

Thèse d'exercice

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 24 octobre 2017
par

Rosalie YANG

née le 18 avril 1985, à Toulouse

**La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui
refuse les aides**

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur DUMOITIER Nathalie

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre

M. le Professeur MENARD Dominique, directeur de thèse

M. le Docteur TCHALLA Achille

Président

Juge

Juge

Juge



Thèse d'exercice

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 24 octobre 2017
par

Rosalie YANG

Née le 18 avril 1985, à Toulouse

**La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui
refuse les aides**

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur DUMOITIER Nathalie

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre

M. le Professeur MENARD Dominique, directeur de thèse

M. le Docteur TCHALLA Achille

Président

Juge

Juge

Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan



PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



À tous ceux qui sont là depuis le premier jour.



Choisissez un travail que vous aimez et vous n'aurez pas à travailler un seul jour de votre vie.
Confucius



Remerciements

À Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

Professeur des Universités de Médecine Générale

C'est un honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Avoir votre avis sur mon travail de thèse était indispensable.

Apprendre à vos côtés a été un réel enrichissement. Je garde un très bon souvenir de mon SASPAS grâce à votre pédagogie (notamment ces longues mais primordiales et remarquables séances de débriefing) et votre dynamisme (je me demande encore comment vous faites pour tout faire ?!).

Merci pour votre dévouement dans notre formation.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous m'avez apporté.

À M. le Professeur Dominique Menard

Professeur associé de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse. Votre disponibilité, vos conseils, vos remarques et corrections, votre aide, m'ont permis de réaliser ce dur travail qu'est la rédaction d'une thèse d'exercice. Je suis vraiment reconnaissante du temps que vous m'avez accordé. Vous resterez à jamais associé à mon parcours pour l'accession au titre de Docteur.

Merci pour la qualité de la formation à laquelle vous contribuez pour le DES de médecine générale.

Soyez certain de ma grande estime à votre égard.

À M. le Professeur Jean-Pierre Clément

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'Adultes

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que j'assistais à vos cours car c'était un bonheur de vous écouter parler de psychiatrie. Vous êtes un pédagogue remarquable, et même si je n'ai pas choisi la voie de la psychiatrie, sachez que vos enseignements m'ont énormément apportés.

Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.



À M. le Docteur Achille Tchalla

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie et Biologie du Vieillessement

C'est pour moi un privilège de vous compter dans mon jury de thèse. Nombreux ont été mes co-internes à louer vos compétences. Votre implication dans votre spécialité est admirable. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez certain de ma considération à votre égard.

À tous les enseignants et médecins que j'ai rencontrés au cours de mon cursus : je vous remercie pour la qualité de la formation que j'ai reçue. Une pensée particulière aux médecins que j'ai cotoyés de plus près et qui m'ont permis de découvrir ce magnifique métier de médecin généraliste : le Dr Gilles Petit, le Dr Jean-Luc Bugeaud, le Dr Claude Landos, le Dr Philippe Jardel, le Dr Martine Prévost et le Dr Martine Pelaudeix.

À toutes les équipes paramédicales avec lesquelles j'ai eu le privilège de travailler au cours des ces 3 années et demi d'internat. Merci pour tout ce que j'ai appris en évoluant à vos côtés. Cela a toujours été un plaisir de travailler en équipe.

Aux Dr Hoellinger, Fontaine et Andrieux : merci de m'avoir accueillie au sein de votre groupe. Ça y est, le grand saut je le fais et c'est avec vous.

À mes amies rencontrées au cours de ces longues années d'études de médecine : Marie-Ophélie, Marion, Anne-Sophie (alias Dr Graytol), Emeline. Ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous. Malheureusement, nos chemins se sont séparés à l'internat, mais sachez que vous resterez les plus belles rencontres de mes années estudiantines. Loin des yeux mais près du cœur. Vous me manquez et j'espère toujours secrètement vous voir revenir sur Limoges !

Petit mot pour Marie-Ophélie : c'est toujours avec impatience et grand plaisir que je te retrouve. Merci pour ton amitié. Une pensée particulière pour mon petit Victor.

À tous mes co-internes et rencontres de l'internat : j'ai eu la chance de cotoyer des personnes formidables dans cette promo 2011 (clin d'œil au groupe de l'AIMGL) et lors de ce mémorable stage briviste avec mes co-voitureuses (clin d'œil à Marie, Amel et Adeline).

À Line et Kou : quelle belle rencontre ! Quand je repense à toutes les choses passées et aux coïncidences, nous étions vraiment faits pour nous rencontrer. C'est une très belle amitié qui est née. Je vous remercie pour toutes ces sympathiques soirées et pour celles à venir.



À ma belle-famille : mes beaux-parents Marie-Thérèse et Jean-Marie, Maychoua, Antoine et Diale, Maycy et Sébastien. Merci pour ces moments en famille. C'est toujours un plaisir de vous revoir.

À mes sœurs, Lucie, Anne et Bernie, et mes frères, Bi, Ping et T-K : merci d'être vous ! Une mention spéciale pour Anne : tu me soutiens depuis le tout début de mes études, de la prépa médecine à la thèse d'exercice. Merci d'avoir supporté mon stress, d'avoir écouté mes histoires de médecine, de m'avoir changé les idées quand il le fallait, d'avoir relu et corrigé ma thèse. Merci d'avoir été là quand j'ai eu besoin de toi. Je te dois énormément.

À tous mes neveux et nièces : Tata vous aime !

À mes parents, Lou et Luc. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci Maman d'avoir toujours été là pour moi, de me soutenir, de m'encourager quand je n'étais pas motivée, de me faciliter le quotidien quand je ne pouvais pas tout gérer seule, de me dire sans cesse qu'il fallait que je me dépêche pour la thèse. Merci pour tout. Voilà, enfin, j'y suis. Cette thèse, elle est pour vous. Je vous aime.

À ma chérie d'Amour, Adèle. Tu es mon soleil. Tu me combles de bonheur. Ton sourire, chaque matin, me remplit le cœur de joie et me donne la force nécessaire pour affronter ces longues journées de travail. Je te promets que j'essairai de rentrer plus tôt le soir. Reste cette petite fille curieuse et malicieuse. Tu es ma plus grande fierté. Je t'aime ma bébé.

At last but not least, à Thomas. Mon Amour. Toi tu es vraiment là depuis le début du début ! Bientôt 15 ans que tu es à mes côtés... Qu'aurais-je fais sans toi ? Ton amour m'a porté et c'est grâce à toi si je suis là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenu pendant tout ce temps, de m'avoir supporté à chaque concours et partiel, de m'avoir encouragé, d'assurer à la maison quand je suis débordée.... La liste est longue tant tu es exceptionnel. J'ai une chance inouïe de t'avoir dans ma vie. Les mots manquent pour te dire à quel point JE T'AIME. Merci pour tout, merci pour ta présence au quotidien, merci d'être ma moitié.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	23
I. Généralités	24
I.1. Vieillesse, personnes âgées et dépendance.....	24
I.1.1. Données épidémiologiques au niveau national.....	27
I.1.2. Données épidémiologiques au niveau régional et départemental	32
I.1.2.1 Le Limousin (ancienne région)	32
I.1.2.2 La Corrèze	35
I.1.2.3 La Creuse	36
I.1.2.4 La Haute Vienne	37
I.2. Etat des lieux des aides à domicile	38
I.2.1. Les services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD).....	38
I.2.2. Les services de portage de repas à domicile	39
I.2.3. Les services d'aides et de soins à domicile	39
I.2.3.1 Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	39
I.2.3.2 La plateforme médico-sociale facilitant le retour à domicile de la personne âgée post-hospitalisation	40
I.2.4. Les services de soins à domicile	40
I.2.4.1 Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....	40
I.2.4.2 Le service d'hospitalisation à domicile (HAD).....	41
I.2.5. Les nouvelles technologies.....	42
I.2.5.1 La télé assistance	42
I.2.5.2 La domotique	43
I.3. La prise en charge gériatrique et le refus des aides	44
II. Notre étude	50
II.1. Matériels et méthodes.....	50
II.1.1. Type d'étude et population	50
II.1.2. Méthode analytique : analyse descriptive	50
II.2. Résultats.....	51
II.3. Analyse et discussion.....	60
II.3.1. Taux de réponse	60
II.3.2. Population de l'étude	60
II.3.3. Les aides proposées	61
II.3.4. Les causes de refus	64
II.3.5. Les stratégies proposées.....	66
II.3.6. Proposition d'une conduite à tenir en cas de refus d'aides	70
II.3.7. Perspectives.....	72
Conclusion	74
Références bibliographiques	75
Annexes	79
Serment d'Hippocrate.....	83

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en 2014	25
Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070	29
Figure 3 : Projections de population selon les trois scenarios.....	29
Figure 4 : Evolution du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour cent personnes de 20 à 64 ans	30
Figure 5 : Structure des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance en 2014	30
Figure 6 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection.....	31
Figure 7 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection, par niveau de dépendance	32
Figure 8 : Limousin : Estimation du nombre de personne de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période.....	33
Figure 9 : Un vieillissement de plus en plus marqué dans les années à venir.....	34
Figure 10 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Corrèze ..35	
Figure 11 : Corrèze : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période.....	35
Figure 12 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Creuse ..36	
Figure 13 : Creuse : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4)	37
Figure 14 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Haute-Vienne	38
Figure 15 : Haute-Vienne : estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4)	38
Figure 16 : Diagramme de flux expliquant le processus envoi-réception du courrier.....	51
Figure 17 : Répartition des âges des médecins	52
Figure 18 : Proportion homme/femme	52
Figure 19 : Répartition des médecins sur les 3 départements	53
Figure 20 : Proportion des médecins installés dans les villes >2000 habitants et dans les villes <2000 habitants	53
Figure 21 : Nombre de médecins ayant proposé ces aides	54
Figure 22 : Classement des aides de la plus difficilement acceptée au plus fréquemment acceptée.....	55
Figure 23 : Nombre de médecins ayant déjà rencontré ces causes de refus	56
Figure 24 : Classement des causes de refus le plus fréquemment évoqué	57

Table des tableaux

Tableau 1 : Evolution de la population de la France de 1990 à 2070 (scénario central de projection)	28
Tableau 2 : Evolution de la proportion de personnes de 75 ans et plus dans la population générale	32
Tableau 3 : Horizon 2030 : des évolutions contrastées selon les territoires	34
Tableau 4 : Liste des SSIAD de la Haute-Vienne et des capacités en places au 31 décembre 2013	41



Table des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM-10 : Classification internationale des maladies 10^{ème} révision

CSP : Code de la Santé Publique

DES : Diplôme d'études spécialisées

HAS : Haute autorité de santé

JO : Journal officiel

MMSE : Mini mental state examination

PAD : Personne âgée dépendante

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement



Introduction

En tant que médecin généraliste, nous jouons un rôle primordial dans la coordination des soins de nos patients. Ce rôle est d'autant plus important lorsqu'il concerne la prise en charge de la personne âgée dépendante. Ces patients sont souvent polyopathologiques et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire.

Les projections épidémiologiques prédisent une importante augmentation de la proportion des personnes âgées en France. En 2040, cela devrait représenter un habitant sur 4. De manière parallèle, la part de personnes âgées dépendantes enregistrera également une forte hausse.

La grande majorité des personnes âgées vieillit au domicile par souhait et elles ne sont institutionnalisées que le plus tardivement possible. [1]

La dépendance est un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne (définition INSEE). Il est donc primordial de mettre en place un plan d'aides autour du patient âgé dépendant.

Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mis en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation et qui peuvent être réalisées par des professionnels différents. (Code de la Santé Publique)

Notre rôle de soignant s'inscrit dans une démarche thérapeutique et préventive afin de permettre aux personnes âgées de vieillir tout en conservant un état de santé permettant une qualité de vie convenable et satisfaisante. Afin de rendre cela possible, nous prescrivons des soins qui mettent en jeu l'intervention de différents acteurs. Il est essentiel de coordonner l'action de ces différents intervenants afin d'élaborer un projet cohérent autour de la personne âgée dépendante.

Si dans la majorité des situations les patients acceptent les soins proposés, parfois, le personnel soignant peut se heurter à un refus de la part du patient. Etre dépendant signifie avoir besoin d'une tierce personne pour la réalisation des gestes nécessaires à la vie. Or, le patient dépendant physiquement ne perd pas pour autant son autonomie décisionnelle. Cette attitude peut créer un sentiment de frustration entre notre devoir de prodiguer des soins et le respect de la volonté du patient.

Ces cas de figure doivent nous faire nous interroger sur les causes de ce refus, essayer d'en comprendre les raisons et ainsi chercher à adopter la meilleure stratégie de prise en charge. Il faut pouvoir répondre de manière adéquate aux attentes du patient tout en s'assurant que son état clinique ne se dégrade pas.

Nous nous sommes ainsi intéressés à la façon dont les médecins généralistes de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute Vienne faisaient face au refus de soins, en réalisant une enquête de pratique.

L'objectif primaire de cette étude est de rechercher les raisons du refus des aides adaptées à la dépendance de ces personnes âgées proposées par les médecins généralistes.

L'objectif secondaire est de découvrir les stratégies des médecins pour pallier ce refus de soins.

I. Généralités

I.1. Vieillesse, personnes âgées et dépendance

La première définition du Larousse décrit le vieillissement comme l'« ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ». La suivante décrivant qu'il s'agit d'un « affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge » rejoint celle du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG), qui est : « le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. » [2]

L'âge chronologique est déterminé par le cumul d'années de vie depuis la naissance. L'âge détermine mal la notion de personne âgée. Selon le point de vue duquel on se place, le seuil d'âge pour parler de personnes âgées varie. En effet, il est courant de parler de personnes âgées pour les personnes de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus [3]. Or, ce seuil de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus n'est qu'un seuil administratif. Il correspond à l'âge de départ à la retraite mais également à l'âge où une personne peut prétendre aux prestations destinées aux personnes âgées. Il se trouve que lorsque nous regardons de plus près les bénéficiaires de ces prestations, la population est beaucoup plus âgée. En effet, ces prestations sont instaurées lorsque la personne devient dépendante et nécessite une aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance [4] menée de 1998 à 2002 met bien en évidence cette différence : au 30 juin 2002, 84% des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) avaient 75 ans ou plus et la moitié avaient 80 ans ou plus. Ainsi, ce seuil de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus ne correspond pas forcément à un âge où les incapacités se multiplient créant de ce fait un état de dépendance. Il serait donc plus convenable de qualifier les personnes âgées à partir d'un seuil où le risque de dépendance s'accroît. Cela situerait donc ce seuil à 75 ou 80 ans. Ce seuil ne détermine en rien l'âge auquel tout le monde devient dépendant, mais il permet d'estimer un risque au niveau d'une population donnée.



Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en 2014

en %

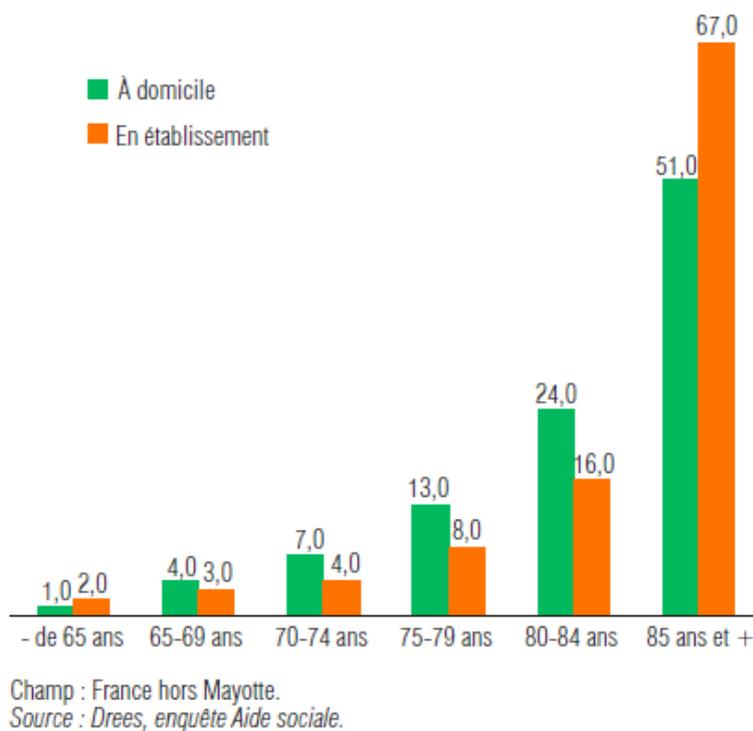


Figure 1 : Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en 2014

La notion d'âge physiologique serait plus adaptée. L'âge physiologique, également appelé âge fonctionnel ou âge biologique, reflète l'état physiologique ou fonctionnel exact de l'individu [5]. Cet âge physiologique peut d'ailleurs correspondre à l'âge chronologique de la personne. Mais il n'est pas rare de rencontrer des gens qui ne font pas du tout leur âge. Ces personnes font soit plus jeune, soit plus vieilles, et parfois même beaucoup plus vieilles que leur âge. Il apparaît que ces gens sont effectivement physiologiquement plus âgés que leur âge chronologique.

L'âge physiologique est un marqueur indispensable pour mesurer les effets à court, moyen ou long terme d'agents ou de prise en charge potentiellement efficaces sur le processus du vieillissement. Il n'existe aujourd'hui que quelques centres dans le monde capables de donner une estimation de l'âge physiologique d'un individu.

Pouvoir mesurer l'âge physiologique permettrait de promouvoir le dépistage et la prévention. En effet, si l'on peut mettre en évidence un vieillissement précoce, cela pourrait conduire à l'instauration d'une prise en charge adaptée. Dans la mesure où la démographie des seniors progresse, que l'augmentation de l'espérance de vie ne fait que renforcer cette tendance, la détermination de l'âge physiologique, et par conséquent sa prise en charge adaptée, ne peut que contribuer à lutter contre la survenue des pertes d'autonomie. Les critères de choix de paramètres de mesure de l'âge biologique sont multiples. Ils doivent se modifier avec l'âge ; être représentatifs d'une ou plusieurs fonctions physiologiques ; être suffisamment sensibles pour détecter de légères modifications de l'état fonctionnel ; être non traumatiques et sans danger pour l'individu ; avoir des résultats reproductibles ; mesurer une fonction importante ;

ne pas être redondants ; être susceptibles d'influencer le rythme du vieillissement. L'ensemble de ces tests doit fournir une image globale de l'état de santé de l'individu et servir de base pour prédire sa santé future de même que sa durée de vie. L'âge physiologique doit donc permettre de décrire l'état physiologique d'un individu à chaque stade de son vieillissement chronologique, permettre d'étudier des populations particulières, de vérifier l'efficacité de certains traitements, médicaments, exercices ou régimes, et prédire le maintien ou la perte de la compétence physiologique, afin de déterminer l'incidence des maladies et d'évaluer l'espérance de vie.

Nous avons évoqué à plusieurs reprises le terme de dépendance. Dans le dictionnaire Larousse, la définition de la dépendance donnée est la suivante : « état, situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise ».

Dans les années 60, le terme employé pour désigner les personnes âgées ayant besoin d'aides pour les actes de la vie quotidienne était le qualificatif « invalide » ou « grabataire ». En 1973, le monde médical propose une définition et ainsi, le docteur Delomier, médecin hospitalier travaillant dans l'hébergement des personnes âgées, qualifie la dépendance de cette façon : « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie ». [6]

L'adjectif « dépendant » apparaît vers les années 1980. La première définition officielle du terme « dépendance » apparaît en 1984 dans un arrêté ministériel relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement (JO 4/7/1985). Cet arrêté précise les mots qui devront être utilisés pour les documents officiels et les formations. On y trouve le terme : « Dépendance - domaine : Médecine - définition : situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. - Note : la dépendance du malade, de l'invalide, du vieillard n'aboutit le plus souvent à la privation ou l'abdication de son autonomie que par le cumul et la combinaison de dépendances ajoutées, qui sont d'un autre ordre que la pathologie organique ou fonctionnelle, par exemple d'ordre économique, financier, social. Voir aussi : perte d'autonomie ».

Dans la suite de l'arrêté on trouve donc la définition du terme « perte d'autonomie » : « domaine : médecine-sciences sociales – définition : impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel ». Il n'est pas précisé dans cette définition la différence entre autonomie fonctionnelle (effectuer par soi-même un acte) et autonomie décisionnelle (déterminer par soi-même les règles de sa conduite en connaissance de cause).

Le constat du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie a poussé les instances publiques à mettre en place une politique spécifique. C'est ainsi que le 24 janvier 1997 est promulguée la loi instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette prestation est destinée aux personnes de 60 ans et plus présentant une dépendance définie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière ». En 2001, la PSD devient l'APA. Le terme dépendance disparaît pour celui de perte d'autonomie. La loi du 21 juillet 2001 caractérise les personnes pouvant bénéficier de cette prestation comme « toute personne âgée résidant en France qui

se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, [cette dernière] a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ; cette allocation définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui nonobstant les soins qu'elle sont susceptibles de recevoir ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

Ainsi, pour définir le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée et de ce fait lui permettre de prétendre à l'APA, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) est utilisée comme un outil de mesure. Elle permet de mesurer des variables dites « discriminantes » permettant de catégoriser la perte d'autonomie physique et/ou psychique : cohérence, capacité d'orientation, communication à distance, capacité à faire sa toilette, à s'habiller, à s'alimenter, à se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, les transferts. Cette évaluation est réalisée par l'équipe médico-sociale du département. Les patients sont ensuite classés en groupe iso-ressources (GIR), allant de 1 à 6, du plus dépendant au moins dépendant. Les GIR 5 et 6 ne donnent pas droit à l'APA. [7]

Rappel de la grille GIR :

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.

- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes :

- celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.

- celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désignent les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

I.1.1. Données épidémiologiques au niveau national

Au 1^{er} janvier 2017, La France comptait 66,991 millions d'habitants. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,2% de la population, soit une progression de 3,9% en 20 ans. Concernant les personnes âgées de 75 ans et plus, la hausse est de 2,6% et représente environ 1 habitant sur 10 [8].



Selon les tendances démographiques récentes, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070, soit une augmentation de 10,7 millions d'habitants par rapport à 2013. Un scénario central (espérance de vie stable) des projections démographiques 2013-2070 a été établi : cette hausse de la population concernerait essentiellement les personnes de 65 ans ou plus (+10,4 millions). La part de la population âgée de 75 ans ou plus augmenterait à elle seule de 7,8 millions, soit un doublement de son chiffre [9].

1 Évolution de la population de la France de 1990 à 2070 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (en %) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou +		
1990	57 996	27,9	53,2	5,1	7,1	6,7	258,7	77
2000	60 508	25,8	53,9	4,5	8,7	7,1	266,8	72
2010	64 613	24,8	52,6	6,0	7,8	8,8	281,6	39
2013	65 779	24,6	51,6	6,3	8,5	9,0	245,4	70
2020	67 819	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3	195,1	70
2025	69 093	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8	172,1	70
2030	70 281	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2	162,2	70
2035	71 418	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5	147,2	70
2040	72 451	22,3	46,1	5,6	11,5	14,6	117,6	70
2050	74 025	22,3	44,9	5,7	10,8	16,4	59,9	70
2060	75 210	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2	42,8	70
2070	76 448	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9	68,2*	70

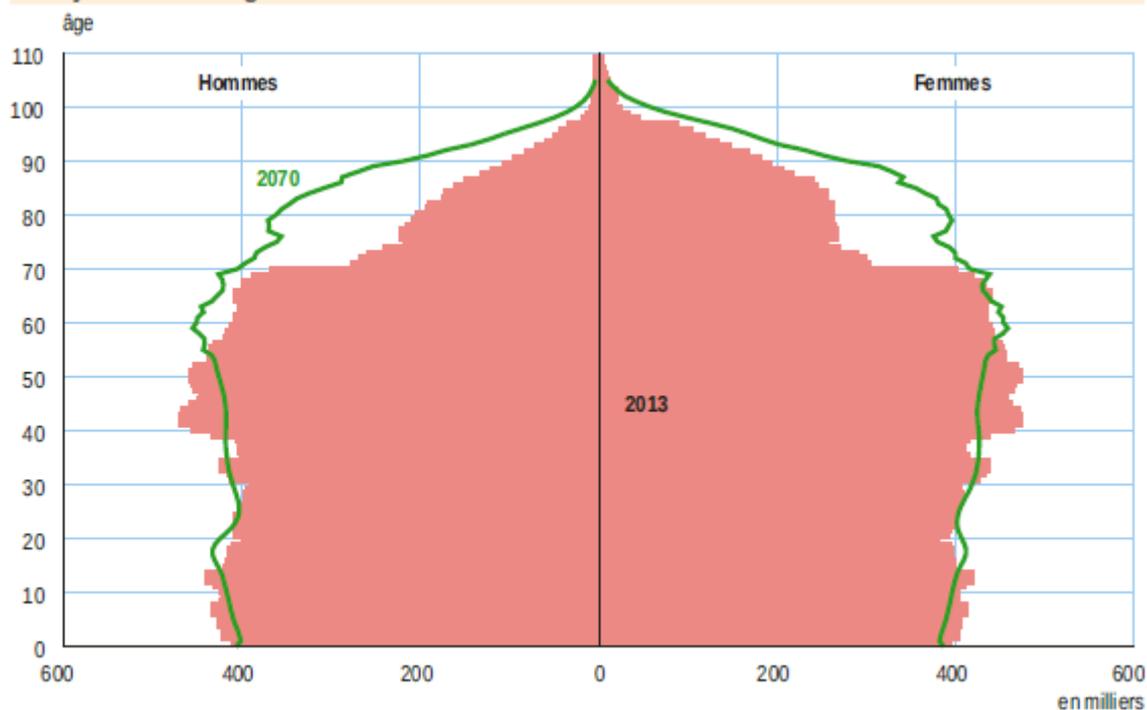
* Chiffre pour l'année 2069. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2070. Le solde naturel de l'année 2070, différence entre les naissances et les décès de 2070, n'est donc pas projeté.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2012, France y compris Mayotte à partir de 2013.

Source : Insee, estimations de population, statistiques de l'état civil jusqu'en 2010 et projections de population 2013-2070.

Tableau 1 : Evolution de la population de la France de 1990 à 2070 (scénario central de projection)

3 Pyramide des âges en 2013 et 2070

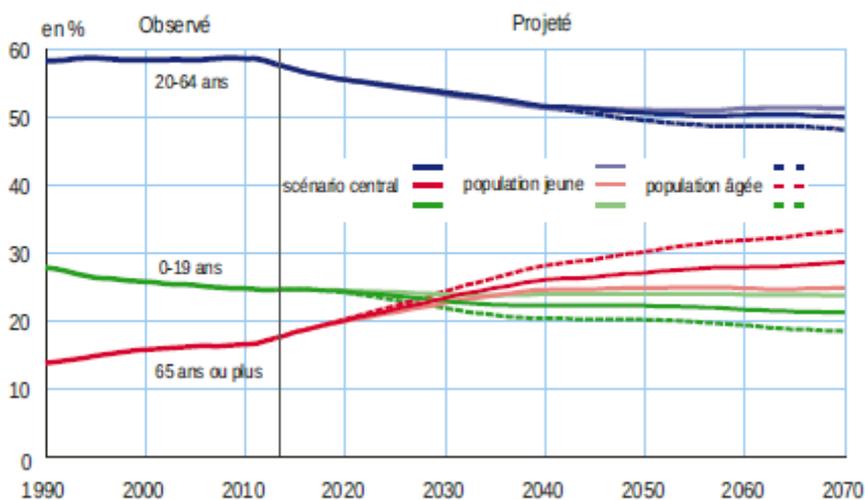


Champ : France.
Source : Insee, projections de population 2013-2070.

Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070

4 Projections de population selon les trois scénarios

a. Évolution de la structure par âge passée et future



Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2012, France y compris Mayotte à partir de 2013.
Source : Insee, estimations de population et projections de population 2013-2070.

Figure 3 : Projections de population selon les trois scénarios

b. Évolution du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour cent personnes de 20 à 64 ans

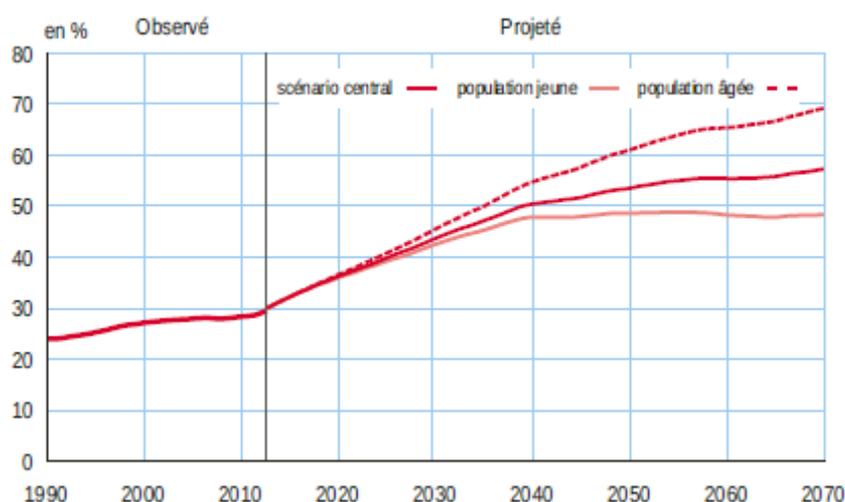


Figure 4 : Evolution du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour cent personnes de 20 à 64 ans

Concernant les personnes âgées dépendantes, il y avait en 2014, 1,4 millions de personnes qui bénéficiaient des aides sociales départementales (APA). Il faut distinguer les bénéficiaires de l'APA à domicile (59%) et des bénéficiaires de l'APA en établissement (41%). En effet, les bénéficiaires à domicile sont modérément dépendants (GIR 4) alors que 60% des bénéficiaires en établissement sont très dépendants (GIR 1 et 2). [8]

Structure des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance en 2014

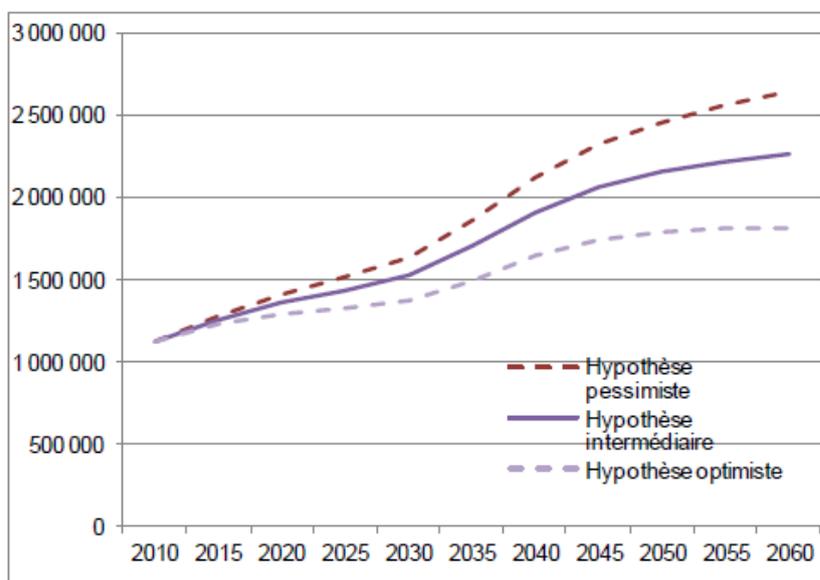
en %					
Au 31 décembre	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Domicile	2	17	22	59	100
Établissement	18	42	17	23	100

Champ : France hors Mayotte.
Source : Drees, enquête Aide sociale.

Figure 5 : Structure des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance en 2014

Selon un rapport de la DREES de septembre 2013, si l'on se reporte sur une hypothèse intermédiaire, il y aurait en 2060, 2,3 millions de personnes âgées dépendantes.

Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection



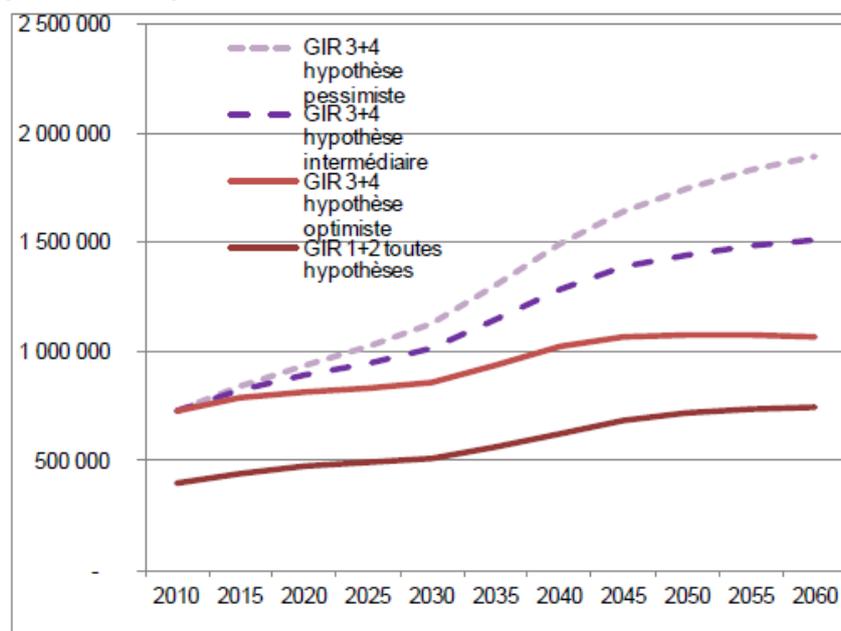
Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

Figure 6 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection

Les projections par niveau de dépendance font état d'une même évolution quelque que soit le scénario choisi : de 2010 à 2030, le nombre de personnes âgées lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) sera multiplié par 1,3 ; de 2010 à 2060, cette population aura doublé. Pour les dépendances modérées, c'est-à-dire GIR 3 et 4, le nombre de personnes sera multiplié par 1,2 à 1,5 entre 2010 et 2030, et par 1,5 à 2,5 entre 2010 et 2060. [10]

Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection, par niveau de dépendance



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

Figure 7 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection, par niveau de dépendance

I.1.2. Données épidémiologiques au niveau régional et départemental

I.1.2.1 Le Limousin (ancienne région)

Selon le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin de juillet 2010 [11], le Limousin est une région parmi les plus âgées en Europe. Elle occupe la deuxième place sur les 254 régions européennes recensées. Il y avait 208 306 habitants âgés de 60 ans ou plus, soit 28,5% de la population (contre 21,4% au niveau national), 91 091 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 12,5% de la population (contre 8,3% au niveau national) et 23 226 personnes âgées de 80 ans ou plus, soit 2,3% de la population (contre 2% au niveau national). En 2030, le Limousin devrait rester la région la plus vieille de France avec une forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus.

Evolution de la proportion de personnes de 75ans et plus dans la population générale

	1968	1975	1982	1990	1999	2006	2015*	2030*
France	5,1%	5,6%	6,5%	7,1%	7,7%	8,3%	9,1%	12,0%
Limousin	7,5%	8,5%	10,2%	11,3%	11,6%	12,5%	12,8%	15,7%
Corrèze	7,2%	8,2%	9,8%	11,4%	12,1%	13,0%	13,7%	17,1%
Creuse	9,1%	10,6%	12,8%	13,8%	13,8%	14,8%	15,4%	18,0%
Haute-Vienne	7,0%	7,9%	9,5%	10,3%	10,6%	11,3%	11,5%	14,2%

* INSEE, projections OMPHALE, scénario central

(ORSL d'après INSEE 2006)

Tableau 2 : Evolution de la proportion de personnes de 75 ans et plus dans la population générale

95% de personnes âgées de 60 ans ou plus vivent à leur domicile. Pour les personnes âgées de 80 ans ou plus, le pourcentage s'élève à 86%. La moitié de cette population vit en milieu rural. Concernant l'environnement familial, entre 60 et 74 ans, plus d'une personne sur cinq

vit seule à domicile. A partir de 75 ans, cela concerne plus d'une personne sur trois. Ils sont encore près de la moitié à vivre en couple.

En termes de morbi-mortalité, le Limousin se situe dans la médiane en ce qui concerne les pathologies cardio-vasculaires et les cancers. Concernant les affections respiratoires, le taux de mortalité est l'un des plus faibles de la France, excepté en Creuse. Chez les personnes de 75 ans ou plus, les chutes et traumatismes ont occasionné près de 5 200 hospitalisations avec une moyenne de 191 décès par an sur la période 2000-2007. La région est fortement touchée par la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés : il est estimé environ 16 000 cas et 4 100 nouveaux cas chaque année. Les ALD pour affections psychiatriques et la consommation en psychotropes sont supérieurs à la moyenne nationale. Le taux de suicide chez les personnes âgées est plus élevé. Sur le plan nutritionnel, 8% des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile sont en insuffisance pondérale, 51% en surpoids dont 12% en obésité. Il faut ajouter à toutes ces pathologies pouvant provoquer à elles seules un état de dépendance, l'arrivée à l'âge de la dépendance des personnes présentant un handicap acquis précocement. On estime qu'il y a entre 1000-1500 personnes de 65 ans ou plus aveugles, et une fourchette de 3000 à 6300 personnes si on additionne les aveugles et les malvoyants profonds. En ce qui concerne la déficience auditive et la surdité, il y aurait environ 4500 personnes de 60 ans ou plus atteintes.

En 2010, il y avait 16 290 personnes de 60 ans ou plus présentant une dépendance (GIR 1 à 4), soit environ 8% de cette tranche d'âge. On estime qu'ils seront environ 20 300 en 2030. 6 900 personnes présentent une dépendance sévère (GIR 1 et 2), soit 3%. Ils devraient être 8 500 en 2030.

Limousin : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période
(INSEE : RP 1999 et enquête HID 1999-2000, projections Omphale scénario central, source : DRASS)

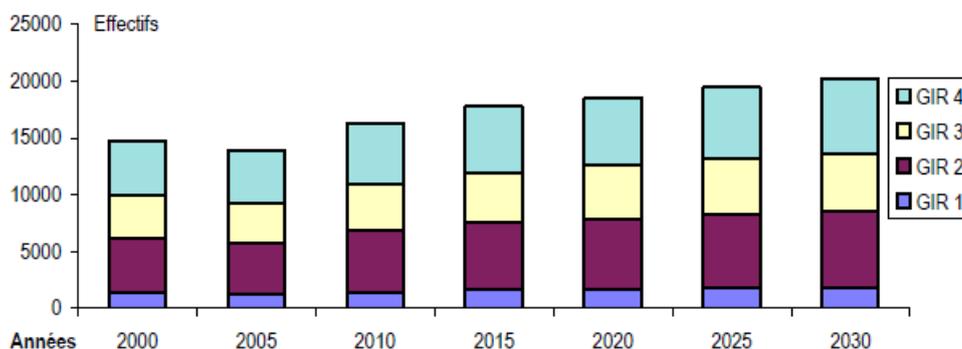


Figure 8 : Limousin : Estimation du nombre de personne de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période

A 75 ans, une personne sur six vivant à domicile est dépendante, à 85 ans, cela concerne quatre personnes sur dix, et à 95 ans, trois personnes sur quatre. La moitié des personnes dépendantes vivant à domicile habitent seules.

Tableau 1 - Horizon 2030 : des évolutions contrastées selon les territoires

	Population totale des 60 ans et plus			Population dépendante des 60 ans et plus		
	en 2012	en 2030	évolution 2012-2030 en %	en 2012	en 2030	évolution 2012-2030 en %
Basse-Corrèze	39 930	50 440	26	3 820	4 610	21
Moyenne-Corrèze	27 220	32 540	20	2 840	3 140	11
Haute-Corrèze	11 010	13 880	26	1 280	1 490	17
Corrèze	78 160	96 860	24	7 940	9 240	17
Aubusson-Auzances	12 440	14 720	18	1 490	1 680	13
Bourganeuf-La Souterraine	14 180	17 370	23	1 610	1 760	9
Guéret-Boussac	16 840	21 050	25	1 850	2 130	15
Creuse	43 460	53 140	22	4 950	5 570	12
Nord Haute-Vienne	13 990	17 030	22	1 520	1 610	6
Centre Haute-Vienne	62 860	79 600	27	5 480	6 960	27
Sud Haute-Vienne	16 900	20 760	23	1 940	2 090	8
Ouest Haute-Vienne	14 820	17 980	21	1 530	1 680	10
Haute-Vienne	108 570	135 370	25	10 470	12 340	18
Limousin	230 190	285 370	24	23 360	27 150	16

Population totale des 60 ans et plus et population dépendante par territoire à l'horizon 2030

●●●● Source : Insee, Enquêtes Handicap Santé 2008-2009, RP 2007, Omphale 2010

Tableau 3 : Horizon 2030 : des évolutions contrastées selon les territoires

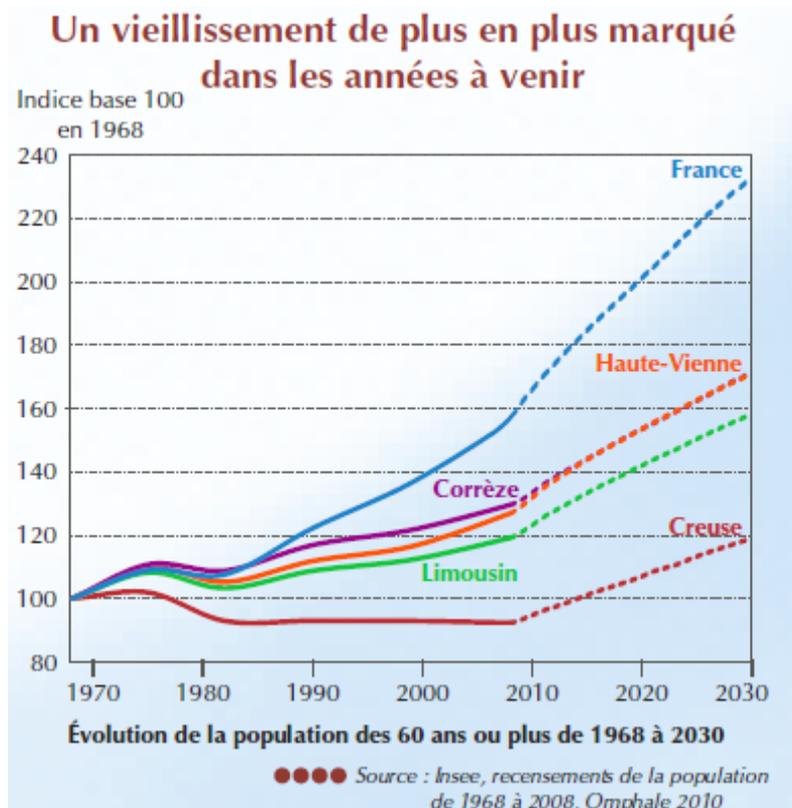


Figure 9 : Un vieillissement de plus en plus marqué dans les années à venir

I.1.2.2 La Corrèze

En 2010, la Corrèze comptait 243 600 habitants. [12] La proportion de personnes âgées est importante. Les personnes de 60 ans et plus représentent 31% de la population. En 2030, elles devraient représenter 39,5% de la population. Le pourcentage de personnes âgées de 75 ou plus passera de 13,7% à 17,1%.

La répartition sur le territoire montre une forte ruralité. Entre 60 et 74 ans, ils sont 20,6% à vivre seuls, 33% entre 75 et 79 ans, et 40,5% pour les 80 ans et plus.[11]

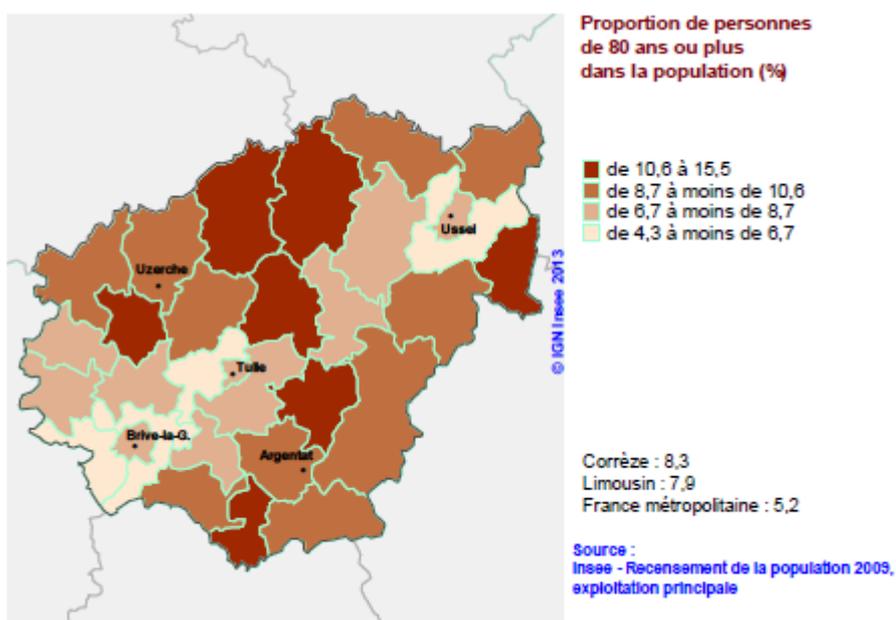


Figure 10 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Corrèze

En 2010, les personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) étaient au nombre de 5643, soit 7,8% de la population. On estime qu'elles seront 7049 en 2030, soit une augmentation d'environ 20% mais qui représenterait toujours 7,8% de la population.

Corrèze : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période

(INSEE : RP 1999 et enquête HID 1999-2000, projections Omphale scénario central, source : DRASS)

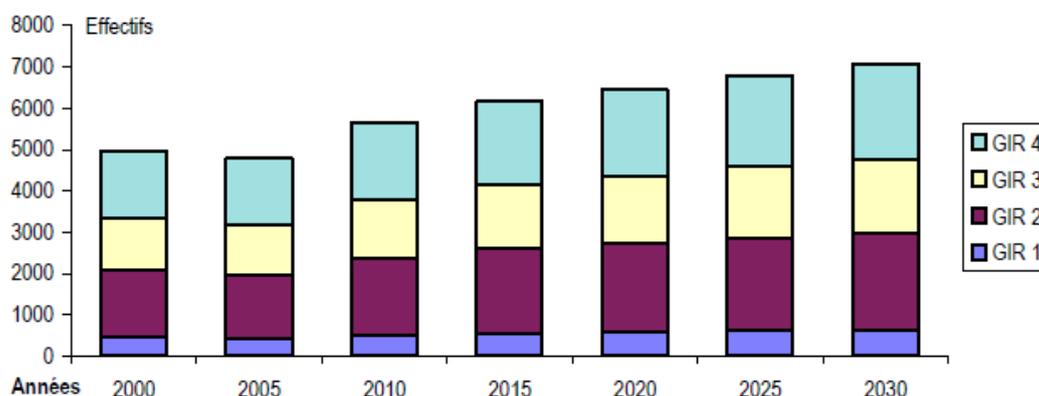


Figure 11 : Corrèze : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période

I.1.2.3 La Creuse

En 2010, le département comptait 123 000 habitants, soit 1/6 des habitants de l'ancienne région Limousin. La proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus est de 34%. Cela fait donc de la Creuse l'un des départements les plus âgés. En 2030, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteront 42% de la population, celles âgées de 75 ans ou plus 18%.

78% de la population réside dans une commune rurale. Ils sont 23% à vivre seul entre 60 et 74 ans, 33,9% entre 75 et 79 ans, et 39,1% pour les 80 ans et plus.

Il faut également noter que la Creuse est un département où le taux de pauvreté est élevé. [13]

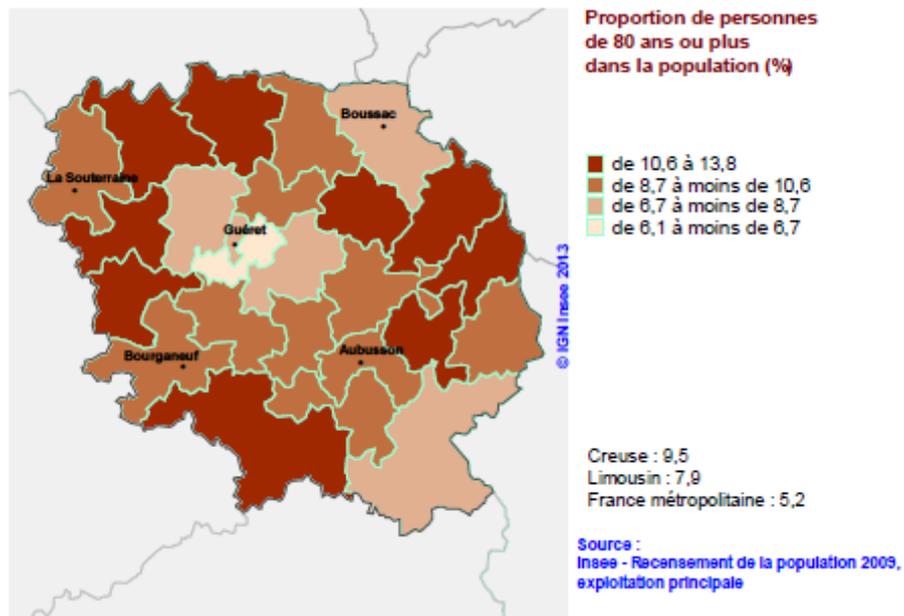


Figure 12 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Creuse

Concernant la dépendance, il y avait en 2010, 3258 personnes âgées de 60 ans ou plus présentant un état de dépendance classé de GIR 1 à 4, soit 8% de la population. En 2030, on estime ce chiffre à 3649 personnes, soit une légère augmentation de 10,7% mais qui comparativement à la population générale ne représentera que 7,8%.



Creuse : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période
 (INSEE : RP 1999 et enquête HID 1999-2000, projections Omphale scénario central, source : DRASS)

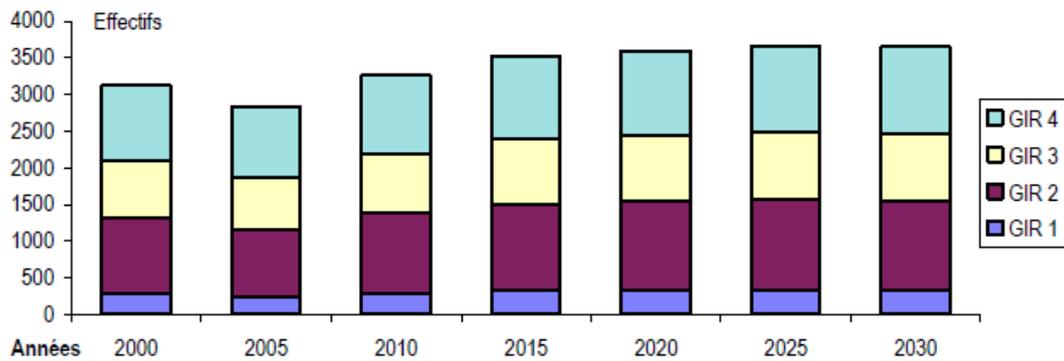


Figure 13 : Creuse : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4)

I.1.2.4 La Haute Vienne

La Haute Vienne comptait 375 363 habitants au 1er janvier 2015. [14]

La tranche d'âge des 60-74 ans représentait 63 539 personnes soit 17% de la population.

Les personnes de 75 ans et plus étaient au nombre de 45 507 soit 12% de la population.

Les personnes de 85 ans et plus représentaient 14 484 personnes soit 3.83% de la population.

La Haute Vienne est un département âgé où la proportion de personnes âgées est quasiment identique à celle des jeunes.

Les projections pour 2030 font état d'une population de 391 153 habitants, soit une augmentation de 6%.

Entre 2010 et 2030, la part des 60 ans et plus augmentera de 5%. Cela représentera 1 habitant sur 4.

21,4% des personnes âgées de 60 à 74 ans vivent seules, elles sont 33,5% entre 74 et 79 ans et 41,3% pour les 80 ans et plus.

En Haute Vienne, les personnes âgées dépendantes étaient au nombre de 10 470 en 2012. Selon les projections pour 2030, ce chiffre pourrait atteindre 12 500 soit une augmentation de 19%. [15]

Des 3 départements limousins, c'est celui de la Haute Vienne où le vieillissement et l'augmentation de la dépendance seront le plus prononcés. Le centre Haute Vienne, regroupant l'agglomération de Limoges et sa zone périurbaine, enregistrera la plus forte hausse de la région avec une augmentation de 27% des personnes âgées dépendantes, passant de 5500 à 7000 de 2012 à 2030.



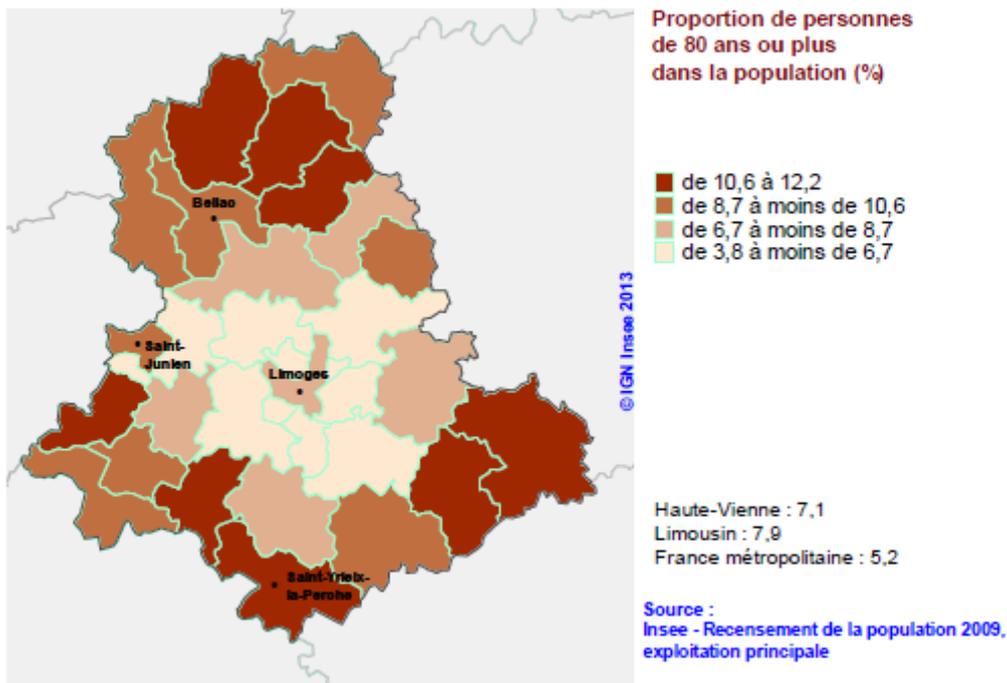


Figure 14 : Proportion de personnes de 80 ans ou plus dans la population (%) en Haute-Vienne

Haute-Vienne : Estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4) selon la période
 (INSEE : RP 1999 et enquête HID 1999-2000, projections Omphale scénario central, source : DRASS)

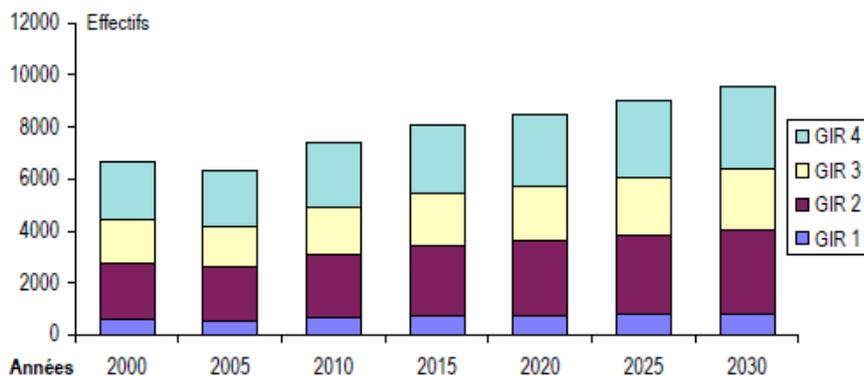


Figure 15 : Haute-Vienne : estimation du nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (GIR 1 à 4)

I.2. Etat des lieux des aides à domicile

I.2.1. Les services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Ces organismes sont réglementés par le Code de l'action sociale et des familles. Ils proposent des services d'aide et d'accompagnement à domicile tels que :

- un soutien à domicile



-la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne

-le maintien et le développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités de la vie et les actes essentiels, hors ceux réalisées sur prescription médicale.

Ces prestations sont proposées selon un projet individualisé et d'accompagnement établi lors d'une évaluation globale des besoins.

Les intervenants sont des auxiliaires de vie sociale.

Il existe deux modes d'intervention :

-le mode prestataire : l'auxiliaire de vie est employé par le service prestataire qui gère toute la partie administrative ;

-le mode mandataire : l'auxiliaire de vie est employé et rémunéré par la personne âgée. Un contrat de travail est signé mais la personne âgée ne gère pas les aspects administratifs.

En Corrèze, il existe 54 SAAD dont 19 structures travaillant en tant que prestataires agréées et conventionnés avec le Conseil Général. Tous les cantons du département sont couverts par au moins 2 services d'aides.

En Creuse, il existe 9 SAAD.[16] Chaque structure exerce dans une aire géographique particulière. Ils doivent donc répondre aux demandes émanant de ce secteur d'intervention exclusif.

En Haute Vienne, il existe plus de 50 structures qui sont agréées par l'Etat. Six de ces structures sont autorisées en tant qu'institutions sociales et médico-sociales. [17]

I.2.2. Les services de portage de repas à domicile

Ce service permet à la personne âgée de se faire livrer des plateaux repas à son domicile. Cela la libère ainsi de la préparation. Elle bénéficie d'une alimentation équilibrée et correspondant à ses besoins. Le passage du livreur maintient le lien social grâce au passage quotidien.

En Corrèze, ce sont 12% des bénéficiaires de l'APA à domicile qui sollicitent ce service dans le cadre de leur plan d'aide. Il existe 18 établissements proposant ce service.

En Creuse, ce sont 22 prestataires qui proposent ce service.

Sur la Haute-Vienne, il existe 25 structures qui sont conventionnées pour ce service (associations, CCAS, EHPAD). 457 000 repas ont été livrés pour l'année 2013.

I.2.3. Les services d'aides et de soins à domicile

I.2.3.1 Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Ce sont des structures qui assurent les missions des SAAD et des SSIAD.

En Haute-Vienne, il n'en existe qu'un au sein du foyer logement Durkheim. Il est géré par le CCAS. Il dispose de 19 places.

Ce dispositif n'existe pas dans les départements de la Corrèze et de la Creuse.

I.2.3.2 La plateforme médico-sociale facilitant le retour à domicile de la personne âgée post-hospitalisation

Ce service est porté par deux associations, Soins Santé (SSIAD) et Actid 87 (SAAD). Ce dispositif permet de mobiliser dans un délai très court des acteurs médico-sociaux et les moyens nécessaires pour un retour à domicile dans les meilleures conditions. Cette plateforme est un dispositif d'urgence mis en place pour une durée d'une à quatre semaines, laissant le temps aux professionnels intervenant antérieurement de réorganiser les soins. La disponibilité était de 15 places au 31 décembre 2013.

I.2.4. Les services de soins à domicile

I.2.4.1 Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les SSIAD dépendent de l'agence régionale de santé (ARS). Ils assurent à domicile et sur prescription médicale des soins infirmiers et d'hygiène et l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie : soins techniques, soins de base, relationnel. Ces interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie.

Les soins techniques sont réalisés par des infirmiers et les soins de base et relationnels sont accomplis par des aides-soignants et des aides médico-psychologiques.

Des pédicure-podologues, ergothérapeutes et psychologues peuvent également intervenir.

La gestion du SSIAD repose sur un infirmier coordonnateur qui supervise la coordination des services et, la répartition des soins et l'intervention des soignants. Il a également en charge l'accueil des patients, l'évaluation de leurs besoins afin de définir un projet individualisé de soins.

Les SSIAD sont souvent amenés à recourir à des infirmiers libéraux pour des prises en charge lourdes (conventionnement), sous réserve de financements pour rémunérer les soins infirmiers.

La majorité des SSIAD sont confrontés à la gestion d'une liste d'attente plus ou moins importante, avec des temps d'attente de prise en charge variant de quelques semaines à plusieurs mois.

Dans le département de la Corrèze, il y avait en 2010 794 places de SSIAD réparties sur 24 structures, soit un taux de 25 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

La couverture reste encore relativement imparfaite avec des disparités assez fortes au détriment de la Basse Corrèze qui compte 19,8 places installées pour 1000 habitants en mars 2011, contre 32,5 places pour la Haute Corrèze. Ces SSIAD sont réparties sur 21 communes : Bort-les-Orgues (avec une équipe spécialisée Alzheimer (ESA)), 2 SSIAD à Brive dont une avec ESA, 2 SSIAD à Tulle, Ussel, Treignac, Seilhac, Egletons, Corrèze, Objat, 2 SSIAD à Meyssac, Lappleau, Mansac, Arnac Pompadour, Neuvic, Beaulieu sur Dordogne, Eygurande, 2 SSIAD à Gouilles, Uzerche, Allasac, Saint Hilaire Peyroux. [18]

Les onze SSIAD de la Creuse représentaient fin 2013 une capacité d'accueil de 609 places, dont 16 pour personnes handicapées. Cela correspond à un nombre de places supérieur à la moyenne mais les délais d'attente restent longs. Les territoires desservis ne sont pas

homogènes : Guéret avec ESA, La Souterraine, Aubusson, Ajain, Chambon sur Voueize, Gouzon ave ESA, Genouillac, Le Grand Bourg, Le Donzeil, Bourganeuf, Auzances.

Au 31 décembre 2013, il existait en Haute-Vienne, 1033 places de SSIAD. Avec un taux de 22,3 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, le département est moins bien équipé que la Corrèze et la Creuse. Il faut tout de même noter qu'entre 2007 et 2013, 177 places supplémentaires ont été créées, soit une augmentation de 21%. De plus, un SSIAD de nuit de 10 places a été créé à Limoges.

Liste des SSIAD de la Haute-Vienne et des capacités en places au 31 décembre 2013

Service	Commune d'implantation	Capacité
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Ambazac	49
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Chalus	24
SSIAD (ASS AIDE PA CANTON CHATEAUNEUF)	Châteauneuf-la-Forêt	53
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Chateauponsac	40
SSIAD (EHPAD D'EYMOUTIERS)	Eymoutiers	38
SSIAD CHU Limoges	Isle	30
SSIAD Santé Service Limousin	Limoges	285
SSIAD soins et sante	Limoges	128
SSIAD Mutualité Française Limousine Limoges	Limoges	35
SSIAD HIHL	Magnac-Laval	70
SSIAD	Mézières-sur-Issoire	20
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Nexon	23
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Oradour-sur-Vayres	20
SSIAD (Croix-Rouge)	Rochechouart	26
SSIAD (ICC)	Saint-Germain-les-Belles	28
SSIAD (ASSO ASFPA ST-LAURENT)	Saint-Laurent-sur-Gorre	20
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Saint-Mathieu	27
SSIAD (ACTION GERONTOLOGIQUE AREDIENNE)	Saint-Yrieix-la-Perche	67
Antenne du SSIAD de Rochechouart (Croix-Rouge)	Solignac	31
SPASAD CCAS Limoges – places de SSIAD	Limoges	19
TOTAL		1 033

Source : Finess, 1er janvier 2014

Tableau 4 : Liste des SSIAD de la Haute-Vienne et des capacités en places au 31 décembre 2013

I.2.4.2 Le service d'hospitalisation à domicile (HAD)

Ce service permet de mettre en place des soins médicaux et paramédicaux continus (24h/24) et coordonnés, et d'assurer un soutien social et logistique. L'HAD concerne les patients nécessitant des soins lourds mais ne requérant pas une place dans un établissement hospitalier. L'intervention se fait exclusivement sur prescription médicale avec l'accord du médecin coordonnateur et du médecin traitant qui assure le suivi médical tout au long de la prise en charge.

En Corrèze, il existe 2 services : l'HAD Relais Santé à Brive et l'HAD de l'hôpital de Tulle

Créé en octobre 2002, l'HAD 23 est un service installé au rez-de-chaussée de Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle André-Lalande à Noth dont il dispose de l'équipe

pluridisciplinaire. C'est le seul service de ce type en Creuse. Il a une capacité d'accueil de trente places réparties sur le département. Fin 2011, la convention signée entre l'Agence régionale de la Santé, le service d'hospitalisation à domicile, ou HAD 23 du CRRF de Noth, et la presque totalité des Ehpad de la Creuse, est une réelle plus-value au service offert aux résidents de ces établissements. Les signataires sont : Ahun, Ajain, Azéables, Bénévent, Boussac, Felletin, Chambon-sur-Voueize, Châtelus-Malvaleix, Le Monteil-au-Vicomte, Marsac, La Souterraine, Dun-le-Palestel, Aubusson, Bellegarde-en-Marche, Bussière-Dunoise, La Chapelle-Taillefert, Sainte-Feyre et Saint-Vaury. [19]

En Haute-Vienne, il existe deux services d'HAD : un service géré par le CHU de Limoges ; le second géré par Santé Service Limousin.

I.2.5. Les nouvelles technologies

Le développement des gérontotechnologies a pour but de sécuriser le maintien à domicile, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de conserver un lien social.

I.2.5.1 La télé assistance

La téléassistance est un dispositif de surveillance à distance déclenché par la personne âgée à l'aide d'un bracelet ou d'un médaillon lorsque celle-ci est en situation clinique d'urgence (chute, malaise). Ceci entraîne le déclenchement d'une alerte auprès de l'entourage de la personne âgée ou du prestataire qui alerte alors les services d'urgences. Les personnes âgées peuvent accéder à ce service en souscrivant un abonnement. Cette prestation est proposée par des associations ou des entreprises privées. Une partie des frais peut être prise en charge par l'APA ou l'aide sociale départementale.

En Corrèze, le service public a accordé une délégation de cette prestation à la Fondation Caisse d'Épargne qui gère le système Corrèze Téléassistance depuis les années 2000. Il y a environ 5200 utilisateurs.

En Creuse, il existe 1 service de téléassistance qui compte 1710 abonnés.

En Haute Vienne, ce sont 7 services de téléassistance qui proposent ce service et qui comptent 1851 abonnés. Il existe également dans ce département un nouveau système de surveillance pour la surveillance de personnes âgées présentant un risque de fugue. Bluelinéa est une entreprise de « silver technology » installée depuis décembre 2015 à Limoges. Elle propose un ensemble de produits et de services pour accompagner la personne âgée en perte d'autonomie et adapter son domicile. Pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, cette entreprise propose un bracelet (Bluegard) muni d'un GPS pour géo localiser la personne âgée. Son but est de favoriser l'autonomie des personnes désorientées en toute sécurité et de contribuer au maintien à domicile des personnes en risque d'errance.



I.2.5.2 La domotique

En Corrèze, un dispositif complexe de téléassistance a été élaboré et expérimenté auprès de 100 personnes pendant 18 mois : le projet Esoppe. Ce nouveau « Pack domotique » est composé de divers éléments domotiques complémentaires : un détecteur de chute ; un détecteur de fumée ; un détecteur de gaz ; un détecteur de variation anormale de température du logement (qui a permis de détecter des situations de précarité énergétique) ; des détecteurs d'activités ou des contacteurs de portes afin de prévenir les malaises ; des systèmes complémentaires d'alerte pour une sécurisation du logement (tirette de douche, pendentif ou bracelet) ; un système d'éclairage automatique (« chemin lumineux » par l'installation d'éclairages à déclenchement automatiques) permettant, notamment la nuit, d'éclairer le trajet chambre-toilette et réduisant les risques de chute donc des hospitalisations.

Ce pack domotique a été évalué positivement : moins de dépressions constatées, réduction de la dépendance via un sentiment de sécurité (par exemple passage de GIR 3 à 4) et réduction importante des risques de chute (divisé par 3). Il est actuellement en cours d'expérimentation.

En Creuse, plus que la téléalarme, ces dispositifs de « Pack Domotique » développés par le conseil général en partenariat avec la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité et le groupe industriel Legrand sont destinés à faciliter le quotidien des personnes en perte d'autonomie et à prévenir les principales causes d'accidents domestiques, notamment les chutes. Le dispositif de base comprend un système de « téléassistance avancée » (médaillon et boîtier de communication) permettant à l'utilisateur d'appeler et d'être appelé. Il peut être complété par un chemin lumineux pour circuler la nuit, des détecteurs de fumée et de gaz, un détecteur de variations de température. Les équipements sont reliés directement à une plateforme de téléassistance, Domo Creuse Assistance, qui fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (9000 appels reçus en 2013). Le suivi de ces installations est effectué au moyen d'enquêtes de satisfaction dont le bilan (2011-2013) est plutôt satisfaisant : un faible pourcentage a nécessité une intervention à domicile pour effectuer principalement des réglages sur les installations (durées d'éclairage).

Un total de 296 packs a été déployé en 2013, soit un rythme moyen stabilisé autour de 25 à 30 packs par mois.

En Haute Vienne, le Conseil Général en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et Sirmad Téléassistance Fondation Caisse d'Épargne, mène depuis février 2012, une expérimentation sur l'efficacité d'un pack domotique en prévention des chutes, sur le lien social et la sécurisation du domicile. Ce pack est composé d'un émetteur (pendentif ou bracelet), d'un abonnement à la plateforme de téléassistance, d'un détecteur de chute brutale, d'un détecteur de fumée, et d'un chemin lumineux destiné à prévenir les chutes nocturnes (des détecteurs de présence sont placés sur le trajet de la chambre jusqu'aux toilettes, et déclenchent automatiquement les éclairages s'ils sont activés).

Le projet ICARE expérimente depuis janvier 2013 l'implantation d'un pack domotique chez la personne âgée. Ce projet est porté par de nombreux acteurs, le principal étant l'entreprise Legrand. Il a pour but de mesurer l'impact des solutions technologiques, organisationnelles et médico-sociales innovantes pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le critère de jugement principal est l'incidence de chutes graves ayant entraîné une hospitalisation. Pour cela, il est prévu d'installer dans 2000 foyers (Haute-Vienne, Creuse, Corrèze, Loir-et-Cher) un émetteur porté par la personne âgée, une téléassistance, un

détecteur de chute brutale, un détecteur de fumée et un chemin lumineux destiné à prévenir les chutes nocturnes. Cette étude comprend un deuxième déploiement correspondant à la mise en place de capteurs mesurant des paramètres cliniques (pression artérielle, fréquence cardiaque, poids), d'une tablette tactile de visiophonie avec un cahier de liaison dématérialisé pour les professionnels intervenants. Les données de ce volet médical seront analysées par une équipe du CHU.

I.3. La prise en charge gériatrique et le refus des aides

La société porte un fort intérêt aux questions du vieillissement et de sa prise en charge. Lorsque l'on parle de la prise en charge des personnes âgées, le concept de qualité est au centre du débat. On parle de la qualité de vie de ces personnes âgées mais également de la qualité des soins qui leur sont prodigués. Un réseau de soins se constitue autour de la personne qui vieillit. Il mobilise l'entourage familial et des ressources professionnelles. [3]

On observe une grande diversité dans la façon dont les personnes vieillissent. Cela implique donc qu'il existe autant de prise en charge différentes. Cela est également vrai si l'on prend en compte les choix des personnes âgées. Or, nous avons vu que l'évaluation de la dépendance a été standardisée par l'évaluation gériatrique avec la grille AGGIR. Cela a été mis en place afin de garantir un dispositif institutionnel performant pour cette population vulnérable, confrontée au risque d'incapacité physique et mentale, et qui doit être accompagnée, aidée et soignée.

Pour assurer la qualité de la prise en charge, un cadre législatif a été mis en place. Une réglementation concernant les services à domicile et les institutions d'hébergement a été instituée. L'autorisation d'agrément pour les services d'aides aux personnes âgées à domicile repose sur des critères précis d'encadrement, d'organisation et de qualification. Les professionnels ont de leur côté mené une réflexion sur les principes fondamentaux de leur action de soin. Ils ont rédigé des chartes qui rappellent le droit pour chaque personne âgée de recevoir à son domicile une aide de qualité de la part de services adaptés. Sur le plan médical, les gériatres ont élaboré de règles de bonnes pratiques pour harmoniser les pratiques face aux principaux problèmes diagnostic ou de soins rencontrés.

La prise en charge de la personne âgée est une intervention de santé complexe qui présente « des finalités multiples, plusieurs niveaux d'organisation, un grand nombre d'activités et d'acteurs, un horizon temporel mal défini ». On peut retenir les particularités suivantes :

-les intervenants sont divers et variés, appartenant au monde professionnel et non-professionnel (entourage familial). Le rôle de ces aidants est parfois ambigu, étant eux-mêmes co-prestataires et co-clients des services.

-il existe une complexité liée au fractionnement des aides proposées. Il existe plusieurs intervenants émanant de structures différentes ce qui peut rendre difficile l'organisation et la coordination des soins.

-la prise en charge relève du domaine sanitaire et du domaine social. L'approche globale des problèmes est difficile lorsque l'on sait que la politique sanitaire dépend du niveau régional et que la politique sociale dépend du niveau départemental.

-les soins s'inscrivent dans la durée et de ce fait, se modifient dans le temps en fonction de l'évolution clinique de la personne âgée.

-il n'y a pas d'objectif précisément défini mais plutôt des objectifs intermédiaires en fonction des différents intervenants. Le but étant de pallier aux effets du vieillissement et de la dépendance en maintenant une qualité de vie selon les désirs de la personne âgée.

-elle peut avoir une dimension palliative et mettre en œuvre les soins liés à la dépendance dans le cadre d'un réseau d'aides. Mais elle peut également avoir une ambition préventive en adoptant une attitude de recherche de besoins et la mise en place d'actions de correction. La prise en charge gérontologique peut donc être plus ou moins précoce et s'adresser à une population vieillissante peu ou très dépendante.

Cette prise en charge complexe qui se veut transversale et globale doit pouvoir répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. Ce sont des points essentiels qui permettent de garantir une prise en charge de qualité et que l'on peut classer en cinq grands thèmes :

-le point de départ est une information claire, loyale et adaptée apportée à la personne âgée et sa famille. Elle doit renseigner sur les droits du patient, les différents services d'aides proposés et les modalités de leur financement. Nous reviendrons plus tard sur la loi concernant les droits du patient.

-l'évaluation des besoins, réalisée en début de prise en charge, qui se doit d'être exhaustive sur le plan sanitaire et social. Elle nécessite l'utilisation d'outils de mesure validés.

-la communication et la coordination des actions entre les différents intervenants. Il faut définir les modalités et la fréquence des échanges afin de permettre une bonne transmission des informations.

-la prise en compte de l'entourage pour l'évaluation des besoins et la mise en place du plan d'aides. La famille pouvant prendre part active lors de cette prise en charge (notion de l'aidant principal), elle doit être écoutée pour les prises de décisions.

-l'évolution de la personne âgée : une continuité dans le suivi permet de relever les épisodes aigus, les motifs d'hospitalisation ou le moment d'entrée en institution. Cela permet d'apprécier la prise en charge dans sa durée et la qualité du suivi.

Pour élaborer ce plan d'aides, la participation du bénéficiaire est requise. C'est un moment où la personne âgée bénéficiaire de la prestation pourrait s'affirmer comme co-auteur et co-acteur du schéma d'aides. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé met en exergue ce dernier point. Elle prévoit :

- « Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

- « Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »
« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Les personnes âgées dépendantes se trouvent donc en position d'usagers citoyens participants (droit à l'information, droit à l'expression, droit de consentir, « droit de regard »).

Or, lorsque les personnes âgées sont dépendantes, elles peuvent être en situation de fragilité et de vulnérabilité où parfois sont associés troubles mnésiques et cognitifs, rendant difficile l'expression de leur volonté. Pourtant certains auteurs mettent en avant la différence entre autonomie et indépendance [20]. Ils prennent pour exemple un cas de dépendance physique avancée mais qui conserve son autonomie de choix pleine et entière. De même, une personne atteinte de maladie neurodégénérative de type maladie d'Alzheimer, peut exprimer des choix durables (alimentaires, occupationnels...), si les conditions sont réunies pour ce faire. La dépendance n'entrave pas l'expression de l'autonomie décisionnelle, contrairement à l'autonomie fonctionnelle. La perte de l'autonomie fonctionnelle est en lien avec une perte attachée à l'exercice des actes de la vie quotidienne mais qui peut être compensée par une aide adéquate.

Nous devons respecter l'autonomie décisionnelle des personnes âgées, aussi dépendantes soient elles. Il faut s'efforcer de rechercher leur consentement quel que soit le stade de leur maladie, même si le consentement ne résume pas à lui seul l'autonomie. Il est également important pour les soignants de chercher à connaître les valeurs de la personne âgée pour que les soins entrepris aient plus de sens pour elle [21]. Tous ces aspects ainsi que le caractère, la personnalité, le parcours de vie sont des éléments importants pour guider une prise en charge médicale.

L'autonomie décisionnelle se place donc sur une même échelle d'importance que les principes éthiques de bienfaisance/non-malfaisance et de justice.

L'application de tous ces éléments nous permettrait de garantir une prise en charge optimale et adaptée aux personnes âgées. Pourtant, il existe des dysfonctionnements qui mettent à mal la relation soigné-soignant. Cela entraîne des échecs dans la prise en charge, les patients pouvant aller jusqu'à refuser les aides et les soins. Le refus de soins est une problématique majeure dans la pratique professionnelle. Il révèle les blocages et carences du système. Il met les professionnels face à leur impuissance devant ces situations complexes où le patient âgé exprime un désir d'autonomie. Il existe pourtant un dilemme éthique. Nous devons considérer le refus des aides et des soins comme un acte de liberté individuelle. La personne âgée décide par elle-même de ce qui est bon pour elle. Mais pour ces personnes présentant un état de santé altéré, le fait de ne pas intervenir peut entraîner une dégradation de la situation pouvant aller jusqu'à mettre en péril la survie de l'individu. Notre travail sera d'analyser et de comprendre les raisons de ce refus des aides. Le but est de pouvoir concilier refus de soins et préservation de l'état clinique de la personne âgée. [22]

Les personnes âgées peuvent exprimer ce refus de différentes manières. Elles peuvent être très explicites et demander directement à leur interlocuteur de partir. Ils peuvent également le faire par l'intermédiaire d'un tiers. Parfois, le refus se manifeste de manière passive. Par exemple, la personne âgée ne va pas ouvrir la porte au professionnel, va faire mine de ne pas entendre ou ne pas répondre aux questions posées, va faire semblant de dormir. Quelquefois, ce refus peut s'exprimer de manière très violente. Cela peut aller des cris aux pleurs, voire des vociférations ; parfois cela peut conduire jusqu'à de la violence physique.

Réussir à identifier la raison d'un refus d'aide va permettre de mieux comprendre la motivation de la personne âgée. Le refus d'aide est un passage quasi-obligé dans le processus d'acceptation de perte d'autonomie. Il apparaît donc dans un contexte clairement identifié de survenue ou d'accroissement de la dépendance physique et/ou psychique [23].

Nous avons recensé plusieurs raisons pouvant expliquer le refus d'aides :

-par pudeur, humilité ou lié au milieu culturel. La personne âgée peut avoir une mentalité de « non assisté », ou peut craindre le regard d'autrui sur son mode de vie. Le refus peut également être motivé par les croyances de la personne âgée ou découler de son éducation.

-pour exprimer leur légitimité dans l'évaluation de leur situation et pour montrer leur adaptation à cette dégradation. Cette adaptation peut passer par une réduction de leurs attentes et aspirations. Elles relativisent les difficultés rencontrées en se focalisant sur ce qui est préservé et non pas sur leurs pertes. Par exemple, elles vont dire qu'elles se débrouillent, qu'elles font tant bien que mal. Elles s'évaluent à travers leur propre subjectivité. En effet, elles voient avant tout ce qu'elles parviennent à faire seules et estiment donc que leur état est normal compte tenu de leur âge. Il y a donc dans cette posture de refus, une revendication à être autonome dans l'évaluation de sa situation, de ses besoins et des moyens pour y répondre. Il peut exister dans ce contexte une inadéquation entre les attentes de la personne âgée et les réponses des aidants.

-par revendication d'une autonomie de jugement avec négation de l'expertise des professionnels. La personne âgée récuse l'évaluation du professionnel et veut faire reconnaître sa capacité à s'exprimer par elle-même sans le prisme déformant d'autrui. Dans ce contexte, ce n'est pas tant l'aide qui est refusée mais c'est surtout que la personne âgée refuse de reconnaître un affaiblissement. Il peut également exister un déni de la maladie ou d'un diagnostic : cela correspond à l'anosognosie. Ce terme désigne un trouble mental fréquent chez les patients déments. Sa terminologie vient du grec « a » : sans, « gnosis » : connaissance, « nosos » : maladie. Elle correspond à un trouble de la conscience du soi dans le cadre de conditions pathologiques particulières : déficit moteur, sensoriel, cognitif ou affectif. La conscience de soi traduit un dialogue permanent entre le « moi conscient » et le « moi objet ». Elle permet une introspection active de ce qu'on était, de ce qu'on est et de ce que l'on pourrait être. Ainsi, il existe une mise à jour continue de l'image de soi qui permet à l'homme de s'adapter à ses nouvelles conditions de vie. Le patient atteint d'anosognosie ignore ou semble ignorer l'existence de la situation nouvelle affectant son moi objet. De ce fait, une personne âgée atteinte de maladie neurodégénérative peut ne pas avoir conscience de sa déficience et de son incapacité, refusant alors les aides proposées car injustifiées pour elle. La prévalence de l'anosognosie dans la maladie d'Alzheimer varie de 15 à 28% pour l'anosognosie modérée à sévère et de 76 à 93% pour l'anosognosie légère. Elle touche essentiellement les troubles mnésiques, mais aussi les troubles psychiatriques et comportementaux. Des chercheurs ont mené une étude pour évaluer la conscience des troubles cognitifs et comportementaux chez une population de personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence sévère (moyenne du MMSE=10,6) [24]. Ils ont pour cela créé un outil d'évaluation : le questionnaire de la conscience de soi dans la démence sévère (QCSDS). Il est conçu en deux versions (version patient et version soignant) et est composé de dix questions évaluant la vie en institution, les fonctions cognitives et les troubles psycho-comportementaux. En soustrayant le score du patient à celui du soignant, ils obtiennent un index d'anosognosie. Leurs résultats mettent en évidence trois groupes de patients en fonction de l'index d'anosognosie :

- groupe 1 (conscience normale) : 47% des cas
- groupe 2 (anosognosie légère) : 30% des cas
- groupe 3 (anosognosie modérée à sévère) : 23% des cas

Ils ont également démontré une corrélation positive significative entre la sévérité de l'anosognosie et la sévérité du déficit dans les fonctions exécutives. Ils concluent que les patients déments pourraient rester conscients de leurs troubles, même à un stade avancé de leur pathologie démentielle, et que l'anosognosie est liée au déficit des fonctions exécutives plutôt qu'aux déficiences cognitives globales. S'il est démontré que les personnes âgées, malgré leur démence, ont encore parfois conscience de leurs troubles et incapacités, il nous faut prendre le temps de comprendre les raisons du refus. Nous ne devons pas nous arrêter au simple fait qu'elles soient démentes.

Parfois, la négation de l'expertise peut être la conséquence d'un rejet d'une faute sur le professionnel (par exemple, une personne qui présente un ulcère chronique et qui rejette la faute de la chronicité sur les traitements locaux effectués), ou par excès de pouvoir du médecin/professionnel qui va délivrer une information déficiente.

-pour faire valoir son autorité et sa capacité de décision. Lorsqu'une personne âgée se rend compte de son affaiblissement et de sa perte d'autonomie fonctionnelle, elle peut se sentir dépossédée de sa capacité d'agir, de décider ou de maîtriser sa vie. Elle a l'impression de ne plus avoir de prise de pouvoir sur les décisions la concernant. Dans ce contexte, le refus peut redonner de l'autonomie dans la capacité à être responsable de ses choix, à reprendre en main son avenir et le contrôle de sa vie ; il peut redonner le sentiment de demeurer maître de son existence.

-par projections négatives et le vécu d'une mauvaise expérience similaire antérieure. Ici, le refus peut être assimilé à une stratégie de préservation. Par exemple, certaines personnes âgées expliquent ne plus avoir confiance dans le jugement du médecin à la suite d'une erreur médicale de sa part ou celle d'un confrère dans le passé. De manière plus fréquente, les personnes âgées rapportent des situations conflictuelles avec une auxiliaire de vie. De ce fait, elles généralisent cette opinion pour toute cette catégorie professionnelle. Ces situations sont possiblement plus fréquentes car l'auxiliaire de vie est souvent le premier professionnel à intervenir. C'est elle aussi qui reste le plus de temps au domicile. Afin de montrer son refus d'aide, la personne âgée aura tendance à se plaindre de l'attitude de l'auxiliaire ou à critiquer les tâches effectuées. Enfin, la personne âgée peut avoir une projection négative concernant l'augmentation de sa perte d'autonomie. Elle voit ainsi l'aide proposée comme un facteur d'accroissement de sa perte d'autonomie et la refuser serait un moyen de se préserver.

-pour exister et faire valoir son identité d'être humain. Quel que soit l'âge, se reconnaître comme « vieux » ou « malade » est difficile, notamment dans le regard des autres. Pour la personne âgée, refuser l'aide c'est refuser la stigmatisation d'être un être défaillant. Elle veut pouvoir continuer à vivre « normalement comme tout le monde ». Pour des personnes âgées dont l'autonomie fonctionnelle se réduit progressivement, l'autonomie de décision demeure primordiale. Elles ont le sentiment de demeurer malgré tout maître de leur existence. Ainsi, le refus dans cette situation traduit une dimension plus philosophique de l'autonomie : l'individu dans une société. Il ne faut pas oublier que le refus demeure un droit, probablement le droit ultime en tant qu'être humain. Pour une personne âgée dépendante qui n'arrive plus à faire valoir sa position, le refus devient ici une méthode d'expression pour défendre sa décision et montrer l'individu qu'elle souhaite être.

-refus lié aux implications financières. Il existe une méconnaissance du dispositif d'aides par les personnes âgées et leur entourage. Ils manquent d'information sur leurs droits. Ils ne recourent pas aux aides qui leur sont destinées et notamment les aides financières disponibles. Parfois, il peut exister un réel manque de moyens. Le refus peut également être dû au fait d'un refus de déclaration de patrimoine dans le cadre du dossier APA. Les personnes

âgées peuvent être défiantes à l'égard d'un problème de manque de confidentialité dans la gestion d'informations les concernant.

-pour disparaître, signe d'une volonté de ne plus exister. La personne âgée abandonne la lutte contre l'affaiblissement et la maladie. Parfois, certaines personnes âgées verbalisent cette situation disant « attendre la mort ». D'autres fois, c'est de par leur attitude que l'on peut évoquer cette hypothèse. La personne âgée se met volontairement en retrait, adopte une attitude passive, rompt le dialogue, s'enfonce dans le mutisme. Cette situation peut se produire avec l'entourage familial ou avec des soignants avec qui la personne âgée a tissé des liens. Ici, le but est de rendre la situation complexe pour forcer l'autre à l'abandon. Elle veut se couper de ces personnes et briser les liens. Pour les auteurs cités précédemment, la signification sous-jacente de ce type de refus apparaît comme l'ultime bastion de l'autonomie. La personne âgée décide de s'effacer de la vie de ses proches pour ne pas les faire souffrir. Les soignants connaissent d'expérience leur impuissance face à ce type de refus, parfois qualifié de « syndrome de glissement ».

Ces situations peuvent résulter d'un stade avancé d'un état dépressif majeur, dont il nous faut pouvoir faire le diagnostic afin d'initier de manière la plus précoce un traitement. Ce tableau peut parfois être précédé de troubles que l'on pourrait qualifier de « pré-dépressifs » qu'il faut savoir repérer (trouble dysthymique, dépression subsyndromique).[25]



II. Notre étude

II.1. Matériels et méthodes

II.1.1. Type d'étude et population

Notre étude est une enquête de pratique. Nous avons élaboré un questionnaire qui a été adressé aux médecins généralistes des départements de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute-Vienne (ancienne région Limousin). Nous avons exclu les médecins ayant un mode d'exercice particulier (exemple : homéopathie, acupuncture, nutrition...) ou une activité spécifique (échographie, SOS médecins...).

Pour obtenir les adresses postales des médecins, nous avons tout d'abord contacté les différents Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins pour leur demander s'il leur était possible de nous transmettre la liste des adresses des médecins généralistes inscrits au tableau. Seul le Conseil de l'Ordre de la Haute Vienne a accédé à notre demande après avis de la commission.

Nous avons également croisé trois sites internet afin d'établir le listing des médecins des 3 départements. Nous nous sommes aidé du site des Pages Jaunes, du site du Conseil National de l'Ordre des médecins et du moteur de recherche Google.

Ceci nous a permis de constituer une liste de 698 médecins.

Nous avons rédigé un questionnaire qui a été présenté au département de médecine générale par la chef de clinique de médecine générale. Ceci nous a amené à modifier deux questions afin qu'elles soient plus discriminantes. Ce nouveau questionnaire a ensuite été testé auprès de trois médecins pour voir si les questions étaient bien comprises. Leurs réponses ont été incluses dans les résultats.

Un courrier expliquant les enjeux de cette thèse était joint au questionnaire (annexe 1 et 2). Les courriers ont été déposés en agence postale le 7 mars 2017. Il était demandé aux médecins de répondre avant le 31 mars 2017.

Nous n'avons pas recherché la validité statistique des résultats.

II.1.2. Méthode analytique : analyse descriptive

Les données des questionnaires ont été rentrées dans un tableur Excel. À chaque question correspondait une colonne.

La première partie du questionnaire porte sur les caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée. Pour ces informations, nous avons calculé une moyenne pour l'âge et des pourcentages pour la répartition de la population.

La deuxième partie du questionnaire concerne l'enquête de pratique et traite des aides proposées aux personnes âgées dépendantes, des causes du refus et des stratégies adoptées pour pallier ces refus.

Les réponses aux questions fermées étaient cotées « 1 » lorsque la réponse était oui. Nous avons ensuite calculé la somme de ces réponses ainsi que leur pourcentage par rapport au total des médecins interrogés.



Pour les questions où nous demandions aux médecins de classer les items, nous avons procédé ainsi :

- Concernant les aides les plus difficilement acceptées, nous avons demandé aux médecins de les classer de la plus difficilement acceptées à la moins difficilement acceptée. La plus difficilement acceptée était cotée 1, la moins difficilement acceptée était cotée 7. Nous avons ensuite additionné le nombre de fois où la première aide était classée en première position puis en deuxième position et ainsi de suite. De ce fait, si par exemple la proposition 1 était le plus souvent cotée 1, cela voulait dire que c'était l'aide la plus difficilement acceptées.
- Concernant les causes de refus les plus fréquemment évoquées, nous avons additionné le nombre de fois où la proposition 1 était classée en premier, en deuxième ou en troisième et ainsi de suite pour chaque proposition.

II.2. Résultats

Sur les 698 courriers envoyés, nous avons reçu 316 réponses. 14 réponses n'ont pas été prises en compte car arrivées après la date d'échéance. 4 courriers ont été retournés à l'expéditeur pour adresse incorrecte ou destinataire inconnu. 3 courriers ont été réexpédiés avec correction de l'adresse. Nous avons ainsi pu analyser 302 réponses au questionnaire. Cela correspond à un taux de réponse de 43,3%.

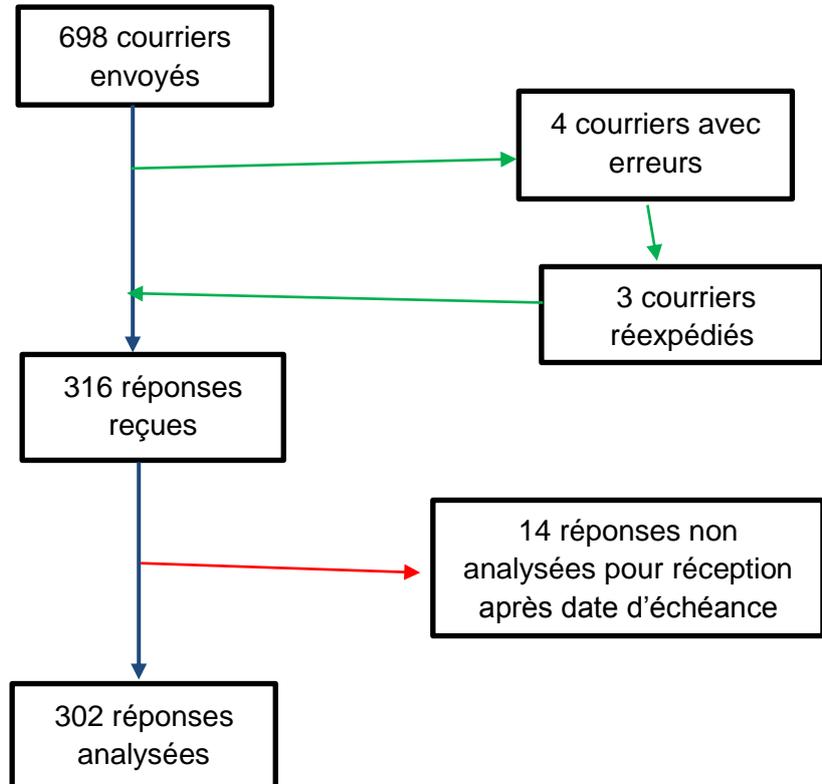


Figure 16 : Diagramme de flux expliquant le processus envoi-réception du courrier

La première question concerne l'âge du médecin interrogé. La moyenne d'âge est de 53,21 ans.

A l'échelle de chaque département, les moyennes d'âge sont :

- en Corrèze = 55,90 ans
- en Creuse = 56,30 ans
- en Haute-Vienne = 47,43 ans.

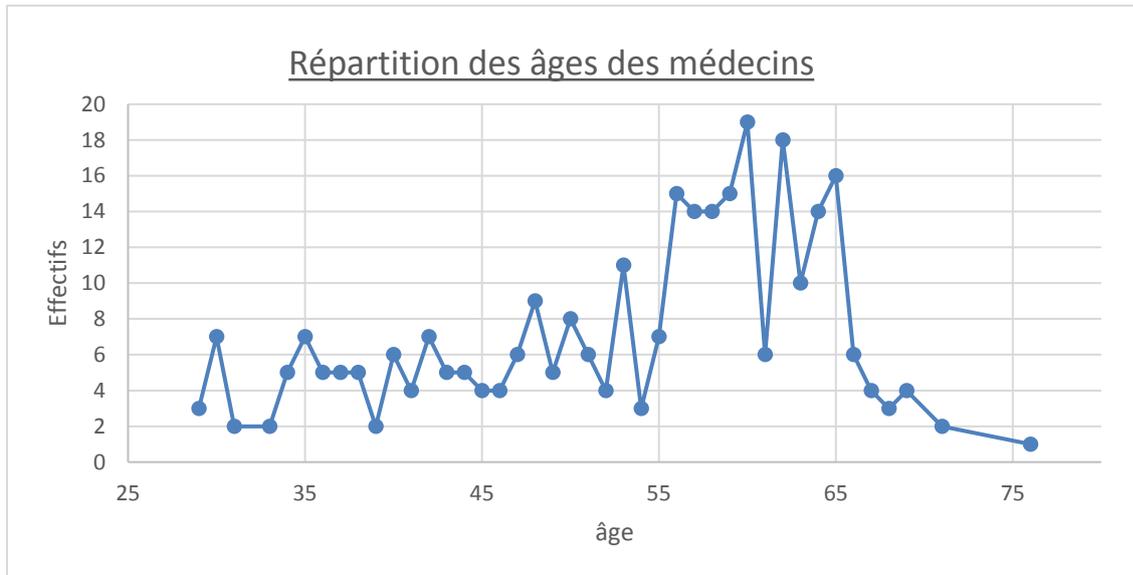


Figure 17 : Répartition des âges des médecins

La proportion de femmes est de 39% pour 61% d'hommes, soit en nombre absolu 117 femmes et 183 hommes. Il y avait 2 questionnaires où il n'y a pas eu de réponse à cette question.

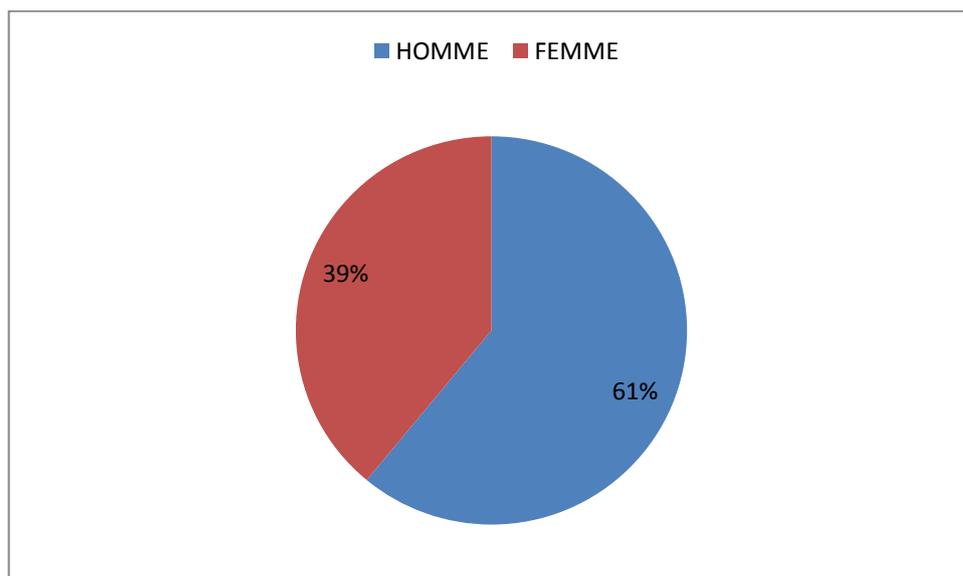


Figure 18 : Proportion homme/femme



Concernant la répartition géographique des médecins, ils sont 87 corrèziens soit 29%, 34 creusois soit 11% et 179 haut-viennois soit 60%. Cela fait un total de 300 réponses sur 302 questionnaires analysés.

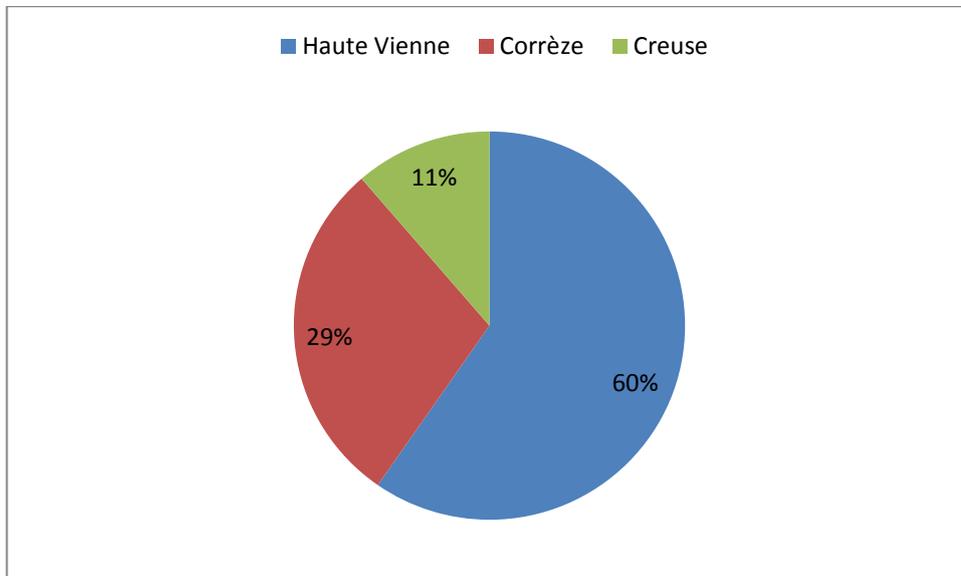


Figure 19 : Répartition des médecins sur les 3 départements

Il y a 176 médecins qui exercent dans une commune de plus de 2000 habitants, soit 60%. Ils sont 119 à exercer dans une commune de moins de 2000 habitants. Nous avons comptabilisé pour cet item 295 réponses, soit 7 médecins qui n'ont pas répondu à cette question.

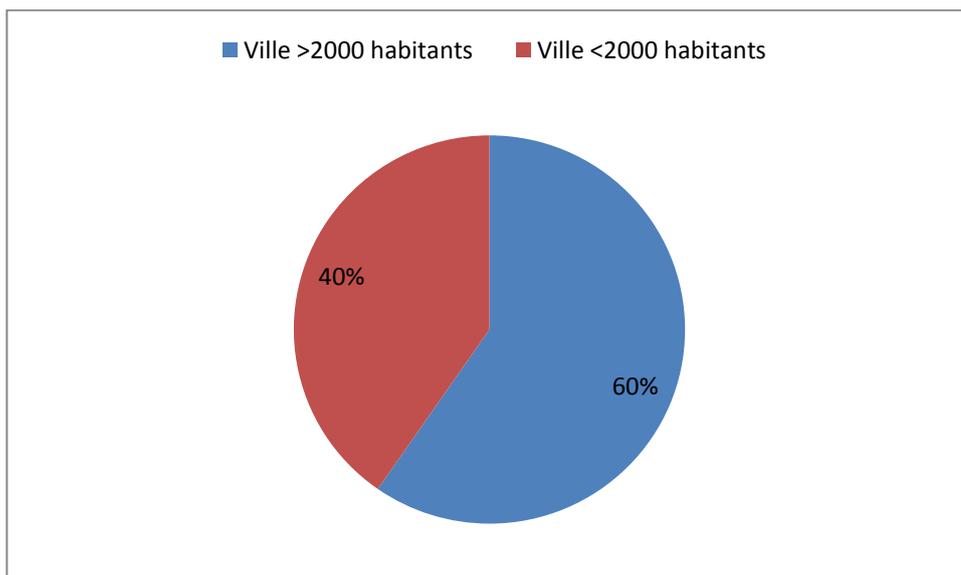


Figure 20 : Proportion des médecins installés dans les villes >2000 habitants et dans les villes <2000 habitants

Nous avons demandé aux médecins quelle était la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus dans leur patientèle. Il leur était demandé de se référer à leur RIAP. Nous avons obtenu 220 réponses. La moyenne de proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus suivies par les médecins est de 40,99%.

Les résultats qui suivent concernent la deuxième partie du questionnaire.

La première question interroge les médecins sur les aides à domicile qu'ils ont déjà proposées à leurs patients âgés dépendants. Chaque colonne dans l'histogramme indique le nombre de médecins ayant proposé cette aide. Les résultats montrent que quasiment 100% des médecins ont déjà proposé le passage d'un kinésithérapeute. En deuxième puis troisième position, ce sont les infirmiers (proposés 300 fois) et les auxiliaires de vie (proposés 298 fois) qui sont le plus souvent proposés à ces patients. L'aide la moins souvent proposée est la mise sous curatelle/tutelle (proposée 244 fois, soit 80,9% des médecins).

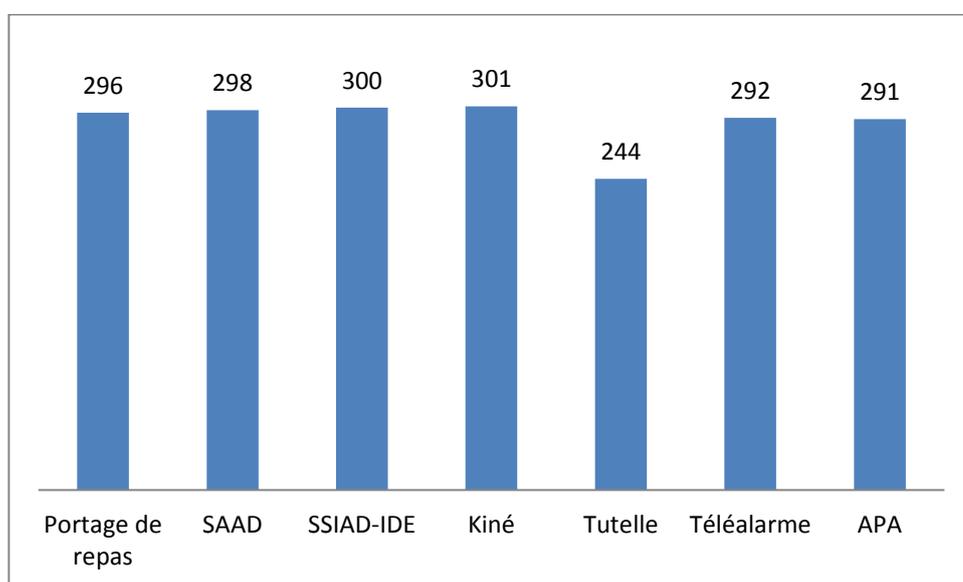


Figure 21 : Nombre de médecins ayant proposé ces aides

Selon leur expérience, il leur était ensuite demandé de classer ces aides selon l'ordre suivant : de la plus difficilement acceptée à la moins difficilement acceptée. La proposition qui a été cotée le plus souvent en position 1 est la curatelle/tutelle (259 fois). Elle a été cotée 7 fois en deuxième position, 5 fois en troisième position et 4 fois en quatrième position. Elle n'a jamais été cotée sur les positions 5, 6 et 7.

La deuxième aide la plus difficilement acceptée est la mise en place d'une téléalarme, citée 94 fois en deuxième position.

La troisième aide la plus difficilement acceptée est le portage de repas, cité 85 fois en troisième position.

La quatrième aide la plus difficilement acceptée est l'intervention d'une aide-ménagère/auxiliaire de vie, citée 54 fois en quatrième position.

L'intervention d'un kinésithérapeute est citée 81 fois en cinquième position et 84 fois en sixième position.

Pour la cinquième proposition la plus difficilement acceptée, après les 81 fois où le kinésithérapeute a été cité, les médecins ont mentionné l'APA 50 fois.

Enfin, l'aide la moins difficilement acceptée est le passage d'un infirmier à domicile, cité 115 fois en septième position.

Ainsi, nous avons comme classement de l'aide la plus difficilement acceptée à l'aide la moins difficilement acceptée : la curatelle/tutelle, la téléalarme, le portage de repas, l'aide-ménagère/auxiliaire de vie, l'APA, le kinésithérapeute et l'infirmier.

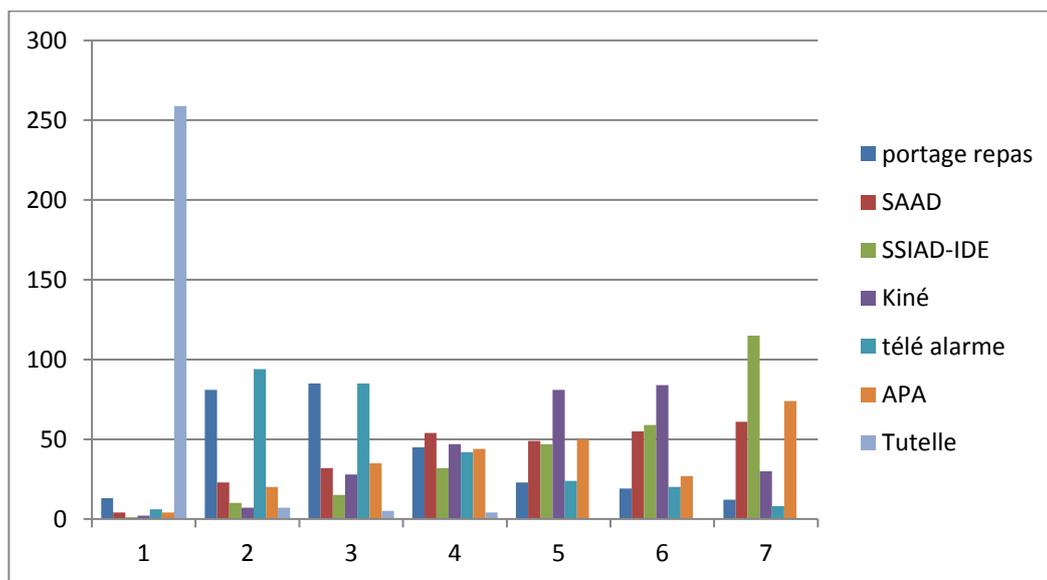


Figure 22 : Classement des aides de la plus difficilement acceptée au plus fréquemment acceptée

La question qui suivait concernait les refus d'aides. Plusieurs causes de refus d'aides étaient énumérées. Nous demandions aux médecins de cocher les propositions s'ils pensaient qu'elles pouvaient être une cause de refus d'aides rencontrée dans leur pratique. Les colonnes de l'histogramme indiquent le nombre de médecins ayant coché la proposition.

La cause de refus la plus fréquemment citée est la proposition 2 qui est « pour exprimer leur légitimité dans l'évaluation de leur situation et pour montrer leur adaptation à cette dégradation (par exemple : se débrouille, fais tant bien que mal) ». Elle a été cochée 275 fois.

La cause de refus la moins fréquemment citée est la proposition 4 qui est « par revendication d'une autonomie de jugement avec négation de l'expertise des professionnels : rejet d'une faute sur le professionnel, excès de pouvoir du médecin ou information déficiente ». Cette cause de refus n'a été cochée que 44 fois.

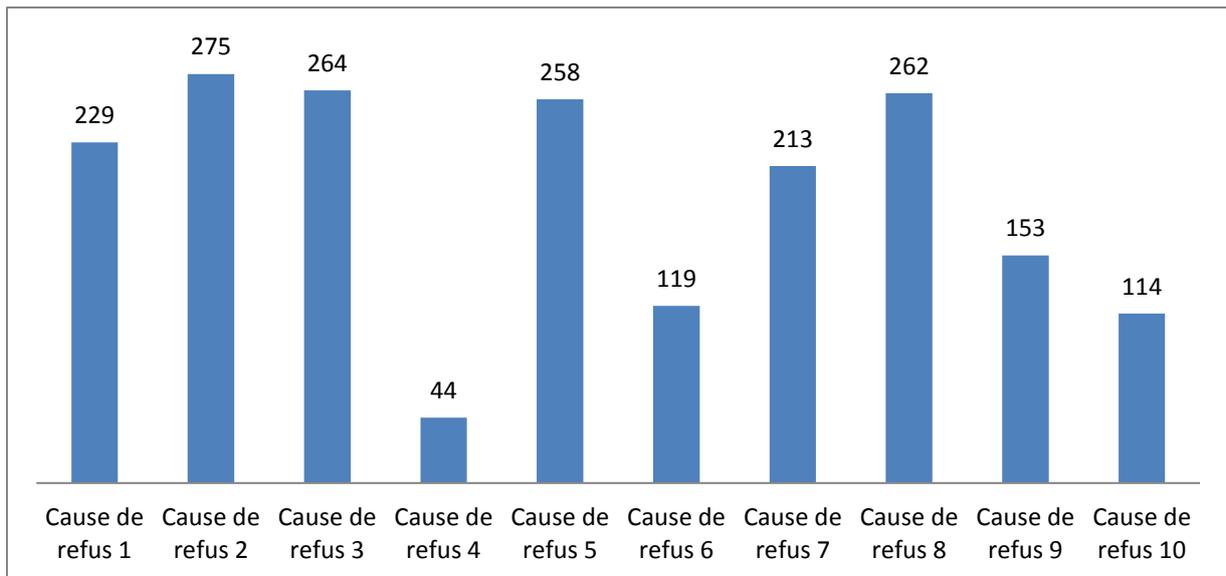


Figure 23 : Nombre de médecins ayant déjà rencontré ces causes de refus

Ensuite, nous avons demandé aux médecins de choisir et de classer les 3 causes de refus d'aides qui étaient les plus fréquemment évoquées. Sur l'histogramme, il y a pour chaque cause de refus 3 colonnes de couleur différente. La colonne bleue correspond au nombre de médecins ayant classé cette cause de refus en première position. La colonne rouge correspond au nombre de médecins ayant classé cette cause de refus en deuxième position ; la colonne verte, au nombre de médecins ayant classé cette cause en troisième position.

La cause de refus la plus fréquemment évoquée est la proposition 2 (pour exprimer leur légitimité dans l'évaluation de leur situation et pour montrer leur adaptation à cette dégradation (ex : se débrouille, fais tant bien que mal)). Celle évoquée en deuxième position est la cause de refus 3 (par revendication d'une autonomie de jugement avec négation de l'expertise des professionnels : refus de reconnaître un affaiblissement, un diagnostic (anosognosie)). La cause de refus évoquée en troisième position est la cause 8 (Refus lié aux implications financières : Manque de moyens, méconnaissance des aides financières disponibles).

La cause de refus 4 n'a jamais été évoquée en première position. Elle n'a été évoquée au total que trois fois : une fois en deuxième position et deux fois en troisième position.



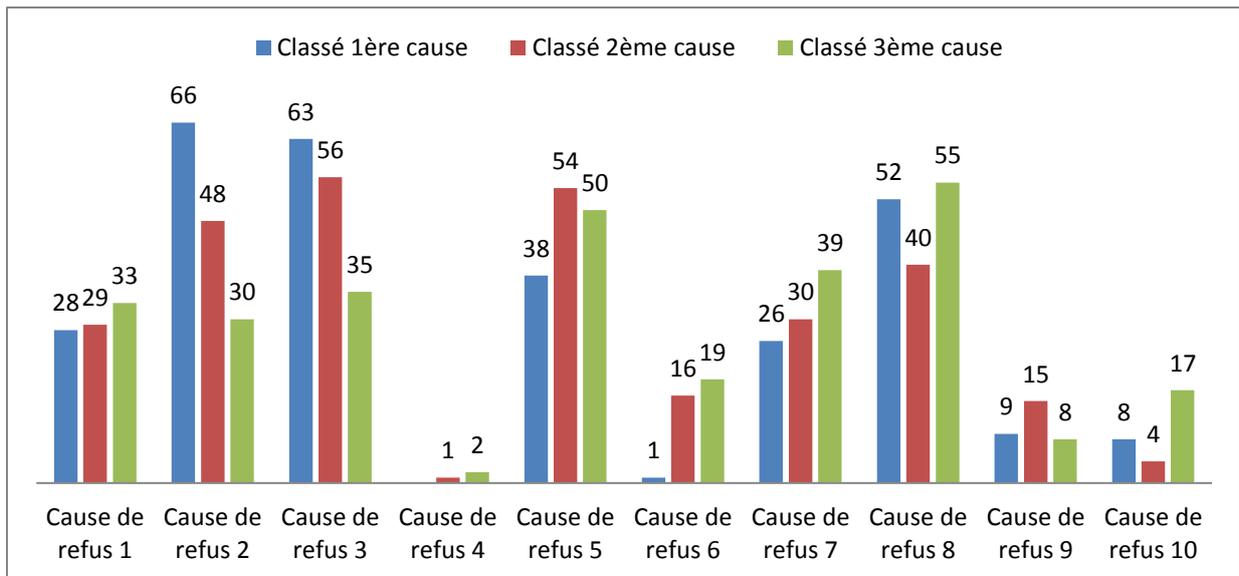


Figure 24 : Classement des causes de refus le plus fréquemment évoqué

Après avoir interrogé les médecins sur les causes de refus d'aides, nous leur avons proposé des stratégies pour pallier ce refus. Il leur était demandé de cocher la proposition s'ils y avaient déjà eu recours. Sur l'histogramme, chaque colonne correspond au nombre de médecins ayant déjà utilisé cette stratégie. Nous pouvons observer que quatre stratégies sont le plus fréquemment utilisées.

Les deux premières stratégies qui ont été cochées 292 fois sont les stratégies 2 et 3. Elles correspondent respectivement à :

- Implication des proches et de la famille (cellule de veille)
- Etre patient et évoluer par pallier croissant dans les aides

La stratégie 7 arrive en troisième position (Surveiller et agir lors d'une défaillance physique ou psychique) et la stratégie 1 en quatrième position (Réexpliquer sans infantiliser, employer la méthode du disque rayé (discours unique)).

La stratégie la moins souvent utilisée est la stratégie 6 qui correspond à l'usage de la « contrainte » par la mise en place de mesure de protection de type tutelle. Sur l'échantillon étudié, 57 médecins disent l'avoir déjà utilisée.



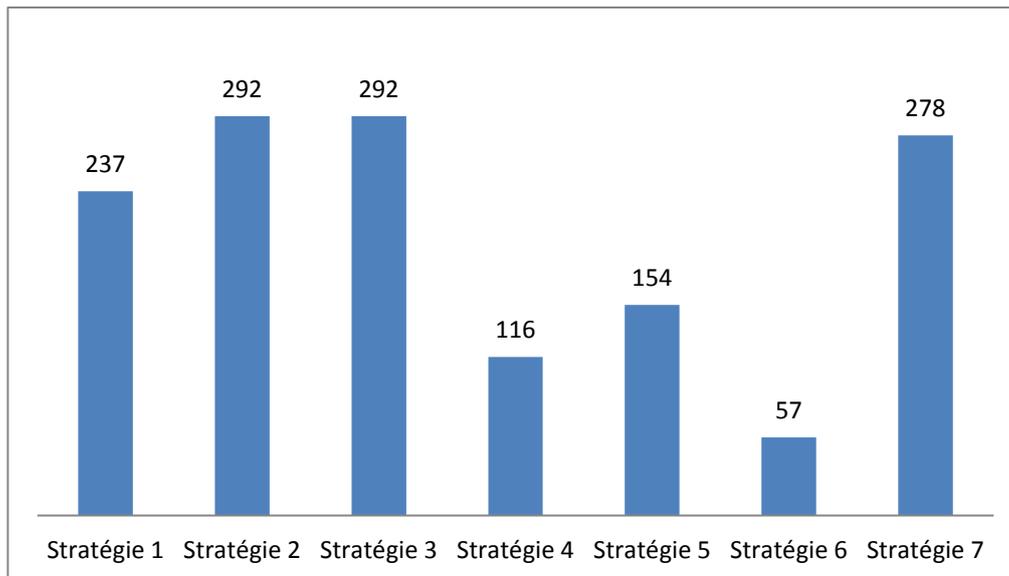


Figure 25 : Stratégies mises en place par les médecins

La dernière question était une question ouverte demandant aux médecins s'ils avaient d'autres stratégies pour pallier le refus d'aides. Nous avons obtenu 53 réponses à cette question.

Nous avons synthétisé les réponses et les avons classés dans 6 thématiques.

Le premier thème correspond à la prévention. 10 médecins ont utilisé la stratégie consistant à proposer les aides en amont des situations à risque et de les augmenter progressivement.

- « Proposer les prises en charge très tôt en amont avant que le besoin soit réel pour éviter la « surprise » de la proposition à chaud. »
- « Travailler en amont pour que la personne vieillissante puisse se projeter dans l'avenir potentiellement difficile et l'aider à formuler des choix en pleine conscience. »
- « Anticipation et plan programmé à l'avance avec le patient « au cas où ». »

Le deuxième thème est l'empathie. Les médecins proposent un soutien moral aux personnes âgées dépendantes, une présence, une écoute. Le dialogue et la communication sont des points d'orgue. Parfois, le dialogue du médecin peut être persuasif. Mais la confiance est un sentiment à préserver. 19 médecins ont proposé ces stratégies.

- « Attitude du médecin généraliste : empathie, temps de visite prolongée, voire visite amicale gratuite chez le/la patient(e). »
- « Partir des valeurs du patient et promouvoir le soutien (et non le maintien) à domicile avec ces aides comme un outil pour les faire respecter. »
- « Nous ne devons pas décider de ce qui paraît bien pour la société, mais bien pour « l'individu ». Respect est le maître mot. »
- « Ne JAMAIS trahir leur confiance. »
- « La reformulation. Tirer tous les arguments positifs sur les conséquences de mise en place. »



- « Faire le parallèle entre les deux âges extrêmes de la vie (enfance/âge avancé) sur l'autonomie faible et donc la nécessité d'aides. Chercher des exemples dans l'entourage (famille, amis...). »

Le troisième thème concerne le réseau de soins. 5 médecins ont évoqué l'intervention de l'infirmière.

- « Avoir besoin de l'IDE pour telle chose ponctuelle par exemple, puis arriver à la laisser en place à plus long terme. »
- « Si on peut mettre en place les infirmières, elles peuvent intervenir petit à petit pour l'acceptation d'autre chose. »

5 médecins ont également signalé l'aide qui peut être sollicitée auprès des confrères gériatres (Service de régulation gériatrique de Brive, MUPA).

2 médecins proposent l'intervention d'un autre médecin généraliste, soit dans le cadre d'une maison de santé, soit dans le cas d'un changement de médecin.

1 médecin nous a signalé que nous n'avions jamais mentionné le rôle du pharmacien « qui amène le traitement, qui le donne à l'IDE et pas au patient, etc. »

Enfin, 3 médecins ont fait appel à l'assistante sociale du secteur ou à la mairie.

Le quatrième thème est le suivi au long cours. 8 médecins ont souligné l'importance de la patience dans ce type de prise en charge.

- « On utilise souvent des stratégies multiples combinées entre elles, il faut du temps. »
- « Positiver et sécuriser pour rester le plus longtemps possible avant une éventuelle institutionnalisation si domicile trop fragile. »
- « Acceptation jusqu'à un certain point, de situations pas trop dégradées, mais insatisfaisantes... tout en suivant la prise de conscience. »

Le cinquième et dernier thème traite des stratégies d'urgence employées quand le médecin se trouve en situation « d'échec ». 9 médecins ont signalé qu'ils avaient agi au décours d'un épisode aigu ou d'une hospitalisation. Certains provoquaient même parfois une hospitalisation afin de pouvoir mettre en place un plan d'aides lors du retour à domicile.

- « On profite de la situation. »
- « Profiter d'une défaillance passagère somatique pour initier une prise en charge décrite comme « temporaire ». »
- « Parfois provoquer une hospitalisation, en amont d'un affaiblissement pressenti par expérience. »

Lorsque cette stratégie est également mise en échec, 3 médecins proposent de faire du chantage au placement.

- « Faire miroiter les avantages pour éviter l'entrée en EHPAD. »



- « Imposer en faisant du chantage au placement (pas sympa ni très cool mais parfois ça marche). »

II.3. Analyse et discussion

II.3.1. Taux de réponse

Pour cette enquête de pratique, nous avons eu un taux de réponse de 43,3%. Si nous avions inclus les 16 réponses arrivées après la date d'échéance, cela aurait donné un taux de participation de 45,3%. C'est un point fort de notre étude car nous estimons que ce taux est relativement élevé comparativement aux autres enquêtes de pratiques précédemment réalisées qui ont obtenu des taux de réponses variant de 25 à 30%. Mais n'ayant pas réalisé de test de validité statistique, nous ne pouvons pas dire si les réponses données par cet échantillon sont statistiquement significatives et représentatives de la population de médecins généralistes.

II.3.2. Population de l'étude

Concernant la démographie médicale, il y avait 714 médecins généralistes ayant un exercice libéral en 2016 (sources CNOM et DREES). Nous avons comptabilisé dans notre listing 698 médecins généralistes libéraux. Nous n'avons pas trouvé le chiffre officiel exact dans nos recherches. Nous ne pouvons donc pas affirmer que notre liste est exhaustive. Il se peut que des médecins n'aient pas été inclus dans notre étude, créant de ce fait un biais de sélection.

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins est de 53,21 ans, ce qui est assez proche des chiffres retrouvés, la moyenne d'âge des médecins en Limousin étant de 51 ans en 2015 [26] [27] et de 58,2 ans en 2017 [28]. Au niveau départemental, la moyenne d'âge des médecins dans notre étude est de 55,9 ans en Corrèze, 56,3 ans en Creuse et 47,4 ans en Haute-Vienne. Selon l'atlas, les moyennes d'âge sont de 58,3 ans en Corrèze, 61,2 ans en Creuse et 55,1 ans en Haute-Vienne.

Dans notre étude, la répartition par catégorie de sexe montre une proportion d'hommes de 61% et une proportion de femmes de 39% sur le plan régional. Selon les chiffres officiels, la proportion d'hommes est de 56% et la proportion de femmes est de 44%. Encore une fois, notre échantillon est très proche de la population réelle.

En ce qui concerne la répartition géographique des médecins généralistes du Limousin (libéraux, salariés et exercice mixte), les chiffres officiels indiquent la répartition suivante : Corrèze 325 médecins soit 29%, Creuse 147 médecins soit 13%, Haute Vienne 649 médecins soit 58%. Dans notre étude, nous retrouvons respectivement les répartitions suivantes : 29%, 11% et 60%. Même si les chiffres officiels concernent les médecins généralistes toutes activités confondues, nous constatons que nos chiffres sont très similaires.

40% des médecins généralistes limousins exercent dans une ville de moins de 2000 habitants. Ils sont 60% à exercer dans une ville de plus de 2000 habitants. Nous n'avons pas trouvé de chiffre officiel concernant cette répartition. Nous n'avons pas réalisé de calculs pour chaque département. Il serait intéressant de le faire puis d'analyser également en sous-groupes de département les réponses aux stratégies employées afin de pouvoir comparer si les pratiques « en ville » sont comparables aux pratiques « en campagne ». Il est courant d'entendre dire

que la médecine de « ville » est différente de la médecine de « campagne ». Elles peuvent vraiment l'être de par le réseau de soins qui diffère en offre et en densité. Ainsi de ce point-là, les méthodes de prises en charge peuvent diverger.

Les médecins ont déclaré posséder un taux moyen de 40,99% de personnes âgées de 65 ans ou plus dans leur patientèle. Nous avons fait une erreur en formulant notre question car le RIAP indique le nombre de patients ayant entre 60 et 69 ans puis les patients ayant entre 70 et 79 ans et ainsi de suite. Normalement, les médecins ne pouvaient donc pas répondre à cette question. Nous nous sommes rendus compte que la majorité d'entre eux avaient plutôt réalisé une estimation de ce pourcentage. Ce seuil de 65 ans avait été choisi car, comme nous l'expliquons dans la première partie de notre étude, il n'y a pas de notion précise définissant l'âge auquel une personne devient « vieille ». Cette inexactitude ne nous permet pas de comparer notre résultat avec les chiffres officiels.

Nous n'avons pas réalisé de sélection pour stratifier l'échantillon, mais nous nous rendons compte que notre échantillon, de par les chiffres obtenus, peut être représentatif de la population de médecins généralistes libéraux du Limousin.

II.3.3. Les aides proposées

Les deux aides les plus fréquemment proposées sont le kinésithérapeute et l'infirmier. Il apparaît cohérent que dans la continuité de la prise en charge, les médecins généralistes proposent ces aides. Ces deux aides ne peuvent intervenir que sur prescription médicale. Leur intervention est donc conditionnée et en quelque sorte « ordonnée » au patient.

En troisième position, les médecins ont cité l'intervention d'une auxiliaire de vie/du SAAD. Quand on parle de dépendance ou de perte d'autonomie, ce sont les actes de la vie quotidienne qui sont directement touchés. Il paraît alors évident que le premier professionnel à intervenir est une aide-ménagère ou une auxiliaire de vie. Nous pensons que cette aide ne figure pas en première position car la question a été posée du point de vue du médecin. Or cette aide n'intervient pas sur prescription médicale. C'est probablement la raison pour laquelle elle ne se situe pas en première position. Cela aurait possiblement été le cas si nous nous situions d'un point de vue social.

L'aide la moins souvent proposées est la curatelle/tutelle. Cette réponse paraît logique car la mise en place de cette procédure ne survient que lors des situations extrêmes, donc rares.

Ensuite, il était demandé aux médecins de classer ces aides de la plus difficilement acceptée à la moins difficilement acceptée, en les cotant de 1 à 7. À noter que beaucoup de médecins n'ont pas compris l'intitulé de la question et ont coté les items dans le sens inverse, c'est-à-dire de la moins difficilement acceptée à la plus difficilement acceptée.

L'aide la plus difficilement acceptée est la mise en place de la curatelle/tutelle. Elle est largement en tête ayant été classée 259 fois en première position. En comparaison, le portage de repas est l'aide qui est ensuite classée en première position, mais elle ne l'est que par 13 médecins.

Le site officiel de l'administration française [29] indique que la curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante. Il existe plusieurs degrés de curatelle :

- La curatelle simple : la personne accomplit seule les actes de gestion courante (dits actes d'administration ou actes conservatoires), comme la gestion du compte bancaire ou la souscription d'une assurance. En revanche, elle doit être assistée de son curateur pour des actes plus importants (dits actes de disposition). Par exemple, le curateur doit consentir à un emprunt.
- La curatelle renforcée : le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses sur un compte ouvert au nom de celle-ci.
- La curatelle aménagée : le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas. La tutelle s'adresse à une personne majeure ayant besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile :

- du fait de l'altération de ses facultés mentales ;
- ou lorsqu'elle est physiquement incapable d'exprimer sa volonté.

Dans les situations de dépendance importante, la tutelle serait la mesure la plus adaptée pour protéger la personne âgée en état de vulnérabilité. En tant que médecin traitant, notre rôle est de veiller à la non mise en danger de nos patients. Or, lorsque ces derniers mettent en péril leur santé en refusant les aides et soins proposés, il nous arrive de demander la mise en place de la tutelle pour leur protection. Peut-être pensons-nous que leur ôter leur capacité à faire des choix pourrait résoudre ce problème. La personne âgée ne pouvant plus décider de ses actes, se soumettrait ainsi à la décision du tuteur. Le code de santé publique indique que l'information due par le médecin à un patient majeur sous tutelle doit être donnée à son tuteur (article L. 1111-2 du CSP) et le médecin doit s'efforcer de recueillir le consentement du tuteur (article R. 4127-42 du CSP). Il précise également que « le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (article L. 1111-4 du CSP). Ce dernier article explique donc que quel que soit l'aide ou le soin proposé, nous nous devons de rechercher le consentement de la personne âgée dépendante. Ceci est également rappelé dans l'avis n°87 du Comité Consultatif National d'Éthique relatif au « Refus de traitement et autonomie de la personne » [30] : « le consentement du malade [n'est] plus simplement implicite mais [doit] être explicité, avec pour corrélat une plus grande attention portée à sa parole, fut-elle hostile à une proposition médicale ». Dans le cas où la personne âgée dépendante est inapte à consentir, c'est le tuteur qui peut consentir aux soins lorsque la balance bénéfices – risques lui aura été expliquée. Enfin, même avec l'accord du tuteur, il arrive que la personne sous protection refuse catégoriquement le soin ; c'est alors au juge des tutelles d'autoriser le traitement malgré le refus.

Précédemment, nous avons fait la distinction entre autonomie fonctionnelle et autonomie décisionnelle. La mise sous tutelle prive la personne âgée de son autonomie décisionnelle. Elle perd son statut de décideur des choix de sa propre existence. Elle peut alors avoir le sentiment d'être réduit à l'état d'un pion que l'on manipule et cela peut provoquer une réaction paradoxale à celle attendue, la personne âgée se terrant encore plus dans le refus. Il serait intéressant de réaliser une étude observationnelle sur l'attitude des personnes âgées en refus d'aides après la mise en place d'une tutelle afin de voir si cette mesure permet l'acceptation des soins ou si elle renforce le refus.

Les médecins ont classé en deuxième position la téléalarme. Nous pensons que cette aide est souvent refusée car l'acceptation de cette aide survient par étapes. Il suffit donc qu'elle n'ait pas été proposée au bon moment pour entraîner un refus. Lorsque que la personne âgée présente une dépendance faible ou modérée, elle peut ne pas voir l'utilité de ce dispositif, ou ne pas vouloir en disposer car l'activer dérangerait un tiers. L'acceptation survient au décours d'épisodes aigus : une chute avec séjour prolongé au sol, un état pathologique entraînant un alitement... L'entourage met alors la personne âgée devant les faits : si elle avait pu actionner une téléalarme, cela aurait réduit le temps de prise en charge.

Le portage de repas est classé en troisième position de l'aide la plus difficilement acceptée. Le repas est un moment important de la journée. Se nourrir correspond à un besoin vital. Le maintien d'un bon état nutritionnel limite la survenue de maladies et réduit le risque de chute, de perte d'autonomie et améliore la qualité de vie. La dénutrition du sujet âgé dépendant reste un problème insuffisamment repéré. [31]

Lorsque l'état de dépendance permet encore la réalisation du repas (par exemple, troubles cognitifs sans incapacité physique), il est difficile d'imposer le portage de repas. L'alimentation revêt une symbolique forte et la confection du repas peut être une sorte de rituel pour la personne âgée : elle la maintient dans un cycle. Lui enlever ce moment pourrait entraîner une aggravation de la perte d'autonomie. Mais parfois, cela reste nécessaire lorsque la personne âgée devient dangereuse pour elle-même (risque de brûlure, d'incendie...) ou lorsque les repas préparés n'apportent plus les besoins nutritionnels essentiels. D'autre part, le refus peut être justifiés par les goûts de la personne âgée. Elle dira que les repas servis ne sont jamais bons.

Ensuite, l'intervention de SAAD a été classé en quatrième position. Pareillement, cette aide est refusée lorsque le degré de dépendance reste faible. La personne âgée sent qu'elle a encore les capacités pour entretenir son domicile. Habituellement, lorsque la dépendance s'aggrave, les personnes âgées acceptent cette intervention. Il se peut également que cette aide soit refusée pour raison financière. En effet, lorsque la personne âgée ne peut pas bénéficier de l'APA, il peut exister une difficulté budgétaire entraînant un refus de cette aide. Enfin, les SAAD peuvent être difficilement acceptés car il existe une méfiance vis-à-vis des professionnels proposés, encore inconnus, interchangeables, aux horaires peu commodes et risquant d'infantiliser la personne âgée en faisant à sa place ce qu'elle aurait pu continuer à faire.

L'APA a été classé en cinquième position. Cette aide est une aide financière qui permet de rémunérer les différents intervenants qui œuvrent pour le maintien à domicile. Cette aide est rarement refusée et si elle l'est, cela relève de la discrétion que la personne âgée veut entretenir concernant son patrimoine. Cette cause de refus fait partie des propositions retenues dans le questionnaire.

En corollaire des aides les plus fréquemment proposées par les médecins généralistes, les deux aides les moins difficilement acceptées sont les kinésithérapeutes et les IDE. Nous pensons que comme ces soins ont été prescrits par le médecin, ils sont plus difficilement refusés.



II.3.4. Les causes de refus

En ce qui concerne les causes de refus, les résultats permettent de séparer les réponses en 3 groupes :

- Les causes de refus citées plus de 200 fois : ce sont les causes de refus 1, 2, 3, 5, 7 et 8. Elles rassemblent les causes de refus en lien avec l'expression de la personnalité du sujet âgé (par pudeur, humilité ou lié au milieu culturel ; pour exprimer leur légitimité dans l'évaluation de leur situation ; refus de reconnaître un affaiblissement ou un diagnostic ; pour faire valoir son autorité et sa capacité de décision ; pour exister et faire valoir son identité d'être humain). Ces positions mettent en exergue la volonté des personnes âgées de préserver leur autonomie décisionnelle. La dépendance peut les conduire à se sentir déposséder de leur pouvoir d'agir. Si l'on rajoute à cela le sentiment de ne plus être maître de ses choix, cela engendre une réaction de défense à type de refus. Cela rejoint ce que l'anthropologue F. Balard a montré : beaucoup de refus traduisent la revendication d'un droit de choisir, donc d'une volonté d'exister et de s'affirmer.[32]

Concernant l'anosognosie, cause de refus rencontrée 264 fois par les médecins interrogés, soit la deuxième cause la plus fréquemment évoquées, nous avons cité l'article d'Al Aloucy et Roudier [24] qui avaient démontré que certains patients déments restaient conscients de leurs troubles. Cela doit nous inciter à rechercher les raisons de ce refus et ne pas nous arrêter devant le fait que ces patients soient déments.

La cause de refus 8 concerne le manque de moyens et la méconnaissance des aides financières disponibles. Il est étonnant que cette proposition soit citée tant de fois. En effet, si les personnes âgées refusent les aides proposées pour ces motifs, cela signifie qu'en tant que professionnels, nous ne leur avons pas apporté l'information nécessaire concernant la prise en charge financière des aides à domicile (APA, aide sociale départementale, caisses de retraite, sollicitation d'une assistante sociale...). Cela relève d'une prise en charge multidisciplinaire sur le plan médico-social.

Ceci nous amène à discuter du poids financier de la prise en charge de la dépendance. L'allongement de l'espérance de vie crée irrémédiablement une augmentation d'effectifs de sujets âgés dépendants. Cela engendre des enjeux économiques : le financement public en faveur des personnes âgées représentait 19 milliards d'euros en 2008, soit 1% du PIB [33]. Ainsi des politiques ont été développées pour répondre aux besoins des personnes âgées et leur famille. Après la canicule de l'été 2003, il a été créé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle est financée par la contribution solidarité autonomie, la contribution sociale généralisée, la contribution des caisses de retraite et le transfert de crédits de l'assurance maladie ainsi que la partie vieillesse de la Sécurité sociale. Malgré cet apport de l'État, il persiste un problème de couverture du besoin car la dépendance lourde représente un budget important d'environ 2000€ par mois à domicile. En 2008 et 2009, plusieurs rapports sont rédigés afin d'établir les bases de ce que serait cette branche du « cinquième risque ». Le financement de la dépendance et du handicap reposerait sur trois piliers :

- la part du financement dévolue à la solidarité nationale et au département. Cela correspond à la contribution de la CNSA et à l'APA.
- une part reposant sur la prise en compte des ressources du bénéficiaire pour décider de l'accès au financement ou pour décider du niveau couvert par ce

financement. Il s'agirait de récupérer sur succession les sommes engagées par l'état ou de ne recevoir que 50% de l'allocation.

- la part du financement public et des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective. Cela correspond à la création d'un système de financement mixte, associant secteur public et secteur privé. Le système assurantiel privé constituerait le troisième pilier du cinquième risque. Le rapport du Centre d'analyse stratégique préconise "la mobilisation d'une couverture assurantielle du risque dépendance en particulier dans une perspective de long terme". Il recommande à l'Etat "de préciser la manière dont l'assurance privée dépendance pourrait s'insérer parmi les dispositifs publics et privés de compensation de la perte d'autonomie et en particulier s'articuler avec l'APA". [34]

Cette proposition de réforme a été mise en suspend au moment de la crise financière de 2008. Elle a été largement décriée par le Parti Socialiste, les partenaires sociaux et les professionnels du secteur qui considèrent qu'elle représente une régression sociale. Mais nous nous rendons bien compte que la prise en charge de la dépendance est un risque complexe, difficile à appréhender et qu'aucune solution définitive n'a pu encore être apportée. L'enjeu politique de cette mesure est de combiner une allocation publique universelle mais insuffisante pour couvrir les besoins de la population dépendante, avec des dispositifs privés qu'il faut renforcer afin de soulager la charge de la famille. [35]

- Les causes de refus citées une centaine de fois : ce sont les causes de refus 6, 9 et 10. Ces causes de refus renvoient vers des situations négatives de la prise en charge de la personne âgée dépendante (par projections négatives et mauvaise expérience similaire antérieure ; refus de déclaration de patrimoine dans le cadre du dossier APA ; pour disparaître, signe d'une volonté de ne plus exister). Il n'est pas rare de retrouver des témoignages de personnes âgées ayant eu une mauvaise expérience avec les intervenants à domicile, toutes professions confondues. L'expérience a pu être traumatisante ou psychologiquement épuisante, et dans leur état de faiblesse, refuser semble être la seule solution pour ne pas avoir à endurer cette aide considérée comme une nouvelle épreuve.

Concernant la déclaration de patrimoine, cela touche un sujet tabou en France. Il n'est pas commun dans la société actuelle de parler d'argent. Cela l'est encore moins pour les personnes âgées. Ainsi, leur demander de retranscrire leurs biens sur un dossier peut être un frein à la mise en place de l'aide. Nous n'avons pas observé si cette position était plus fréquente en ville ou en milieu rural.

Le sentiment d'être un individu défaillant lorsque l'on est dépendant est un sentiment fréquent. Cela peut plonger la personne âgée dans un état dépressif qui peut être responsable du rejet des propositions d'aides. Dans ce contexte psychogériatrique, il est important d'éviter l'indifférenciation entre ce qui est perçu comme une condition existentielle (être devenu un vieillard) et les symptômes d'un état pathologique (souffrir d'un état dépressif) [25]. Le diagnostic de dépression chez la personne âgée peut être difficile car la frontière entre le normal et le pathologique devient plus imprécise. En effet, la symptomatologie peut ne pas être franche et bruyante comme c'est le cas dans le trouble dysthymique, la dépression mineure ou la dépression subsyndromique.

Enfin, la personne âgée peut présenter un syndrome de désinvestissement (ou de glissement). Dans ce genre de situation, la personne âgée refuse de s'alimenter, s'enferme dans un isolement croissant et refuse l'aide médicale ou s'y soumet passivement. Il faut alors introduire un traitement antidépresseur et si cela n'améliore pas l'état clinique de la personne âgée, il faut rechercher une cause organique sous-jacente (néoplasie, affection dégénérative cérébrale...).

- La cause de refus citée moins de 50 fois : cela correspond à la cause de refus 4 (rejet d'une faute sur le professionnel, excès de pouvoir du médecin ou information déficiente). Très peu de médecins ont évoqué cette cause de refus. Or, très souvent, lorsqu'une personne âgée refuse une aide, c'est parce que nous ne lui avons pas expliqué la situation et ne lui avons pas transmis les informations nécessaires afin qu'elle comprenne les enjeux de la prise en charge proposée. En tant que prescripteur, le médecin se trouve en haut de la pyramide de la prise en charge thérapeutique. Dans cette position, il se peut qu'un médecin manifeste un excès de paternalisme ou de pouvoir, que l'information ait été maladroitement délivrée ou qu'il existe un malentendu. Il nous faut donc nous repositionner, prendre un temps pour analyser sa propre attitude envers la personne âgée [36] et donner à cette dernière l'information qui lui est due (en rappel de la loi du 4 mars 2002).

Afin d'obtenir des résultats plus discriminants concernant les causes de refus, nous avons demandé aux médecins de classer les trois causes de refus qui leur semblaient être les plus fréquentes. Les trois causes évoquées sont les causes 2, 3 et 8. Cela correspond aux 3 causes de refus les plus souvent cochées par les médecins, et ce dans cet ordre.

Nous nous sommes rendus compte après l'analyse des résultats du classement des causes de refus que les chiffres se superposaient à ceux de la première question concernant le refus de soins. Si nous reprenons le classement des causes de refus cochées par les médecins, elles sont classées par cet ordre de fréquence : 2>3>8>5>1>7>9>6>10>4. Puis si l'on observe le classement des causes de refus fait par les médecins, nous avons exactement le même ordre pour les causes classées en première position. Les résultats de notre question discriminante sont concordants avec celle qui la précède.

II.3.5. Les stratégies proposées

Lorsque les médecins sont confrontés à un refus d'aides, les premières stratégies qu'ils adoptent sont la sollicitation des proches de la personne âgée dépendante et la patience avec évolution des aides par pallier croissant.

Aujourd'hui, le réseau familial et en particulier l'aidant principal, supportent une part importante de la charge d'aide [3]. Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'allocation publique ne permet pas de financer en totalité l'aide nécessaire au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Ceci peut expliquer en partie le poids prépondérant des aidants familiaux dans la stratégie de prise en charge. Ils réalisent ce qui n'est pas fait par les professionnels du secteur et tiennent le poste de cellule de veille. Du fait de leur surveillance au quotidien, ils peuvent transmettre au médecin traitant et aux autres intervenants toute information concernant une aggravation de l'état de santé de la personne âgée permettant la mise en place rapide d'une mesure thérapeutique adéquate.

Dans les situations de refus d'aides, un nouveau principe s'est développé : le principe de patience [36]. Ce principe repose premièrement, sur le temps que nous donnons à la prise en compte du lien et de la relation (ou temps relationnel). Cela implique que la priorité n'est pas donnée à l'aide ou aux soins actifs mais que nous devons privilégier le temps nécessaire au cheminement de la relation soigné-soignant. Les contacts répétés doivent permettre d'établir une relation fondée sur la confiance et la sollicitude, où la personne âgée ressent une liberté de parole. Dans un deuxième temps, le soin relationnel peut permettre l'acceptation de l'aide et du soin. Cette stratégie repose sur ce postulat quand cela est possible : il est urgent de prendre son temps. Cela permet également de s'interroger sur les causes du refus, c'est-à-dire réévaluer l'indication du soin. [32]

La troisième stratégie déployée par les médecins généralistes est de surveiller et d'agir lors d'une défaillance physique ou psychique. En fait, cette situation renvoie vers un constat d'échec. Le maître mot dans les situations de refus de soins est la prévention. Notre but est de prévenir les états aigus par nos interventions afin de limiter l'aggravation de la dépendance. Ainsi, le fait d'attendre l'apparition d'une défaillance signifie que nous n'avons pas réussi à instaurer en amont la prise en charge adéquate afin de l'éviter. Au vu du nombre de médecins ayant employé cette stratégie, cela signifie qu'il existe un important travail d'auto-formation à réaliser afin de trouver les solutions pour prévenir ces situations de crise.

La quatrième stratégie utilisée par les médecins généralistes consiste à réexpliquer sans infantiliser ou employer la méthode du disque rayé (discours unique). Plusieurs médecins ont fait la remarque sur le fait qu'il fallait insister mais avec un discours différent.

La méthode du disque rayé est une méthode qui nous est enseignée durant le DES de médecine générale. Elle permet de faire face à une demande abusive et dans le cas présent à une situation de refus. Elle nous aide à tenir bon sans se fâcher, à refuser clairement et fermement. Elle se décompose en quatre étapes :

- Première étape : dire non
- Deuxième étape : reconnaître la position de l'autre (entrer dans le monde de l'autre)
- Troisième étape : expliquer rapidement sa position sans justification
- Quatrième étape : reverbaler clairement son refus
- +/- cinquième étape : rechercher d'autres solutions.

Il est recommandé de toujours revenir à la première étape. Cette solution peut suffire lorsqu'il s'agit de situation simple. Or, ce travail nous a permis de démontrer que le refus d'aides chez la personne âgée dépendante est un problème complexe dont les causes peuvent être multiples. On pourrait alors adopter la stratégie suggérée par les médecins généralistes qui est de persister dans l'idée mais avec un discours différent à chaque intervention permettant de modifier les points de vue de la personne âgée.

La notion de réexpliquer sans infantiliser évite l'attitude paternaliste que peut avoir un médecin auprès de la personne âgée. Comme nous l'avons vu, il faut éviter cette attitude car elle peut être source de refus.

Il arrive que les situations soient trop complexes, il est alors possible de solliciter des équipes médicales spécialisées afin d'avoir leur expertise sur le problème. Les médecins généralistes ont positionné cette stratégie en cinquième position.

Lorsque que le problème est d'origine organique, nous pouvons solliciter les équipes gériatriques pour leur rôle de « ressource » : ils travaillent avec les acteurs de ville et le secteur



médico-social et, sont le garant du savoir-faire gériatrique [37]. En Haute-Vienne, nous pouvons solliciter l'UPSAV du CHU lorsque la situation permet encore la mise en place de schémas préventifs. Il s'agit d'une unité mobile d'évaluation qui intervient pour prévenir la rupture globale d'autonomie de la personne âgée dans son lieu de vie et qui évalue l'impact sanitaire, social et économique des actions de prévention. L'équipe est composée d'un médecin gériatre et d'une infirmière coordonnatrice qui se déplacent au domicile pour un bilan d'autonomie de la personne âgée de 75 ans ou plus ou, de 65 ans ou plus avec polyopathologies. Ils font un point sur la santé et l'environnement de vie de ce patient, établissent un bilan d'autonomie, et définissent les actions à conduire. Concrètement, il débouche sur la rédaction d'un plan de prévention thérapeutique, et permet de programmer l'intervention d'autres professionnels pour compléter éventuellement ce bilan (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue). Le plan de prévention thérapeutique englobe des conseils d'hygiène de vie, un éventuel volet thérapeutique concernant les pathologies et traitements de la personne âgée, des conseils sur l'adaptation du logement et une prise en compte de l'anticipation sociale en termes de modalités d'accompagnement. Dans les hôpitaux périphériques, ce sont les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) qui accompagnent les médecins généralistes. Leur rôle initial est essentiellement hospitalier mais dans les hôpitaux périphériques, les EMG peuvent se déplacer au domicile pour effectuer une évaluation médico-psycho-sociale.

Lorsqu'il s'agit de situation d'urgence, un médecin interrogé a évoqué les conseils que nous pouvons recevoir auprès de la MUPA. Cette unité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée, créée au CHU de Limoges en novembre 2014, est la première de ce type en France. Elle a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans et polyopathologiques, dans le service des urgences. La MUPA est une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de la gériatrie : médecins gériatres, infirmiers, assistantes sociales et secrétaires. Ils assurent une prise en charge globale, avec une évaluation gériatrique des patients âgés hospitalisés dans le service des urgences. La MUPA permet ainsi, une meilleure orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique. Ses résultats sont très encourageants (durée de passage aux urgences abaissée, augmentation des retours à domicile, diminution du taux de ré-hospitalisation). L'équipe a d'ailleurs été primée par la Fédération Hospitalière de France - Fondation Médéric Alzheimer en 2017, recevant le premier prix. [38] Cette unité fait des émules dans les autres CHU qui souhaitent reproduire ce modèle.

Enfin, lorsque la situation clinique relève de troubles liés à une affection neurodégénérative ou à une pathologie psychiatrique, nous disposons sur la Haute-Vienne de l'EMESPA. L'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée a été créée à l'initiative du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Il existe 2 EMESPA : une qui intervient au domicile de la PAD et une autre qui intervient dans les EHPAD. Elles sont composées d'un médecin psychiatre, d'infirmiers, d'une psychologue et d'une d'assistante sociale. Elles interviennent à la demande du médecin traitant ou à la demande de tout autre professionnel (intervenants libéraux, établissements médico-sociaux) ou des aidants principaux. Chaque intervention ne se réalise qu'après l'accord du médecin traitant. Elles apportent une expertise de la situation clinique (diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer) et prodiguent des conseils (préconisations de traitement) pour une meilleure prise en charge. Leur rôle est d'intervenir rapidement pour répondre aux situations de crise afin établir un diagnostic précis de la souffrance psychique du patient et/ou de son entourage, et de déterminer la filière la plus adaptée pour une meilleure prise en charge globale. Ainsi leurs actions permettent de rationaliser les hospitalisations en psycho-gériatrie, d'éviter les hospitalisations inutiles et délétères et de désengorger les

urgences. Elles assurent un suivi et sont un recours en cas de décompensation. Ces interventions doivent se faire en parfaite collaboration avec les intervenants habituels. Les EMESPA travaillent en complémentarité avec les équipes mobiles de gériatrie.

Moins de la moitié des médecins ont évoqué l'intervention d'un gestionnaire de cas, professionnel référent au sein d'une MAIA. Comme son nom l'indique, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer opèrent dans les situations complexes auprès de patients déments. Il en existe trois en Haute-Vienne, une en Corrèze et une en Creuse. Elles sont composées d'un pilote et de plusieurs gestionnaires de cas. Un gestionnaire de cas possède un portefeuille d'environ 40 personnes à gérer. Ils ont pour objectifs :

- d'identifier un guichet permettant à chaque acteur d'orienter la personne au sein du réseau vers le bon interlocuteur ;
- d'assurer l'intégration des services sur le territoire en faisant adhérer le maximum d'établissements, services, acteurs libéraux, pharmacies au projet ;
- d'établir des pratiques communes et d'utiliser des outils communs ;
- de proposer un suivi spécifique pour les situations complexes par un gestionnaire de cas.

Cette dernière fonction permettrait aux médecins d'être épaulés dans la prise en charge médico-sociale des patients âgés déments. Certains médecins ont affirmé ne pas connaître ce dispositif, d'autres ont relaté la non efficacité de leur intervention.

La stratégie que les médecins ont le moins utilisé est l'usage de la « contrainte » par la mise en place d'une mesure de protection de type tutelle. Certains médecins ont précisé que ce n'était pas le médecin qui instaurait cette mesure mais bien le juge des tutelles. Nous souhaitons rajouter que même en tant que médecin traitant, nous ne pouvons pas intervenir dans la procédure. En effet, la personne âgée est évaluée par un médecin expert qui émet un rapport adressé au juge. Notre position dans ce cas de figure est de proposer cette procédure à la famille. Comme nous l'évoquions plus haut, cette stratégie reste peu utilisée car elle ne s'applique que lors de situations rares et exceptionnelles. Nous constatons cependant qu'il existe un grand écart avec les réponses données à la question « Avez-vous déjà proposé aux personnes âgées dépendantes que vous suivez la tutelle ou la curatelle ? », où 244 médecins avaient coché oui. Il est possible que ces aides aient été proposées hors contexte de refus d'aides, ce qui explique la différence avec les 57 médecins qui ont utilisé la mise sous tutelle lors d'un refus d'aides.

Les situations de refus d'aides sont toutes singulières. Il apparaît alors impossible d'énumérer toutes les solutions afin de résoudre ce problème. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé aux médecins s'ils avaient d'autres stratégies que celles proposées. Il n'y a que 15% des interrogés qui nous ont proposé d'autres solutions. Nous pouvons interpréter cela comme un vrai problème de médecine générale où il n'existe pas de méthodologie pour résoudre ce problème de refus d'aides, laissant parfois les médecins seuls face à leurs propres interrogations. Les stratégies proposées reprennent pour la grande majorité les stratégies proposées dans le questionnaire. Avec les réponses recueillies, nous avons pu constituer cinq thèmes auxquels se reportaient les propositions. Le premier thème correspond à la prévention, le deuxième thème à l'empathie, le troisième thème concerne le réseau de soins, le quatrième

thème est le suivi au long cours, et le cinquième thème traite des dernières stratégies employées quand le médecin se trouve en situation « d'échec ». Nous nous ainsi sommes rendus compte que ces thèmes correspondaient à la marguerite de la médecine générale qui regroupe les compétences du médecin généraliste.

Premier thème : prévention → Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire.

Deuxième thème : empathie → Approche centrée patient, relation, communication

Troisième thème : réseau de soins → Continuité, suivi, coordination

Quatrième thème : suivi au long cours → Approche globale, complexité

Cinquième thème : stratégies employées en situation d'échec → Premiers recours, urgence

Ces résultats nous démontrent que sans peut être le verbaliser directement, les médecins généralistes justifient les compétences du médecin généraliste enseignées au sein du département de médecine générale.

En dernier lieu, quelques médecins ont évoqué la pratique du chantage. Plus que les intervenants à domicile, les multiples traitements ou les adaptations du logement, ce que craint une personne âgée est le placement en institution. C'est le plus souvent cet argument qui est avancé lorsque le médecin pratique le chantage. Cette méthode est décrite comme une des dernières stratégies employées lorsque le médecin se retrouve en situation d'échec. La relation médecin-malade repose sur une relation de confiance et de respect. Le refus de soins est souvent un point d'appel ou un signe clinique témoignant d'une souffrance ou de désespoir, deux points que la médecine a justement pour mission de combattre afin que la personne aille mieux et vive mieux [39]. Utiliser le chantage va à l'encontre du bien-être de la personne âgée car nous faisons planer la menace d'une chose redoutée et, car il entrave l'autonomie décisionnelle.

II.3.6. Proposition d'une conduite à tenir en cas de refus d'aides

À l'issue de ce travail il nous a semblé intéressant de proposer aux médecins généralistes une conduite à tenir quand ils sont confrontés à une situation de refus d'aides de la part d'une personne âgée dépendante. Nos recherches et les résultats de notre étude nous permettent de proposer la conduite à tenir suivante :

1) Explications claires et adaptées

- S'efforcer de convaincre par une information claire, loyale et adaptée aux capacités de compréhension de la personne âgée.
- Vérifier que la personne âgée a bien compris ce qui lui est proposé et donc ce qu'elle refuse
- Respecter la décision

2) Éliminer une cause organique, une pathologie neuropsychiatrique

- Causes organiques : douleurs ou inconfort lors des soins, infection...
- Causes neuropsychiatriques : dépression, état délirant d'une démence



3) Identifier la cause du refus : par ordre de fréquence

- Refus pour exprimer sa légitimité dans l'évaluation de sa situation et pour montrer son adaptation à cette dégradation (exemple : se débrouille, fais tant bien que mal)
- Refus par revendication d'une autonomie de jugement avec négation de l'expertise des professionnels → Refus de reconnaître un affaiblissement ou un diagnostic (anosognosie)
- Refus par manque de moyens, méconnaissance des aides financières disponibles
- Refus pour faire valoir son autorité et sa capacité de décision (autonomie dans la capacité à être responsable de ses choix, reprise en main de son avenir et du contrôle de sa vie, sentiment de demeurer maître de son existence)
- Refus par pudeur, humilité ou lié au milieu culturel
- Refus pour exister et faire valoir son identité d'être humain (exemple : refuser la stigmatisation d'être un être défaillant et continuer à vivre « comme tout le monde »)
- Refus de déclaration de patrimoine dans le cadre du dossier APA
- Refus par projections négatives et mauvaise expérience similaire antérieure (exemple : n'a plus confiance dans le jugement du médecin, situation conflictuelle avec une auxiliaire de vie)
- Refus pour disparaître, signe d'une volonté de ne plus exister (refus passif des soins proposés, rendre la situation complexe pour forcer l'autre à l'abandon)
- Refus par rejet d'une faute sur le professionnel, excès de pouvoir du médecin ou information déficiente

4) Mettre en place une stratégie pour faire face au refus

- Instaurer une relation de confiance, écouter, nouer le dialogue et être empathique.
- Impliquer les proches et la famille (rôle de cellule de veille).
- Être patient et évoluer par pallier croissant. S'adapter au « rythme » du refus. Adopter une attitude préventive et agir en amont.
- Surveiller et agir lors d'une défaillance physique ou psychique.
- Réexpliquer sans infantiliser, garder la même idée de prise en charge au sein de l'équipe soignante mais en variant les discours.
- Proposer une prise en charge par des équipes médicales spécialisées (avis MUPA, EMESPA, UPSAV).
- Faire intervenir un gestionnaire de cas (MAIA) et coordonner les professionnels.
- Utiliser la « contrainte » en demandant la mise en place d'une mesure de protection de type tutelle.
- Négocier afin d'assurer les soins prioritaires, faire du chantage au placement.

5) Et si le refus d'aides persiste ?

- Engager une réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire



-Se poser les bonnes questions : l'aide proposée est-elle indispensable ? Est-elle proposée au bon moment ? Quelles sont les conséquences de ce refus ? Comment accompagner le refus ?

II.3.7. Perspectives envisageables

Il appartient au médecin de recueillir l'histoire de vie de la personne et de comprendre son projet de vie. Cela peut sécuriser cette dernière dans son identité [32]. En effet, la personne âgée a ce besoin impératif de préserver son autonomie, sa continuité biographique et sa dignité telle qu'elle se la représente. De cette façon, elle continue à être elle-même dans le changement. [40]

Ce changement correspond au processus de vieillissement. La trajectoire d'évolution du vieillissement pouvant conduire à un état de dépendance, il est important de mettre en place des plans de prévention pour essayer de la contrôler. Ainsi, dépister les facteurs de risque de la perte d'autonomie revient à se poser la question de la fragilité des personnes âgées. C'est ainsi qu'est né le concept du syndrome de fragilité. La fragilité est un état de susceptibilité à l'agression qui explique que pour un événement de santé identique, malgré une prise en charge identique et un état de santé apparemment suffisamment proche, des individus auront des avenir très différents [41]. Le risque de dépendance est 2 à 3 fois plus élevé chez les personnes fragiles. Le but de ce concept, dont la définition reste encore floue, est de pouvoir donner aux médecins les moyens de repérer les signes d'infléchissement des réserves fonctionnelles des personnes âgées afin de mettre en place des actions concertées et coordonnées pour modifier la trajectoire de santé initiale [42]. La fragilité étant un état réversible, il est primordial d'optimiser la prise en charge.

Nous avons vu que la perte d'autonomie était un enjeu de santé publique. Prendre en charge une personne âgée chez qui l'on suspecte un syndrome de fragilité permettrait d'éviter ou de retarder un état de dépendance. Diminuer le taux de dépendance et donc, préserver l'autonomie des personnes âgées, entraîne une diminution des aides à domicile. Cette prise en charge pourrait aussi prévenir les situations complexes de refus d'aides.

Des recherches ont permis de décomposer le processus de dépendance afin d'en comprendre les étapes et ainsi envisager des possibilités d'intervention. La dégradation fonctionnelle est progressive avec différents stades : les altérations courantes (marche, ouïe, vue...), les simples gênes dans les activités et l'incapacité à réaliser seul certaines activités essentielles [43]. Ces étapes identifiées, les politiques ont voulu mettre en place un dispositif dont le but est de préserver l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus : le projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) [44] [45] [46]. L'objectif de ce programme est :

- d'éviter les ruptures dans le parcours de soins (instauration d'une coordination clinique de proximité qui permet une optimisation de la prise en charge des personnes âgées relevant d'un suivi complexe),
- de mieux préparer le retour à domicile en cas d'hospitalisation (transmission du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant le jour du retour à domicile, organisation du plan d'aides à domicile) et ainsi éviter les ré-hospitalisations et les passages aux urgences inutiles,



- de diffuser les bonnes pratiques pour un bon usage des médicaments (programme PMSA « Prescrire mieux chez le sujet âgé » élaboré par la HAS, repérer les difficultés d'observance, la iatrogénie et les prescriptions inappropriées)
- de coordonner l'action des différents intervenants en ville, à l'hôpital ou dans les établissements pour mieux répondre aux besoins de la personne âgée (élaboration d'un plan personnalisé de soins par l'équipe de proximité composée du médecin traitant, du pharmacien, de l'infirmier et des autres intervenants).

Dans le cadre du projet PAERPA, un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux a été créé. Cette plate-forme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants dans les territoires à destination des personnes âgées (information sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, ...). Elle facilite également l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières. Cette coordination territoriale d'appui (CTA) est effective sur tous les territoires PAERPA. La Corrèze fait partie des départements pilotes de ce programme.

Notre étude n'évalue que les causes de refus signalées par les médecins. Pour étayer nos résultats, il serait intéressant de réaliser une étude pour rechercher celles évoquées par les personnes âgées dépendantes. Les articles que nous avons lus concernant le refus de soins décrivent également les causes de refus évoquées par les professionnels et l'entourage. Al Aloucy et Roudier, ont démontré qu'il est possible d'interroger les personnes âgées dépendantes et démentes.



Conclusion

La législation française place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, en lui confiant notamment la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (Article L.4130-1 du Code de la santé publique, introduit récemment par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009).

Le vieillissement, dont la trajectoire peut être modifiée par les différents processus physiopathologiques ou socio-environnementaux, peut induire des incapacités pouvant entraîner une perte d'autonomie. Dans ces situations de vulnérabilité, il est essentiel qu'un plan d'aides se construise autour de la personne âgée dépendante ; mais parfois, ces aides sont refusées.

Le refus de soins se présente comme un conflit entre le malade et le médecin. Il revient au médecin d'en comprendre les raisons et d'essayer de les surmonter. Il lui faut surtout respecter l'autonomie décisionnelle de la personne âgée dépendante.

Notre étude a permis d'identifier les causes de refus les plus souvent rencontrées par les médecins généralistes. Le refus d'aides et de soins chez la personne âgée dépendante est à prendre en compte comme une prise de position, un statut pris pour proclamer son autonomie décisionnelle et pour exprimer sa légitimité dans l'évaluation de sa situation. Il ne peut être réduit à un trouble cognitif (anosognosie) ou psychiatrique, qu'il faut s'efforcer d'éliminer comme tout autre pathologie organique. Le manque de moyens et la méconnaissance des aides financières disponibles restent encore une des causes de refus les plus fréquemment évoquées.

De nos résultats, nous avons pu mettre en exergue les stratégies les plus fréquemment utilisées par les médecins pour pallier ces refus. Les proches et la famille restent un pilier dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ils constituent pour les médecins une cellule de veille afin de pouvoir les alerter en cas de problème. Les médecins adaptent leur prise en charge à ces situations de refus. Ils patientent et introduisent progressivement les aides. La communication reste primordiale : les médecins se doivent de ré-expliquer sans infantiliser à chacune de leur intervention. Enfin, même si cette méthode n'est pas la plus acceptable car pouvant être assimilée à une situation d'échec, nombreux sont les médecins à profiter d'une défaillance physique ou psychique pour mettre en place un plan d'aides.

Face au refus d'aides, la réflexion imposée au soignant doit permettre d'engager une nouvelle dynamique relationnelle, une alliance thérapeutique, où médecin et patient, ensemble, n'appliquent que des soins consentis.



Références bibliographiques

- [1] C. Delbès et J. Gaymu, « Qui vit en institution ? », *Gérontologie et société*, vol. 28, n° 1, p. 13-24, 2005.
- [2] Collège National des Enseignants de Gériatrie, *Enseignement du 2ème cycle Polycopié national*. 2009.
- [3] H. Bocquet, A. Grand, et S. Andrieu, « L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées : d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée », *Gérontologie et société*, vol. 24, n° 4, p. 207-218, 2001.
- [4] P. Mormiche, « L'enquête HID de l'INSEE », *Gérontologie et société*, vol. 24 / n° 99, n° 4, p. 57-77, avr. 2009.
- [5] C. D. Jaeger, « Principe de l'âge physiologique », *Que sais-je ?*, vol. 5e éd., p. 33-38, nov. 2012.
- [6] Ennuyer Bernard, « La dépendance », présenté à Colloque vieillissement et citoyenneté, 29-janv-2004.
- [7] L. Aguilova, H. Sauzéron, É. Balland, C. Consel, et B. N'Kaoua, « Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie », <http://www.em-premium.com.ezproxy.unilim.fr/data/revues/00353787/v170i3/S003537871400068X/>, avr. 2014.
- [8] Mariam Besbes, Françoise Martial, Irène Naudy-Fesquet, et Patricia Roos, Joëlle Tronyo, « Tableaux de l'économie française édition 2017 », *INSEE références*, p. 24-27 ; 96-97, mars 2017.
- [9] Blanpain Nathalie et Buisson Guillemette, « Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », *INSEE Première*, n° 1619, nov. 2016.
- [10] A. Lecroart, O. Froment, C. Marbot, et D. Roy, « Projection des populations âgées dépendantes Deux méthodes d'estimation », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 43, 2013.
- [11] Ferley Jean-Pierre, Da Silva Olivier, et Broche-Bigas Béatrice, « Aide à l'identification des besoins de santé en région Limousin et dans ses territoires Volet 2 les problématiques liées au vieillissement et au maintien à domicile », RAPPORT N°227-B, Juillet 2010.
- [12] Garrigues Nathalie, Balouzat Bruno, et Châtel Frédéric, « Observation sociale des territoires Corrèze », *Les Dossiers Insee Limousin*, n° 19, nov. 2013.
- [13] Garrigues Nathalie, Balouzat Bruno, et Châtel Frédéric, « Observation sociale des territoires Creuse », *Les Dossiers Insee Limousin*, n° 20, nov. 2013.
- [14] Garrigues Nathalie, « La Haute-Vienne à grands traits », *INSEE Analyses ALPC*, n° 17, mars 2017.
- [15] Prévot Pascal, Garçon Nathalie, et Simonneau Geneviève, « Dépendance en Haute-Vienne : situation et perspectives 2030 », *Focal INSEE Limousin*, n° 87, Décembre 2012.



- [16] « Rapport d'observations définitives sur la gestion du département de la Creuse », Chambre régionale des comptes du Centre, Limousin.
- [17] « Schéma de l'autonomie 2015-2019 Département de la Haute-Vienne », Conseil départemental de la Haute-Vienne.
- [18] « Services d'aide et de soins à domicile CORREZE », *Pour les personnes âgées Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-soins-et-services-a-domicile/19-CORREZE/0>. [Consulté le: 01-oct-2017].
- [19] C. France, « Une alternative qui permet d'accompagner les malades dans leurs traitements, chez eux », *www.lamontagne.fr*, 2011. [En ligne]. Disponible sur: http://www.lamontagne.fr/noth/2011/12/14/une-alternative-qui-permet-daccompagner-les-malades-dans-leurs-traitements-chez-eux_125505.html. [Consulté le: 23-juill-2017].
- [20] C. Gucher, « Pouvoir de l'usage et citoyenneté dans un contexte de compensation de la dépendance: les enjeux des conflits d'expertise », *Gérontologie et société*, vol. 35, n° 4, p. 95-110, 2012.
- [21] N. Foureur, « Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées », *Gérontologie et société*, vol. 38, n° 150, p. 141-154, 2016.
- [22] F. Balard et D. Somme, « Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 24, n° 1, p. 85, 2011.
- [23] « Le refus d'aide des personnes âgées à domicile : comment y faire face? » CLIC Métropole Nord Ouest.
- [24] M.-J. Al Aloucy et M. Roudier, « Conscience de soi et démence sévère », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 6, n° 31, p. 38-42, févr. 2006.
- [25] T. Gallarda et H. Lôo, « Dépression et personnes âgées », *L'Encéphale*, vol. 35, n° 3, p. 269-280, juin 2009.
- [26] Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er Janvier 2015 », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015.
- [27] Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « La démographie médicale en région Limousin Situation en 2015 », CNOM, 2015.
- [28] « Cartographie Interactive de la Démographie Médicale ». [En ligne]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>. [Consulté le: 01-oct-2017].
- [29] « Tutelle d'une personne majeure », *Site officiel de l'administration française*, 14-mars-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2120>. [Consulté le: 31-août-2017].
- [30] Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. (C.C.N.E.). Paris. FRA, « Refus de traitement et autonomie de la personne. », *DROIT DEONTOLOGIE SOIN*, vol. 5, n° 4, p. 499-530, décembre 2005.
- [31] Mobiquat, « Nutrition Dénutrition : alimentation de la personne âgée ».
- [32] A. Corvol, F. Balard, G. Moutel, et D. Somme, « Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation médico-sociale

complexe : regards croisés », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 35, n° 1, p. 16-20, janv. 2014.

- [33] « Le “5ème risque” : vers une prise en charge de la perte d’autonomie en 2010 ? », 20-févr-2009. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/financement-dependance-personnes-agees/5eme-risque-vers-prise-charge-perse-autonomie-2010.html>. [Consulté le: 02-juill-2017].
- [34] Gisserot Hélène, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l’horizon 2025 : prévisions et marges de choix », mars 2007.
- [35] B. L. Bihan-Youinou, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France », *Informations sociales*, n° 157, p. 124-133, févr. 2010.
- [36] C. Mauriat, M. de Stampa, F. Simana, M. Jouannet, B. Garnier, et B. Cassou, « Pistes de réflexion à l’intention des professionnels du domicile faisant face au refus d’aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile », *Gérontologie et société*, n° 131, p. 81-97, mars 2010.
- [37] « La filière de soins gériatriques du Limousin », 2012.
- [38] CHU Limoges, « CHU Limoges : Le CHU de Limoges remporte le 1er prix FHF / FMA 2017 », 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.chu-limoges.fr/le-chu-de-limoges-remporte-le-1er-prix-fhf-fma-2017.html>. [Consulté le: 11-sept-2017].
- [39] Moutel Grégoire, « Le refus de soins en question », *Soins Gérontologie*, vol. 12, n° 65, p. 24-27, Mai 2007.
- [40] C. Piguet, M. Droz-Mendelzweig, et M. G. Bedin, « Vivre et vieillir à domicile, entre risques vitaux et menaces existentielles », *Gérontologie et société*, vol. 39 / n° 152, n° 1, p. 93-106, mars 2017.
- [41] Somme Dominique et Lahjibi-Paulet Hayat, « Autonomie et dépendance chez le sujet âgé », *La Revue du Praticien*, vol. 60, 2010.
- [42] Benoit Jean-Baptiste et Somme Dominique, « La personne âgée malade Particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques », *La Revue du Praticien*, vol. 66, 2016.
- [43] E. Cambois et A. Lièvre, « Les passages de l’autonomie à la dépendance », *Gérontologie et société*, vol. 30, n° 2, p. 85-102, 2007.
- [44] ARS Nouvelle-Aquitaine, « PAERPA : Parcours de santé des aînés - Département de la Corrèze | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine », ARS, 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-departement-de-la-correze>. [Consulté le: 26-sept-2017].
- [45] « Le dispositif Paerpa », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 09-mai-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>. [Consulté le: 21-sept-2017].
- [46] Legrain Sylvie *et al.*, « Personne âgée en risque de perte d’autonomie, du repérage précoce au plan personnalisé de santé », *Le Concours Médical*, vol. 135, n° 8, p. 609-640, 2013.



Annexes

Annexe 1. Courrier joint au questionnaire	80
Annexe 2. Questionnaire	81



Annexe 1. Courrier joint au questionnaire

Rosalie Vang
adresse
06
r.....@hotmail.fr

Veyrac, le 6 mars 2017

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Je suis médecin généraliste remplaçant sur le département de la Haute-Vienne et je travaille sur ma thèse sous la direction du Professeur Dominique Ménard. Le sujet de cette étude est « La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides ».

Dans ma courte expérience, j'ai déjà été confrontée à deux situations cliniques pour lesquelles j'étais face des impasses thérapeutiques, les patients refusant toutes les aides proposées. Je me suis beaucoup questionnée sur les solutions que j'aurais pu trouver pour dénouer ces situations. Et je me suis également demandée ce qu'auraient fait d'autres confrères dans ces cas là.

Je réalise donc une enquête de pratique et vous sollicite afin que vous répondiez à un questionnaire ci-joint, qui vous prendra moins de 10 minutes.
Le but de ce travail est de recueillir votre expérience face à ces refus et de pouvoir proposer une conduite à tenir devant ces situations complexes.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.
Vous trouverez une enveloppe timbrée pour me le renvoyer. Je souhaiterai, s'il vous plaît, recevoir vos réponses avant le 31 mars 2017.
N'oubliez pas d'inscrire votre adresse mail en fin de questionnaire si vous souhaitez connaître les résultats et conclusion de cette étude.

En attendant vos réponses et en vous remerciant encore,
Cordialement,

Rosalie Vang



Annexe 2. Questionnaire

Questionnaire

→ Pour mieux vous connaître :

- Quel est votre âge :
- Etes-vous une femme un homme
- Département d'exercice : Haute-Vienne Corrèze Creuse
- Lieu d'exercice : ville de > 2000 habitants ville de moins de <2000 habitants
- Pourcentage de personnes de plus de 65 ans dans votre patientèle : (cf RIAP)

→ Enquête de Pratiques :

- Avez-vous déjà proposé aux personnes âgées dépendantes que vous suivez :
 - Le portage des repas : Oui Non
 - Des aides humaines non médicales type SAAD (aide-ménagère) : Oui Non
 - Des aides humaines paramédicales type SSIAD / IDE libérale : Oui Non
 - Le kinésithérapeute : Oui Non
 - La tutelle ou la curatelle : Oui Non
 - Des aides matérielles type téléalarme : Oui Non
 - Des aides financières type APA : Oui Non

- Quelles aides sont les plus difficilement acceptées :

(Merci de les classer de 1 à 7, 1 étant le plus fréquent)

Le portage de repas	
L'aide-ménagère	
L'IDE	
Le kinésithérapeute	
La téléalarme	
L'APA	
La tutelle ou la curatelle	

- **Les causes du refus de soins** : pensez-vous que certaines personnes âgées que vous suivez refusent les aides pour les raisons suivantes ? :

1) par pudeur, humilité ou lié au milieu culturel : Oui Non

2) pour exprimer leur légitimité dans l'évaluation de leur situation et pour montrer leur adaptation à cette dégradation (ex : se débrouille, fais tant bien que mal) : Oui Non

• par revendication d'une autonomie de jugement avec négation de l'expertise des professionnels :

3) refus de reconnaître un affaiblissement, un diagnostic (anosognosie) : Oui Non

4) rejet d'une faute sur le professionnel, excès de pouvoir du médecin ou information déficiente : Oui Non

5) pour faire valoir son autorité et sa capacité de décision (autonomie dans la capacité à être responsable de ses choix, reprise en main de son avenir et du contrôle de sa vie, sentiment de demeurer maître de son existence) : Oui Non

6) par projections négatives et mauvaise expérience similaire antérieure (ex : n'a plus confiance dans le jugement du médecin, situation conflictuelle avec auxiliaire de vie) : Oui Non

7) pour exister et faire valoir son identité d'être humain (ex : refuser la stigmatisation d'être un être défaillant et continuer à vivre « comme tout le monde ») : Oui Non

• refus lié aux implications financières :

8) Manque de moyens, méconnaissance des aides financières disponibles : Oui Non

9) Refus de déclaration de patrimoine dans le cadre du dossier APA : Oui Non

10) pour disparaître, signe d'une volonté de ne plus exister (refus passif des soins proposés, rendre la situation complexe pour forcer l'autre à l'abandon) : Oui Non

- Parmi ces 10 propositions, quelles sont les 3 causes de refus de soins qui vous semblent le plus souvent évoquées (*Merci de les classer en notant leur numéro en commençant par la plus fréquente*) :

- **Stratégies proposées pour pallier à ces refus** : quelles solutions avez-vous trouvées pour faire face à ces refus ? :

• Réexpliquer sans infantiliser, employer la méthode du disque rayé (discours unique) Oui Non

• Implication des proches et de la famille (cellule de veille) Oui Non

• Être patient et évoluer par pallier croissant dans les aides Oui Non

• Intervention d'un gestionnaire de cas (MAIA) et coordination des professionnels Oui Non

• Prise en charge par des équipes médicales spécialisées (EMESPA, UPSAV) Oui Non

• Usage de la « contrainte » par la mise en place de mesure de protection de type tutelle Oui Non

• Surveiller et agir lors d'une défaillance physique ou psychique Oui Non

- Avez-vous d'autres stratégies non évoquées ci-dessus ?
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci d'indiquer votre adresse mail :

.....@.....

Merci pour votre participation.



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides

Introduction : La proportion de personnes âgées dépendantes ne cesse d'augmenter. Leur maintien à domicile nécessite la mise en place de diverses aides. Mais parfois, ces personnes âgées refusent les aides proposées.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête de pratique auprès des médecins généralistes de la région Limousin. L'objectif primaire est de rechercher les raisons du refus des aides. L'objectif secondaire est de découvrir les stratégies des médecins pour pallier ce refus de soins.

Résultats : 304 questionnaires ont été analysés, soit un taux de réponse de 43,3%. Les causes de refus les plus fréquemment évoquées correspondent à l'autonomie décisionnelle que la personne âgée souhaite conserver, le refus de reconnaître un diagnostic et la méconnaissance des aides financières disponibles. Les stratégies les plus fréquemment employées sont : l'implication des proches pour former une cellule de veille, patienter et évoluer par palier croissant dans les aides, réexpliquer sans infantiliser et agir lors d'une défaillance clinique.

Conclusion : Il existe des solutions aux problèmes de refus d'aides. Le médecin doit chercher à comprendre les raisons du refus, s'adapter pour appliquer sa stratégie et centrer la prise en charge sur la communication.

Mots-clés : Personne âgée, dépendance, refus d'aides, autonomie décisionnelle, médecin généraliste, communication

Medical care of the homebound dependent elderly person who refuses assistance

Introduction : the proportion of dependent elderly have been increasing. Ageing in place requires the implementation of various care. However sometimes, these elderly refuse the proposed assistance.

Method : we undertook a survey of practice with the general practitioners of the region Limousin. The primary objective is to seek the reasons underlying the refusal of assistance. The secondary objective is to find out the strategies of the doctors to overcome this refusal of care.

Results: 304 surveys were analyzed, that is a 43,3 % response rate. The causes of refusal most frequently mentioned correspond to the decision-making autonomy which the elderly person wishes to keep, the refusal to recognize a diagnosis and a lack of awareness of the available financial supports. The strategies most frequently employed are : the implication of close relatives to form a watch unit, await and progress trough crescent level of aids, explain without infantilizing and act during a clinical failure.

Conclusion : there are solutions to the problems of care refusal. The general practitioner has to try to understand the reasons of the refusal, to adapt himself in order to apply his strategy and to focus the care on communication.

Keywords : Elderly, dependance, care refusal, decision-making autonomy, general practitioner, communication

