
15- Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16- Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Elles sont résumés dans le tableau 1.

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 ?	Guide d'entretien fourni, testé au préalable avec un entretien test.
18- Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Un seul entretien par participant
19- Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20- Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21- Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne : 22min 34sec
22- Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 8 ^{ème} entretien, un entretien supplémentaires a été réalisé pour vérifier la saturation des données
23- Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non, même si les participant en avaient la possibilité, aucun ne s'est manifesté

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24- Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'investigateur et un chercheur neutre par le biais d'une triangulation
25- Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26- Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27- Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28- Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29- Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, avec un nom d'emprunt
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 : Verbatims

L'annexe 3 contient les Verbatims. Elle est jointe au jury sur clé USB.

AUTEURE : Nom : SCHIRRER

Prénom : Charlotte

Date de soutenance : 23 janvier 2025

Titre de la thèse : Croyances et ressentis du médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient au sein d'un établissement hospitalier pour motif « maintien à domicile difficile » : étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille - 2025

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Médecins généralistes - Maintien à domicile - Lien ville hôpital - Population gériatrique - Court séjour gériatrique

Introduction :

En France, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande de soin pour les personnes âgées. Cette population souhaite rester à domicile le plus longtemps possible. Le médecin généraliste est un acteur clé du maintien à domicile des personnes âgées. Cette augmentation a conduit au développement de filières gériatriques afin de travailler en collaboration avec le médecin généraliste dans le cadre du maintien à domicile. L'objectif principal de cette étude est d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes quant au maintien à domicile de leur patientèle âgée.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais. Les données enregistrées ont été analysées selon une méthode s'inspirant de la théorisation ancrée. Neuf entretiens ont été réalisés.

Résultats :

Divers facteurs peuvent expliquer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le maintien à domicile, chaque médecin ayant sa propre vision du maintien à domicile difficile. Malgré les différentes aides existantes en ambulatoire, le médecin peut être amené à collaborer avec le gériatre afin de bénéficier de son expertise. Cette collaboration ville hôpital est primordiale dans la prise en charge des patients âgés polypathologiques. La communication entre le médecin généraliste et le gériatre demeure toutefois un aspect à améliorer dans le cadre de cette coopération.

Conclusion :

La notion de maintien à domicile difficile est complexe et peu de définition existent dans la littérature. Le développement de la filière gériatrique vient répondre à un besoin croissant dans la prise en charge des personnes âgées. Cette collaboration ville-hôpital nécessite une communication entre les différents acteurs et une information quant aux dispositifs existant, afin de permettre une prise en charge optimale des patients âgés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Docteur François QUERSIN, Monsieur le Docteur Romain NAESSENS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume GODDEFROY