



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

# Thèse

Pour le

## DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État  
par

**Geoffrey HAU**

---

**Maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie : pratiques et vécus des médecins généralistes en Indre-et-Loire.**

---

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Marie-Frédérique LARTIGUE, Bactériologie-virologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Pascal BLANC, Gériatrie, PH, CHU – Tours

**Directeur de thèse :** Docteur Jerémy BREUNEVAL, Médecine Générale – Tours

# **RESUME**

## **Introduction**

Le vieillissement de la population va s'amplifier dans les prochaines années, augmentant la part des personnes en perte d'autonomie. La volonté d'une large partie de la population est de vieillir à domicile.

Le médecin généraliste est un acteur central concernant la prévention et le dépistage de la perte d'autonomie. L'accompagnement du maintien à domicile est une continuité de ce rôle.

L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie.

## **Méthode**

Etude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes libéraux exerçant en Indre-et-Loire selon l'approche par théorisation ancrée avec échantillonnage en variation maximale.

## **Résultats / Discussion**

La perte d'autonomie est polymorphe. Pour la dépister, le médecin peut s'appuyer sur ses compétences, sur le patient et son entourage, et sur les professionnels médico-sociaux. L'étape suivante est de construire un plan de soin personnalisé.

Pour le mettre en place, le médecin, avec ses rôles multiples, est un point d'ancrage. Ses atouts sont la relation de confiance avec le patient, la maîtrise de la visite à domicile et la connaissance des ressources à sa disposition.

Le refus, le manque de communication et les problématiques financières sont les principales limites concernant le patient et son entourage. Pour le médecin, le manque de moyens humains et la valorisation insuffisante de son activité médico-sociale génère de la frustration.

Le médecin sera en mesure de favoriser le maintien à domicile dans les conditions optimales avec le cycle *repérer - convaincre - mettre en place - adapter*.

Pour cela, la visite à domicile est un atout majeur pour accéder à la réalité du terrain, par son impact positif sur le patient et permettrait de diminuer le recours aux transports sanitaires.

## **Mots clés**

Personne âgée, perte d'autonomie, médecin généraliste, maintien à domicile

# **ABSTRACT**

## **Introduction**

Population ageing will accelerate in the coming years, increasing the proportion of people losing autonomy. Most of the population wants to grow old at home.

GP play a central role in the prevention and detection of loss of autonomy. Supporting home care is a continuation of this role.

The purpose of this study is to explore the experiences and practices of GPs in Indre-et-Loire in ageing in place for elderly people who are losing their autonomy.

## **Method**

Qualitative study based on semi-structured interviews with ten private GPs practicing in Indre-et-Loire, using the grounded theory approach with maximum variation sampling.

## **Results / Discussion**

Loss of autonomy takes many forms. To detect it, GP can draw on their skills, the patient and their family, and medico-social professionals. The next step is to develop a personalized care plan. To implement this plan, the GP, with his multiple roles, is a key figure.

His strengths are the trust-based relationship with the patient, his expertise in conducting home visits, and his knowledge of the resources that are available.

Refusal, lack of communication, and financial issues are the main limits concerning the patient and his family. For GP, the lack of human resources and insufficient recognition of their medico-social work is a source of frustration.

GP will be able to promote ageing in place in optimal conditions using the identify-convince-implement-adapt cycle.

To this end, home visits are a major asset in understanding the real situation on site, with a positive impact on patients and reducing the need for medical transport.

## **Key words**

Elderly people, loss of autonomy, GP, ageing in place

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Denis ANGOULVANT**

**VICE-DOYEN**  
Pr David BAKHOS

**ASSESSEURS**  
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*  
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*  
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*  
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014  
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Patrice DIOT  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gilles PAINAUD  
Pr Frédéric PATAT  
Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                      |                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| AMELOT Aymeric .....                 | Neurochirurgie                                                  |
| ANDRES Christian.....                | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| ANGOULVANT Denis .....               | Cardiologie                                                     |
| APETOH Lionel .....                  | Immunologie                                                     |
| AUDEMARD-VERGER Alexandra.....       | Médecine interne                                                |
| BACLE Guillaume.....                 | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BAKHOS David.....                    | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| BALLON Nicolas.....                  | Psychiatrie ; addictologie                                      |
| BARILLOT Isabelle.....               | Cancérologie ; radiothérapie                                    |
| BARON Christophe .....               | Immunologie                                                     |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....       | Pharmacologie clinique                                          |
| BERHOUE Julien.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BERNARD Anne .....                   | Cardiologie                                                     |
| BISSON Arnaud .....                  | Cardiologie                                                     |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .... | Biologie cellulaire                                             |
| BLASCO Hélène.....                   | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique.....     | Physiologie                                                     |
| BOULOUIS Grégoire .....              | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BOURGUIGNON Thierry .....            | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BRUNAUT Paul .....                   | Psychiatrie d'adultes, addictologie                             |
| BRUNEREAU Laurent.....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BRUYERE Franck.....                  | Urologie                                                        |
| BUCHLER Matthias.....                | Néphrologie                                                     |
| CAILLE Agnès .....                   | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CAMUS Vincent.....                   | Psychiatrie d'adultes                                           |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....     | Rhumatologie                                                    |
| CHAUMIER François.....               | Médecine palliative                                             |
| CORCIA Philippe.....                 | Neurologie                                                      |
| COTTIER Jean-Philippe .....          | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| DE LUCA Arnaud.....                  | Nutrition                                                       |
| DEQUIN Pierre-François .....         | Thérapeutique                                                   |
| DESMIDT Thomas.....                  | Psychiatrie                                                     |
| DESOUTEAUX Guillaume .....           | Parasitologie et mycologie                                      |
| DESTRIEUX Christophe .....           | Anatomie                                                        |
| DI GUISTO Caroline .....             | Gynécologie obstétrique                                         |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri.....          | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition                      |
| EHRMANN Stephan .....                | Médecine intensive – réanimation                                |
| EL HAGE Wissam.....                  | Psychiatrie adultes                                             |
| ELKRIEF Laure .....                  | Hépatologie – gastroentérologie                                 |
| ESPITALIER Fabien.....               | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| FAUCHIER Laurent.....                | Cardiologie                                                     |
| FOUGERE Bertrand .....               | Gériatrie et biologie du vieillissement                         |
| FRANCOIS Patrick.....                | Neurochirurgie                                                  |
| GATAULT Philippe .....               | Néphrologie                                                     |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine .....        | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière                   |
| GOUPILLE Philippe .....              | Rhumatologie                                                    |
| GUERIF Fabrice.....                  | Biologie et médecine du développement et de la reproduction     |
| GUILLON Antoine .....                | Médecine intensive – réanimation                                |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....      | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| GUYETANT Serge .....                 | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| GYAN Emmanuel .....                  | Hématologie, transfusion                                        |
| HALIMI Jean-Michel.....              | Thérapeutique                                                   |
| HERAULT Olivier .....                | Hématologie, transfusion                                        |
| HERBRETEAU Denis .....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| HOURIOUX Christophe .....            | Biologie cellulaire                                             |
| IVANES Fabrice.....                  | Physiologie                                                     |
| JOUAN Youenn.....                    | Médecine intensive-réanimation                                  |
| KERVAREC Thibault.....               | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| LABARTHE François.....               | Pédiatrie                                                       |
| LAFFON Marc .....                    | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert .....                   | Chirurgie infantile                                             |
| LARIBI Saïd.....                     | Médecine d'urgence                                              |
| LARTIGUE Marie-Frédérique.....       | Bactériologie-virologie                                         |

|                               |                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| LAURE Boris.....              | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| LE NAIL Louis-Romée .....     | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| LECOMTE Thierry .....         | Gastroentérologie, hépatologie                                  |
| LEDUCQ Sophie .....           | Dermatologie                                                    |
| LEFORT Bruno.....             | Pédiatrie                                                       |
| LEGRAS Antoine .....          | Chirurgie thoracique                                            |
| LEMAIGNEN Adrien .....        | Maladies infectieuses                                           |
| LESCANNE Emmanuel .....       | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| LEVESQUE Éric .....           | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude .....        | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| MACHET Laurent .....          | Dermato-vénéréologie                                            |
| MAILLOT François .....        | Médecine interne                                                |
| MARCHAND-ADAM Sylvain.....    | Pneumologie                                                     |
| MARRET Henri .....            | Gynécologie-obstétrique                                         |
| MARUANI Annabel.....          | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| MEREGHETTI Laurent.....       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                  |
| MITANCHEZ Delphine.....       | Pédiatrie                                                       |
| MOREL Baptiste.....           | Radiologie pédiatrique                                          |
| MORINIERE Sylvain .....       | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| MOUSSATA Driffa .....         | Gastro-entérologie                                              |
| MULLEMAN Denis.....           | Rhumatologie                                                    |
| ODENT Thierry .....           | Chirurgie infantile                                             |
| OUAÏSSI Mehdi .....           | Chirurgie digestive                                             |
| OULDAMER Lobna.....           | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PARE Arnaud .....             | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| PASI Marco.....               | Neurologie                                                      |
| PERROTIN Franck.....          | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PISELLA Pierre-Jean.....      | Ophtalmologie                                                   |
| PLANTIER Laurent.....         | Physiologie                                                     |
| REMERAND Francis.....         | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| ROINGEARD Philippe.....       | Biologie cellulaire                                             |
| RUSCH Emmanuel.....           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| SAINT-MARTIN Pauline .....    | Médecine légale et droit de la santé                            |
| SALAME Ephrem.....            | Chirurgie digestive                                             |
| SAMIMI Mahtab.....            | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....  | Biophysique et médecine nucléaire                               |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte..... | Thérapeutique                                                   |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... | Pédiatrie                                                       |
| VOURC'H Patrick.....          | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| WATIER Hervé .....            | Immunologie                                                     |
| ZEMMOURA Ilyess .....         | Neurochirurgie                                                  |

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre  
PAUTRAT Maxime

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine .....

LIMA MALDONADO Igor.....

MALLET Donatien.....

SAMKO Boris.....

RUIZ Christophe .....

Médecine Générale

Anatomie

Soins palliatifs

Médecine générale

Médecine générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....

Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                      |                                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| CANCEL Mathilde .....                | Cancérologie, radiothérapie                        |
| CHESNAY Adélaïde .....               | Parasitologie et mycologie                         |
| DE FREMINVILLE Jean-Baptiste .....   | Cardiologie                                        |
| DOMELIER Anne-Sophie .....           | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière      |
| DUFOUR Diane .....                   | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| EYMIEUX Sébastien .....              | Biologie cellulaire                                |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....    | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| GARGOT Thomas .....                  | Pédopsychiatrie                                    |
| GOUILLEUX Valérie .....              | Immunologie                                        |
| HOARAU Cyrille .....                 | Immunologie                                        |
| KHANNA Raoul Kanav .....             | Ophtalmologie                                      |
| LE GUELLEC Chantal .....             | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LE TILLY Olivier .....               | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEJEUNE Julien .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| LEROY Victoire .....                 | Médecine interne                                   |
| MORICE Anne .....                    | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie          |
| MOUMNEH Thomas .....                 | Médecine d'urgence                                 |
| PASTUSZKA Adeline .....              | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière      |
| PIVER Éric .....                     | Biochimie et biologie moléculaire                  |
| RAVALET Noémie .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| ROUMY Jérôme .....                   | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| STEFIC Karl .....                    | Bactériologie                                      |
| TERNANT David .....                  | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VALLET Nicolas .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| VAYNE Caroline .....                 | Hématologie, transfusion                           |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....   | Génétique                                          |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

|                                |                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... | Neurosciences                                         |
| AUBRY Jean-Denis .....         | Sciences infirmières                                  |
| BLANC Romuald .....            | Orthophonie                                           |
| EL AKIKI Carole .....          | Orthophonie                                           |
| NICOGLU Antonine .....         | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald .....          | Biologie cellulaire                                   |
| RENOUX-JACQUET Cécile .....    | Médecine Générale                                     |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain .....   | Médecine Générale |
| BALAND Thierry .....     | Médecine Générale |
| CHALEIX Lysiane .....    | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle ..... | Médecine Générale |
| DUMAS Adrien .....       | Médecine Générale |
| ETTORI Isabelle .....    | Médecine Générale |
| MOLINA Valérie .....     | Médecine Générale |
| PHILIPPE Laurence .....  | Médecine Générale |

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

|                            |                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|
| BECKER Jérôme.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| BLOCH Solal.....           | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| BOUAKAZ Ayache.....        | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253       |
| BOUTIN Hervé.....          | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253       |
| BRIARD Benoît.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100          |
| DE ROCQUIGNY Hugues.....   | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259          |
| ESCOFFRE Jean-Michel.....  | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| GILLOT Philippe.....       | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282            |
| GOMOT Marie.....           | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253         |
| GOUILLEUX Fabrice.....     | Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100         |
| GUEGUINOU Maxime.....      | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069          |
| HAASE Georg.....           | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| HENRI Sandrine.....        | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100      |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100      |
| KORKMAZ Brice.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100          |
| LABOUTE Thibaut.....       | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| LATINUS Marianne.....      | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253         |
| LAUMONNIER Frédéric.....   | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253       |
| LE MERRER Julie.....       | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253        |
| MAMMANO Fabrizio.....      | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259       |
| PAGET Christophe.....      | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| RAOUL William.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069          |
| SECHER Thomas.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100          |
| SI TAHAR Mustapha.....     | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| SUREAU Camille.....        | Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| TANTI Arnaud.....          | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| WARDAK Claire.....         | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253         |

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'éthique médicale***

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice..... | Praticien Hospitalier |
| LEONARD Thomas.....   | Praticien Hospitalier |

### ***Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale***

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| LAMANDE Marc..... | Praticien Hospitalier |
|-------------------|-----------------------|

### ***Pour l'orthophonie***

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| BATAILLE Magalie.....              | Orthophoniste         |
| CABANNE-Hardy Marie-Charlotte..... | Orthophoniste         |
| CLOUTOUR Nathalie.....             | Orthophoniste         |
| CORBINEAU Mathilde.....            | Orthophoniste         |
| GLAIE Axelle.....                  | Orthophoniste         |
| HARIVEL OUALLI Ingrid.....         | Orthophoniste         |
| IMBERT Mélanie.....                | Orthophoniste         |
| MORIN Eléonore.....                | Orthophoniste         |
| NAL Emmanuel.....                  | Praticien Hospitalier |
| PILLER Anne-Gaëlle.....            | Orthophoniste         |
| PUJOLE Dorine.....                 | Orthophoniste         |
| ROUVRE Olivier.....                | Orthophoniste         |
| SIZARET Eva.....                   | Orthophoniste         |
| TAMIATTO Zinaïda.....              | Orthophoniste         |

### ***Pour l'orthoptie***

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| BOULNOIS Sandrine..... | Orthoptiste |
| SALAME Najwa.....      | Orthoptiste |

### ***Pour la santé au travail***

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| MONMOUSSEAU Fanny..... | Praticien Hospitalier  |
| NGUYEN Duc Qui.....    | Dirigeant d'entreprise |

### ***Pour la Médecine Générale***

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| LOISON Clotilde..... | Médecin Généraliste |
|----------------------|---------------------|

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans 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 le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

# **REMERCIEMENTS**

## **A mes Maîtres, membres du jury :**

### **Au Professeur Marie-Frédérique LARTIGUE,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail et de présider ce jury.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

### **Au Docteur Alain AUMARECHAL,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre enseignement délivré pendant ces années d'internat.

### **Au Docteur Pascal BLANC,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie d'apporter votre expertise gériatrique à ce travail.

### **Au Docteur Jérémy BREUNEVAL,**

Tu m'as fait l'honneur d'être mon directeur de thèse et je ne t'en remercierai jamais assez.

Merci pour ton implication dans ce travail et tes précieux conseils rédactionnels.

Merci également pour ton soutien indéfectible dans les épreuves de la vie en général.

Merci pour toutes ces soirées d'échanges et de rires qui, je l'espère, continueront longtemps.

### **Au Docteur Mary LEBLEU,**

Je te remercie pour l'attention et l'aide que tu nous as apportée lors de la relecture de ce travail. Tes suggestions toujours pertinentes nous ont permises d'amener ce travail encore plus loin, en plus de nous rassurer.

A ma famille, mes amis, ma compagne,

Vous êtes mes piliers, chaque jour en votre compagnie me fait devenir un homme meilleur.

Je vous aime.

# **TABLE DES MATIERES**

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b><u>INTRODUCTION</u></b>                                                                                            | 14 |
| <i>Définitions</i>                                                                                                    | 14 |
| <i>Epidémiologie</i>                                                                                                  | 14 |
| <i>Pourquoi maintenir les patients à domicile ?</i>                                                                   | 15 |
| <i>La place du médecin généraliste</i>                                                                                | 15 |
| <b><u>MATERIEL ET METHODE</u></b>                                                                                     | 16 |
| <i>Approche</i>                                                                                                       | 16 |
| <i>Participants</i>                                                                                                   | 16 |
| <i>Recueil des données</i>                                                                                            | 16 |
| <i>Analyse des données</i>                                                                                            | 16 |
| <i>Aspects réglementaires et éthiques</i>                                                                             | 16 |
| <b><u>RÉSULTATS</u></b>                                                                                               | 17 |
| <i>Caractéristiques des participants</i>                                                                              | 17 |
| <i>Analyse ouverte</i>                                                                                                | 17 |
| <i>Analyse axiale</i>                                                                                                 | 17 |
| <i>Le dépistage de la perte d'autonomie</i>                                                                           | 18 |
| <i>Les atouts du médecin pour convaincre le patient</i>                                                               | 21 |
| <i>La boîte à outils pour construire le projet de soin</i>                                                            | 25 |
| <i>Le médecin, pierre angulaire du système, mais face à ses difficultés, et toujours dépendant de l'offre de soin</i> | 30 |
| <i>Et après ?</i>                                                                                                     | 35 |
| <b><u>DISCUSSION</u></b>                                                                                              | 39 |
| <i>Résultat principal</i>                                                                                             | 39 |
| <i>Comparaison à la littérature</i>                                                                                   | 45 |
| <i>Forces et limites</i>                                                                                              | 49 |
| <i>Perspectives pour la pratique</i>                                                                                  | 50 |
| <b><u>CONCLUSION</u></b>                                                                                              | 53 |
| <b><u>ANNEXES</u></b>                                                                                                 | 54 |
| <i>Annexe 1 : Grille AGGIR</i>                                                                                        | 54 |
| <i>Annexe 2 : Exploration des a priori des chercheurs par la méthode de 7 questions</i>                               | 55 |
| <i>Annexe 3 : Guide d'entretien final</i>                                                                             | 56 |
| <i>Annexe 4 : Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques</i>                                                   | 57 |
| <i>Annexe 5 : Consentement</i>                                                                                        | 58 |
| <i>Annexe 6 : Livret de codes</i>                                                                                     | 59 |
| <i>Annexe 7 : La grille SMAF et les 14 profils Iso-SMAF</i>                                                           | 62 |
| <i>Annexe 8 : Annuaire des services d'aides à domicile en Indre-et-Loire</i>                                          | 82 |
| <i>Annexe 9 : Grille HAS repérage maltraitance personne âgée</i>                                                      | 83 |
| <b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>                                                                                           | 86 |

## **ABRÉVIATIONS**

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection de longue durée

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

GIR : Groupe iso-ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à domicile

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile

VAD : Visite à Domicile

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

VL : Visite longue

# **INTRODUCTION**

## **Définitions**

La définition de la personne âgée est discutée. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) retient l'âge de 60 ans (1). En France, les instituts de statistiques, tel que l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), utilisent davantage l'âge de 65 ans (2). A Tours, le service de gériatrie prend en charge les patients à partir de 75 ans (3).

Le vieillissement est une évolution physiologique dans le temps, résultat d'une réduction progressive des réserves fonctionnelles de l'individu (4).

L'autonomie est la capacité de prendre des décisions pour soi-même et de les exécuter (5). On séparera l'autonomie physique (autonomie d'action) et l'autonomie mentale (de pensée ou de volonté) (6).

La perte d'autonomie est un processus cumulatif et réversible où des pathologies chroniques et/ou aiguës causent une incapacité. Ces incapacités induisent des limitations fonctionnelles puis des restrictions des activités de la vie quotidienne entraînant une dépendance (7). Elle s'évalue avec la grille Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR), qui permet de calculer le Groupe iso-ressources (GIR) de 1 à 6, ce qui définit le niveau de perte d'autonomie (8). (*Annexe 1*)

Le concept de maintien à domicile englobe l'ensemble des moyens pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester à son domicile. Ils peuvent être d'ordre médicaux, environnementaux, financiers ou de services (9). Le terme "domicile" est ici mis en opposition avec les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées.

## **Epidémiologie**

Le vieillissement de la population est un problème majeur de santé publique (10). Les Nations unies prévoient d'ici 2040 une forte augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans dans la population mondiale. En effet, leur proportion passerait de 10.21% à 14.33% (11).

En France, le constat est plus marqué avec un vieillissement de la population plus important. La part des personnes âgées de plus de 65 ans a atteint 21.8% en 2025 (12). Elle était de 16.7% en 2010 et on estime qu'elle sera d'environ 26.5 % en 2040. Cette augmentation sera essentiellement portée par la hausse des plus de 75 ans (13). Nous retrouvons la même situation dans le département de l'Indre-et-Loire avec 27.8% de personnes de plus de 65 ans en 2040 (14).

Ce vieillissement statistique s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies de la sénescence, du handicap et des maladies chroniques invalidantes (15). Il se traduit cliniquement par une diminution du GIR, ce qui nécessite un suivi médico-social renforcé (16).

## **Pourquoi maintenir les patients à domicile ?**

En France, le maintien à domicile est souhaité par 92% des plus de 65 ans (17). Comparativement aux patients en maison de retraite, une étude a montré que le maintien à domicile avec des aides stabilisent, voire améliorent la cognition, la thymie, et les critères du GIR (18).

Pour la personne âgée, le domicile est perçu à la fois comme rassurant et fonctionnel (19). Il est associé au sentiment d'indépendance, de sécurité ainsi qu'au contrôle de leur environnement (20). Enfin il participe au sentiment d'identité des personnes et permet le maintien des liens sociaux (21).

Pour améliorer de manière significative la capacité à vivre à domicile, les études insistent sur la mise en place d'un plan d'actions pluridisciplinaires et coordonnées dans le temps (22–24). Cela requière des réévaluations régulières pour s'adapter au mieux aux besoins du patient. Une bonne communication entre le médecin et les intervenants est l'élément permettant une mise en place optimale de ce plan d'action (22).

## **La place du médecin généraliste**

Le médecin généraliste a un rôle central dans l'organisation des soins autour du patient (25). Il est en première ligne concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge de la perte d'autonomie (26). Il coordonne les actions et fait le lien entre patients, aidants et soignants (27).

De nombreuses études se sont intéressées aux rôles du médecin traitant dans l'entrée en institution (28,29). Cependant peu d'études décrivent leurs rôles dans le maintien à domicile et on retrouve encore moins de recherches sur leurs vécus.

L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **Approche**

Étude qualitative utilisant une approche par analyse inductive générale.

Les a priori du chercheur ont été explicités avant le travail par la méthode des sept questions (Annexe 2).

Pour la définition de personne âgée, le seuil de 65 ans sera retenu dans cette étude.

## **Participants**

La population d'intérêt était constituée par des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire.

L'échantillonnage était en variation maximale sur les critères suivants : Sexe, Age, Zone d'installation, Pourcentage de patientèle plus de 65 ans, Rythme des visites à domicile. Le recrutement a été réalisé en échantillonnage raisonné avec critère de variation maximale.

## **Recueil des données**

Les entretiens ont été conduits en présentiel. Ils ont été enregistrés et retranscrits en verbatim. Le guide d'entretien initial a été réalisé à partir de la recherche bibliographique. Il a été modifié au cours de l'étude en fonction des analyses itératives jusqu'à sa version finale (Annexe 3). Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données, attestée par leur saturation.

Les données socio-économiques ont été recueillies par questionnaire écrit à la fin des entretiens puis résumées dans un tableau. (Annexe 4)

## **Analyse des données**

Le codage initial a été réalisé séparément par deux chercheurs (GH et MT). Les codes ont ensuite été mis en commun et discutés, avec l'arbitrage éventuel d'un troisième chercheur (JB).

Les catégories ont été créées à partir du codage par deux chercheurs séparément (GH et MT) puis mises en commun et finalisées.

## **Aspects réglementaires et éthiques**

Notre étude se classe en recherche n'impliquant pas la personne humaine dite également hors loi Jardé (30). L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a donc pas été requis. Cette recherche a été approuvée et autorisée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du Centre Val de Loire le 17 juillet 2025.

Aucun fichier nominatif n'a été constitué. Toutes les retranscriptions des entretiens ont été désidentifiées et les enregistrements audios ont été détruits. Les questions de recueil de données socio-économiques ont été anonymisées. Tous les participants ont signé une lettre d'information et de consentement (Annexe 5).

# **RÉSULTATS**

Dix entretiens ont été réalisés avec des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire. Les entretiens ont une durée moyenne de 38 minutes, variant de 21 à 68 minutes. Ils ont été réalisés en présentiel sur le lieu d'exercice des participants.

## **Caractéristiques des participants**

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1 (Annexe 4). Le sexe-ratio des participants est de 50/50. La durée d'exercice au moment des entretiens se situe entre moins d'1 an et 39 ans. Les zones d'installation rurales, semi-rurales et urbaines sont représentées.

Concernant les patientèles "médecin traitant", elles varient de 545 à 2463 patients, avec une proportion de personnes de plus de 65 ans représentant de 11.85% à 45.92% de la patientèle.

Le rythme de réalisation des visites à domicile par les médecins va de l'exceptionnelle à la moitié de leur temps d'activité soit 4 demi-journées par semaine.

## **Analyse ouverte**

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont abouti à la constitution d'un livre de 117 codes (Annexe 6).

## **Analyse axiale**

L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 5 catégories :

- > Le dépistage de la perte d'autonomie.
- > Les atouts du médecin pour convaincre le patient.
- > La boîte à outils pour construire le projet de soin.
- > Le médecin, pierre angulaire du système, face à ses difficultés et toujours dépendant de l'offre de soin.
- > Et après ?

## **Le dépistage de la perte d'autonomie**

*"Il faut qu'on sache repérer, repérer là où ça va pas et attaquer tôt."*

**La perte d'autonomie est une incapacité à assurer ses besoins fondamentaux, voire une mise en danger qui implique la présence d'une tierce personne pour y pallier.**

*E2 : "Ça va être à partir du moment où commencer à réduire ses activités, ses sorties, non pas parce qu'elle ne veut plus les faire, mais parce qu'elle ne peut plus."*

*E5 : "Pour moi c'est quelqu'un où le maintien à domicile devient dangereux. Il peut se passer quelque chose en fait, que ça soit d'ordre social ou d'ordre médical."*

*E3 : "Alors pour moi, une personne âgée c'est une personne qui ne peut plus effectuer sans aide des gestes, des activités quotidiennes banales donc les courses, le ménage, toilette, hygiène, gérer son budget..."*

**Les médecins distinguent deux types de perte d'autonomie qui peuvent être intriquées l'une avec l'autre : la perte cognitive, décrite comme plus complexe à gérer, et la perte physique.**

*E8 : "Il y a plein de choses. Il y a le côté physique, ça c'est sûr, donc les gens qui n'arrivent plus à se laver ou à s'habiller, des trucs comme ça. Le côté psychologique, il y a toutes les dépendances au niveau administratif. C'est groupé, quand les gens ont un problème à un niveau, c'est multifocal."*

*E10 : "La perte d'autonomie physique, ça peut mieux se gérer à domicile [...] Sur le plan intellectuel, c'est beaucoup plus... C'est beaucoup plus difficile, et le maintien à domicile se fait moins longtemps. [...] A cause de la mise en danger ! De la mise en danger de la personne... Une personne peut être très altérée physiquement, mais être capable de prendre son téléphone et d'appeler l'infirmière, même si on va éviter. Sur le plan cognitif, quand on est très altéré, il y a des risques potentiels de mettre le feu, de mise en danger."*

**La perte physique diminue la mobilité et amplifie l'isolement des personnes. Et ce d'autant plus en l'absence d'entourage et/ou de diminution des capacités organisationnelles du patient.**

*E5 : "Les gens qui n'ont personne et où, effectivement, tu vois, on va avoir une diminution de l'autonomie motrice. Et c'est des gens qui vont s'isoler. C'est vraiment le côté isolement où, en fait, les gens vont être seuls face à des soucis de vieillissement."*

*E9 : "S'ils ont des choses à faire, s'ils arrivent à se faire déplacer, c'est que finalement, ils ont une perte d'autonomie physique, mais ils ont leur autonomie à organiser autour d'eux. Il y en a qui ont [davantage qu'une simple perte physique], je ne sais pas si on peut dire que c'est une perte d'autonomie [supplémentaire], mais ils perdent quand même leur capacité d'organisation et ça, ça conduit à la perte d'autonomie globale."*

**Les principaux modes d'entrée dans la dépendance sont les événements aigus et/ou l'évolution d'une maladie chronique.**

*E7 : "Alors, soit parce qu'il y a une pathologie qui n'a jamais été diagnostiquée, quelque chose d'un peu chronique et d'insidieux qui s'installe tout doucement, soit après avec quelque chose d'aigu, une fracture, une chute... Après, il y a aussi, surtout, il y a les pathologies neurodégénératives et les cancers, quand le cancer évolue aussi."*

*E4 : "Beaucoup, c'est vrai que quand t'as une grand-mère qui marche droit, puis tout d'un coup elle boîte un peu, tu le vois bien... Les chutes, bien sûr."*

**Pour les médecins généralistes de cette étude, il n'y a pas d'âge précis relié à la perte d'autonomie. C'est l'état de santé global du patient qui est déterminant.**

*E7 : "C'est une personne qui est âgée, donc je dirais, l'âge, il n'y a pas d'âge, en fait, pour dire, je dirais, pour mettre une limite, je ne sais pas, 75 ans, 80, 90, tout dépend de leur état général, en fait."*

*E6 : "Personne âgée, tout est relatif, à partir de quoi on est âgé."*

*E5 : "80 ans... ? Ouais, en dessous de 80, je le considère comme moyennement âgé. Alors pour moi, ils ne sont pas âgés mais ils peuvent être en perte d'autonomie, en danger socialement ou médicalement parlant."*

**De plus, la perception du vieillissement est modifiée par l'augmentation de l'espérance de vie ce qui rend d'autant plus difficile la définition d'un âge limite.**

*E8 : "Dans le temps, les gens de 65 ans étaient âgés. Maintenant, on est plus du tout dans ce cadre-là, il y a des gens en très bonne forme à 85 ans. [...] Là, c'est plus trop un problème. Avant il y avait le 3e âge, mais on est plutôt au 5e ou 6e. C'est-à-dire [que] les gens sont mal plus tardivement."*

**Pour repérer la perte d'autonomie, le médecin peut se reposer sur sa connaissance du patient, sur le patient lui-même, son entourage ou encore sur les professionnels de santé déjà présents.**

*E1 : "Quand je vois que ça se dégrade, qu'ils viennent avec des vêtements de plus en plus sales. Des odeurs... Prenantes, ben je me pose des questions. Je me dis "Bah tiens, c'était pas le cas avant. Qu'est ce qui se passe ?"."*

*E2 : "Le patient, je [lui] demande bien comment il se débrouille à la maison, ce qu'il arrive toujours à faire. Son ménage, son jardin... [...] Souvent donc ça les amène à consulter chez nous pour refaire un peu le point sur ça."*

*E4 : "Après c'est souvent aussi les enfants qui mettent la pression. Quand les enfants mettent la pression, il faut de l'aide."*

*E10 : "C'est souvent à la suite de remarques des aides ménagères, des infirmières, qu'on se dit qu'effectivement, c'est pas possible. Souvent, ça vient d'elles, parce qu'elles craquent un petit peu. Ça devient difficile et compliqué pour elles. Quand ça se passe bien, quand ça roule, quand personne ne te dit rien, OK. [...] Quand elles commencent à t'en parler... Et elles sont plus à même [à juger de l'état du patient], que toi qui voit le patient une fois par mois, dix minutes. Elles, c'est au jour le jour."*

**A noter que la présence d'un entourage proche peut paradoxalement diminuer la vigilance du médecin ou sa réactivité.**

*E4 : "C'est vrai qu'on est peut-être moins vigilant pour des gens qui sont entourés. Si les gens sont en couple avec des enfants, tu fais peut-être moins gaffe."*

*E10 : "Les enfants laissent aller les choses longtemps avant de te contacter... Alors, toi, il y a une belle lurette que... Voilà."*

**Le déni du patient ou de son entourage, la dissimulation des difficultés, l'absence de contact extérieur sont autant de facteurs qui entravent le dépistage.**

*E8 : "J'ai plusieurs personnes âgées qui ont 85-90 ans, mais ils me disent de la maison de retraite qu'ils sont "vieux" là-bas. Ils ne se considèrent pas du tout dans cette catégorie-là. [...] Parce qu'ils ne se voient pas malades ! [...] Après, les gens ne se voient peut-être pas comme ils sont. Des fois, c'est la famille qui ne l'entend pas qui ne comprend pas ou qui ne l'accepte pas."*

*E1 : "Alors des fois ils me mentent, ils veulent pas le dire. [...] J'ai parfois plus de mal quand il n'y a pas d'œil extérieur et à me dire comment ça se passe et à me dire là faudrait peut-être faire quelque chose."*

*E2 : "Tout dépend de la prise de conscience de ses troubles et des pathologies associées [...] Ils ont du mal à en prendre conscience, souvent parce qu'ils.... Bah s'ils ont encore conscience de leurs capacités antérieures, ils vont se voir vieillir et ce n'est pas forcément évident. Donc des fois ils en ont conscience mais ils ne veulent pas le reconnaître. [...] Les aidants, c'est rare que je les rencontre ou alors des fois c'est le conjoint."*

**Dans ces contextes, la visite à domicile est un mode d'exercice pertinent pour le dépistage.**

*E1 : "Je le fais plus facilement quand je suis en visite à domicile. Parce que je vois que le cadre de vie, le contexte, je vois l'état de la maison, je vois l'état des patients vraiment dans leur quotidien. Au cabinet, je trouve que c'est plus difficile de se rendre compte de comment ils vivent."*

*E6 : "Déjà, les visites à domicile, c'est quand même là qu'on s'en rend le mieux compte, je trouve. [...] Quand on va chez les gens, on les voit vraiment chez eux et on se rend vite compte si le ménage a été fait, si la personne est propre, s'ils arrivent à sortir à l'extérieur, si le jardin est entretenu, ne serait-ce que ça. Et puis sur la prise des médicaments, on se rend compte qu'il y a des boîtes de médicaments partout, s'ils ont pris les bons médicaments. Donc je trouve que c'est quand même plus facile."*

*E4 : "[Chez eux] tu te rends mieux compte. Est-ce que le logement est adapté ? Est-ce qu'il est de plain-pied ? Où est-ce que la grand-mère dort ? Est-ce qu'il y a des sanitaires ? Est-ce que c'est propre ? Est-ce qu'il y a des tapis partout ? Est-ce que... Si, si, ça donne quand même des idées, de comment ça se passe à la maison. Est-ce qu'il y a des trucs moisies partout dans l'évier, ou au contraire c'est nickel. Si c'est une femme de ménage qui t'ouvre et que tout a l'air de bien se passer, ou au contraire. Ça donne quand même des infos."*

**La perte de la capacité à conduire doit être une alerte, d'autant plus qu'elle est un enjeu pour la sécurité mais également pour le maintien du lien social.**

*E9 : Les causes qui amènent aux pertes d'autonomie en général... Il y a quand même la conduite. Elle arrive assez tôt. Ils ne sont plus en capacité de venir et de conduire. [...] Ils ne veulent plus prendre un risque. Aller chez le médecin en conduisant, c'est un risque. Parfois, pendant un certain temps, ils font encore les courses. Mais ils ne vont plus chez le médecin. Le milieu de soins, il faut que je ne prenne pas de risque. Je ne vais pas chez le médecin en voiture. Par contre, je fais mes courses au supermarché qui n'est pas si loin de la maison médicale. Le déplacement, c'est le déplacement."*

*E3 : "[Le patient] : "Ouais mais ils vont m'enlever le permis, je vais voir plus personne donc je veux continuer à avoir mon permis pour aller faire mes courses". Et si tu proposes quelqu'un pour aller faire les courses à leur place, ils n'ont plus de raison de prendre la bagnole et de voir du monde. Et du coup ils s'esseulent, ils s'esseulent et voilà... Après c'est un engrenage. Donc faut essayer de les maintenir entre guillemets, dans une vie sociale."*

## **Les atouts du médecin pour convaincre le patient**

*“La première étape, c'est de leur faire accepter en disant oui, j'ai un problème.”*

**La prise de conscience est propre à chaque patient mais rarement facile.**

*E3 : “C'est pas facile pour quelqu'un de se voir dégrader... Je veux dire, dire “voilà, avant je faisais ça. Maintenant, je fais plus ça.”. Quand c'est des questions de mémoire, d'activités physiques, ça ils l'acceptent bien. Quand ça touche le quotidien, c'est plus difficile l'acceptation de l'état de pseudo dépendance qui est très très très difficile à accepter.”*

*E8 : “Souvent, il faut que les gens arrivent à un stade où on peut plus, pour dire qu'on accepte des choses. C'est le fait accompli ou la redondance des problèmes qui font que...”*

**La communication honnête du médecin traitant, en qui le patient a confiance, aide à cette prise de conscience.**

*E5 : “Oui, parce que souvent on est médecin de famille, on les connaît, ils savent comment on est, ils savent qu'on a été présents longtemps et que si on dit ça, c'est qu'il y a vraiment une raison de le dire. Et puis on arrive toujours à comparer à d'autres patients, à leur dire qu'on a déjà eu ce cas-là et qu'on sait que c'est difficile mais qu'il faudra le faire. [...] C'est de la confiance, enfin s'il reste avec toi c'est de la confiance, tu vois sur 15-20 ans, donc au bout d'un moment... D'où le côté, si docteur il dit qu'il faut faire des trucs de maison de retraite ou mettre des aides à domicile, docteur elle me connaît, elle sait.”*

*E7 : “C'est la manière que tu as de leur présenter les choses. C'est très rare que... Ça arrive qu'on dise qu'on ne peut pas faire autrement. Je pense qu'il faut présenter le pourquoi et expliquer. Quand on arrive au point où on ne peut pas faire autrement que la maison de retraite, il y a eu un cheminement de leur part. C'est rare que ce soit du jour au lendemain.”*

*E6 : “J'ai plutôt tendance à les prévenir assez facilement de la suite, c'est-à-dire de dire que ça ne va pas aller en s'arrangeant. C'est pas sympa à dire, mais quand même, il faut leur dire.”*

**Cela nécessite des discussions régulières ainsi qu'une forme de négociation pour trouver des compromis.**

*E1 : “C'est essayer de négocier, trouver un compromis. Je ne ferai pas totalement ce que j'ai envie de mettre en place. Mais pourquoi pas une fois par semaine l'infirmière plutôt que tous les jours ? Vous avez un pilulier et le reste vous gérez. Et puis au fur et à mesure, je gratte.”*

*E3 : “Donc il faut y aller plusieurs fois avant que les gens acceptent... Et généralement c'est lorsqu'ils sont au pied du mur qu'ils vont dire “C'est vrai, là, bon, d'accord...”. Donc là on en parle mais ça ne se fait pas du premier coup... C'est pas du premier coup et c'est un travail sape en disant “Oui vous ne vous rendez pas compte mais ça faut arrêter quoi...”*

*E5 : “Je suis assez à l'aise avec ce côté... Bon, maintenant, écoutez... Voilà, on va parler... Est-ce que vous êtes tout seul à la maison ? Est-ce qu'il faut des aides à la maison ? (...) Et on dit “je sais que ça ne vous plaît pas, mais attention, ça va être la seule manière de faire”.”*

## **Le médecin s'adapte à la situation et à la personnalité du patient.**

*E7 : "On est toujours limité par plein de choses. Après, on est toujours obligé de s'adapter. On passe notre temps à s'adapter à la situation. Il y a la théorie et il y a la pratique."*

*E1 : "Ça dépend vachement des caractères. Y en a qui vont dire : "Oh Bah oui ça serait une bonne idée ça docteur !" Puis d'autres. "Mais non j'ai pas besoin j'sais faire, j'me débrouille, j'ai toujours fait comme ça, ça marche."."*

*E2 : "Donc c'est très patient dépendant. [...] Le maintien à domicile est important si les patients le veulent bien sûr."*

## **L'objectif premier étant de respecter le plus possible la volonté du patient et de l'accompagner.**

*E10 : "Parce que souvent, ils veulent aller au bout. [...] . On laisse les gens chez eux souvent parce qu'ils veulent rester chez eux."*

*E7 : "Mon principal objectif, c'est de respecter leurs demandes. Ce n'est pas de leur imposer un truc. Ils veulent quelque chose, ok, on y va dans la mesure du possible."*

*E9 : "Ah, là, j'ai un bon exemple. J'ai un patient insuffisant cardiaque terminal, vu par le cardio régulièrement. [...] L'aidant principal, c'est la femme. Là, il était quasi GIR 1 au domicile. Les troubles cognitifs s'accroissent. Et là, avec la compagne, on se dit, est-ce le moment ou pas de l'hospitaliser ? Sachant que si on l'hospitalise, peut-être qu'il ne va pas rentrer à la maison. Et la question, c'est aussi leur relation à eux. Elles ne voulaient pas le faire hospitaliser. Donc, on a conclu d'essayer de voir au moins le cardiologue, même à distance, s'il y avait besoin. Et au bout d'un moment, il fait 15 jours d'hospitalisation pour dyspnée, et il n'est pas rentré chez lui après. Et à la fois... On ne voulait pas le placer ailleurs pour ne pas le changer. C'est la discussion avec l'épouse. De se dire qu'elle voulait en profiter le plus possible. Et qu'il profite de son domicile. C'est bien de lui offrir ce temps-là. Ça permet aussi d'offrir le plus de temps à domicile. Parce qu'ils sont quand même bien chez eux."*

## **La compréhension et l'empathie du médecin peuvent faire la différence dans ce processus d'acceptation.**

*E5 : "Et puis être dans l'empathie avec le patient et l'entourage. Quand les gens, je pense, quand la personne ressent que c'est pour son bien et pour être maintenue à domicile, souvent ça passe. [...] Quand on leur dit gentiment, que c'est dans la bienveillance et dans l'accompagnement..."*

*E7 : "Il faut bien qu'on se mette à leur place quand nous on sera vieux. On a quand même le droit de choisir. Et donc discuter de ce qui est possible et faire en sorte de le mettre en place."*

## **L'anticipation est clé dans le processus, l'expérience du médecin permettant de proposer des solutions adaptées et acceptables pour le patient.**

*E6 : "De mon expérience de médecin généraliste, de mon expérience d'interne, qui a vu passer des gens aux urgences, à l'hôpital, avec des choses qui n'ont pas été anticipées, je me dis, bon, moi, je vais déjà éviter ça, en anticipant au maximum ce que je peux faire."*

*E2 : "Globalement, ils ont pas envie qu'on change leurs habitudes et je les comprends, mais faut envisager le moment où ce sera plus possible. Et voilà, c'est notre rôle de au moins de leur évoquer cette possibilité-là."*

*E10 : "Et quand on fait ce genre de choses dans l'urgence, ça se passe beaucoup moins bien que quand tu prépares ton truc. Il faut quand même anticiper les choses. Ça, c'est une chose que j'ai apprise. De ne pas se dire, on verra, on verra. Il faut anticiper. Le jour où ça coïncide, il faut être prêt."*

**Le patient peut rester imperméable. Consciemment ou non, et parfois renforcé par la présence de troubles cognitifs.**

*E9 : "C'est plutôt les patients qui ne veulent pas. Ils ne veulent pas déclencher la visite à domicile. Il y en a qui ont une perte d'autonomie, mais souvent c'est des patients plus jeunes, qui ont moins de troubles. Mais eux ne déclenchent pas de la visite à domicile, alors qu'on leur a proposé."*

*E4 : "La volonté des gens, hein ! [...] Quand c'est limite, par exemple, j'ai une patiente qui est démente, elle n'est pas très vieille, elle doit avoir 70 ans. Elle n'arrive pas à utiliser son téléphone ou sa carte bleue, elle vit avec son mari. On a essayé de faire un bilan en neuropsychologie, impossible, elle a envoyé péter tout le monde. Le mari, pour lui ça va bien comme ça. On a essayé de faire de la rééducation orthophonique, elle n'en veut pas. Bah, je sais pas. Je sais que c'est pas terrible, mais je peux pas faire grand-chose."*

*E1 : "Quand ils ont des troubles cognitifs c'est compliqué. Les familles elles sont d'accord avec moi, elles aimeraient mettre des choses en place, mais en fait là, le patient ne n'ouvre pas la porte donc... Et en même temps ils ont des épisodes de lucidité, ils ne veulent pas du tout en entendre parler des aides ou quoi que ce soit ! Et d'un autre côté, bah, ça commence à devenir dangereux de rester tout seul à la maison."*

**Pour faciliter les choses, plusieurs leviers ont été identifiés :**

**> La mise en place de visites à domicile.**

*E1 : "On a le changement de "le médecin vient à la maison finalement, ah oui, peut être que finalement je m'affaiblis.""*

*E4 : "Peut-être qu'ils acceptent mieux quand t'es chez eux. Parce que si tu leur as dit qu'ils ont du mal à faire le ménage, etc. Ils peuvent pas te dire que c'est pas vrai. Non, je pense que c'est peut-être plus facile à le faire accepter quand t'es chez eux."*

**> Des propositions concrètes dans lesquelles le patient peut se projeter.**

*E1 : "Je leur explique comme ça, enfin en leur disant concrètement ce que moi je voudrais faire et combien de passages ça ferait par jour et pourquoi j'ai envie de le faire..."*

*E5 : "Les patients en eux-mêmes, aide à domicile, souvent, quand ils savent que c'est légitime, ils se rendent compte. J'ai jamais eu d'opposition. Aide à domicile, souvent, quand tu les transformes en "ils vont venir vous aider à faire les courses", des choses un peu concrètes comme ça, ça, ça passe."*

*E7 : "Il n'y a jamais eu de problème quand on parle de ça. Ça se passe plutôt bien. Derrière, on met les actions en place. Je ne leur impose pas un truc."*

**> L'introduction progressive des dispositifs d'aides.**

*E4 : "Alors souvent, ils sont hostiles, et puis une fois qu'ils ont rencontré l'équipe infirmière, et ben ils sont super contents de les voir. Donc la première réaction serait de dire "non, non, non", et puis une fois qu'ils sont habitués, qu'ils voient les mêmes têtes, chaque jour ou chaque semaine, ben ils sont plutôt contents. Et donc je pense qu'après c'est plus facile de faire rentrer d'autres personnes."*

*E5 : "Du coup, je bidouille toujours en disant qu'on va demander à une association de venir, ils vont faire le point avec vous sur ce dont vous avez besoin. Comme je transforme ça en "ça va être pour les courses", "ça va être pour le ménage", même si je sais qu'à un moment on va leur proposer une toilette, souvent les gens laissent assez vite rentrer."*

**> L'intervention d'une figure médicale extérieure.**

*E10 : "C'est là que le CMRR (Centre Mémoire de Ressources et de Recherche) nous aide beaucoup. Bon, déjà, quand ils sont allés au CMRR, il y a déjà les trois quarts du boulot de fait, si tu veux ! C'est-à-dire qu'il y a prise de conscience qu'il y a un problème."*

*E8 : "Elle a fait partie du système... Ah comment ça s'appelle... Pour les plus de 80-75 ans ? - Le Relev'AGE ? - Oui avec l'enquête automatique, le signalement automatique pour l'équipe mobile de gériatrie. Ils sont venus pour la voir. Quand on passe là-dessus, ça peut être un moyen pour ceux qui sont réfractaires, de les mettre dans le système. Là, il y a un côté reconnaissance et puis... C'est pas sanction, mais il y a une reconnaissance médicale. Et des fois ça permet de débloquer la situation."*

**> Parfois c'est une hospitalisation qui déclenche la prise de conscience.**

*E3 : "T'as une chute, avec tout ce qui va avec : l'hosto, l'appréhension de la fin... Ça va plus vite parce que y a eu un départ du domicile et après ils ont peur de revenir chez eux. Ils appréhendent, donc là, c'est beaucoup plus facile de leur faire accepter les aides."*

*E1 : "Ça fait une bonne transition un passage hospitalier, qui permet une meilleure acceptation derrière. Et qu'ils se rendent compte du bénéfice aussi d'avoir une aide."*

## **La boîte à outils pour construire le projet de soin.**

*“Pour faire face à la perte d'autonomie, il y a plein de choses pour aider pour ces gens”*

**La présence d'une famille est un atout dans le maintien à domicile, même si l'évolution sociétale fait que les enfants s'occupent de moins en moins de leurs parents.**

*E7 : “Le premier et le plus important, c'est l'entourage, la famille. Sans ça, il n'y a rien. Enfin, pour moi. [...] S'il n'y a pas la famille ou un entourage très très proche, très présent, il n'y a pas de maintien à domicile. C'est vraiment une condition. Ce n'est pas que je ne veux pas, mais c'est que c'est beaucoup plus compliqué. Beaucoup plus compliqué. [...] Parce que c'est le quotidien. Tu peux avoir toutes les équipes autour, tout ça. Après, tu peux avoir une tutelle, mais ce n'est pas le réseau social... Je sais pas il peut y avoir un problème et qu'il ne vienne pas tel jour, et dans ce cas, le patient ne va pas manger. Moi, je pense que c'est le maillage familial qui fait tout.”*

*E8 : “C'est plus comme dans le temps, bon je fais vieux, où les enfants prenaient les grands-parents dans la même maison. Moi, j'en ai connu qui vivaient dans la même pièce. Il y avait 5 lits, tout le monde était ensemble. Ça fait peut-être 30 ans. Maintenant, soit les enfants ne sont plus là, soit ils sont partis travailler ailleurs. On a des gens qui sont tout seuls à la campagne, en pleine cambrousse.”*

**Leur implication dépend de leur volonté, de leur culture, de leur capacité financière et de leur résistance morale.**

*E10 : “Bah ça dépend des familles. T'as des familles qui ne sont pas du tout aidantes. T'as des familles qui sont, au contraire, très présentes. Et on s'aperçoit qu'il y a quand même beaucoup de familles qui sont explosées. Des personnes âgées qui n'ont plus vu leurs enfants depuis...”*

*E3 : “Bon, déjà il est financier. S'ils peuvent, hein, ça c'est le nerf de la guerre. Ouais parce que s'ils ne peuvent pas être présents et qu'ils ont des sous, ils peuvent déléguer. Donc là forcément déjà ça. Et après y a le temps, le temps qu'ils accordent à leur famille. Y a le temps, y a les aides, enfin c'est à dire les repas, je vais te faire les courses, je fais le truc. [...] Bon après, l'être humain est peut-être... Ça se fait moins maintenant, ça se fait plus. La grand-mère, c'est pas possible de l'avoir à la maison, enfin dans notre culture.”*

*E7 : “Vraiment moi je pense que la famille c'est 90% du boulot. S'il n'y a pas des gens qui sont capables... Faut aussi que ce soient des gens qui soient capables de rester jusqu'au bout, jusqu'à la fin. Il y a des gens qui sont trop stressés, ils n'ont pas la moelle pour ça.”*

**Le second rideau est constitué des infirmiers et des aides à domicile. Les infirmiers sont envoyés prioritairement pour évaluer ces situations.**

*E9 : “Après forcément, c'est nos infirmiers. Quand on a besoin de renforcer à court terme, ça va être eux. Parce que souvent, ils connaissent le patient avant. Avant les pertes d'autonomie, ils sont déjà allés faire des prises de sang à domicile. [...] Infirmier c'est l'équipe proche. En plus, avec nos réunions de maison de santé, on a discuté de ces patients qu'ils connaissent. [...] Les infirmiers, c'est ceux avec qui on discute le plus des patients.”*

*E6 : “Quand même, le passage infirmier a du bon. Pour des patients qui vont être un peu récalcitrants aux aides. Souvent, comme ils ont l'habitude de voir l'infirmière, la même équipe, ils acceptent plus facilement le passage. C'est juste pour les aider, voir qu'ils prennent bien leurs médicaments, et voir s'ils vont bien. Souvent, ça passe. [...] Voilà. Je dirais que la première chose que je vais faire, c'est peut-être solliciter les infirmières qui connaissent le patient, qui le suivent régulièrement. Et donc qui voient facilement l'évolution du patient aussi, parce qu'ils les connaissent. Le patient accepte plus facilement.”*

E4 : *“Je propose souvent une aide humaine en disant que ça commence à devenir compliqué, que peut-être ça pourrait les aider, que par exemple le traitement il est compliqué, c'est pas facile, on peut se tromper, et que c'est important de bien le prendre, du coup on peut faire venir une infirmière au moins une fois par semaine pour faire un pilulier. [...] L'infirmier c'est facile. Le pilulier c'est une bonne approche. C'est pas méchant, ça fait rentrer une première personne dans la maison, avant de parler de l'aide à la toilette. C'est plus facile à mettre en place, les gens l'acceptent peut-être un petit peu mieux.”*

**Ces interventions peuvent être considérées comme intrusives par le patient. Celles touchant à l'intimité sont moins bien acceptées que les interventions du corps médical.**

E9 : *“Vraiment le non-souhait de l'intrusion dans la vie. Parce que même un passage infirmier, même s'ils ont des horaires, c'est intrusif. Ils donnent la clé. [...] Les infirmiers ne font plus de toilettes, donc on a ce côté “ça reste médical”. Ils n'occupent qu'un champ. L'infirmier a sa boîte, il ne touchera rien d'autre. En termes d'envahissement de la vie privée, l'infirmier garde sa place. Alors que les autres, ils vont prendre tout le champ de la vie.”*

E5 : *“Tout ce qui va être soins corporels passe beaucoup moins, les aides à la toilette, etc. De rentrer dans l'intimité des gens, c'est toujours très compliqué.”*

E3 : *“Et là que lorsqu'on parlait tout à l'heure d'aidants extérieurs, un aidant médical, enfin médical, paramédical, ce sera beaucoup mieux accepté qu'un aidant... Enfin, la femme de ménage, c'est bon, c'est un truc à part. Mais que quelqu'un vienne pour des aides à la toilette, au repas, etc... [ces tâches] pour eux, c'est facile donc ils n'arrivent pas à se rendre compte qu'il faut les aider de ce côté-là. Par contre, si l'infirmière vient pour prendre la tension, mettre les bas, ça passe parce que c'est le caractère médical. Je suis malade, donc j'accepte qu'on soigne ma maladie. Par contre, ma dépendance, c'est pas une maladie.”*

**La situation financière des patients peut être un facteur limitant pour la mise en place d'aides à domicile, et ce malgré les allocations existantes.**

E10 : *“C'est aussi un aspect important. C'est souvent un des moyens bloquants l'aspect financier, la retraite ou des avoirs qui ne sont pas au niveau...”*

E8 : *“Il y en a qui ont des petites retraites qui n'ont pas d'argent. Pour payer, c'est compliqué aussi. Il y a plein de gens qui voudraient éventuellement des soins plus continus, même la nuit. On arrive à 5000-6000 balles par mois. C'est pas gérable parce qu'il faut 3 ou 4 personnes pour faire le boulot de la journée. C'est un peu compliqué le côté financier dans ces cas-là. On a pas mal d'agriculteurs avec des retraites qui ne touchent pas grand-chose.”*

E6 : *“Après, ce qui peut bloquer, c'est l'organisation globale. C'est-à-dire un patient qui commence à perdre l'autonomie, qui n'est pas encore sur une grille APA [Allocation personnalisée d'autonomie] ou sur un GIR important. Forcément, il n'a pas beaucoup d'aide financière, il va falloir payer. Ce n'est pas forcément pris en charge s'il n'y a pas d'ALD [Affection de longue durée]. C'est plus compliqué de mettre des aides.”*

**On peut également se heurter aux refus ou aux conflits intrafamiliaux notamment pour des raisons financières.**

E5 : *“Donc ça, les refus, j'en ai eu quelques-uns, vraiment des refus stricts. Que ça soit de la part des gens ou de la part de l'entourage. Des enfants qui te disent, nous on fait tout, etc. Et qui vont refuser qu'on mette des choses en place. Mais ces gens-là partent en vacances, ils ne sont pas là parfois. [...] Des fois aussi tout bêtement financiers. Des gens qui ne peuvent pas, ou qui ne veulent pas que mamie dépense l'argent à la maison de retraite parce qu'eux en ont besoin et attendent après ça. Il y a des gens comme ça, faut pas se leurrer.”*

*E8 : "Il y a des enfants qui comprennent, d'autres pas. J'en ai qui se sont fâchés et qui ont coupé les ponts. C'est un peu extrême... J'ai la dame en tête, qui a 80 ans. C'est un peu particulier, mais... Il y a son fils plus jeune qui voulait la prendre. Elle a dit non et donc il lui parle plus depuis 2 ans."*

*E3 : "On se heurte au patient lui-même et on se heurte aussi à la famille qui parfois dit non, ça c'est pas la peine. On peut pas mettre la main à la poche, pour qu'il y ait un portage de repas par exemple."*

**Quand la problématique sociale est au premier plan, les médecins ont recours à d'autres intervenants : assistants sociaux de secteur, coordinateur de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), conseil départemental ou encore Appui santé 37.**

*E2 : "Assistants sociaux de secteurs oui, plus pour le versement des aides. [...] Le Conseil départemental, pour avoir au moins une évaluation et au moins que les enfants, en fait, initient des demandes [...] Moi, je suis des patients où il n'y a pas forcément d'enfant ou de d'entourage proche, ou alors s'ils sont impuissants, ou ils ne sont pas concernés. Et là pour le coup bah y a l'appui 37."*

*E7 : "On est hyper bien encadrés par quelqu'un qui travaille pour la CPTS. On l'appelle, elle va voir et elle gère. Elle met tout le monde en contact. Ça c'est hyper bien. L'avantage c'est qu'elle est en lien avec un peu tout le monde. [...] C'est très confortable. Elle remet tout à plat. Avec tout ce qui existe. Tout ce qui peut se faire. Les dossiers à remplir. Elle revient vers nous pour nous dire quel dossier il faut faire, ce qu'on peut améliorer pour le maintien à domicile. [...] Elle se déplace sur notre territoire. Elle connaît mieux que nous tout ce qui est social, on ne peut pas être partout ! Et les gens sont très contents. Très contents aussi qu'on leur envoie quelqu'un qui va s'occuper de leur maintien à domicile. Et aussi le fait d'avoir un référent. Quelqu'un qui les rencontre. [...] C'est une coordinatrice de parcours. Je ne sais pas si toutes les CPTS sont ça, mais nous on aime bien !"*

*E1 : "Après j'ai Appui 37 aussi qui peut m'aider, sur le plan social, à mettre en place des aides. Et ça il y a un suivi, un passage à domicile aussi, une assistante sociale, parfois des psychologues. Ça c'est une bonne aide quand ils arrivent, quand les patients s'ouvrent."*

**Toutes ces structures déchargent le médecin des démarches administratives, des bilans et de la mise en place effective des aides.**

*E6 : "Le côté sympa d'appui santé, c'est que tu les fais passer, ils évaluent tout, ils se chargent de tout mettre en place, même si tu les orientes un peu sur ce que toi tu attends d'eux. Mais ils se chargent de tout ça. C'est pas mal. On ne va pas se mentir."*

*E10 : "Dans le cas du trouble cognitif, c'est vraiment une aide importante, parce que toi, ça te décharge. En même temps, ça te libère l'esprit. Tu n'étais pas le seul responsable du truc. Ils peuvent gérer beaucoup de choses."*

**Le médecin peut solliciter l'appui de spécialistes médicaux selon les situations qu'il rencontre :**

**> Hospitalisation de jour ou intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG).**

*E5 : "Après, il y a bien sûr l'équipe de mobile de gériatrie qui peut passer pour faire des évaluations. Et effectivement, eux, ils ont leur assistante sociale. Mais souvent, ça nous aide d'abord à faire un bilan clinique, médical. Et après, eux, ils sont plutôt forts là-dessus, ils embrayent sur le côté social assez rapidement, en fait."*

*E6 : "Sur le plan médical, souvent je les envoie quand il y a des troubles cognitifs ou des pertes d'autonomie en hôpital de jour, en gériatrie. Comme on l'a dit, ils sont un peu longs. Faut bien anticiper les choses. Mais c'est pas mal, ça permet qu'ils aient une évaluation globale même si moi j'ai fait une première évaluation. Ils ont une évaluation globale, médicale, paramédicale, sociale, tout ça. Donc ça, je fais assez facilement ça."*

**> Le centre mémoire ressources et recherche (CMRR) ou le neurologue pour les troubles cognitifs.**

*E6 : "Neuro, ça arrive aussi. Quand vraiment c'est le tout début. Sur un Alzheimer, un Parkinson, on est au tout début, souvent ils vont voir le neurologue une fois. Bon après, ils n'y retournent pas !"*

*E10 : "Ce sont les consultations de mémoire, le CMRR. Ça, c'est d'une aide très précieuse. Même si ça ne change rien sur l'évolution de la maladie... C'est très, très important sur le plan de l'aide aux médecins pour arriver à convaincre et à mettre un nom sur la maladie et appuyer les diagnostics et les conseils qu'on peut donner par rapport à ça. Donc ça, le CMRR, c'est quelque chose de fondamental."*

**> L'Hospitalisation à domicile (HAD) notamment lorsque les soins sont trop lourds pour les infirmiers libéraux.**

*E8 : "On complète par de l'HAD. L'HAD, c'est toujours transitoire. Quand on arrive en fin de vie, c'est pas mal. Il faut des structures adaptées pour que les gens restent à domicile."*

*E5 : "On contacte l'HAD quand on est en danger médical, tu vois, l'aide « médicale », entre guillemets."*

*E10 : "L'HAD, au départ, c'était un support très... très ponctuel. Et ça s'est développé. Ils ont augmenté leur prise en charge au fur et à mesure des années. Et c'est vrai que ça nous aide beaucoup. Sur le plan somatique, il y a des gens qui ne pouvaient pas rester à domicile qui maintenant peuvent rester à domicile."*

**> L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) pour les fins de vie à domicile.**

*E7 : "Il y a l'équipe mobile de soins palliatifs qui m'a aidé à faire du maintien à domicile pour une fin de vie. Ça a été très précieux. On a réussi à respecter la volonté du patient. Sans eux ça n'aurait pas été pareil, ça n'aurait pas été bien. Là c'était bien, confortable pour tout le monde dans de bonnes conditions. Tout est carré quoi. Tout est... Bien organisé."*

**Ce besoin d'avis extérieur peut être motivé par le doute du médecin sur la pertinence de sa prise en charge.**

*E10 : "Pour nous aider dans les prises en charge diagnostiques, et la collégialité, je dirais. Toi, quand tu suis ton truc, tu es tout seul. Il y a des choses, bien sûr il y a les infirmières, etc., mais sur le plan purement médical, quelquefois, tu as des doutes et tu te dis : Est-ce que vraiment c'est le moment de lâcher le truc, d'attendre que ça s'aggrave et d'appeler les soins palliatifs ou est-ce que je me plante est-ce qu'il y a autre chose qu'on peut faire sans passer forcément par une hospitalisation ? Est-ce que je me plante ou pas ?"*

**Cette aide extérieure est parfois sollicitée par le patient ou son entourage, ou encore lors d'une hospitalisation. Ainsi le médecin généraliste assure le suivi.**

*E9 : "Mais en général, par exemple, la mise en place d'aide à domicile, c'est rare que je la fasse la première fois, s'il y a des personnes qui n'ont pas de pathologie d'un coup. Mais c'est rare parce qu'en fait, les gens vont prendre les devants. Ils vont faire leur premier rendez-vous au Conseil Général, ils vont faire leur déclaration d'APA. Et donc, ils vont mettre leurs aides à domicile en place progressivement. Et nous, on va arriver pour juste majorer les aides s'il y a besoin. Mais là, pour le coup, c'est moi qui vais le faire. Mais c'est plutôt au décours d'une hospitalisation et d'une pathologie. Ils en ont déjà parlé. Ce n'est pas moi qui leur amène la chose."*

**Même si, la mise en place d'aides à domicile en hospitalisation tendrait à se faire de moins en moins. Ceci pour des raisons structurelles.**

*E10 : "Ce qui se passait souvent à l'époque, c'est que... On était amené à hospitaliser beaucoup plus rapidement les patients pour des bilans, et souvent, l'hôpital gérait un peu les suites en institutionnalisation, ce qui est très compliqué maintenant. Il n'y avait pas la tension, de la même façon, au niveau des hôpitaux. Et dans les services de médecine, ils géraient quand même pas mal de choses, ce qu'ils ne font plus maintenant. C'est retour à domicile ric-rac... A l'époque, il y avait une aide qui débouchait sur un retour à domicile, avec éventuellement les aides, ou l'institutionnalisation. Ça, c'est devenu beaucoup plus compliqué."*

## **Le médecin, pierre angulaire du système, mais face à ses difficultés, et toujours dépendant de l'offre de soin.**

*“Je suis limité par les moyens, pas par les idées.”*

**Les rôles du médecin généraliste sont multiples : prévention et diagnostic des pathologies, information et accompagnement du patient, suivi et coordination des soins...**

*E3 : “Notre rôle de toute façon, ça reste le médical. En essayant de faire au mieux parce que quand je te parle de prévenir, à nouveau il y a la iatrogénie. Faire qu'ils se sentent le mieux possible, que ce soit au niveau des dénutritions pour éviter la sarcopénie, enfin tous ces trucs-là. Ça, c'est notre rôle de médecin. [...] Il faut donc faire gaffe à l'observance du traitement et puis voir si c'est vraiment nécessaire. Enfin ça c'est le côté purement médical mais une erreur et ça précipite vers la... vers la dépendance. Parce qu'après ils tombent par terre, ils se font le col, et après ben voilà on est parti pour une dépendance importante.”*

*E2 : “Notre rôle c'est surtout de, de réussir à être en lien avec la famille. [...] Orienter pour mettre en place les aides nécessaires, que ce soit en un portage des repas, d'aide-ménagère un peu plus présente.”*

*E6 : Mon rôle, c'est un peu le chef d'orchestre. Ouais, je le vois un peu plus comme ça. Et puis le côté organisation, je dirais au début, de tous les différents intervenants. Interagir avec la famille, avec la personne âgée, avec les paramédicaux qui vont intervenir ou les organismes différents.”*

**Ces missions sont parfois entravées par un manque de connaissance des possibilités.**

*E1 : “Ce qu'il me manque, c'est de connaître les différents prestataires possibles autour de moi.”*

*E5 : “Alors, c'est vrai que je connais le nom (appui santé 37), mais je n'ai jamais sollicité. Méconnaissance du système. [...] Et c'est tellement nébuleux. Toutes les structures, associations qui peuvent exister. Je trouve que c'est compliqué.”*

*E8 : “Je pense que ça peut être embêtant quand t'es jeune médecin, tu t'installes et il y a plein de choses à savoir. [...] Après, il y a plein de nouvelles structures. Ce qui peut être un peu compliqué, c'est que pour un vieux, t'as beaucoup d'aide. Et comme ça se recouvre, tu sais pas vers laquelle t'orienter. Ça peut être un peu gênant. Après t'as la CPTS c'est pour les cas un peu compliqués. Pour les cas un peu moins complexes, c'est pas facile de savoir la structure la plus adaptée.”*

**Le manque de communication avec les professionnels du secteur est aussi une problématique rapportée.**

*E1 : “Alors les associations qui vont permettre une toilette à domicile, je n'ai pas leur nom, je n'ai pas de contact, quand ils viennent, je ne sais même pas qui vient...”*

*E4 : “Et puis tu sais aussi qui va à la maison, parce qu'en vrai... Je ne sais pas si ça se dit, mais tant pis. Les infirmières, tu sais, qui entrent dans la maison. Quand tu fais appel au SSIAD, etc., bah t'as de tout. T'as des gens très bien, et puis t'as des gens qui sont beaucoup moins bien. Et c'est vrai que tu ne sais pas tellement qui tu leur envoies. Et des fois, ça peut mal se passer. [...] Avant on avait un super SSIAD, et puis la directrice a changé, alors maintenant voilà, Donc là c'est vrai qu'on est moins aidé, avant tu l'appelais et tu avais toujours une solution, celle-là, pas vraiment.”*

## **Les médecins généralistes ont des postures et des convictions différentes sur l'accompagnement du patient :**

### **> Certains vont jusqu'à se substituer à l'entourage quand celui-ci est défaillant.**

*E9 : "En fait, on va être central pour les personnes, je trouve, qui n'ont pas de famille. On va se substituer à la famille. Et les personnes qui vont avoir de la famille, on n'a plus du tout le même rôle de coordination. [...] Sur quelques jours, parfois, on va aller le voir très très régulièrement. Et là, on se substitue à la famille."*

*E8 : "Quand il y a de la famille, ça va, mais quand les gens se retrouvent seuls, il y a plein de demandes au niveau socio-administratif et médical. [...] Ça m'est déjà arrivé de faire la déclaration d'impôt des gens quoi."*

### **> D'autres estiment que ce n'est pas leur rôle et délèguent la partie sociale.**

*E2 : "Je connais pas... Je ne suis pas au courant de toutes les aides, tout ce qui peut être fait. Ce n'est pas non plus mon rôle. [...] Les assistantes sociales, je les laisse faire. Enfin surtout s'ils ne sont pas tout seuls."*

*E5 : "Sauf que, souvent, le problème, c'est que nous, médecins, on ne peut pas faire la partie administrative... Et du coup, on a beau avoir l'idée de tout ça, il y a toute une partie qu'on ne peut pas faire. [...] L'assistante sociale, la famille, un proche aidant, tu vois, quelqu'un de confiance, quelqu'un qui peut aller me choper les dossiers, qui peut regarder l'avis d'imposition des gens parce que la majorité du temps, il faut connaître les revenus, ce que, moi, je me refuse de faire. Enfin, ce n'est pas mon rôle. [...] C'est-à-dire qu'après, si je commence à faire ça, en fait, je fais le rôle de l'assistante sociale ou du tiers aidant. [...] Pour éviter de déborder parce que sinon, si on commence à faire ça pour nos patients âgés, ben on va le faire pour tout le monde... Déjà, c'est chronophage. Et puis même, je trouve que déontologiquement, il y a des choses qui ne me regardent pas, même si c'est mes patients, tu vois. Le revenu d'impôt des gens, ce n'est pas à moi de l'avoir en main, quoi. Ce n'est pas mon rôle médical. Ce n'est pas mon rôle de médecin."*

### **> Ces rôles ont évolué avec les générations, s'adaptant à l'évolution de la société.**

*E8 : "Après, peut-être qu'on fait moins de trucs maintenant qu'avant. Je ne sais pas. Je n'exerçais pas pareil. Je trouve que ma pratique a changé aussi. Au niveau des aides, de ce qu'on peut faire à domicile. Le point, c'est qu'il y a des choses qui sont un peu redondantes. Tu as plusieurs structures qui se recoupent. Avant, il n'y avait pas l'HAD, on se débrouillait autrement. [...] Il y a un dépeuplement aussi de la campagne. On n'a pas la même population... Là, on est un peu loin de tout. Mais ça a un peu changé, je dirais vers 2010. Même au niveau des gens, c'était différent. En fait, j'ai vu deux générations. Deux façons de voir la médecine. Là, j'ai basculé sur un truc plus moderne que dans le temps, mais j'ai connu les deux. Les vieux médecins, ça se voit plus. Mes parents, c'était encore autre chose. Avec ma mère, je faisais des toilettes mortuaires. Les gens appelaient, on allait voir le patient. On faisait la toilette, on l'habillait. Est-ce que tu vois un médecin généraliste faire ça maintenant ? Ma mère, tous les matins, faisait les prises de sang. C'était une façon de voir les choses. On ne peut pas comparer, on n'exerce pas de la même façon."*

## **L'investissement du médecin, qui demande du temps, répond à la demande des patients.**

*E9 : "Mais on sait qu'en se déplaçant, ça nous permet de répondre à la demande. Et d'être disponible. [...] Disponible sans être... Jusqu'où on va dans l'aide qu'on peut leur apporter ? Ça dépend d'où est-ce qu'on va avec les infirmiers, avec les moments. Mais nous, on essaie de rester disponible le plus possible. Et après, on s'organise avec les autres."*

*E2 : "Je peux passer peut-être un peu plus souvent en visite pour refaire le point."*

E8 : *“Après, moi, je me débrouille, quand les gens sont dépendants, je passe autant de fois qu'il faut. Après, j'en ai pas des tonnes, mais j'avais un monsieur, là, qui n'était pas bien, et j'y allais toutes les semaines. Mais sinon, sur les cas un peu aigus, ouais, j'ai un monsieur, j'y suis allé presque tous les jours, quoi. Il est décédé, mais... Ouais, j'y allais des fois pour rien, enfin... Juste pour voir comment ça allait, quoi. [...] Donc après, effectivement, c'est une question d'organisation. Enfin, je le fais pas pour tout le monde. En moyenne, je vois les gens tous les 3 mois. Mais s'il y a besoin, des fois, je dirais que c'est tous les mois, en fonction des pathologies.”*

**Ce temps n'est cependant pas illimité, avec des dossiers administratifs de plus en plus chronophages à remplir.**

E2 : *“Je ne peux pas passer tous les jours chez les patients, c'est pas possible.”*

E5 : *“Très honnêtement, par manque de temps. On repousse toujours tout ça. Et ce qui me bloque toujours, c'est cette partie administrative pure. Comme tout découle de ce que les gens possèdent ou ne possèdent pas...”*

E8 : *“Ce qui est chiant, c'est la paperasserie. Quand il faut refaire les dossiers d'APA, MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) s'il y a besoin... C'est pas compliqué à faire, mais ça prend toujours trop... Enfin c'est chronophage, ça c'est clair.”*

**De ce fait, le manque de reconnaissance financière est un frein au développement de la visite à domicile, malgré l'introduction récente de la visite longue (VL), en plus de l'envie personnelle qui peut faire défaut.**

E6 : *“Du temps ! Et de l'argent ! Parce que ça prend du temps. Même s'il y a les VL, on est quand même mieux payé maintenant sur les visites à domicile quand ils ont plus de 80 ans et qu'ils sont en ALD. Globalement, mes patients remplissent ces conditions-là. Mais VL, c'est qu'une fois tous les 3 mois. Ça va au début, mais la plupart des patients vraiment, ils déclinent. Les infirmières passent tous les jours, mais moi, je passe au moins tous les mois. Si c'est pas plus dans certaines situations... Donc clairement, au prix de la visite... Voilà, tout est dit, tu sais pourquoi il y a de moins en moins de visite. Et en même temps, c'est là où, on se rend le mieux compte des choses, donc c'est dommage. Surtout quand on paye les VSL ou les ambulances pour qu'ils viennent nous voir ici.”*

E9 : *“Et la VL après 80 ans c'est un début pour sanctifier la pratique de la visite à domicile, parce qu'avant, bon je le faisais pour la bonne cause, faire plaisir à mes patients. Avec ça je regarde la fin de ma journée, c'est presque comme une après-midi de consultation donc c'est un bon début.”*

E4 : *“Je n'en fais pas beaucoup. C'est un peu, voilà, je déteste ça, c'est pas mon truc. Donc je n'en fais pas beaucoup.”*

**La principale critique sur les différentes ressources est le délai de mise en place, considéré comme trop long, et avec une action inégale selon les territoires.**

E10 : *“L'équipe mobile de gériatrie, en fait, je ne l'ai pas eu parce que, d'abord, c'est compliqué de l'avoir. Quand tu as les rendez-vous, c'est quinze jours, trois semaines après, tu as souvent passé la phase aiguë. Mais je pense que c'est quelque chose qui est important et qu'il faut développer. Mais il faudrait faciliter les choses. Là, ce n'est pas possible. Pour éviter les hospitalisations ou choses comme ça, il faudrait une équipe qui soit beaucoup plus réactive, à l'instar de... de l'HAD. [...] Le problème du CMRR, c'est qu'un rendez-vous, c'est pareil, c'est 6 mois. Les comptes rendus, c'est...Voilà. Mais ils communiquent bien. Enfin, je trouve toujours qu'ils communiquent bien et qu'ils n'hésitent pas à t'appeler. Pendant la consultation, d'ailleurs. Pour discuter, voir après, etc. Donc, avec le CMRR, c'est vraiment bien. Mais ça marchait mieux au départ, je pense.”*

*E6 : Mais sinon sur le côté organisation franchement depuis appui santé, ça a bien aidé. On a notre réseau, ça fonctionne plutôt bien. Après ça dépend du patient et du degré d'urgence vu que le délai c'est 3 mois voire plus, donc bon voilà ! On a beau avoir notre réseau, les délais sont là. Et c'est nous qui nous retrouvons au milieu, à tamponner quoi..."*

*E8 : "Après, ça dépend des départements. Sur les structures, on a 3 départements et ils n'ont pas la même façon de travailler. [...] Le 37, c'est un peu compliqué, même au niveau de l'HAD. Il n'y a pas beaucoup de postes. Chaque fois qu'on a besoin, il n'y a jamais de place. C'est compliqué de travailler avec la HAD 37. En plus ils sont loin, c'est déjà arrivé que des gens de Chinon viennent ici."*

**Cette latence combinée au manque de personnel pour assurer ces missions conduit à la surmédicalisation via des hospitalisations ou l'usage de l'HAD.**

*E10 : "C'est beaucoup plus compliqué du jour au lendemain de mettre les aides ménagères, l'aide à la toilette, etc., souvent t'es obligé de passer par une hospitalisation parce que ce n'est pas gérable. Même en retour d'hospitalisation, quelque part. Il faut quand même le temps que ça se mette en place, c'est souvent une semaine. Et quand t'as pas eu la possibilité d'anticiper le truc, tu te retrouves coincé. Il y a des hospitalisations qui sont à cause de ça."*

*E9 : "On a l'impression de surmédicaliser quelque chose qui devrait être juste aidé. On a de plus en plus d'HAD, et des aides à domicile de moins en moins présentes. On a l'impression que tout ce qui est du maintien à domicile devient de l'hospitalisation à domicile. Alors que c'est un pansement simple, un suivi simple, avec les infirmiers, ça suffirait avec plus d'aides à domicile. Trente minutes trois fois par jour, ça suffit à vivre jusqu'à 110 ans. [...] Et là, j'ai beaucoup de patients qui sont passés en HAD, alors qu'avant, ils n'étaient pas en HAD. [...] Je ne sais pas trop comment dire... Il n'y a pas de personnel. J'ai l'impression que... la base se dépeuple, et du coup, on est obligé de faire passer plus de fois les infirmiers, parce qu'on n'a pas juste le passage à domicile. Et ce n'est pas forcément pertinent, parce que les infirmiers ne peuvent pas tout faire. [...] Non, il faut plus de monde. Il faut plus de monde à domicile."*

*E8 : "La HAD a changé aussi, même avec l'EHPAD. Avant, on faisait beaucoup plus de trucs. Maintenant, dès qu'il y a un truc un peu aigu, c'est la HAD qui intervient. [...] Maintenant, c'est la HAD systématique."*

**Avec certains patients qui sont dans le refus, les médecins peuvent avoir un sentiment de frustration et de gêne. Ils ont l'impression d'être dans une impasse.**

*E1 : "Je ne trouve pas, je ne sais pas comment passer cette difficulté, quand le patient est vraiment réfractaire. Je me sens assez frustrée... Démunie... qu'est-ce que je dois faire alors ?"*

*E7 : "Il y a des situations où je ne suis pas très à l'aise dans le maintien à domicile. Par exemple, parce qu'il n'y a pas de famille. J'ai une patiente qui est hémiplegique à la suite d'un AVC. Elle vit toute seule chez elle. La fille balance les médicaments et se barre. La fille est agressive. Il y a le SSIAD, il y a l'HAD. Il y a tout ce qui est possible. Le kiné qui vient. Mais la patiente, elle fait lit canapé dans le noir parce qu'elle ne supporte pas la lumière, sans télé toute la journée. Là, je ne suis pas très à l'aise avec ce maintien à domicile. Mais elle ne veut pas partir. Je lui ai posé quinze mille fois la question. Elle veut rester à la maison, elle accepte cette situation. Je ne trouve pas ça très acceptable, mais c'est son choix. Effectivement, je pourrais me dire que... Non, je ne peux même pas faire autrement. Je ne peux pas ne pas respecter sa demande puisque de toute façon, c'est non..."*

E9 : *“Malheureusement, on ne voit pas grand-chose, parce que ces patients-là, les refus en général, c'est un refus complet. Par exemple j'ai un patient là, on a déjà fait appel à l'appui santé 37. L'appui santé 37, pour moi, c'est le max. S'il bloque l'appui santé 37... Là, il fallait faire une prise de sang, il a tellement insulté les cabinets infirmiers que personne ne veut le prendre. Il faut qu'il aille au laboratoire, sauf qu'il n'a pas de moyen de transport. L'appui santé 37 a trouvé la solution pour faire la prise de sang, après il a refusé que l'appui santé 37 revienne. On ne peut plus rien.”*

**Cependant, ne pas avoir l'obligation de réussir permet de limiter ces ressentis, et de trouver un équilibre entre ce qui est nécessaire et ce qui est souhaitable pour le patient.**

E8 : *“Après j'ai mis du temps à accepter qu'on n'est pas obligé d'aider les gens. On a l'obligation d'information. Alors des fois, c'est gênant. Je n'ai jamais aimé laisser les gens... On voit qu'il y a un problème, mais ils ne veulent pas. Au bout du compte, c'est leur choix. Si on a fait tout ce qu'il faut, on les a informés, c'est comme ça. On ne peut pas forcer les gens à faire des choses. Ils ont leurs médicaments, ils font leurs trucs. On sait qu'il y aurait besoin d'aide au niveau des dépendances, mais ils ne veulent pas.”*

E3 : *“Et nous, si on leur retire en allant trop au-devant, en proposant des aides, etc... On leur retire ce lien aussi. [...] Donc là, il faut savoir respecter un minimum, même si nous on va proposer par notre travail de sape, etc... C'est pas évident toujours. [...] Il y a un équilibre à trouver entre le nécessaire et le souhaitable, c'est pas la même chose. Le nécessaire c'est obligatoire, le souhaitable ça serait mieux avec, mais sans ça peut le faire. Il peut faire sans, et c'est pas plus mal parce que ça le force à aller... On parlait d'aller faire les courses, de sortir à la supérette ou aller chercher son pain, ça lui prend la matinée mais ça lui fait quelque chose à faire.”*

E2 : *“L'obligation de moyens, pas de résultat hein...”*

**La création d'un outil législatif spécifique à ces situations a été évoquée comme solution possible, même si éthiquement discutée.**

E7 : *“Je pense qu'il faudrait pouvoir, comme on peut faire pour les enfants, parce qu'à priori je pense qu'on ne peut pas faire des signalements. Mais alors, sur quels critères ? À partir de quand ? Parce que moi, ma patiente, elle dit que même si sa fille n'est pas très sympa entre guillemets, qu'elle lui crie dessus et tout, elle est malheureuse de ne pas la voir. C'est une espèce de truc de relation toxique. À partir de quand peux-tu signaler qu'il y a un problème ? Je sais pas. C'est très compliqué. [...] Imagine un enfant qu'on garde tout seul dans une pièce, dans le noir, et on lui balance les médicaments et on lui crie dessus, bien sûr qu'on fait un signalement. Mais là, le truc c'est qu'elle a toute sa tête, la dame, et qu'elle accepte la situation et qu'elle me dit qu'elle ne veut pas changer la situation. Alors, qu'est-ce que tu fais ? [...] On est dans un pays de liberté, et heureusement, et donc, on doit accepter des situations qui ne nous plaisent pas forcément. Mais effectivement, je ne sais pas s'il faudrait la signaler, je n'en sais rien. Non, je ne sais pas.”*

E10 : *“Alors là, c'est compliqué. C'est comme dans les hospitalisations psychiatriques. Là, je dirais que le problème est encore plus compliqué. S'il n'y a pas un trouble, un problème majeur à l'ordre public, tu ne peux rien faire. À part une hospitalisation sur demande d'un tiers. Si la famille est présente, c'est bon, mais sinon, c'est le trouble à l'ordre public. Même dans le cadre d'une mise en danger qui ne soit pas urgente... Alors quelle législation...”*

## **Et après ?**

*“Et après, en fonction, une fois qu'on a fait ça...”*

**Dans le meilleur des cas, la situation se stabilise, jusqu’à la prochaine dégradation de l’autonomie.**

*E8 : “Une fois que c’est mis en place, c’est bon. Ça suit son cours. Au pire, on augmente les aides, on fait ce qu’il faut. On va être tranquille pendant quelques années.”*

**Pour maintenir la situation stable le plus longtemps possible, plusieurs points de vigilance ont été identifiés :**

**> Maintenir et stimuler les activités physiques et sociales.**

*E6 : “Mais les conseils de surveillance, stimulation, le fait d’essayer de les faire sortir ou de leur faire des activités. Il y a plein d’associations différentes qui proposent des journées ou des jeux qui permettent de les mettre en relation avec d’autres personnes et d’être moins isolés et faire travailler la mémoire. Des petites choses comme ça.”*

*E3 : “Si tu lui amène son pain, il bouge pas et il se dégrade. [...] Ah ben faut les forcer. Après, ça dépend des gens, il y en a qui font un club de scrabble, des conneries... Et tant mieux hein. Mais c’est hyper important. Donc c’est pour ça que le maintien à domicile passent, à mon avis, par le fait de pouvoir avoir une activité en dehors... même si ça peut être une activité à domicile. Les patients en fauteuil roulant, ils peuvent pas bouger, ben si quelqu’un vient jouer au tarot chez lui, bah ça lui fait quelque chose. Mais par contre, si tu enlèves ça, il va zapper devant la télé.”*

**> Surveiller le degré d’épuisement des aidants et proposer des séjours de répit.**

*E7 : “Par exemple, le patient dément. Le patient dément avec un conjoint épuisé qui demande qu’il soit en EHPAD. Là, c’est plus possible de suivre la demande du patient. Il y a un moment où il faut aussi sauver les autres. Quand ça devient épuisant pour tout le monde, c’est plus possible pour l’entourage. Et puis, la mise en danger. S’ils se mettent en danger... C’est quand même souvent les patients déments où c’est plus possible de les suivre. Ou, par exemple, une personne avec un cancer en soins palliatifs où la famille est épuisée. Il y a toujours cette notion d’aidants épuisés qu’il faut surveiller.”*

*E8 : “Sinon dans le coin il y a des séjours de repos pour les proches. Ils vont en séjour de courte durée. Ça se fait un peu mais il n’y a pas beaucoup de possibilités. [...] Après, ce n’est pas urgent non plus. Si les gens peuvent partir quinze jours ou trois semaines, ça peut être pas mal pour que l’aidant souffle. Souvent c’est des gens qui ont le même âge que leurs conjoints. Ça permet de souffler, de les aider un peu.”*

**> Adapter le logement du patient.**

*E4 : “Des fois, c’est l’adaptation du logement. Ça arrive qu’on puisse faire des choses pour que la douche soit mieux, etc. C’est difficile de faire enlever des tapis, hein. Moi, j’ai du mal, j’y arrive pas. Ils sont là depuis longtemps, il est difficile de les enlever. Par contre, une nouvelle douche, ils veulent bien, en général.”*

*E9 : “Ça nous permet de réaménager le domicile ou de donner les faisabilités du domicile ou pas. C’est rare, mais il y en a quelques-uns qui ont déjà anticipé leur lieu de vie, qui est valable, le lieu de vie que j’ai pour 60 ans, qui est valable pour 70, 80, 90. [...] Ça dépend des domiciles. Mais il y en a qui sont bien adaptés.”*

E3 : *“Alors par des gestes qui peuvent paraître bêtes, c'est virer les tapis dans la salle à manger pour qu'il se prennent les pieds dedans. Quand je parle de prévention, c'est ce genre de trucs. Si la mamie ou papy a tendance à perdre un peu la boule, on va préférer les plaques à induction que le gaz. Donc leur dire. C'est des... des petites choses qui peuvent... c'est prévenir... L'accident entre guillemets qui enfin qui est fréquent de toute façon chez ces personnes.”*

**> Parfois, il faudra recourir aux mesures de protection pour sécuriser les finances du patient et s'assurer de la mise en place d'aides ultérieures.**

E3 : *“Voir parfois passer par des mesures de justice, on nomme un curateur, et le gars qui a des sous sur son compte bah on pioche dedans.”*

E6 : *“C'est-à-dire le côté mise sous tutelle quand il y a besoin. [...] Le juge va décider de le mettre sous tutelle et à ce moment-là, le tuteur décidera de ses soins et l'obligera à faire certaines choses.”*

**Certains évènements peuvent déséquilibrer les choses, comme un évènement aigu menant à une hospitalisation. Le retour à domicile devra être accompagné.**

E5 : *“C'est effectivement l'épisode aigu, où tu te retrouves en difficulté. Je te dis n'importe quoi, une pneumopathie, un truc, ça peut être bête... Et en fait, ils ne vont pas gérer. D'habitude, ils se dépatouillent, et puis là, d'un coup, l'épisode aigu fait qu'ils ne peuvent pas rester à la maison.”*

E3 : *“La plupart du temps, c'est des chutes ou des problèmes cardio-respiratoires. Le reste... c'est enfin tout ce qui se fait en urgence, c'est à dire qu'ils se rendent pas compte et paf il arrive une merde. Et ben là voilà, maintenant on est au pied du mur [...] C'est surtout l'appréhension qu'ont les gens de retourner à domicile. Lorsqu'ils sont à l'hôpital, ils ont quelqu'un h24, ils sont aidés, ils ont à bouffer.... Ils ont tout ça et là il faut qu'on leur explique que tout ça c'est faisable dans la maison.”*

E1 : *“Quand après deux-trois mois d'EHPAD, ils retournent à la maison... ‘fin, ils étaient vraiment chouchoutés en maison de retraite, il y avait beaucoup de monde autour d'eux et là ils se retrouvent tout seuls et je trouve que parfois, la transition, elle est un peu brutale. Mais ça, je sais pas si... enfin s'ils ont une assistante sociale, s'ils ont moyen d'adapter les aides déjà en place à la sortie de l'EHPAD.”*

**Lorsque c'est possible, on peut aller jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie à domicile, en anticipant les choses au mieux.**

E10 : *“Tu sais qu'il y a un moment donné où tu poses des choses avec la famille. C'est important de les poser pas trop tard, de façon à anticiper et à faire attention le jour où ça se dégrade vite, et que tu ne peux pas joindre la famille. Ce n'est pas aussi formalisé que des directives anticipées, tu ne fais pas ça avec la famille. C'est quelque chose qu'il faut quand même anticiper avec la famille et l'entourage pour savoir quels sont leurs choix, leurs envies, et savoir jusqu'où on peut aller ou pas aller.”*

E7 : *“Il y a l'équipe mobile de soins palliatifs qui m'a aidé à faire du maintien à domicile pour une fin de vie. [...] Dans ces cas-là, je donne mon portable perso quand je sais que c'est bientôt la fin. Je reste disponible le weekend s'il y a besoin je viens faire le certificat de décès et tout. Je leur donne vraiment à la fin quand je sens qu'il reste quelques jours. Sinon je ne le donne jamais sauf dans ces conditions-là.”*

E9 : *“Il y en a certains qu'on accompagne en soins palliatifs jusqu'au bout.”*

**Quand le patient est dans le refus, on s'attend à une dégradation plus rapide qui conduira à une hospitalisation ou à un changement de lieu de vie "forcé".**

*E1 : "Enfin on est bloqué et on attend juste l'événement aigu pour pouvoir profiter d'une hospitalisation pour faire ce qu'il faut."*

*E4 : "Quand il commence à y avoir des chutes tous les jours, que la grand-mère on la trouve quatre jours après par terre, que la nuit elle se sauve dans la rue, là ça devient plus possible. Des comportements de fugue, de... Déambulation, agressivité, agitation, ça devient compliqué. Les sédater, c'est pas toujours simple parce qu'après il se casse la figure. Tous ces comportements-là, ça devient plus compliqué à maintenir à domicile."*

*E7 : "Sinon, malheureusement, ce qui se passe régulièrement pour ceux qui ne veulent pas en parler, c'est qu'un jour, il va y avoir une fracture, l'hôpital en urgence, la maison de retraite, il n'y aura pas à discuter. Ça arrive dans certains cas."*

**La perte d'autonomie est parfois inéluctable, même en essayant de la prévenir.**

*E6 : "Mais on sait qu'un jour, ça va craquer. Parce qu'on ne sait pas dans combien de temps ça peut évoluer, cette perte d'autonomie. Des gens te disent que ça va être très long, d'autres ça va être très rapide."*

*E3 : "De prévenir, sachant qu'on prévient quelque chose qui va arriver puisque de toute façon la dépendance c'est... c'est inéluctable, hein ? Donc c'est de retarder au maximum le moment où on se retrouvera au pied du mur."*

**Les médecins peuvent finir par proposer l'institutionnalisation. Ils l'anticipent par la réalisation de dossiers en amont.**

*E2 : "Éventuellement faire des demandes d'EHPAD. Anticipée, enfin je pense à un dossier dormant pour... voilà anticiper l'aggravation."*

*E4 : "Il faut les inscrire sur une liste d'attentes pour les maisons de retraite, puis si c'est pas le moment, on saute sa place, et puis voilà. Qu'on soit un peu en haut du truc."*

*E3 : "Entre le moment où tu prends la décision entre la sortie du domicile et le moment où la personne rentre en institution, ça se fait pas en 2 secondes. Donc ça c'est un truc à prévoir."*

**Les patients et les familles rencontrent de nouveau des difficultés à l'accepter, ce pourquoi elle est souvent refusée initialement.**

*E3 : "Donc on essaye de mettre toutes les aides en place correctement... Et puis pour les gens c'est un crève-cœur de partir. Ils l'acceptent pas, ils savent que c'est leur dernière demeure et qu'une fois que tu rentres, tu ressorts pas... pas très chaud... Pas évident, d'ailleurs quand on remplit les dossiers d'EHPAD il y a une petite case "la personne est-elle au courant"... [...] Et c'est pas gratuit donc en fonction des budgets disponibles des gens c'est pas toujours évident."*

*E5 : "Souvent très honnêtement c'est compliqué... Alors sauf quand ils y vont en couple. Parce que ça existe ça. Des gens où au bout d'un moment tu te dis c'est plus possible pour tous les deux et ils y vont en couple. Mais souvent c'est compliqué."*

*E4 : “Après, il y a l'argent. Parce que bêtement, les mettre en maison de retraite, ça coûte. Et que... Les familles n'ont pas toujours les moyens de payer une maison de retraite. Alors c'est pas toujours clairement dit, parce qu'en France on ne parle pas facilement d'argent, surtout quand on en manque. Et puis souvent une des solutions c'est que les enfants mettent la main à la poche. Alors soit ils n'ont pas envie, soit ils ne peuvent pas. Mais dans les deux cas c'est vrai que c'est un peu compliqué. [...] Voire des patients qui en ont les moyens, ils ont un truc : les enfants. Faut rien faire, parce que ça diminue un peu l'héritage. Bah on ne peut pas faire grand-chose. C'est pas nos affaires. Non mais c'est... Après à part dire que ça serait peut-être mieux d'envisager une structure, voilà, qu'il y en a peut-être plus ou moins cher. On n'a pas beaucoup de moyens de s'opposer à ça.”*

**Elle est parfois repoussée par le médecin lui-même qui ne souhaite pas proposer cette option par attachement à la relation qu'il a construit avec le patient.**

*E1 : “C'est vrai que moi j'ai un peu de mal à... Décider de placer mes patients en maison de retraite.”*

*E10 : “C'est toujours difficile. Je pense que c'est un frein. Bon, soit c'est quelqu'un qui pose des problèmes, où c'est vraiment plus possible. Là, c'est clair. Quand c'est quelqu'un que tu connais depuis des années, que tu aimes bien, qui avait quelques problèmes physiques, tu l'as vu en visite, etc. C'est pas facile d'enclencher le truc. Il y a sans doute un retard. Et c'est vrai que quand tu les hospitalises, ça va beaucoup plus vite. Mais qu'est-ce que toi t'aurais fait ? Parce que tu traînes un peu les pieds. C'est pareil pour les infirmières d'ailleurs. On se regarde, on se dit qu'on peut encore le faire. Oui, ça le fait encore. Je crois que c'est se séparer du patient. Je crois que c'est le plus difficile...”*

# DISCUSSION

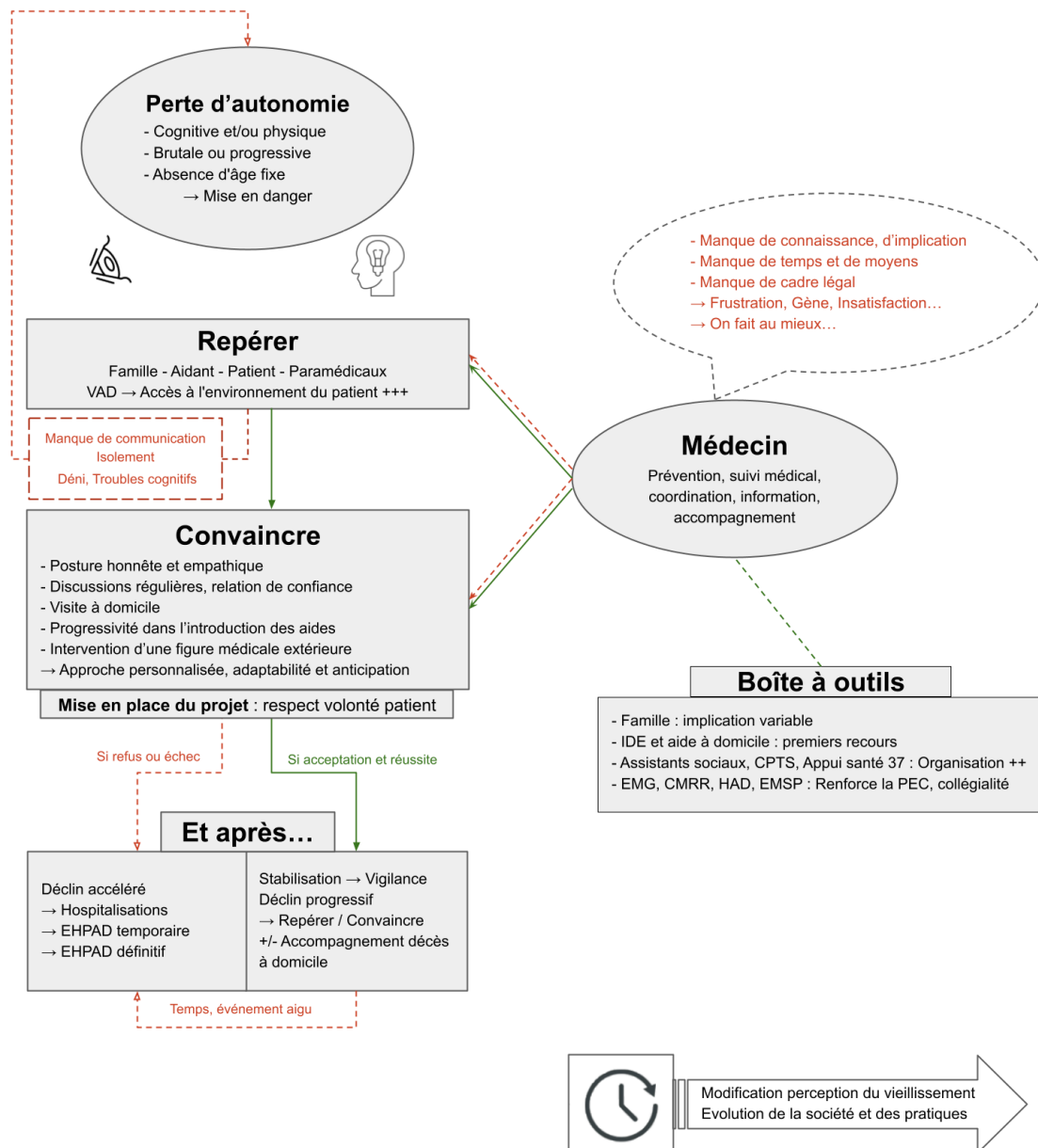
## Résultat principal

L'objectif principal de ce travail de recherche était d'explorer le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie.

Les 5 catégories ressortant de l'analyse de ces entretiens sont pour rappel :

- > Le dépistage de la perte d'autonomie.
- > Les atouts du médecin pour convaincre le patient.
- > La boîte à outils pour construire le projet de soin.
- > Le médecin, pierre angulaire du système, face à ses difficultés et toujours dépendant de l'offre de soin.
- > Et après ?

Elles peuvent être mises en relation selon le schéma explicatif ci-dessous :



**Avant de repérer la perte d'autonomie, il faut la définir.** Sa caractérisation dépend de plusieurs variables.

Il y a une première distinction entre la perte cognitive et la perte physique. La perte cognitive se manifeste par des difficultés organisationnelles dans le quotidien, des répétitions ou un manque de compréhension des consignes. La perte physique quant à elle impacte la capacité à se déplacer, se laver, s'habiller, se nourrir, etc. Elle semble plus facile à gérer que la perte cognitive car les patients ayant maintenu des capacités organisationnelles peuvent pallier leur difficulté physique. Les deux pertes peuvent être intriquées l'une avec l'autre. Ces différents éléments se retrouvent dans les grilles AGGIR / ADL / IADL. Les médecins les utilisent comme support lors des consultations ou pour rédiger les dossiers administratifs.

L'apparition de la perte d'autonomie est souvent progressive dans le cadre du vieillissement physiologique ou d'une pathologie chronique notamment dans les pathologies neurodégénératives ou les néoplasies. Mais elle est parfois précipitée par un événement aigu comme une chute, une décompensation, une infection, un deuil...

Concernant l'âge d'entrée dans la perte d'autonomie, les participants insistent sur l'absence d'un âge fixe relié à celle-ci, préférant se concentrer sur l'état global du patient.

Ces pertes d'autonomie entraînent des mises en danger, à différentes échelles, qui nécessitent de les identifier le plus efficacement possible. Mais ce polymorphisme rend le dépistage complexe.

**L'étape initiale pour le médecin est donc de repérer cette perte d'autonomie.** Il peut utiliser ses propres compétences mais aussi s'appuyer sur le patient et/ou l'entourage.

Les patients peuvent rapporter spontanément leurs difficultés du quotidien. Quand ils ne font pas cette démarche, le conjoint ou les enfants peuvent donner l'alerte. Et quand personne ne réagit, ou dans les situations d'isolement, les infirmiers et les aides qui interviennent à domicile remontent l'information au médecin.

Cependant, plusieurs freins liés au manque de communication entravent le dépistage. En premier lieu, le déni et la dissimulation des difficultés par le patient ou son entourage. Les raisons citées sont la peur du regard des autres, la difficulté à se voir défaillant ou encore la réticence à déranger les autres. Les troubles cognitifs, par l'anosognosie induite, ajoutent une couche de complexité. La perte d'autonomie peut également passer inaperçue si le médecin manque de vigilance ou s'il est faussement rassuré par l'existence d'un entourage très présent.

Le médecin peut de lui-même, en consultation, identifier les signes d'une perte d'autonomie via la présentation, le non verbal et la discussion. Cependant, les participants estiment que la visite à domicile est l'un des meilleurs modes d'exercice pour l'identifier. En effet, avec l'accès direct à l'environnement, il est plus aisé d'évaluer la situation réelle. Cela permet de faire le point sur les difficultés du patient et de réfléchir aux options personnalisées pour améliorer leur quotidien. La notion de médecin de famille prend ici tout son sens pour repérer malgré les réticences du patient. Le médecin qui suit et connaît ses patients depuis des années pourra voir les changements, même s'ils sont discrets.

Par ailleurs, la poursuite ou non de la conduite automobile semble être un signe essentiel car elle est un enjeu majeur pour le maintien de l'autonomie et du lien social. Ceci est d'autant plus marqué en zone rurale où la désertification commerciale des villages pose un problème d'accessibilité. Faire les courses, aller chercher le pain, parler avec les commerçants, retrouver des amis... Toutes ces interactions qui semblent banales entretiennent les capacités du patient. La perte de la capacité à conduire peut donc mettre un coup d'arrêt à leur indépendance et créer un isolement.

**Une fois la perte d'autonomie repérée, l'étape suivante est de convaincre le patient pour construire le projet de soin.**

Le premier atout du médecin est sa posture honnête et empathique avec le patient. Il aborde plus facilement ces questions, décrites comme difficiles, grâce à la confiance mutuelle. Il est nécessaire d'avoir régulièrement ces discussions pour générer un compromis afin d'initier une action ou un changement durable dans les habitudes du patient. Grâce à son expérience, le médecin s'adapte au mieux à chaque patient tout en respectant leur volonté. Il doit également anticiper pour éviter d'agir dans l'urgence.

Pour les mêmes raisons que précédemment, la visite à domicile est un mode d'exercice pertinent. Elle permet à la fois de faire prendre conscience qu'il y a des difficultés, mais aussi de lever les réticences du patient. Au domicile, le médecin est plus à même de proposer des solutions concrètes sans les imposer. Le logement manque de propreté ? Proposons une aide-ménagère. Le frigo est vide ? Une aide pour les courses pourrait vous aider. Vous mettez trente minutes à descendre l'escalier pour aller aux toilettes la nuit ? Pourquoi pas une chaise percée ou un monte-escalier, etc.

L'introduction des dispositifs d'aides doit être progressive pour éviter de heurter le patient, qui peut se sentir envahi par toutes ces personnes chez lui. Les participants rapportent que les infirmiers ou les kinésithérapeutes accèdent plus facilement au domicile que les aides touchant au quotidien et à l'intimité. Une des méthodes privilégiées, hors situation d'urgence, est de commencer par un passage infirmier pour une raison médicale puis de proposer les aides au ménage, à la toilette...

Lorsque le patient est réticent face à son médecin, l'intervention d'une figure médicale extérieure peut déclencher la prise de conscience. Cela passe par l'avis d'un spécialiste : en consultation au CMRR, à domicile avec l'EMG, ou encore lors d'une hospitalisation. Ces interventions renforcent le discours du médecin traitant avec des éléments sur lesquels il peut s'appuyer.

**Pour mettre en place le projet dans le respect de la volonté du patient, les ressources à disposition du médecin sont variées, répondant à ce besoin d'adaptabilité.**

Les familles sont essentielles dans l'organisation du maintien à domicile. Ce sont elles qui agissent généralement avant toute intervention médicale aux niveaux administratif, organisationnel et logistique.

Leur implication est variable selon plusieurs facteurs. La volonté de faire les choses d'abord, certains considérant que ce n'est pas leur rôle. La culture et l'éducation de chacun, où l'idée d'accueillir son parent chez soi peut résonner différemment. Et enfin les capacités organisationnelles et la résistance morale, certains n'ayant pas toutes les ressources nécessaires pour assurer le maintien à domicile dans des conditions optimales.

Quand le support familial ne suffit pas, le second rideau est constitué des infirmiers et des aides à domicile, introduit idéalement de manière progressive comme précédemment décrit.

L'utilisation des réserves financières peut être source de conflits. Elle peut entraîner des refus de la part du patient et/ou de la famille. En cas de revenus faibles, ils estiment qu'ils ont d'autres dépenses prioritaires et préfèrent se débrouiller autrement. Pour les ayants droit, l'ambivalence concernant la diminution de l'héritage entre aussi en jeu. Cela peut avoir pour conséquence l'absence de mise en place d'aides pourtant nécessaires.

Pour aider au niveau organisationnel et financier, on peut faire appel aux structures sociales. On retrouve les assistants sociaux de secteur, Appui santé 37 ou les coordinateurs de parcours au sein des CPTS. L'objectif est de faire un point global, et d'aider à la création de dossiers administratifs pour les aides financières comme l'APA. Elles centralisent également les informations pour un meilleur suivi. Cela permet aux patients et aux aidants d'avoir une approche toujours plus personnalisée. Pour le médecin, cela le décharge de cette partie administrative.

Quand le médecin se sent dans l'impasse, il peut de nouveau recourir aux médecins hospitaliers notamment en contactant les gériatres d'hôpitaux de jours ou l'EMG pour demander une évaluation globale de la situation. Dans le cadre de troubles cognitifs, le CMRR est d'une grande aide pour diagnostiquer la pathologie. Cela permet de justifier une prise en charge en accueil de jour et/ou l'intervention de l'équipe mobile Alzheimer. Si les soins techniques sont trop lourds, l'HAD est tout indiquée en renfort des infirmiers et des aides déjà en place. Dans les situations de fin de vie, l'EMSP apporte une réflexion sur la poursuite des soins et une aide précieuse à la prise de décision. Toutes ces interventions permettent également de lever les doutes du médecin et d'apporter un regard collégial extérieur qui le rassure.

Parfois, ces aides sont initiées directement par le patient et/ou son entourage ou encore lors d'une hospitalisation. Ainsi le médecin généraliste assure le suivi et l'adaptation du plan d'aide.

**Dans les situations de perte d'autonomie, les rôles du médecin sont multiples :** prévention et diagnostic des pathologies, information et accompagnement du patient, suivi et coordination des soins...

Ces missions sont parfois entravées par un manque de connaissance des possibilités existantes dans cette "nébuleuse" où les acteurs se recoupent les uns avec les autres. L'expérience permet d'atténuer ce sentiment sans pour autant l'effacer totalement.

Les participants ressentent parfois un manque de communication avec les professionnels du secteur pour assurer la coordination et le suivi. Ils ne savent pas toujours quelles structures interviennent et n'ont que rarement de contact direct avec la personne qui se rend au domicile.

L'implication du médecin généraliste est aussi variable. Certains ont le sentiment de se substituer à l'entourage quand celui-ci est défaillant jusqu'à aller voir les patients à domicile quotidiennement ou encore en réalisant des tâches administratives personnelles. D'autres estiment que ce n'est pas leur rôle, par manque d'envie ou par principe. Ils délèguent donc la partie sociale aux professionnels cités plus tôt.

En effet, l'investissement du médecin demande du temps. Les dossiers administratifs sont de plus en plus chronophages à remplir. Ce temps n'est pas illimité, et les tâches médico-sociales ne sont pas valorisées par les cotations actuelles ce qui peut rebuter les médecins à prendre le temps nécessaire à leur réalisation.

Ce manque de reconnaissance financière est également un frein au développement de la visite à domicile. En effet, malgré l'introduction récente de la visite longue (VL), cotable trimestriellement et réservée au patient en ALD de plus de 80 ans, il n'y a que peu d'efforts de valorisation de cette activité. Les patients ayant des besoins médico-sociaux n'ont pas tous 80 ans et ne sont pas forcément en ALD !

Une autre critique porte sur le délai de consultation ou de mise en place des aides, considéré comme trop long par les médecins. Ces délais, qui peuvent être de plusieurs mois, rendent parfois caduque la demande initiale. Dans l'intervalle, les médecins temporisent comme ils peuvent. Cette latence combinée au manque de personnel qualifié pour assurer la mise en place des aides conduit à la surmédicalisation non justifiée via des hospitalisations évitables.

Avec les patients qui sont dans le refus, le médecin peut avoir un sentiment de frustration, de gêne ou d'insatisfaction à l'idée de les laisser dans leur dépendance. Cependant, ne pas avoir l'obligation de réussir permet de limiter ces ressentis. L'objectif de prise en charge pour ce type de patient sera de trouver un compromis, entre ce qui est nécessaire pour poursuivre le maintien à domicile et ce qui est souhaitable dans l'idéal. "Bref, on fait au mieux".

**Quel est le bilan des actions menées jusqu'à maintenant ?** Dans le meilleur des cas, le patient accepte les aides, le projet se met en place et la situation se stabilise. Pour que cela dure le plus longtemps possible, les participants sont vigilants sur plusieurs points. Tout d'abord stimuler les activités physiques et sociales du patient. Ensuite surveiller le degré d'épuisement des aidants, en proposant des séjours de répit si nécessaire. Concernant les aides, il faudra poursuivre leur mise en place et les adapter à l'évolution des besoins du patient. Parfois, il sera nécessaire de recourir aux mesures de protection pour sécuriser les finances du patient et s'assurer de la mise en place d'aides ultérieures.

Malgré tout cela, le temps peut déséquilibrer la situation. Il faudra donc répéter le cycle repérer - convaincre – mettre en place - adapter le projet autant que nécessaire pour accompagner le patient. Lorsque c'est possible, on peut aller jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie en anticipant les choses au mieux.

Quand le médecin est dans une situation de refus ou d'échec, quel qu'en soit la raison, il s'attend à une dégradation plus rapide qui pourra conduire à l'hospitalisation, au changement de lieu de vie "forcé" ou malheureusement au décès.

La perte d'autonomie est parfois inéluctable, même en essayant de la prévenir. Dans ces situations, le médecin peut proposer l'institutionnalisation. Il faut l'avoir anticipé en réalisant des dossiers en amont, pour pallier aux longs délais d'admission. Les patients et les familles rencontrent de nouveau des difficultés à accepter cette nouvelle étape qui est souvent refusée initialement. Elle est parfois repoussée par le médecin lui-même qui ne souhaite pas proposer cette option par attachement à la relation qu'il a construite avec le patient.

**Ce schéma correspond aux pratiques et aux vécus actuels des participants.** Cependant les médecins les plus expérimentés nous ont fait remarquer que la gestion de la perte d'autonomie a évolué depuis le début de leur exercice de par l'évolution de la société.

Le premier point est celui de la définition de la personne âgée. Suite à l'augmentation de l'espérance de vie, la perception du vieillissement a changé. À 65 ans aujourd'hui, une personne n'est pas considérée comme "vieille" ce qui n'était pas le cas à l'époque. On peut également penser à la perception modifiée des troubles cognitifs et à leur reconnaissance par le corps médical comme autre chose qu'une "démence sénile".

Le deuxième est de la gestion du maintien à domicile par les enfants. Les enfants s'éloignent plus fréquemment du foyer familial pour travailler ou faire des études ce qui renforce l'isolement des plus anciens. Cela limite également leur implication quotidienne en comparaison aux familles vivant auparavant davantage en communauté.

Le troisième concerne les pratiques médicales qui ont évolué en fonction des besoins de la société et des politiques publiques. Le rôle du médecin généraliste d'aujourd'hui est différent par son approche et par sa disponibilité plus restreinte qu'auparavant. Cela se retrouve également à l'hôpital qui tendrait à moins gérer les problématiques sociales par manque de temps. En revanche, les moyens à sa disposition se sont développés comme Appui santé 37, les équipes mobiles, le CMRR ou l'HAD. Ces structures semblent avoir un impact positif sur la prise en charge des patients en perte d'autonomie.

## **Comparaison à la littérature**

**La définition polymorphe de la perte d'autonomie** est celle retrouvée dans le manuel de référence (31). Elle comprend les dimensions cognitives et physiques qui interagissent l'une avec l'autre. L'interaction entre ces pertes et l'environnement entraîne des situations de dépendance. La prise en charge gériatrique doit être globale prenant en compte la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient. La prévention de la perte d'autonomie est fondamentale, c'est pourquoi le développement et l'utilisation maximale des capacités restantes doivent être assurés.

La définition de la personne âgée est également nuancée, soulignant les différences entre les âges théoriques et physiologiques. Finalement, la notion de personnes âgées est variable et personnelle ce qui corrobore avec notre étude (31).

**L'identification d'une perte d'autonomie** relève de plusieurs acteurs, parmi lesquels figurent le médecin, l'entourage proche, le patient lui-même ainsi que les aidants professionnels (32–34). Il semblerait que les aidants soient les premiers à détecter les difficultés du quotidien et à les exprimer au médecin (34). Cependant, nous n'avons pas trouvé de données chiffrées confirmant cette idée.

Le manque de communication est un frein majeur au dépistage de la perte d'autonomie. Une méta-analyse dédiée à l'identification des fragilités en soins primaires met en évidence le fait que la perception négative de la perte d'autonomie alimente la peur chez certains patients. Elle peut les amener à éviter d'aborder la question de leur fragilité et ainsi les pousser à fuir la problématique (35). Les autres limites communicationnelles sont le déni, le manque de connaissance de ce qu'il est possible de mettre en place ou encore les troubles cognitifs (36,37). A l'instar du patient, les aidants peuvent représenter un frein pour le médecin, en raison d'une surimplication traduisant la volonté de pouvoir assurer eux-mêmes la prise en charge (38). A l'inverse, le manque d'implication des aidants peut tout autant être une barrière pour le médecin (39).

Concernant la visite à domicile, le contact direct avec le cadre de vie du patient est un atout majeur. D'ailleurs en 2024, 92% des médecins franciliens estimaient que cette pratique favorise le maintien à domicile des personnes âgées (40). En effet, le médecin peut recueillir des informations souvent difficiles à obtenir en consultation, comme l'impact de la perte d'autonomie sur le quotidien du patient. C'est aussi un moment privilégié dans la relation médecin-patient, ce qui favorise l'adhésion aux démarches de soins (41). Son impact positif se retrouve dans les études internationales (41-44). En effet, la visite permet de limiter les coûts liés au transport médical et le stress du trajet lié aux difficultés environnementales (42). Combinée avec les aides à domicile, elle permet également de mieux intégrer la famille dans le processus de soins tout en améliorant leur santé mentale et leur gestion du stress (43). Pour les futurs médecins, l'intégration de visites à domicile au cours de la formation améliore les compétences et augmente l'envie de la pratiquer (44). Enfin, elle ne se contente pas uniquement de répondre aux besoins cliniques du patient, elle crée un lien basé sur la confiance contribuant ainsi à une expérience de soin plus satisfaisante pour chacun, où le patient se sent considéré plus humainement (45).

Cependant les inconvénients de la visite à domicile sont bien connus dans la littérature. Le caractère chronophage et la rémunération trop faible sont les deux facteurs principaux. S'y ajoute les difficultés d'examen clinique et de tenue d'un dossier médical exhaustif. Ces éléments tendent à diminuer la qualité de la prise en charge globale selon les médecins (46,47). L'impact de revalorisation de la VL sur l'aspect financier ne semble pas suffisant pour inciter les médecins à intensifier cette activité (48). Ces aspects négatifs sont contrebalancés comme décrit précédemment par des soins plus personnalisés, combinés à une valence émotionnelle positive dans laquelle le médecin généraliste retrouve son cœur de métier et une place valorisante auprès des patients (49).

La pratique de la conduite automobile favorise l'autonomie et la vie sociale. Une méta-analyse de 2018 retrouve plusieurs conséquences de l'arrêt de la conduite comme une perte d'indépendance importante, un isolement social ou encore le sentiment de devenir un fardeau pour ses proches (50). Dans cette autre étude, il existe une diminution des loisirs à l'extérieur du domicile accompagnant l'arrêt de la conduite (51). La préservation de cette capacité peut contribuer à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la prévention des troubles thymiques. A l'inverse, l'arrêt de la conduite est un facteur d'augmentation de la prévalence de l'entrée en institution (52). La place de la conduite automobile et ses conséquences ont bien été identifiées par les participants de notre étude.

**Pour convaincre** une personne âgée, il est recommandé de rechercher et de prendre en compte ses freins, de maintenir un dialogue constant et d'adopter une attitude empreinte de patience et de persévérance (53). Ces principes s'inscrivent dans les notions d'empathie et de régularité du discours. Parmi les méthodes favorisant l'adhésion thérapeutique, l'approche centrée patient apparaît comme la plus pertinente (37), les médecins de notre étude la mobilisant à travers une adaptation individualisée à chaque patient.

Cependant, dans une autre étude, les médecins généralistes étaient parfois mal à l'aise à l'idée d'aborder le sujet de la perte d'autonomie avec une personne âgée (39). En ce qui concerne notre étude, les participants ont démontré une confiance notable dans leur capacité à communiquer sur ce sujet.

Sur les facteurs facilitants, nous avons cité la progressivité de l'instauration des aides. Dans une autre recherche, cette méthode est également la plus utilisée, par le temps qu'elle laisse au patient pour s'acclimater à ce nouvel équilibre. Par ailleurs, ce travail confirme que les aides liées à la prise en charge médicale (IDE, Kinésithérapeute), sont mieux acceptées que les aides du quotidien (aide-ménagère, toilette, portage des repas) (54).

Nous n'avons pas trouvé d'étude argumentant sur l'adhésion aux soins après l'intervention d'un médecin hospitalier. Cependant, il a été démontré que la répétition d'informations concordantes par différents médecins favorise cette adhésion (55).

**Les ressources utiles dans le maintien à domicile** ont été décrites sur d'autres territoires. Une thèse, centrée sur la région niçoise, s'intéressant plus spécifiquement aux pratiques des médecins, montre qu'ils s'organisent avec leurs réseaux de proximités tout en exerçant préférentiellement avec les professionnels de santé qu'ils connaissent. Pour faire les évaluations sociales et mettre en place les aides, les médecins sollicitent les assistants sociaux de secteur via les centres communaux d'action sociale. Dans les situations sociales complexes, ils contactent une plateforme nommée C3S qui se rapproche dans son fonctionnement d'Appui santé 37. Ils font appel au réseau gérontologique en soutien dans les situations médicales complexes (56).

Cette dernière étude est très proche de la nôtre concernant les aides professionnels utilisées, cependant elle n'évoque pas les aidants familiaux qui sont décrits comme indispensables dans notre travail de recherche.

Concernant ces aidants, une autre recherche rapporte que l'aide des familles dans les activités de la vie quotidienne favorise le maintien à domicile et la lutte contre l'isolement (57). Leur implication améliore la qualité de vie du patient et réduit l'anxiété liée à la dépendance (58). Pour les préserver, l'intervention d'un réseau gériatrique tendrait à diminuer la fatigue, soutenant donc le maintien à domicile (59). Enfin, pour les aidants, une bonne coordination des aides et la prise en charge de certains soins comme la toilette ont été identifiées comme des facteurs facilitants, malgré la problématique du financement (60).

Sur le plan financier, la Cour des comptes estimait déjà en 2016 que la progression des besoins accroît la charge pesant sur les personnes âgées et leur entourage dans un contexte où les financements publics atteignent leurs limites (61). Ce sont en effet les familles et les proches qui financent une part majeure de la solidarité envers les aînés, les enfants étant légalement obligés d'aider un parent dans le besoin (62,63). Devant ces éléments, on peut comprendre les réticences évoquées par nos participants.

**Les rôles remplis par les médecins** de notre travail de recherche sont concordants avec ceux que nous avons mentionnés en introduction. Ils sont également en phase avec le point de vue des aidants. Pour eux, le médecin a un rôle de détection, d'adaptation organisationnelle et de communication entre les différents intervenants. Il a également un devoir relationnel, d'information et d'écoute active, qu'il adapte au rythme du patient et de son entourage. Enfin sur le plan décisionnel, il a le devoir de s'assurer du respect de la volonté du patient (64).

Toujours dans le cadre de l'analyse des pratiques observées en région niçoise, les principaux ressentis exprimés apparaissent similaires à ceux mis en évidence dans notre étude. Elle met en lumière la complexité des situations rencontrées ainsi que la frustration qu'elles suscitent chez les médecins (56). Quant au vécu des internes sur cette question, nous retrouvons les notions d'empathie, mais aussi d'impuissance. Ils décrivaient également un manque structurel de soignants et de personnels sociaux (65).

Le manque de connaissance est principalement évoqué par les jeunes médecins. Ils considèrent également que ces prises en charge sont chronophages, à la fois pour l'évaluation, la coordination et la mise en place des aides. Ceci étant amplifié par l'isolement des personnes. Ils sont également limités par la problématique financière du patient et de son entourage. En revanche, ils n'ont pas évoqué leur propre manque d'implication ou la faible valorisation des actes médicaux sociaux contrairement à notre étude (56).

Nous l'avons vu, le maintien à domicile est une prise en charge qui s'inscrit dans la durée. Le temps nécessaire à l'évolution vers un état pathologique peut se compter en années, c'est pourquoi le suivi et la vigilance du médecin sont essentiels. Dans une étude sur l'intégration des priorités du patient au plan de soin, la méthode de réévaluation du projet était basée sur le cycle *planifier - faire - observer - adapter*, qui est réalisé avant et après chaque action (66). Notre étude s'inscrit dans ce principe, avec un cycle *repérer - convaincre - mettre en place - adapter*, afin de prolonger le maintien à domicile dans les conditions optimales.

**L'étape de l'institutionnalisation** a été globalement plus étudiée que celle du maintien à domicile dans la littérature. Les médecins rapportent un processus chronophage, une charge administrative significative et un sentiment d'isolement. Ils sont également confrontés aux multiples appréhensions et représentations du patient. L'anticipation et de la communication apparaissent comme un levier essentiel d'amélioration. (67). Une seconde thèse ajoute les notions d'attachement des patients à leur domicile, d'absence de moyen financier et de réticence des familles (68).

Du point de vue des patients venant d'être institutionnalisés, les causes de maintien à domicile difficiles sont un logement inadapté à leur dépendance, la dégradation de l'état de santé, l'isolement, le coût financier et enfin le manque d'aide à domicile (69). On ajoute la notion d'épuisement de l'aidant pouvant précipiter l'institutionnalisation (70).

Ce corpus d'études suggère que le processus d'acceptation et les difficultés du maintien à domicile sont proches des procédés en jeu lors de l'institutionnalisation. De plus, les causes d'institutionnalisation rapportées sont les points de vigilance que nos participants ont cités.

Enfin, **la perception du vieillissement** a effectivement changé comme l'ont précisé nos participants. Ce n'est plus seulement une période associée au déclin mais une étape de vie marquée par des attentes propres à chacun (71). Pourtant des stéréotypes négatifs sont toujours présents vis-à-vis des personnes âgées, qui peuvent mener à l'âgisme (72).

## **Forces et limites**

Il s'agit d'un premier travail de recherche pour le chercheur. Il y a eu une progression au cours de la recherche attestée par l'augmentation de la durée des entretiens. La participation à une formation par l'association FAYR-GP a permis d'améliorer les compétences méthodologiques du chercheur.

Les réponses ont pu être orientées afin de satisfaire les attentes par biais de désirabilité. Pour limiter cela, les questions du guide d'entretien étaient neutres et ouvertes et il a été rappelé que les données seraient anonymisées.

Cette étude inclut dix participants mais nous avons réussi à obtenir une variation maximale sur les critères choisis. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Nous n'avons pas recherché si les médecins avaient été formés à la problématique du maintien à domicile ou aux spécificités gériatriques. La sélection des participants a été réalisée après demande orale ou écrite avec présentation du thème. L'annonce du thème a donc pu favoriser la participation de professionnels intéressés par ce sujet.

L'intégralité des entretiens ont été réalisés en présentiel, sans limite de temps et dans un environnement décidé par les participants. Huit d'entre eux ont choisi leur lieu d'exercice et deux leur domicile.

Cette étude est une des rares études à s'être intéressée au point de vue des médecins. Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche centré patient sur le territoire pour comparer leur vécu dans les contextes de maintien à domicile. Enfin, la même réflexion pourrait être réalisée en interrogeant les aidants familiaux.

Les participants avec le plus d'expérience l'ont dit, les pratiques ont évolué à plusieurs niveaux, tout comme la société en général. L'évolution sociétale et donc les besoins dans l'avenir sont complexes à prédire. En 2025, les politiques de soins orientent vers les prises en charge ambulatoire. Cette étude s'inscrit dans ce contexte contemporain.

Comme toutes thèses qualitatives, les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes mais pourront servir de base de réflexion pour de futures études.

## **Perspective pour la pratique**

Tout d'abord, à notre connaissance, on ne retrouve à ce jour aucune recommandation de la HAS, spécifiquement à destination des médecins, concernant le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie. Les recommandations actuelles sont centrées sur l'identification et la prise en charge des fragilités gériatriques du patient. Elles préconisent une détection simple et opportuniste après 70 ans, puis la réalisation d'une synthèse point par point afin d'organiser les démarches de prévention, un plan de soin personnalisé ainsi qu'un suivi durable (73,74). D'autres recommandations portent sur des situations précises de la personne âgée à domicile : souffrance psychique, dénutrition, soutien aux aidants, soins palliatifs (75–78). Elles demeurent toutefois principalement centrées sur la maladie, proposant une prise en charge séquentielle et hiérarchisée des actions à entreprendre.

Depuis la fin des années 1990, les politiques publiques se sont progressivement intéressées à la question de la dépendance des personnes âgées (79). Une première mesure transitoire a été instaurée en 1997 avec la *prestation autonomie dépendance*, remplacée en 2001 par APA. Cette dernière repose sur la grille AGGIR, encore utilisée à ce jour pour évaluer le niveau de perte d'autonomie.

Dans son rapport de 2024, le *Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge* souligne toutefois les limites de cette grille, notamment en ce qui concerne la prise en compte des vulnérabilités et du contexte de vie du patient (80). En réponse, il a été proposé à l'assemblée d'utiliser le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) actuellement en vigueur dans plusieurs pays, dont le Canada (Annexe 7). En intégrant à la fois les capacités instrumentales et la disponibilité d'un soutien compensatoire, le SMAF offre une évaluation plus contextualisée de la perte d'autonomie. Cette approche, plus précise, pourrait permettre d'optimiser la personnalisation des dispositifs d'aide et de mieux adapter les ressources aux besoins individuels. Néanmoins, le SMAF présente également certaines limites, notamment sa durée de réalisation, comprise entre trente et quarante-cinq minutes, conséquence directe de sa recherche d'exhaustivité (81,82).

Dans une perspective d'amélioration des pratiques professionnelles et de sensibilisation des acteurs du soin, l'élaboration de recommandations fondées sur une approche centrée patient apparaît particulièrement pertinente. Une telle démarche favoriserait une prise en charge plus globale, intégrant non seulement les dimensions médicales, mais également les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux de la personne âgée. Dans cette optique, une évolution de la grille AGGIR pourrait constituer un levier d'action majeur. Son adaptation permettrait de mieux appréhender la complexité des situations rencontrées, en tenant compte des déterminants médico-sociaux et contextuels du patient. Une telle révision offrirait la possibilité d'une évaluation plus fine du degré d'autonomie et d'un accompagnement davantage personnalisé, en cohérence avec les principes de la gériatrie moderne et les attentes actuelles du système de santé.

**Le dépistage de la perte d'autonomie** et la communication fondée sur des éléments concrets trouvent une résonance directe dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Cette approche pragmatique, éloignée du langage technique, permet d'aborder la situation du patient à partir de ses préoccupations réelles. Elle invite ainsi à une réflexion sur les priorités du soin : faut-il viser l'optimisation d'un état de santé théorique ou répondre avant tout aux besoins concrets du patient ? Dans le contexte particulier de la perte d'autonomie, cette orientation centrée sur la réalité quotidienne du patient semble particulièrement pertinente pour améliorer sa qualité de vie.

**La question des ressources financières du patient** échappe en grande partie au champ d'action du médecin généraliste. Toutefois, les politiques publiques s'inscrivent dans une logique de soutien économique, comme en témoigne la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette dynamique a été renforcée par la loi de 2015 relative à *l'adaptation de la société au vieillissement* (83), qui reconnaît et valorise le statut d'aidant familial notamment à travers la mise en place de l'allocation journalière du proche aidant (84).

Plus récemment, la *Conférence nationale de l'autonomie*, organisée pour la première fois en juillet 2025, a été instaurée afin d'assurer le suivi des politiques publiques à l'aide d'indicateurs nationaux destinés à orienter au mieux les financements (85).

Malgré ces avancées institutionnelles, le contexte d'instabilité politique actuel soulève des interrogations quant à la capacité du système à répondre de manière réactive et cohérente aux besoins croissants en matière d'autonomie des personnes âgées.

Un autre axe d'amélioration réside dans la **valorisation de la visite à domicile**. Les bénéfices de cette pratique sont bien documentés, tant dans notre étude que dans la littérature : elle favorise le suivi individualisé, permet une meilleure évaluation de l'environnement du patient et contribue à l'adhésion aux soins. Cependant, le nombre de visites à domicile a été divisé par trois au cours des années 2000 (86), ce qui souligne la nécessité d'encourager cette pratique. Dans cette perspective, la revalorisation financière constitue la mesure la plus fréquemment évoquée. Actuellement, un déplacement à domicile d'un médecin généraliste est rémunéré 10 €, auxquels s'ajoutent 0,61 € par kilomètre au-delà du quatrième. À titre comparatif, un trajet aller-retour de 4 km représente une rémunération de 40 € pour un véhicule sanitaire léger (VSL) et plus de 100 € pour une ambulance.

Cette différence de coût met en évidence le fait que l'augmentation de la visite à domicile du médecin pourrait contribuer à réduire le recours aux transports sanitaires. Encourager ces déplacements répond donc à la fois aux besoins des patients mais aussi aux objectifs actuels de rationalisation des dépenses de santé (87).

Cependant cela ne répond pas à la critique organisationnelle. L'informatisation des dossiers et leur accès au domicile des patients est un enjeu pour améliorer la prise en charge et le confort du médecin. Concernant la difficulté liée à l'examen clinique au domicile, on se heurte ici aux capacités d'adaptations de chaque médecin, certains préférant les conditions optimales du cabinet dans l'objectif d'une meilleure prise en charge.

Une autre difficulté relevée par les participants concernait **la méconnaissance des structures d'aide à domicile** et le manque de communication autour de ces services. Pour y remédier, la création d'un annuaire local a été proposée. À l'échelle nationale, un portail d'information à destination des usagers est déjà disponible (88), tandis qu'au niveau départemental, le dispositif *Touraine Repér'âge* centralise les informations relatives aux démarches et aux contacts des organismes d'aide à domicile (89). Ce portail inclut notamment un annuaire avec les numéros de téléphone des structures d'aide, ainsi que les coordonnées de la Maison des solidarités du secteur (Annexe 8). Néanmoins, l'ergonomie et l'accessibilité de ces informations pourraient être améliorées afin de faciliter leur utilisation par les professionnels et les usagers.

**La question du manque de personnel** dans le secteur de l'aide à domicile est appelée à se renforcer dans les prochaines années. Actuellement, ce secteur compte un peu plus d'un million de salariés, dont la majorité exerce à temps partiel, ce qui représente environ 400 000 emplois équivalents temps plein (90). Les projections récentes indiquent une augmentation significative des besoins liés au vieillissement de la population, estimée pour 2050 à environ 135 000 équivalents temps plein supplémentaires, soit 400 000 salariés additionnels.

À ces besoins s'ajoute le renouvellement nécessaire de 800 000 salariés actuellement en activité et qui auront atteint l'âge de 65 ans à l'horizon de projection (90).

En revanche, nous n'avons pas identifié de données précises concernant la capacité de formation actuelle dans le secteur de l'aide à la personne. Une évaluation de ces capacités serait essentielle pour déterminer si elles pourraient permettre de répondre à ces projections. Dans le cas contraire, la pérennité du secteur pourrait être compromise, soulignant l'urgence d'anticiper les besoins en formation et en recrutement.

Enfin, la question des **patients sans trouble cognitif mais en refus de soins** mérite d'être abordée. La législation actuelle est explicite : toute personne conserve le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (91), et aucun projet de loi ne remet en cause ce principe (92).

Néanmoins, dans le contexte de maltraitance envers les personnes vulnérables, des recommandations existent (93). La vulnérabilité peut découler de l'âge, d'une infirmité, d'une maladie ou d'une déficience physique ou psychique (94), et la perte d'autonomie y est incluse comme critère pertinent. Dans ces situations, les médecins peuvent s'appuyer sur une grille de repérage spécifique (Annexe 9) et contacter des services d'information et d'orientation tels que le 3977, à l'instar du 3919 dans le contexte des violences conjugales (93).

En dernier recours, un signalement au procureur de la République peut être effectué, dans ce cadre la loi autorisant la levée du secret médical conformément à l'article 226-14 du Code pénal.

## **CONCLUSION**

L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est une priorité de notre société vieillissante.

L'implication des familles et des professionnels médico-sociaux favorise grandement la mise en place du plan de soin personnalisé, construit autour des priorités du patient.

Le médecin avec ses rôles multiples et sa connaissance des ressources, est un point d'ancrage dans cette démarche.

Avec le cycle *repérer - convaincre - mettre en place - adapter*, il sera en mesure de favoriser le maintien à domicile dans les conditions optimales.

Pour cela, la visite à domicile est un atout majeur pour accéder à la réalité du terrain, par son impact positif sur le patient et permettrait de diminuer le recours aux transports sanitaires. Elle doit donc être davantage valorisée.



## **Annexe 2 : Exploration des a priori des chercheurs par la méthode de 7 questions**

### **1- Quelle est ma question initiale ?**

Comment les médecins généralistes identifient les pertes d'autonomie du sujet âgé et que font-ils par la suite.

### **2- Comment en suis-je venu à me poser cette question ?**

Sur le plan personnel, mes grands-parents ont toujours eu la volonté de rester à leur domicile, ce qui m'a sensibilisé sur cette thématique. Sur le plan professionnel, mes différents stages en gériatrie m'ont permis de me confronter à d'autres contextes et d'approfondir mes connaissances sur le sujet, et de réaliser que les approches des confrères sont aussi diversifiées que les situations auxquelles ils sont sollicités en tant que médecin traitant.

### **3- Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?**

Être vigilant et questionner sur comment ça se passe à la maison. Puis le maître mot serait l'anticipation. Discuter du sujet dès les premiers signes, puis en parler régulièrement pour réévaluer les besoins de la personne ou lever les barrières mises en place par le patient et/ou son entourage. Cependant la volonté du patient doit selon moi être le point de base pour la création de son projet de vie, et qu'elle doit être respectée dans l'idéal.

### **4- Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ?**

Dans ma vision, notre rôle de médecin traitant est d'accompagner les patients tout au long de leur vie. Les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps dans leur domicile, il me paraît donc naturel de vouloir les suivre dans cette direction.

### **5- Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?**

- Décrire les représentations et perceptions des médecins généralistes sur leur rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées.
- Identifier les stratégies de prévention et de mise en place (suivi médical, coordination avec d'autres professionnels, sensibilisation des patients et familles).
- Recenser les freins et les leviers à une implication plus active des médecins généralistes dans ce domaine.
- Explorer les dynamiques de collaboration entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la prise en charge à domicile.
- Identifier les éléments facilitants ou compliquant l'implication des médecins généralistes.
- Mettre en lumière les besoins et attentes des médecins pour optimiser leur pratique.
- Apporter une meilleure compréhension des enjeux organisationnels et relationnels liés à cette thématique.

### **6- Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?**

- Qu'ils estiment que cette problématique ne les concerne pas.
- Qu'ils ne souhaitent pas s'impliquer pour cette catégorie de population.
- Qu'ils forcent les patients à aller en EHPAD pour éviter des démarches ultérieures.

### **7- Quelle est ma question finale ?**

Explorer les pratiques et les vécus des médecins généralistes en Indre-et-Loire dans des contextes de maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie.

### **Annexe 3 : Guide d'entretien final**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien sur « Explorer le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie. Les données recueillies seront retranscrites à l'écrit puis elles seront désidentifiées et les fichiers audios seront détruits.

- Pour commencer, comment définiriez-vous la notion de « personne âgée en perte d'autonomie » ?

- Pourriez-vous me raconter une situation de consultation de maintien à domicile que vous avez bien réussie à gérer ?

- Comment avez-vous vécu cette situation ?

- Et maintenant une situation où avec le recul vous vous dites “cela s'est moins bien passé” ?

- Quels sont selon vous les points d'entrée dans la dépendance ?

- Quels sont les points de vigilance auxquels vous faites attention ?

- Comment aidez-vous vos patients à prendre conscience de la perte d'autonomie ?

- Comment aborder le sujet avec les aidants ?

- Quels sont pour vous les rôles du médecin généraliste dans ce type de situation ?

- Et avec quels objectifs ?

- Quels seraient les objectifs du patient dans cette démarche ?

- A quel point cela concorde avec vos objectifs ?

- Comment abordez-vous le sujet de la perte d'autonomie au cabinet ?

- Et à domicile ?

- Comment préparez-vous la mise en place d'aide à domicile ?

- Jusqu'à quel point pousser le maintien à domicile ?

- Comment avez-vous pris connaissance des ressources possibles dans ce contexte ?

- Lesquels utilisez-vous ?

- Pourquoi et avec quelle temporalité ?

- Quels sont les limites que vous avez rencontrées ?

- Comment auriez-vous pu pour aller plus loin dans cette démarche ?

- Quels outils pourraient vous aider à optimiser le maintien au domicile ?

**Annexe 4 : Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques**

| Age | Sexe | Zone d'installation | Durée d'exercice | Patientèle | Patientèle > 65ans | % patient > 65ans | Rythme de VAD        | Mode d'exercice   |
|-----|------|---------------------|------------------|------------|--------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| 30  | F    | Urbaine             | 1                | 981        | 380                | 38,76             | 4 DJ par semaine     | Seul              |
| 31  | M    | Semi rurale         | 0,5              | 545        | 131                | 24,04             | 2 visites par mois   | MSP               |
| 55  | M    | Urbaine             | 25               | 1300       | 154                | 11,85             | 1 visite par semaine | Cabinet de groupe |
| 52  | F    | Semi rurale         | 22               | 2463       | 406                | 16,48             | Exceptionnelle       | MSP               |
| 42  | F    | Urbaine             | 14               | 1280       | 266                | 20,78             | 2 DJ par semaine     | Cabinet de groupe |
| 37  | F    | Rurale              | 5                | 618        | 169                | 27,35             | 1 DJ par semaine     | MSP               |
| 41  | F    | Rurale              | 12               | 1170       | 315                | 26,92             | 2 DJ par semaine     | MSP               |
| 56  | M    | Rurale              | 26               | 980        | 450                | 45,92             | 4 DJ par semaine     | MSP               |
| 38  | M    | Semi rurale         | 6                | 1000       | 446                | 44,60             | 2 DJ par semaine     | MSP               |
| 65  | M    | Urbaine             | 39               | 1341       | 590                | 44.00             | 4 DJ par semaine     | Seul              |

## **Annexe 5 : Consentement**

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse de médecine générale pour participer à un travail de recherche sur « Le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie »

Peu d'études s'intéressent à votre rôle dans ce contexte. Pour cela j'aimerais pouvoir vous poser une dizaine de questions ouvertes lors d'un entretien enregistré, durant entre trente et quarante-cinq minutes. Les données ainsi recueillies seront retranscrites à l'écrit puis elles seront désidentifiées et les fichiers audios seront détruits.

Vous pouvez à tout moment décider de ne plus participer à cette étude, même en ayant donné votre accord initialement.

Si vous avez reçu suffisamment d'informations et que souhaitez participer, vous pouvez remplir cette feuille. En vous remerciant.

Fait à....., le .....

Geoffrey HAU

## **Annexe 6 : Livret de code**

La définition de personnes âgées a évolué.

La dépendance est une question d'individu plus que d'âge.

La perte d'autonomie est une incapacité à assurer ses besoins fondamentaux.

La dépendance implique le besoin d'une tierce personne.

Il y a des pertes d'autonomie d'ordre physique.

La perte de mobilité amplifie l'isolement.

La perte d'autonomie physique est palliée par les capacités d'organisation du patient.

Il y a des pertes d'autonomie d'ordre cognitives.

Les pertes d'autonomie cognitives sont plus difficiles à gérer.

Les dépendances sont intriquées les unes avec les autres.

Les patients me parlent spontanément de leur perte d'autonomie.

L'entourage du patient m'alerte quand c'est nécessaire.

Parfois, je n'ai pas de contact avec l'entourage.

Les familles sont dans le déni.

En l'absence de famille, toute personne qui passe à domicile peut me donner l'alerte.

Je vois l'évolution de leur état dans le temps.

Je demande directement au patient.

Je suis moins vigilant quand il y a un entourage proche.

Les patients masquent leurs dépendances.

Les patients sont dans le déni.

La VAD est un bon type d'exercice pour identifier les pertes d'autonomie.

La maladie aiguë ou chronique précède la perte d'autonomie.

Un événement aigu altère les situations.

L'hospitalisation est un mode d'entrée dans la dépendance.

Le temps amplifie la perte d'autonomie.

Maintenir et stimuler les activités physiques et sociales favorise le maintien de l'autonomie.

La prise de conscience de la dépendance est complexe pour les patients.

La prise de conscience des patients prend du temps.

L'action du médecin facilite la prise de conscience.

La prise en charge d'un médecin hospitalier m'aide à faire prendre conscience aux patients.

L'acceptation des aides est plus facile après une hospitalisation.

J'ai régulièrement des discussions sur la perte d'autonomie avec les patients.

Je négocie avec le patient.

Je suis honnête et franc dans ma communication.

J'alerte l'entourage si le patient lui-même ne réagit pas à mes alertes.

Les aides sont mieux acceptées quand je les propose pendant une VAD.

Je propose au patient d'aller chez eux quand j'estime que c'est nécessaire.

Je n'alerte que s'il y a mise en danger.

La mise en place d'aide a déjà été faite à l'initiative du patient ou de l'hôpital,

Avant, l'hôpital mettait plus fréquemment des aides en place.

Ils refusent l'aide que je leur propose.

Je propose des aménagements concrets sans leur imposer.

L'introduction progressive des aides évite les rejets.

Un logement adapté favorise la poursuite du maintien à domicile en diminuant les risques.

J'ai de multiples structures ressources autour de moi.

Je gère avec les acteurs locaux.

La famille est une ressource nécessaire.

Je suis dépendant de la volonté de la famille.

La présence d'un entourage favorise le maintien à domicile.

Les ressources internes des aidants sont différentes selon les individus.

La société a évolué, auparavant les enfants s'occupaient plus de leurs parents.

Les problématiques sont différentes selon les territoires et les cultures.

Les familles sont dans le refus.

Les situations de dépendance sont sources de conflits intrafamiliaux.

Il y a des conflits pour des raisons financières.

Je fais appel aux IDE en premier recours.

L'implication des intervenants paramédicaux favorise le maintien à domicile.

Les interventions à domicile sont vécues comme intrusives par les patients.

Les interventions liées à l'intimité sont moins acceptées que celles liées au médical.

Je demande des mesures de protection judiciaire quand c'est justifié.

J'anticipe les démarches administratives pour l'entrée en institution.

La situation financière des patients limite les possibilités d'actions.

Il y a des initiatives au sein des CPTS.

J'oriente vers le conseil départemental.

J'oriente vers l'assistante sociale de secteur pour faire le point.

Appui santé 37 me décharge de la partie sociale.

La filière gériatrique et le CMRR sont là quand j'ai besoin d'un second avis.

Les délais de prise en charge sont trop longs.

L'HAD vient en soutien des réseaux de proximités.

Dans les situations de soins palliatifs, l'EMSP est un allié.

J'oriente vers le neurologue pour les troubles cognitifs.

J'ai besoin d'un avis extérieur quand je suis dans le doute.

Il y a des inégalités structurelles entre les territoires.

La mise en place d'aide ou d'hébergement en urgence est complexe à cause du délai.

On manque de personnel pour assurer le maintien à domicile.

On surmédicalise via l'HAD.

La personnalité du patient modifie la prise en charge.

Je m'adapte à la situation du patient.

Mon objectif est de respecter le plus possible la volonté du patient et de l'accompagner.

J'ai une relation de confiance avec les patients.

Je propose des solutions concrètes.

Mon but est d'anticiper un maximum les choses.

Je suis dans l'empathie pour les patients et leurs aidants.

La manière de pratiquer la médecine a changé avec le temps.

Je réponds à une demande.

J'investis autant de temps que nécessaire dans le suivi du patient.

Je n'ai pas assez de temps.

Faire des visites à domicile ne me dérange pas dans mon organisation.

Je n'aime pas faire des visites à domicile.

Il n'y a pas assez de reconnaissance financière de l'activité médico-sociale.

Je fais la synthèse de la situation.

Je donne de l'information au patient sur les aides à mettre en place.

Je manque de connaissance sur ce qu'il est possible de faire en ville.

J'ai mon rôle médical, thérapeutique.

Je suis le coordinateur, le chef d'orchestre.

Il y a un manque de communication avec les autres professionnels.

J'ai un rôle technique de remplissage de dossiers.

Je me substitue à l'entourage sur les tâches administratives quand il est absent.

Ce n'est pas mon rôle de faire la partie sociale.

Avoir confiance envers les intervenants que je sollicite est un plus.

Mes convictions sont en décalage avec celle du patient et ça me gêne.

Je ne suis pas satisfait de ce que je propose.

Ça me frustre de ne pas pouvoir faire plus.

Je suis dans une impasse.

Il me manque un outil légal pour les situations de refus de soin sans trouble cognitif associé.

Je ne suis pas obligé de réussir.

La situation est stabilisée après l'initiation des aides.

Il y a des situations où le maintien à domicile est impossible.

J'attends un évènement aigu ou une hospitalisation pour débloquer la situation.

Les hébergements temporaires en institution sont une solution à moyen terme.

La transition après une hospitalisation ou un séjour temporaire doit être accompagnée.

L'entrée en EHPAD est refusée par les patients, et parfois pour raison financière.

L'acceptation de l'entrée en EHPAD est complexe mais profitable.

J'accompagne les patients à domicile jusqu'à la fin.

Le décès est possible.

## Annexe 7 : La grille SMAF et les 14 profils Iso-SMAF

Santé  
et Services sociaux

Québec



|                              |      |                     |                                                       |               |
|------------------------------|------|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| Date de naissance            |      |                     | N° chambre                                            | N° de dossier |
| Année                        | Mois | Jour                |                                                       |               |
| Nom et prénom à la naissance |      |                     |                                                       |               |
| Nom usuel ou nom du conjoint |      |                     |                                                       |               |
| Adresse                      |      |                     |                                                       |               |
| Code postal                  |      | Téléphone ind. rég. | Sexe                                                  |               |
|                              |      |                     | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |               |
| N° d'assurance maladie       |      |                     | Nom du médecin traitant                               |               |

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| Date de l'évaluation | Évaluation n° |
|----------------------|---------------|

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTÈLE

Multiclientèle : Copyright © Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1994. Révisé en 2002. Tous droits réservés.  
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) : Copyright © Hébert, Carrier, Bilodeau, 1983, CEGG Inc. Révisé en 2002. Tous droits réservés.  
Reproduits par le MSSS avec l'autorisation de la RRSSS de Montréal-Centre et du Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie (CEGG) Inc..

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

## ÉTAT DE SANTÉ

### 1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS (maladies physiques et mentales – incluant maladies ou problèmes chroniques ou stabilisés –, anomalies congénitales, hospitalisations, chirurgies, traumatismes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : \_\_\_\_\_

### 2. SANTÉ PHYSIQUE

#### Difficultés éprouvées ou observations spécifiques

Non Oui

- Fonction **digestive** (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz, dysphagie, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Fonction **respiratoire** (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Fonction **cardiovasculaire** (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Fonction **génito-urinaire** (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Fonction **motrice** (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblements, équilibre, endurance physique, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Fonction **sensorielle** : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Condition de la **peau** (plaie, rougeur, œdème, écoulement, etc.)

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

- Autres informations

☐ ☐

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Gain ou perte de poids : \_\_\_\_\_ Si pertinent : T.A. Pouls Resp. T°

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O



## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

### 6. SERVICES DE SANTÉ (services médicaux, réadaptation, médecine douce, psychologie, podiatrie, etc.)

Suivi médical régulier : ☐ Non ☐ Oui

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur Courriel

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur Courriel

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur Courriel

Autre : \_\_\_\_\_

Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur Courriel

Commentaires (préciser les services requis non comblés) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème identifié Non — ☐ N  
Oui — ☐ O

## HABITUDES DE VIE

### 1. ALIMENTATION

#### Régime alimentaire quotidien :

Lait et produits laitiers : ☐ Oui ☐ Non

Viande et substituts : ☐ Oui ☐ Non

Fruits et légumes : ☐ Oui ☐ Non

Pain et céréales : ☐ Oui ☐ Non

Quantité de liquide : \_\_\_\_\_ tasses ou verres

Diète : ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Prescrite : ☐ Oui ☐ Non

Suivie : ☐ Oui ☐ Non

Alimentation pour dysphagique : ☐ Oui ☐ Non

#### Autres observations (heure et endroit des repas, mange avec qui, appétit, etc.) :

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non

☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actuellement, les habitudes alimentaires sont satisfaisantes pour l'usager : ☐ Oui ☐ Non

#### Dentition (douleur, difficulté à mastiquer, prothèse, etc.) :

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non

☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème identifié Non — ☐ N  
Oui — ☐ O

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

### 2. SOMMEIL (insomnie, se lève et pourquoi, peur, agitation, médicament, heures du lever et du coucher, sieste, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :

☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, les habitudes de sommeil sont satisfaisantes pour l'usager : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — **N**

Oui — **O**

### 3. CONSOMMATION DE TABAC (genre de consommation, quantité, surveillance à apporter, motivation à cesser de fumer, etc.)

Fume : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'usager : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — **N**

Oui — **O**

### 4. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE (odeur éthylique, indicateurs extérieurs, genre de consommation, quantité, fréquence, surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude, etc.)

Consomme de l'alcool ou de la drogue : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'usager : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — **N**

Oui — **O**

### 5. ACTIVITÉS PERSONNELLES ET DE LOISIRS (intégration au travail, aux études ou aux loisirs, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Actuellement, les activités personnelles et de loisirs sont satisfaisantes pour l'usager : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — **N**

Oui — **O**

| INCAPACITÉ                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                  | HANDICAP                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité        |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| <b>A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| <b>1. SE NOURRIR</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| 0                                                                                                                                      | Se nourrit seul _____<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                    | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____<br>Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0 -<br>+<br>-1 •<br>-2<br>-3 |
| -1                                                                                                                                     | Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance<br>OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -2                                                                                                                                     | A besoin d'une aide partielle pour se nourrir<br>OU qu'on lui présente les plats un à un                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -3                                                                                                                                     | Doit être nourri entièrement par une autre personne<br>OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie<br><input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| <b>2. SE LAVER</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| 0                                                                                                                                      | Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) _____<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                           | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____<br>Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0 -<br>+<br>-1 •<br>-2<br>-3 |
| -1                                                                                                                                     | Se lave seul mais doit être stimulé<br>OU nécessite une surveillance pour le faire<br>OU qu'on lui prépare le nécessaire<br>OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pieds et cheveux)           |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -2                                                                                                                                     | A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -3                                                                                                                                     | Nécessite d'être lavé par une autre personne                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| Commentaires (habitudes et fréquence : bain, douche et lavage des cheveux, équipement utilisé, aide pour les transferts, etc.) : _____ |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| <b>3. S'HABILLER (toutes saisons)</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| 0                                                                                                                                      | S'habille seul _____<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                     | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____<br>Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 0 -<br>+<br>-1 •<br>-2<br>-3 |
| -1                                                                                                                                     | S'habille seul mais doit être stimulé<br>OU a besoin d'une surveillance pour le faire<br>OU on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements<br>OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets, bas de soutien) |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -2                                                                                                                                     | Nécessite de l'aide pour s'habiller                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| -3                                                                                                                                     | Doit être habillé par une autre personne<br><input type="checkbox"/> bas de soutien                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| Commentaires (tenue vestimentaire habituelle, aide technique utilisée, etc.) : _____                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                   | HANDICAP                                                                                              |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité      |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| <b>4. ENTREtenir SA PERSONNE</b> (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller) |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                               | Entretient sa personne seul                                                                                                                       |                                                                                                       |    |
|                                                                                                                                 | -0,5 Avec difficulté                                                                                                                              |                                                                                                       |    |
| -1                                                                                                                              | A besoin de stimulation<br>OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne                                                            | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'une aide partielle pour entretenir sa personne                                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui                                                                          | -1 |
| -3                                                                                                                              | Ne participe pas à l'entretien de sa personne                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                          | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                   | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                          | -3 |
| Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____                                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| _____                                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| <b>5. FONCTION VÉSICALE</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                               | Miction normale                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| -1                                                                                                                              | Incontinence occasionnelle<br>OU en goutte à goutte<br>OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | Incontinence urinaire fréquente                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                          | -1 |
| -3                                                                                                                              | Incontinence urinaire totale et habituelle<br>OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire                    | <input type="checkbox"/> Non                                                                          | -2 |
|                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne                                                       | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                          | -3 |
|                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="radio"/> incontinence diurne                                                                |                                                                                                       |    |
|                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> sonde à demeure                                                                                                          |                                                                                                       |    |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| _____                                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| <b>6. FONCTION INTESTINALE</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                               | Défécation normale                                                                                                                                |                                                                                                       |    |
| -1                                                                                                                              | Incontinence fécale occasionnelle<br>OU nécessite un lavement évacuant occasionnel                                                                | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | Incontinence fécale fréquente<br>OU nécessite un lavement évacuant régulier                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui                                                                          | -1 |
| -3                                                                                                                              | Incontinence fécale totale et habituelle<br>OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                          | -2 |
|                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne                                                       | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                          | -3 |
|                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> stomie <input type="radio"/> incontinence diurne                                                                         |                                                                                                       |    |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |
| _____                                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                                                                                       |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                              | HANDICAP                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| <b>7. UTILISER LES TOILETTES</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| 0                                                                                                                               | Utilise seul les toilettes<br>(incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)<br>-0,5 Avec difficulté                                                                              | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines<br>(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                              | Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes<br>OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               | -1 |
| -2                                                                                                                              | A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes<br>ou utiliser la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               | -2 |
| -3                                                                                                                              | N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal<br><input type="checkbox"/> chaise d'aisance <input type="checkbox"/> baignoire <input type="checkbox"/> urinal   |                                                                                                                                                                                                                                                               | -3 |
| Commentaires (fréquence, équipement utilisé, aide de combien de personnes, etc.) : _____                                        |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| <b>B. MOBILITÉ</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| <b>1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)</b>                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| 0                                                                                                                               | Se lève, s'assoit et se couche seul<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                  | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines<br>(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                              | Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé<br>ou surveillé ou guidé dans ses mouvements<br>préciser : _____                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                               | -1 |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher<br>préciser : _____                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                               | -2 |
| -3                                                                                                                              | Grabataire (doit être levé et couché en bloc)<br><input type="checkbox"/> positionnement particulier<br><input type="checkbox"/> lève-personne <input type="checkbox"/> planche de transfert |                                                                                                                                                                                                                                                               | -3 |
| Commentaires (aide de combien de personnes, mobilité au lit, précision du positionnement, etc.) : _____                         |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| <b>2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur) <sup>1</sup></b>                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| 0                                                                                                                               | Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                      | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines<br>(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                              | Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille<br>dans certaines circonstances<br>OU démarche non sécuritaire                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               | -1 |
| -2                                                                                                                              | A besoin de l'aide d'une autre personne                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               | -2 |
| -3                                                                                                                              | Ne marche pas<br><input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadrupode <input type="checkbox"/> marchette                               |                                                                                                                                                                                                                                                               | -3 |
| <sup>1</sup> Distance d'au moins 10 mètres                                                                                      |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HANDICAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| <b>3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| 0                                                                                                                               | Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| -1                                                                                                                              | Installe seul sa prothèse ou son orthèse<br>-1,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                                                                                                      | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                      | 0        |
| -2                                                                                                                              | A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -1       |
| -3                                                                                                                              | La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne<br>Type de prothèse ou d'orthèse : _____                                                                                                                                                                                                                          | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | -2<br>-3 |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| <b>4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| 0                                                                                                                               | N'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| -1                                                                                                                              | Se déplace seul en fauteuil roulant<br>-1,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                                                                                                           | • Le logement où habite l'utilisateur permet la circulation en fauteuil roulant<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>• Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | 0        |
| -2                                                                                                                              | Nécessite qu'une personne pousse le fauteuil roulant                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -1       |
| -3                                                                                                                              | Ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transporté en civière)<br><input type="checkbox"/> fauteuil roulant simple<br><input type="checkbox"/> fauteuil roulant à conduite unilatérale<br><input type="checkbox"/> fauteuil roulant motorisé<br><input type="checkbox"/> triporteur<br><input type="checkbox"/> quadriporteur | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | -2<br>-3 |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| <b>5. UTILISER LES ESCALIERS</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |
| 0                                                                                                                               | Monte et descend les escaliers seul<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                                                                                                           | L'utilisateur doit utiliser un escalier<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                                                                         | 0        |
| -1                                                                                                                              | Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -1       |
| -2                                                                                                                              | Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne                                                                                                                                                                                                                                                                       | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                      | -2       |
| -3                                                                                                                              | N'utilise pas les escaliers                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | -3       |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | HANDICAP                                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b>6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| 0                                                                                                                               | Circule seul en marchant<br>(avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) <sup>2</sup><br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                         | ** L'environnement extérieur où habite l'utilisateur permet l'accès et la circulation en fauteuil roulant ou triporteur/quatriporteur<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 0  |
| -1                                                                                                                              | Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quatriporteur **<br>-1,5 F.R. avec difficulté<br>OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances<br>OU démarche non sécuritaire <sup>2</sup> | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                            | -1 |
| -2                                                                                                                              | A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher <sup>2</sup><br>OU utiliser un fauteuil roulant **                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                    | -2 |
| -3                                                                                                                              | Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)<br><sup>2</sup> Distance d'au moins 20 mètres                                                                                                                                             | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                           | -3 |
| Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b>C. COMMUNICATION</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b>1. VOIR</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| 0                                                                                                                               | Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs                                                                                                                                                                                                      | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                            | 0  |
| -1                                                                                                                              | Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                    | -1 |
| -2                                                                                                                              | Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    | -2 |
| -3                                                                                                                              | Aveugle<br><input type="checkbox"/> verres correcteurs <input type="checkbox"/> loupe                                                                                                                                                                       | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                           | -3 |
| Commentaires (quel œil, par exemple) : _____                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b>2. ENTENDRE</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |
| 0                                                                                                                               | Entend convenablement avec ou sans appareil auditif                                                                                                                                                                                                         | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                            | 0  |
| -1                                                                                                                              | Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort<br>OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                    | -1 |
| -2                                                                                                                              | N'entend que les cris ou que certains mots<br>OU lit sur les lèvres<br>OU comprend par gestes                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                    | -2 |
| -3                                                                                                                              | Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer<br><input type="checkbox"/> appareil auditif                                                                                                                                     | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                           | -3 |
| Commentaires (quelle oreille, dispositif installé sur le téléphone et autre aide technique, etc.) : _____                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               | HANDICAP                                                                                                                                                                   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| <b>3. PARLER</b>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                                          | Parle normalement                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                                         | A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée                                                                                                                 | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | 0  |
| -2                                                                                                                                         | A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires<br>OU répondre à des questions simples (oui, non)<br>OU utilise le langage gestuel         |                                                                                                                                                                            | -1 |
| -3                                                                                                                                         | Ne communique pas<br>Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur<br><input type="checkbox"/> tableau de communication                                                |                                                                                                                                                                            | -2 |
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                               | -3 |
| Commentaires (type de compensation, par exemple) : _____<br>_____<br>_____<br>Compréhension et expression écrite : _____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| <b>D. FONCTIONS MENTALES</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| Pour chaque élément, préciser depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| <b>1. MÉMOIRE</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                                          | Mémoire normale                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                                         | Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants                                                                           | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | 0  |
| -2                                                                                                                                         | Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.) |                                                                                                                                                                            | -1 |
| -3                                                                                                                                         | Amnésie quasi totale                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            | -2 |
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                               | -3 |
| Commentaires : _____<br>_____<br>_____                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| <b>2. ORIENTATION</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                                          | Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                                         | Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes                                                                                                | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | 0  |
| -2                                                                                                                                         | Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières                   |                                                                                                                                                                            | -1 |
| -3                                                                                                                                         | Désorientation complète                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                            | -2 |
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                               | -3 |
| Commentaires : _____<br>_____<br>_____                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               | HANDICAP                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| <b>3. COMPRÉHENSION</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                          | Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande                                                                                                                            | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                         | Est lent à saisir des explications ou des demandes                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       | -1 |
| -2                                                                                                                         | Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées<br>OU est incapable de faire des apprentissages                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                       | -2 |
| -3                                                                                                                         | Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| <b>4. JUGEMENT</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                          | Évalue les situations et prend des décisions sensées                                                                                                                          | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                         | Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       | -1 |
| -2                                                                                                                         | Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       | -2 |
| -3                                                                                                                         | N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| <b>5. COMPORTEMENT</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 0                                                                                                                          | Comportement adéquat                                                                                                                                                          | Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 0  |
| -1                                                                                                                         | Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation |                                                                                                                                                                                                                                                       | -1 |
| -2                                                                                                                         | Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)              |                                                                                                                                                                                                                                                       | -2 |
| -3                                                                                                                         | Dangereux, nécessite des contentions<br>OU essaie de blesser les autres ou de se blesser<br>OU tente de se sauver                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              | HANDICAP                                                                                                                                                                               |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| <b>E. TÂCHES DOMESTIQUES (activités de la vie domestique)</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| <b>1. ENTREtenir LA MAISON</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| 0                                                                                                                               | Entretien seul la maison _____<br>(incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -1                                                                                                                              | Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.) | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____ | 0<br>-1<br>-2<br>-3 |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -3                                                                                                                              | N'entretient pas la maison                                                                                                                                                                                                                                                   | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                               |                     |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| <b>2. PRÉPARER LES REPAS</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| 0                                                                                                                               | Prépare seul ses repas _____<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -1                                                                                                                              | Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable                                                                                                                                                                                 | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____ | 0<br>-1<br>-2<br>-3 |
| -2                                                                                                                              | Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -3                                                                                                                              | Ne prépare pas ses repas                                                                                                                                                                                                                                                     | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                               |                     |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| <b>3. FAIRE LES COURSES</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |
| 0                                                                                                                               | Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) _____<br>-0,5 Avec difficulté                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -1                                                                                                                              | Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre                                                                                                                                                                                                             | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité<br><input type="checkbox"/> Oui _____<br><input type="checkbox"/> Non _____ | 0<br>-1<br>-2<br>-3 |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                     |
| -3                                                                                                                              | Ne fait pas les courses                                                                                                                                                                                                                                                      | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                               |                     |
| Commentaires (préciser les activités pour lesquelles l'utilisateur a une incapacité) : _____                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                     |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                         | HANDICAP                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| <b>4. FAIRE LA LESSIVE</b>                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                               | Fait toute la lessive seul                                                                                              |                                                                                                            |    |
|                                                                                                                                 | -0,5 Avec difficulté                                                                                                    |                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                              | Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'aide pour faire la lessive                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                               | -1 |
| -3                                                                                                                              | Ne fait pas la lessive                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Non                                                                               | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                         | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| <b>5. UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                               | Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin)                                            |                                                                                                            |    |
|                                                                                                                                 | -0,5 Avec difficulté                                                                                                    |                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                              | Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence              | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur                                       | <input type="checkbox"/> Oui                                                                               | -1 |
| -3                                                                                                                              | Ne se sert pas du téléphone                                                                                             | <input type="checkbox"/> Non                                                                               | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                         | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   | -3 |
| Commentaires (appareil spécial, par exemple) : _____                                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| <b>6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |
| 0                                                                                                                               | Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.)                                   |                                                                                                            |    |
|                                                                                                                                 | -0,5 Avec difficulté                                                                                                    |                                                                                                            |    |
| -1                                                                                                                              | Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté                            | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre     | <input type="checkbox"/> Oui                                                                               | -1 |
| -3                                                                                                                              | Doit être transporté sur civière                                                                                        | <input type="checkbox"/> Non                                                                               | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                         | Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                            |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

| INCAPACITÉ                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       | HANDICAP                                                                                                      |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| <b>7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| 0                                                                                                                               | Prend seul ses médicaments de façon adéquate<br>OU ne prend pas de médicament                                                                                                         |                                                                                                               |    |
| -0,5                                                                                                                            | Avec difficulté                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| -1                                                                                                                              | A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance)<br>pour prendre convenablement ses médicaments<br>OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne) | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines<br>(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                  | -1 |
| -3                                                                                                                              | On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun<br><input type="checkbox"/> pilulier                                                                                           | <input type="checkbox"/> Non                                                                                  | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                       | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                  | -3 |
| Commentaires : _____                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| <b>8. GÉRER SON BUDGET</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| 0                                                                                                                               | Gère seul son budget (incluant gestion bancaire)                                                                                                                                      |                                                                                                               |    |
| -0,5                                                                                                                            | Avec difficulté                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |
| -1                                                                                                                              | A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes                                                                                                                       | Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines<br>(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité | 0  |
| -2                                                                                                                              | A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples<br>(encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise<br>à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                  | -1 |
| -3                                                                                                                              | Ne gère pas son budget                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Non                                                                                  | -2 |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                       | Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                  | -3 |
| Commentaires (procuration bancaire, par exemple) : _____                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |    |

\* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : ☐ diminuent, ☐ augmentent, ☐ restent stables ou ne s'applique pas.

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur****Problème****SITUATION PSYCHOSOCIALE****1. HISTOIRE SOCIALE** (occupation, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement, autres événements importants, etc.)

---



---



---



---



---



---

Commentaires : 

---



---



---

Problème  
identifiéNon — ☐ NOui — ☐ O**2. MILIEU FAMILIAL****Composition de la famille** (âge, sexe, lieu de résidence ou génogramme) : 

---



---



---

**Dynamique familiale** (interactions de l'usager avec sa famille et des membres de la famille entre eux ; satisfaction de l'usager au regard de sa situation familiale ; comment la famille réagit ou est affectée par la situation de l'usager ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Commentaires : 

---



---



---

Problème  
identifiéNon — ☐ NOui — ☐ O**3. AIDANTS PRINCIPAUX** (implication, épuisement, perception de leur situation, attentes, volonté de s'impliquer, etc.)

---



---



---



---



---



---

Commentaires : 

---



---



---

Problème  
identifiéNon — ☐ NOui — ☐ O

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

### 4. RÉSEAU SOCIAL (incluant le milieu scolaire et le milieu de travail)

**Personnes significatives** (amis, voisins, collègues, enseignants, etc.) : \_\_\_\_\_

---

---

---

**Dynamique des relations** (interaction de l'usager avec les membres de son réseau social ; satisfaction de l'usager au regard de ses relations avec les membres de ce réseau ; comment les membres de ce réseau réagissent ou sont affectés par la situation de l'usager ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

### 5. RESSOURCES COMMUNAUTAIRES, PUBLIQUES ET PRIVÉES (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.)

Préciser le type de services, la fréquence de ces services, les interactions de l'usager avec ces ressources : \_\_\_\_\_

---

---

---

Commentaires (services requis non comblés) : \_\_\_\_\_

---

---

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

### 6. ÉTAT AFFECTIF (humeur, estime de soi, sentiment d'utilité ou de solitude, anxiété, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

### 7. PERCEPTION DE L'USAGER (comment il perçoit sa situation, y réagit ou s'y adapte, motivation, solutions envisagées, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

### 8. SEXUALITÉ (satisfaction de l'usager, préoccupation, comportement socialement inacceptable, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_

☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

### 9. CROYANCES ET VALEURS PERSONNELLES, CULTURELLES ET SPIRITUELLES (expression, par exemple)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_

☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

## CONDITIONS ÉCONOMIQUES

### CAPACITÉ DE FAIRE FACE À SES OBLIGATIONS SELON SES REVENUS ACTUELS (loyer, nourriture, habillement, médicaments, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_

☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que l'usager bénéficie d'un des programmes suivants : supplément de revenu garanti, régime de rentes du Québec, programme d'accès au logis, rente d'invalidité, sécurité du revenu, allocation familiale spéciale, autre :

☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème  
identifié

Non — ☐ N

Oui — ☐ O

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

N° de dossier

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur**

**Problème**

## ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

### 1. CONDITIONS DU LOGEMENT (salubrité, espace, satisfaction, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Pensionnaire ☐ Adresse inconnue Habite ce logement depuis : \_\_\_\_\_

Logement situé au : \_\_\_\_\_ étage Nombre de pièces : \_\_\_\_\_

Accès : ☐ ascenseur ☐ escalier intérieur, nombre de marches \_\_\_\_\_ ☐ escalier extérieur, nombre de marches \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Problème identifié Non — **N**  
 Oui — **O**

### 2. SÉCURITÉ PERSONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE (risque de chute, incendie, fugue, système téléphonique d'urgence, avertisseurs lumineux, télésurveillance, système de contrôle à distance, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Commentaires (besoins non comblés) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Problème identifié Non — **N**  
 Oui — **O**

### 3. ACCESSIBILITÉ (barrières architecturales, emplacement des appareils, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Commentaires (besoins non comblés) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Problème identifié Non — **N**  
 Oui — **O**

### 4. PROXIMITÉ DES SERVICES (épicerie, banque, église, buanderie, etc.)

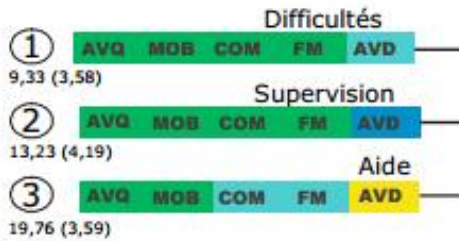
Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : ☐ Non \_\_\_\_\_  
☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Problème identifié Non — **N**  
 Oui — **O**

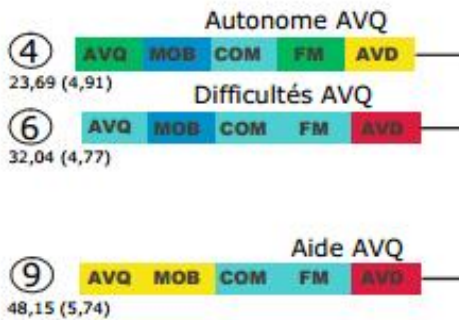
## 14 profils en 5 catégories

### CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES SEUL

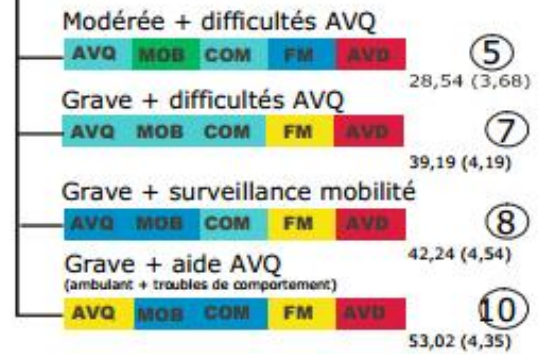


| Légende                                  |                   |
|------------------------------------------|-------------------|
| <span style="color: green;">■</span>     | Autonome (0)      |
| <span style="color: lightblue;">■</span> | Difficultés (0,5) |
| <span style="color: blue;">■</span>      | Supervision (1)   |
| <span style="color: yellow;">■</span>    | Aide (2)          |
| <span style="color: red;">■</span>       | Dépendant (3)     |
| AVD Activités de la vie quotidienne      |                   |
| MOB Mobilité                             |                   |
| COM Communication                        |                   |
| FM Fonctions mentales                    |                   |
| AVD Activités de la vie domestique       |                   |

### CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE

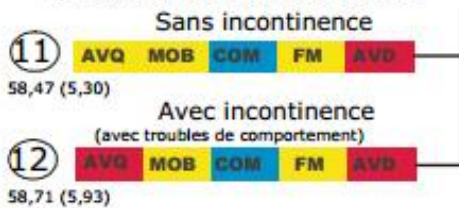


### CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



### ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

### CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ



### CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ



## Annexe 8 : Annuaire des services d'aides à domicile en Indre-et-Loire



|           |                                                        | SAAD ET SAAD ADMR |                                         |             |                          |                          |
|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Catégorie | Nom de l'établissement                                 | Téléphone         | Adresse                                 | Code postal | Commune                  | Habilitation date de MAJ |
| SAAD      | A DOMICILE 37 (anciennement AD SENIORS 37)             | 02 47 52 95 43    | ZA La Duquerie Est                      | 37390       | Chanceaux sur Choissile  | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AZMICILE (AZAE)                                        | 02 47 42 97 45    | 4 Route de Bordeaux                     | 37170       | Chambray les Tours       | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AZS (Association Services Séniors)                     | 02 47 62 22 22    | 21 rue Croix Montoire                   | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AAFP (Association Aide Familiale Populaire)            | 02 47 46 12 06    | 6 rue de la Bondonnrière                | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ACTIFADOM                                              | 02 34 38 05 14    | 1 allée Louis Yannick Baillargeaux      | 37540       | Saint-Cyr-sur-Loire      | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ADENIOR                                                | 02 47 28 44 81    | 17 Rue Eugène Gouin                     | 37230       | Fondettes                | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ADHAP SERVICES                                         | 02 47 47 07 23    | 266 rue Edouard Vaillant                | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ADMI-AMI                                               | 06 61 11 92 01    | 36 Grande rue                           | 37270       | Azay-sur-Cher            | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AGE & VIE Athée-sur-Cher                               | 0801 07 08 09     | 13 rue du Muguet                        | 37270       | Athée-sur-Cher           | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AGE & VIE Cléré-les-Pins                               | 0801 07 08 09     | 32 rue Principale                       | 37340       | Cléré-les-Pins           | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AMEF (Association Montloisienne Emplois Familiaux)     | 02 47 45 05 98    | 21 rue Rabelais                         | 37270       | Montlois-sur-Loire       | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ASAP (Association Services d'Aide à la Personne)       | 02 47 34 84 10    | 111 rue Michelet                        | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | ASSAD Bourgueil                                        | 02 47 97 73 45    | 30 rue du commerce                      | 37140       | Bourgueil                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | ASSAD Chemillé-sur-Dême                                | 02 47 52 30 17    | 17 rue de Saint-Hilaire                 | 37370       | Chemillé-sur-Dême        | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | ASSAD Chinon                                           | 02 47 93 25 74    | 7 avenue Saint Lazare                   | 37500       | Chinon                   | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | ASSAD Richelieu                                        | 02 47 58 26 21    | 9 Grande rue                            | 37120       | Richelieu                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | AU SABLIER SERVICES                                    | 02 41 50 53 64    | 89 rue de Larçay                        | 37550       | Saint-Avertin            | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | AUTONOMIA Services                                     | 06 95 33 03 96    | 39 rue des Granges Galland              | 37550       | Saint-Avertin            | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | CAPVIE Tours                                           | 02 47 64 71 89    | 31 rue Daniel Mayer                     | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | CCAS Saint-Pierre-des-Corps                            | 02 47 63 44 44    | 34 avenue de la république              | 37700       | Saint-Pierre-des-Corps   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | COVIVA BCS 37                                          | 09 83 45 00 02    | 17 rue Caulaincourt                     | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | DESTIA Joué-les-Tours                                  | 02 47 25 83 60    | 6 rue de la Douzillière                 | 37300       | Joué-les-Tours           | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | DESTIA Tours                                           | 02 47 20 47 47    | 40 avenue Grammont                      | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | DESTIA Vouvray                                         | 02 47 40 00 59    | 3 place Honoré de Balzac                | 37210       | Vouvray                  | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | DOMICIL+                                               | 02 47 37 39 39    | 39 rue des Granges Galland              | 37550       | Saint-Avertin            | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | DOMUSVI Domicile                                       | 02 22 54 44 48    | 1 rue Docteur Emile Roux                | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | FEDERATION ADMR                                        | 02 47 36 53 53    | 22 rue Fernand Léger                    | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | FREE DOM                                               | 02 47 38 58 33    | 3 mail de la papoterie                  | 37170       | Chambray-les-Tours       | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | HUMENSIA (ASSAD HAD TOURAINE)                          | 02 47 36 29 29    | 25 rue Michel Colombe                   | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | M2JF Confiez nous                                      | 02 47 37 26 73    | 2 place du Maréchal leclerc             | 37800       | Sainte-Maure-de-Touraine | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | MIEUX CHEZ VOUS                                        | 02 46 67 49 84    | 3 avenue Jean Jaurès                    | 37230       | Fondettes                | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | MUNERYS SERVICES                                       | 02 47 70 10 17    | 70 avenue de Grammont                   | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | O2 Amboise                                             | 02 43 72 02 02    | 38 rue Jules Ferry                      | 37400       | Amboise                  | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | O2 Loches                                              | 07 75 29 18 08    | 31 Grande rue                           | 37600       | Loches                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | O2 Tours Sud                                           | 07 75 26 21 41    | 89 boulevard Béranger                   | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | PLENITYS                                               | 02 47 51 20 71    | 6 boulevard Alfred Nobel                | 37540       | Saint-Cyr-sur-Loire      | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | QUINIV Senior compagnie                                | 02 47 27 32 31    | 3 mail de la papoterie                  | 37170       | Chambray-les-Tours       | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | SERVICE PLUS EN CHINONNAIS                             | 02 47 93 09 91    | 15 boulevard Paul Louis Courrier        | 37500       | Chinon                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | SUVIE SANTE                                            | 02 47 27 25 01    | 9 Rue Chapal                            | 37110       | Château-Renault          | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | TI SERVICES A DOM                                      | 02 47 76 15 42    | 5 rue de Fléteau                        | 37110       | Château-Renault          | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | VITALIANCE                                             | 02 47 20 05 22    | 25 rue des Granges Galand               | 37550       | Saint-Avertin            | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | VIVRAGIR                                               | 02 47 54 29 69    | 147 boulevard Heurteloup                | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | VIVRE AUTREMENT EN TOUT AUTONOMIE (VATOA)              | 06 58 56 17 61    | Les Tailles de Vauzelle                 | 37320       | Truyes                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | YAPLUKA                                                | 06 78 31 52 91    | 1 rue Gutenberg - ZA Les Buttes         | 37420       | Avoine                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Langeais                                          | 02 47 96 52 63    | 22 rue Descartes                        | 37130       | Langeais                 | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Ambillou                                          | 02 47 36 53 53    | 2 rue Mairie                            | 37340       | Ambillou                 | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Amboise                                           | 02 47 57 55 55    | 4 rue Grégoire de Tours                 | 37400       | Amboise                  | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Bléré-Saint Martin le Beau                        | 02 49 49 28 62    | 20 bis rue du Général de Gaulle         | 37150       | Bléré                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Charnizay                                         | 02 47 94 92 23    | 9 rue du 19 mars 1962                   | 37290       | Chamizay                 | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Château-la-Vallière                               | 02 47 24 98 69    | Mairie                                  | 37330       | Château-la-Vallière      | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Descartes                                         | 02 47 92 47 67    | 2 b Avenue François Mitterand           | 37160       | Descartes                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR du Chinonais                                      | 02 47 97 05 40    | Centre social - avenue de la République | 37420       | Avoine                   | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR du Ridelois                                       | 02 47 45 91 76    | 11 Route de Tours                       | 37190       | Azay-le-Rideau           | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Gâtine                                            | 02 47 22 17 59    | 11 Allée des Dahlias                    | 37390       | Notre Dame d'Oé          | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Ile-Bouchard                                      | 02 47 58 60 56    | 2 rue Carnot                            | 37220       | L'Ile-Bouchard           | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Ingrandes Saint Patrice                           | 02 47 96 94 05    | 12 place de l'Eglise                    | 37130       | Coteaux-sur-Loire        | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Joué-les-Tours                                    | 02 47 53 50 96    | 27 avenue de la République              | 37300       | Joué-les-Tours           | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Langeais est                                      | 02 47 96 52 63    | 22 rue Descartes                        | 37130       | Langeais                 | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Le Grand-Pressigny                                | 02 47 94 90 40    | 2 chemin des Roches                     | 37350       | Le Grand-Pressigny       | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR les plus de VAD                                   | 02 47 36 53 65    | 22 rue Ferdinand Léger CS 94134         | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Lignéres-de-Touraine                              | 02 47 96 01 06    | 23 rue d'Azay-le-Rideau                 | 37130       | Lignéres-de-Touraine     | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Ligué                                             | 02 47 59 91 21    | 32 rue Aristide Briand                  | 37240       | Ligué                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Loches                                            | 02 47 59 25 41    | 24 B rue du Général de Gaulle           | 37600       | Loches                   | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Manthelan                                         | 02 47 59 69 12    | 10 impasse Gué Saint-Cyr                | 37240       | Manthelan                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Montreuil                                         | 02 47 92 60 31    | 23 Grande rue                           | 37460       | Montreuil                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Pays de Racan                                     | 02 47 63 53 53    | 9 rue du 11 Novembre                    | 37370       | Neuvy-le-Roi             | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Preuilly-sur-Claise                               | 02 47 94 31 55    | 2 bis rue du Champ de Foire             | 37290       | Preuilly-sur-Claise      | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Richelieu                                         | 02 47 58 12 19    | 38 rue Henri Proust                     | 37120       | Richelieu                | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Saint-Branches                                    | 02 47 65 67 88    | Mairie                                  | 37320       | Saint-Branches           | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Saint-Epain                                       | 06 74 96 13 99    | Mairie                                  | 37800       | Saint-Epain              | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Saint-Flavier                                     | 02 47 36 53 53    | Mairie                                  | 37600       | Saint-Flavier            | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Saint-Martin-le-Beau-Bléré                        | 02 49 49 28 62    | 20 bis rue du Général de Gaulle         | 37 150      | Bléré                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Samva                                             | 02 47 98 11 11    | 14 rue du 11 Novembre                   | 37420       | Avoine                   | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Savigné-sur-Lathan                                | 02 47 40 92 77    | 3 rue du Kiosque                        | 37340       | Savigné-sur-Lathan       | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tauigny                                           | 02 47 65 67 88    | Mairie                                  | 37310       | Tauigny-Saint-Baud       | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tours Est                                         | 02 47 49 29 19    | 1 rue Georges Clémenceau                | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tours Nord de Loire                               | 02 47 22 48 46    | 4 T Esplanade François Mitterand        | 37100       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tours Nord Touraine                               | 02 47 24 30 84    | 4 T Esplanade François Mitterand        | 37100       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tours Ouest                                       | 02 34 32 20 42    | 22 rue Ferdinand Léger CS 94134         | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Tours Sud Touraine                                | 02 49 49 28 48    | 13 rue de Rocheperard                   | 37550       | Saint Avertin            | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Vallée de l'Indre                                 | 02 47 73 88 79    | 20 bis rue Principale                   | 37250       | Veigné                   | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Vallée du Cher                                    | 02 47 50 60 59    | 22 rue Ferdinand Léger CS 94134         | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Vie A domicile                                    | 02 49 49 29 81    | 1 rue Georges Clemenceau                | 37000       | Tours                    | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Villeperdue                                       | 02 47 36 53 53    | Mairie                                  | 37260       | Villeperdue              | Oui 10/10/2024           |
| SAAD ADMR | ADMR Yzeures-sur-Creuse                                | 02 47 91 06 02    | 8 place Mado Robin                      | 37290       | Yzeures-sur-Creuse       | Oui 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE AUTONOMIE DE L'ARCHE                         | 02 47 24 32 60    | 4 rue des Juifs                         | 37360       | Neuillé-Pont-Pierre      | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE AUTONOMIE JEANNE JUGAN                       | 02 47 44 87 00    | 1 rue Marie Madeleine Dienesch          | 37000       | La Ville aux Dames       | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE AUTONOMIE LE VERGER D'OR                     | 02 47 73 44 44    | 7 rue Veaugaudet                        | 37320       | Truyes                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE DOMITYS CŒUR DE LOIRE                | 02 47 30 77 11    | 30 rue du Docteur Herpin                | 37000       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE DOMITYS LA JOCONDE                   | 02 42 67 08 00    | 44 avenue de la république              | 37300       | Joué-les-Tours           | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE DOMITYS LE CLOS DE LA CHEMINÉE RONDE | 02 47 40 19 00    | 35 route de la Cheminée Ronde           | 37230       | Fondettes                | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE DOMITYS PARC BELMONT                 | 02 47 46 65 65    | 57 rue Groison                          | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE DOMITYS PARC DE VINCI                | 02 47 30 77 11    | 21 rue Saint-Denis                      | 37400       | Amboise                  | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE MARY FLOR                            | 02 47 91 96 33    | 3 avenue Louis XI                       | 37600       | Loches                   | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE SERVICE RESIDE ETUDE SENIORS LES GIRANDIERES | 06 17 79 70 24    | 211 rue de la Presle                    | 37100       | Tours                    | Non 10/10/2024           |
| SAAD      | RESIDENCE AUTONOMIE SAINT VINCENT                      | 02 47 58 35 83    | 9 Grande rue                            | 37120       | Manigny Marmande         | Non 10/10/2024           |

Les SAAD rattachés aux résidences autonomie et aux résidences service, sont des SAAD intégrés. Cela signifie qu'ils interviennent uniquement auprès des résidents de ces structures.

## Maltraitance sur personnes âgées – Grille de repérage

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Les vigilances fortes</b><br><br>                                                     | <b>Les personnes en situation de handicap avec dépendance importante</b> pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, faire les courses...) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polyhandicap</li> <li>- Handicap avec perte importante d'autonomie</li> <li>- Handicap moteur invalidant (AVC, sclérose en plaques...)</li> <li>- Surdité-cécité</li> <li>- Handicap sensoriel important (malentendant, mal voyant...)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                           | <b>Les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel</b> altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité, dépression, <i>border line</i>...)</li> <li>- Troubles neurocognitifs majeurs (altérations cognitives, Alzheimer, Korsakoff...)</li> <li>- Dépendance forte à l'alcool ou aux substances stupéfiantes ou médicaments de type anxiolytiques, sédatifs, opiacées, etc.</li> <li>- Trouble du développement intellectuel (déficience intellectuelle)</li> <li>- Troubles du spectre de l'autisme</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                           | <b>Les personnes en situation de forte dépendance</b> envers leur aidant                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne en perte d'autonomie qui dépend exclusivement de son aidant</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                           | <b>Les personnes dans l'incapacité de communiquer,</b> de s'exprimer                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allophonie (non-maîtrise de la langue/barrière linguistique)</li> <li>- Illettrisme</li> <li>- Aphasie</li> <li>- Difficultés d'élocution à articuler (maladie de Charcot, suite d'un AVC)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                           | <b>Les temporalités à risque</b>                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deuil (du conjoint, d'une personne proche)</li> <li>- Perte affective (rupture, éloignement géographique)</li> <li>- Changement de lieu de vie/d  m  nement</li> <li>- Annonce d'une maladie grave pour la personne ou pour un proche</li> <li>- Aggravation d'une maladie chronique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Les signaux d'alerte</b><br><br><i>Ce que j'observe, je vois, j'entends</i><br><br> | <b>Signes physiques</b>                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Lésions cutanées suspectes : bleus, ecchymoses, notamment associés à des explications « vagues » et/ou contradictoires</li> <li>▲ Plaies, brûlures, fractures</li> <li>▲ Déshydratation (lèvres sèches, fatigue, vertige, maux de tête)</li> <li>▲ Infections sexuellement transmissibles sans contexte ou possibilité de relations consenties</li> <li>▲ Plaies génitales et/ou anales</li> <li>● Défaut de soins (protection pour incontinence non changées, escarres non traitées, toilette non faite)</li> <li>● Perte de poids, détérioration de l'état général</li> <li>■ Absence de lunettes, de prothèses dentaires ou auditives malgré le besoin ou la prescription</li> </ul> |

▲ Vigilance forte
● Vigilance moyenne à forte
■ Vigilance faible à moyenne

## Les signaux d'alerte (suite)

### Signes comportementaux d'apparition ou de modification récente

- ▲ Plaintes de maltraitance ou de violences
- ▲ Menace de passage à l'acte, tentative de suicide
- ▲ Méfiance, hésitation à parler, interaction craintive
- Propos suicidaires (idées noires)
- Peur anxiété, repli de soi
- Modification humeur (+/-) (perte de contact, tristesse, pleurs, auto-négligence ; agitation inhabituelle, refus de se lever, perte d'envie, repli sur soi).
- Déclin rapide des capacités cognitives (perte soudaine de mémoire, difficultés à se repérer dans l'espace, désorientations...)
- Demande systématiquement la permission d'un tiers
- Automutilation
- Refus des soins, des médicaments ou l'alimentation
- Désinhibition sexuelle (attitude, propos)
- Changement du rythme (augmentation ou diminutions) des consultations médicales
- Perte d'appétit
- Troubles du sommeil (dort beaucoup ou très peu)
- Incontinence

### Conditions de vie de la personne concernée et de son entourage

- ▲ Défaut d'hygiène extrême du domicile
- ▲ Contention
- ▲ Isolement subi, mobilité restreinte, refus des visites, enfermement
- ▲ Dépossession des moyens de paiements (sans aucun encadrement/ni mise sous protection)
- ▲ Situation d'abandon
- ▲ Escroquerie, fraude, vol suspecté (valeurs, biens, documents)
- ▲ Exposition à un environnement violent
- Cohabitation avec une personne ayant des problèmes psychiatriques ou des addictions
- Perte de l'intimité, logement exigu ou inadapté
- Changement soudain de bénéficiaire du testament de l'assurance vie, de la procuration
- Absence d'argent pour les dépenses courantes (la personne doit systématiquement réclamer)
- Cohabitation non choisie (proches ou animaux imposés dans le logement)
- Manque de vêtements adaptés à la bonne taille, manque de linge de toilette, manque de nourriture suffisante, manque de matériel adapté
- Sur-médication (abus de sédatifs)
- Absence d'accès à une vie culturelle, de loisirs

### Sa relation avec l'aidant

- ▲ Menaces de mort, menaces d'abandon
- ▲ Banalisation de la maltraitance (violences habituelles)
- Disqualification permanente de la parole, banalisation de la plainte, reproches, infantilisation, langage irrespectueux
- Contrôle des relations (familiales, sociales, amicales, sexuelles)
- Refus de dialogue et/ou d'aide
- Absence de pouvoir décisionnel apparent : pas de recueil du consentement, pas libre-arbitre, pas d'informations donnée
- L'aidant répond aux questions posées « à la place » de l'aidé
- Manque d'informations, méconnaissance sur les pathologies de la personne concernée
- Conflit ancien avec l'aidant (histoire familiale)

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

### Les signaux d'alerte (suite)

#### Entourage familial

- Entourage en souffrance psychique (addictions, violences, agressivité)
- La victime soutient systématiquement l'auteur présumé (loyauté, dépendance affective)
- Entourage conflictuel et/ou dysfonctionnel (désaccord intrafamilial, opposition aux projets de soin et d'accompagnement, au choix du lieu de vie)
- Absence d'accompagnement social ou médico-social
- Entourage en difficultés économiques

### Les facteurs de risques associés

*Ce que j'interroge, je cherche, je recoupe*



#### Liés à la victime

- Histoire de violences subies (victime ou auteur)
- Isolement social important

#### Liés à l'auteur supposé

- ▲ Troubles psychiatriques/troubles du comportement
- ▲ Addiction (alcool ou drogue)
- Histoire de violences subies (victime ou auteur)
- Antécédents judiciaires de violence
- Si l'auteur est l'aidant
- Isolement relationnel de l'aidant
- Épuisement de l'aidant (l'aidant dit qu'il est fatigué, qu'il n'a pas de répit ni de relais)
- L'aidant perçoit son rôle comme un fardeau
- L'aidant organise seul l'ensemble des soins, administre les comptes, gère l'ensemble du quotidien (aidant exclusif)
- L'aidant est dépendant financièrement de la personne aidée
- L'aidant rencontre des difficultés personnelles (psychologiques, médicales, physiques, financières...)
- Il existe un conflit familial/une histoire familiale complexe

### Les facteurs de protection



#### De la personne

- Estime de soi
- Capacité à demander de l'aide
- Connaissance de ses droits
- Capacité à se fixer des objectifs
- Capacité à faire face aux événements
- Capacité à exprimer ses émotions
- Capacité financières propres

#### De son entourage

- Personnes disponibles et à l'écoute (membres de la famille, professionnels, amis, voisins, bénévoles...)

#### De son environnement

- Cohésion de quartier
- Proximité établissements de santé et services médico-sociaux.
- Offre de service adaptée à la population âgée
- Milieu de vie exempt d'âgisme et favorisant participation sociale

▲ Vigilance forte

● Vigilance moyenne à forte

■ Vigilance faible à moyenne

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 19 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? :La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie Société*. 6 oct 2011;34138(3):127-42.
3. Pôle Vieillissement [Internet]. [cité 10 juill 2025]. CHRU de Tours. Pôle Vieillissement - Médecine Aiguë Gériatrique (MAG). Disponible sur: <https://www.chu-tours.fr/vieillissement/pole-vieillissement-medecine-aigue-geriatrique/>
4. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillissement: Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. *médecine/sciences*. déc 2020;36(12):1173-80.
5. Charazac P. 6. Autonomie et dépendance. *Ateliers Prat*. 25 déc 2020;3:105-28.
6. Cossart P, Delmas-Marty M, Deschamps C, Dien MJ, Ameisen JC, Beloucif S, et al. Avis n°87 Refus de traitement et autonomie de la personne.
7. Cambois E, Robine JM, Mormiche P. Did the Prevalence of Disability in France Really Fall Sharply in the 1990s? :A Discussion of Questions asked in the French Health Survey. *Population*. 2007;62(2):313-37.
8. Comment le GIR est-il déterminé ? [Internet]. 2025 [cité 10 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
9. Maintien à domicile [Internet]. [cité 19 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
10. Bien vieillir [Internet]. [cité 10 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
11. Division UNP. Population Division Data Portal. [cité 20 avr 2025]. By Location | Pivot Table | Data Portal. Disponible sur: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/71/locations/900/start/1990/end/2040/table/pivotbylocation?df=375706ac-0b65-4457-8360-b130e90691d3>
12. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 20 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
13. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881 [Internet]. [cité 20 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
14. 627 000 habitants dans l'Indre-et-Loire à l'horizon 2070 - Insee Flash Centre-Val de Loire - 62 [Internet]. [cité 20 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6661426#tableau-figure4>
15. Ankri, J. (2011), Les besoins de santé face au vieillissement de la population. Livre blanc de la gériatrie française; 2011. p.17-21.
16. Perte d'autonomie – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242365?sommaire=8242421#consulter>
17. Odoxa-pour-Adedom-OCIRP-Aide-et-soins-a-domicile-18-mai.pdf [Internet]. [cité 21

- avr 2025]. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2021/05/Odoxa-pour-Adedom-OCIRP-Aide-et-soins-a-domicile-18-mai.pdf>
18. Marek KD, Popejoy L, Petroski G, Mehr D, Rantz M, Lin WC. Clinical Outcomes of Aging in Place: Nurs Res. mai 2005;54(3):202-211.
  19. Pani-Harreman KE, Bours GJJW, Zander I, Kempen GJIM, Van Duren JMA. Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': a scoping review. Ageing Soc. sept 2021;41(9):2026-59.
  20. Ahn M, Kwon HJ, Kang J. Supporting Aging-in-Place Well: Findings From a Cluster Analysis of the Reasons for Aging-in-Place and Perceptions of Well-Being. J Appl Gerontol. 1 janv 2020;39(1):3-15.
  21. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The Meaning of « Aging in Place » to Older People. The Gerontologist. 1 juin 2012;52(3):357-66.
  22. Luker JA, Worley A, Stanley M, Uy J, Watt AM, Hillier SL. The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review. BMC Geriatr. 8 août 2019;19:217.
  23. Samus QM, Johnston D, Black BS, Hess E, Lyman C, Vavilikolanu A, et al. A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. avr 2014;22(4):398-414.
  24. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Kautiainen H, et al. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. J Am Geriatr Soc. déc 2009;57(12):2200-8.
  25. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879483](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483)
  26. Rolland Y. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011; 9(4):387-90.
  27. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 juill 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031928438](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438)
  28. Lahaye S. La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante. 2015;
  29. Prampart-Fauvet L. Rôle du médecin généraliste dans l'entrée en institution des personnes âgées en Pays de la Loire en 2024.
  30. Question | CNIL [Internet]. [cité 7 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/these-de-medecine-queelles-formalites-la-cnil>
  31. Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG). Collège de gériatrie. In: ELSEVIER-MASSON. 2021. (Référentiel des collèges - 5ème édition).
  32. Lupczynski-Bensimhon T. [Physician's role in the medical and legal protection of elderly patients]. Rev Prat. mars 2021;71(3):314-20.
  33. Évolution du métier des auxiliaires de vie en lien avec l'utilisation d'un outil numérique de télésurveillance [Internet]. [cité 14 oct 2025]. Disponible sur: [https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2024/07/Fnors\\_Rapport-final\\_ONIA.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2024/07/Fnors_Rapport-final_ONIA.pdf?utm_source=chatgpt.com)

34. Fontaine R, Juin S. L'implication des proches aidants dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées - Jusqu'où ? médecine/sciences. 1 déc 2020;36(12):1188-95.
35. Nan J, Duan Y, Wu S, Liao L, Li X, Zhao Y, et al. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. BMC Geriatr. 3 juin 2022;22:482.
36. Larcher A. Personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile: quels sont les freins à l'acceptation des aides médico-sociales ? [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2017.
37. Radreau S. Le médecin généraliste face au refus de soin du sujet âgé: étude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2015.
38. Molin E. Accompagnement organisé en maison de santé du proche aidant d'une personne âgée dépendante [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2023 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM043.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM043.pdf)
39. Buchman P, Erb J. Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie. Grenoble; 2019.
40. Visite à domicile : enquête et entretiens [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/visite-a-domicile-enquete-et-entretiens/>
41. Devaure F, Morand T. Visite à domicile: optimisation technique et organisationnelle par les médecins généralistes. Une étude qualitative dans les départements des Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées et Landes. 2024.
42. LaFave S, Drazich B, Sheehan OC, Leff B, Szanton SL, Schuchman M. The Value of Home-Based Primary Care: Qualitative Exploration of Homebound Participant Perspectives. J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc. nov 2021;40(11):1611-6.
43. Wool E, Shotwell JL, Slaboda J, Kozikowski A, Smith KL, Abrashkin K, et al. A Qualitative Investigation of the Impact of Home-Based Primary Care on Family Caregivers. J Frailty Aging. 2019;8(4):210-4.
44. Goroncy A, Makaroff K, Trybula M, Regan S, Pallerla H, Goodnow K, et al. Home Visits Improve Attitudes and Self-Efficacy: A Longitudinal Curriculum for Residents. J Am Geriatr Soc. avr 2020;68(4):852-8.
45. Smith-Carrier T, Sinha SK, Nowaczynski M, Akhtar S, Seddon G, Pham TNT. It « makes you feel more like a person than a patient »: patients' experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada. Health Soc Care Community. mars 2017;25(2):723-33.
46. Lonnoy S. Évaluation des contraintes et de la rémunération de la visite à domicile par les médecins généralistes libéraux du Nord en activité régulière [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2023 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM364.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM364.pdf)
47. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. 31 janv 2019;106.

48. Boudy A. Impact de la revalorisation de l'acte visite longue pour les médecins généralistes du Nord dans leur pratique et le suivi des patients âgés polyopathologiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2025 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: [https://pepinc-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2025/2025ULILM020.pdf](https://pepinc-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2025/2025ULILM020.pdf)
49. Vialtel SE. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2012 [cité 30 sept 2025]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731721>
50. Sanford S, Naglie G, Cameron DH, Rapoport MJ, Canadian Consortium on Neurodegeneration in Aging Driving and Dementia Team. Subjective Experiences of Driving Cessation and Dementia: A Meta-Synthesis of Qualitative Literature. Clin Gerontol. 2020;43(2):135-54.
51. Fabre MA. Personnes âgées et conduite automobile : étude rétrospective sur l'arrêt de la conduite automobile dans une population de consultation mémoire. 11 sept 2019;55.
52. Freeman EE, Gange SJ, Muñoz B, West SK. Driving Status and Risk of Entry Into Long-Term Care in Older Adults. Am J Public Health. juill 2006;96(7):1254-9.
53. « 3 choses qu'on peut dire à une personne âgée pour la convaincre d'aller chez le médecin » (ITV de Bruno Oquendo) – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG). 2025 [cité 14 oct 2025]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/revue-de-presse/3-choses-quon-peut-dire-a-une-personne-agee-pour-la-convaincre-daller-chez-le-medecin-itv-de-bruno-oquendo/>
54. Rosalie Y. La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides. Limoges;
55. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 14 avr 2016;17(1):45.
56. Azim NBS. Maintien à domicile du sujet âgé: pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gériatrie. Nice; 2016.
57. Ris I, Schnepf W, Mahrer Imhof R. An integrative review on family caregivers' involvement in care of home-dwelling elderly. Health Soc Care Community. mai 2019;27(3):e95-111.
58. Kirkpatrick P, Wilson E, Wimpenny P. Support for Older People with COPD in Community Settings: A Systematic Review of Qualitative Research. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(57):3649-763.
59. Herit S, Moras JB. Analyse de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes inscrites au réseau gériatrique de la Haute Saintonge [Internet]. 1896-....., France; 2014 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/5246630>
60. Hoellinger C. La mise en place des aides pour le maintien à domicile des patients alzheimer: le point de vue de l'aidant : étude qualitative en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.
61. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie | Cour des comptes [Internet]. 2016 [cité 14 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>
62. Guérin S. Les coûts de la dépendance : la dépendance, une affaire de famille. Empan. 15 oct 2013;91(3):34-41.

63. Est-on obligé d'aider son parent ou son beau-parent qui est dans le besoin ? [Internet]. [cité 14 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F2009>
64. Valentin A, Chèvre A. Quelles sont les attentes de l'aidant principal vis-à-vis du médecin traitant dans le cadre de l'accompagnement d'un proche en fin de vie à domicile ? [Internet]. 1970-2024, France; 2021 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/4959ca90-ca95-4586-9de6-002315fb06a5>
65. BERNARD M, RANARIVELO A. Vécu des internes de médecine générale de Grenoble dans la prise en charge de la perte d'autonomie de la personne âgée. Grenoble; 2025.
66. Blaum CS, Rosen J, Naik AD, Smith CD, Dindo L, Vo L, et al. Feasibility of Implementing Patient Priorities Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. J Am Geriatr Soc. oct 2018;66(10):2009-16.
67. Prampart--Fauvet L. Rôle du médecin généraliste dans l'entrée en institution des personnes âgées en Pays de la Loire en 2024 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-...., France]: Nantes Université; 2024 [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04778768>
68. Lahaye S. La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante [Thèse d'exercice]. [1968-...., France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
69. Vuillemin M, Faidherbe V, Andrès E, Université de Strasbourg . Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé. Vécu de la personne âgée lors du passage de la vie à domicile à la vie en institution: thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine : diplôme d'État mention médecine générale [Internet]. 2009-...., France; 2025 [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2024/2024\\_VUILLEMIN\\_Marie.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2024/2024_VUILLEMIN_Marie.pdf)
70. Botteau-Baillon G. Le maintien à domicile: les limites, la place de l'aidant [Thèse d'exercice]. [1991-...., France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2008.
71. Guillemard AM, Touraine A. Chapitre 2 - Vieillesse et modes de vie:Émergence d'une politique d'insertion sociale de la vieillesse. Sociologies. 1986;117-215.
72. Marchand M. Regards sur la vieillesse. J Psychol. 2008;256(3):22-6.
73. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
74. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire)
75. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs)
76. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Le soutien des aidants non professionnels.Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-)

a-destination-des-professionnels-du-secteur-social-et-medico-social-pour-soutenir-les-aidants-de-personnes-agees-adultes-handicapees-ou-souffrant-de-maladie-chronique-vivant-a-domicile

77. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement)

78. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee)

79. Annexe 2 - Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Annexe%202%20-%20Principales%20lois%20et%20d%C3%A9crets%20d%C3%A9finissant%20l%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20depuis%201945.pdf>

80. HCFEA | Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile | Haut-commissariat à la stratégie et au plan [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/hcfea-bien-vivre-vieillir-lautonomie-domicile>

81. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (no 325) Amendement n°610 [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/0325/AN/610>

82. Perte d'autonomie au Québec : une classification en 14 profils détermine les services et l'hébergement [Internet]. Ressources de soins aux Aînés Montréal. 2019 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://ressourcessoinsainesmontreal.com/perte-dautonomie-au-quebec-une-classification-en-14-profils-determine-les-services-et-lhebergement/>

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

84. Allocation journalière du proche aidant : dans certains cas vous pourrez la percevoir plus longtemps [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A17505>

85. Lancement de la Conférence nationale de l'autonomie | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2025 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/lancement-de-la-conference-nationale-de-lautonomie>

86. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. 26 juin 2019;83.

87. Arrêté du 29 septembre 2025 portant approbation du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire.

88. Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 11 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

89. Vivre chez soi [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.touraine.fr/mes-services-au-quotidien/seniors/vivre-chez-soi.html>

90. Forte hausse attendue de la demande de services à la personne d'ici 2050 - Insee Première - 2042 [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8383720>
91. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
92. Projets de loi - XVIIe législature - Assemblée nationale [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: [https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/liste/\(type\)/projets-loi/\(legis\)/17](https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/liste/(type)/projets-loi/(legis)/17)
93. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3552118/fr/evaluation-du-risque-de-maltraitance-intrafamiliale-sur-personnes-majeures-en-situation-de-vulnerabilite](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3552118/fr/evaluation-du-risque-de-maltraitance-intrafamiliale-sur-personnes-majeures-en-situation-de-vulnerabilite)
94. Abus de faiblesse des personnes âgées : dans quelles situations ? [Internet]. 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/les-mesures-de-protection/preserver-son-autonomie/les-mesures-de-protection/abus-de-faiblesse-des-personnes-agees-dans-quelles-situations>

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in dark ink, consisting of a long horizontal stroke followed by a series of loops and a final upward stroke.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## HAU Geoffrey

95 pages – 1 tableau – 1 schéma

### Résumé :

Le vieillissement de la population va s'amplifier dans les prochaines années, augmentant la part des personnes en perte d'autonomie. La volonté d'une large partie de la population est de vieillir à domicile. Le médecin généraliste est un acteur central concernant la prévention et le dépistage de la perte d'autonomie. L'accompagnement du maintien à domicile est une continuité de ce rôle. L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu et les pratiques des médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie.

Il s'agit d'une étude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes libéraux exerçant en Indre-et-Loire selon l'approche par théorisation ancrée avec échantillonnage en variation maximale.

La perte d'autonomie est polymorphe. Pour la dépister, le médecin peut s'appuyer sur ses compétences, sur le patient et son entourage, et sur les professionnels médico-sociaux. L'étape suivante est de construire un plan de soin personnalisé. Pour le mettre en place, le médecin, avec ses rôles multiples, est un point d'ancrage. Ses atouts sont la relation de confiance avec le patient, la maîtrise de la visite à domicile et la connaissance des ressources à sa disposition. Le refus, le manque de communication et les problématiques financières sont les principales limites concernant le patient et son entourage. Pour le médecin, le manque de moyens humains et la valorisation insuffisante de son activité médico-sociale génère de la frustration.

Le médecin sera en mesure de favoriser le maintien à domicile dans les conditions optimales avec le cycle *repérer - convaincre - mettre en place - adapter*. Pour cela, la visite à domicile est un atout majeur pour accéder à la réalité du terrain, par son impact positif sur le patient et permettrait de diminuer le recours aux transports sanitaires.

### Mots clés :

Personne âgée, perte d'autonomie, médecin généraliste, maintien à domicile

### Jury :

Président du Jury : Professeur Marie-Frédérique LARTIGUE

Directeur de thèse : Docteur Jérémie BREUNEVAL

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL

Docteur Pascal BLANC

Date de soutenance : 20 novembre 2025