

Année 2024

2024 TOU3 1024
2024 TOU3 1025

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maëva OHEIX & Pierre GILBERT

Le 06 mai 2024

**Ressenti des médecins généralistes lors de la proposition d'aides à domicile chez leurs patients âgés
devenant dépendants.**

Directeur de thèse : Pr André STILLMUNKES

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Madame le Docteur Delphine DAL'ZOTTO-SARTORI

Président du jury

Assesseur

Assesseur



FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et pharmacologie cardiovasculaire
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEL MAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DEL PLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAIGNAC Etienne
M. CHAPUT Benoit
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Mariène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. REAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loic

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUXVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENHARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROULLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALEGAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

Nos Remerciements

A Madame le Professeur Rougé-Bugat,

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous sommes reconnaissants de l'intérêt dont vous avez fait preuve à l'égard de notre travail, et sommes fiers de vous le présenter.

A Monsieur le Professeur André Stillmunkès,

Merci d'avoir dirigé notre thèse, de nous avoir guidé tout au long de notre travail, de vos explications éclairées et de votre sympathie. Votre expertise et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse au cours de la rédaction de ce premier travail de recherche.

A Madame le Docteur Dal'zotto-Sartori,

Merci d'avoir été une super maître de stage, de nous avoir aidé pour notre premier focus group et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A nos maîtres de stage,

Merci de votre accompagnement et de vos conseils, vous avez tous participé à faire de nous les médecins que nous voulions être.

Aux équipes médicales et paramédicales qui nous ont entouré,

Toute l'équipe des Urgences de Carcassonne, l'équipe de l'UHSI de Toulouse, l'équipe de l'Oncopôle, l'équipe de Bondigoux, les secrétariats des cabinets médicaux.

A tous les médecins qui ont participé à ce travail de recherche,

Merci d'avoir accordé du temps et de l'intérêt à notre travail, il est évident que nous n'aurions pas pu avancer sans vous.

Remerciements de Maëva

A Pierrot,

Pour tous ces mois de galère, mais surtout pour toutes ces années d'amitié les ayant précédés. Je n'aurai pas pu avoir meilleur co-thésard, je suis fière d'avoir accompli tout ça avec toi et fière que l'on devienne docteur ensemble.

Pour finir une citation d'un grand homme : "La famille m'aide".

A mes parents,

Merci pour votre soutien depuis toutes ces années d'études, de m'avoir permis de m'épanouir dans ma voie.

Maman pour ta réassurance, ton calme et nos discussions avec nos idées souvent divergentes me permettant de garder toujours l'esprit ouvert.

Papa pour ta bonne humeur, ton attention et tous mes passages à Cepoy m'ayant permis de me ressourcer.

Anne pour ton intérêt, notre passion commune pour les chats, remplissant la maison de douceur.

Vous avez toujours cru en moi, j'espère vous avoir rendu fiers, je vous aime.

A ma famille,

Jo pour avoir été un exemple de réussite, et pour toutes nos parties de jeux de sociétés.

Camille et Titouan, pour me rappeler que je suis déjà presque vieille, vous allez vous épanouir dans vos voies respectives je n'en ai aucun doute.

A mes amis,

Ceux de longue date, **Claire, Maé, Romain, Louise, Paul** et **Greg**, avec qui j'ai vécu beaucoup, vous êtes une deuxième famille à mes yeux.

Spécifiquement, à toi **Audrey**, de m'avoir accompagné pendant ces deux p1, je n'y serais pas arrivée sans toi.

Ceux des années médecine, **Cam, Esma, Aurel, Max** et **Alaïa** pour tous les moments de folie, d'entraide et de soutien, mais surtout de folie. Merci de m'avoir supporté moi et mon stress, de m'avoir fait presque aimer les câlins, d'avoir rempli de souvenirs si précieux toutes ces années.

Ceux plus récents de Carcassos, **Gwen, Simonneau, Chacha** et **Nico**, six mois d'adversité auront fait naître de vraies amitiés, à toutes les soirées Tripletta et à tous les marchés du samedi matin à venir !

A Lise,

Pour absolument tout depuis le début de notre amitié, je ne te remercierai jamais assez. Ton soutien infailible a été et est toujours un pilier, je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés.

A Blue,

Merci à toi petite boule de poils, pour ta douceur et tes ronrons quotidiens.

A Bets,

Merci d'avoir croisé mon chemin, de voir en moi ce que je ne vois pas, de me tirer vers le haut. En espérant que ce trajet en covoiturage ne s'arrête jamais, j'ai hâte de tout découvrir avec toi.

Remerciements de Pierre

A toi Mae, ma co-thésarde

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Je suis tellement fier d'avoir accompli ce travail à tes côtés, 12 ans après t'avoir rencontré à Guist'hau. De tous nos souvenirs communs, ces interminables coups de téléphone pour la thèse et ces schémas incompréhensibles resteront gravés sur ce travail. Tu es ma collègue de promotion, mais tu es surtout mon amie.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné la vie, déjà. Merci de votre patience, de votre soutien, de votre amour. Merci de m'avoir donné toutes les chances de devenir qui je voulais. J'espère vous rendre fiers, je vous aime. Et ronrons à ***Philae***.

A ma sœur Marie,

Merci pour ta présence et ton écoute quand j'en ai eu besoin. Ta fierté m'importe tellement. Merci à ***Philippe*** d'être là et de te rendre heureuse. ***Malo*** et ***Nino***, vous me comblez de joie.

A mon frère Nicolas,

Notre relation est indescriptible, mais je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Tu me donnes confiance en moi et en mes projets. Nez. Merci à ***Morgane*** d'être aussi chouette.

A ma famille, Christiane et ***Henri, Isabelle*** et ***Hassen, Agnès, François, Julien, Claire, William, Olivier, Elisa, Clara, Raphaëlle, Héloïse***. Merci pour vos encouragements et votre soutien. Et à ***Carl***, tu fais réellement partie de la famille. Merci d'être un parrain formidable.

A ma seconde famille,

Grand Pierre, 24 ans que je me suis perdu dans ton jardin de Bourgneuf et qu'est née une amitié éternelle. Tu es un génie, et je serai toujours fier d'être ton ami ;

Raphou, entre les rires, les apéros, et les Schoko-bons, merci surtout pour le soutien, la confiance, et l'amitié que tu me portes. Tu resteras toujours un ami que j'admire ;

Margotte, que de chemin parcouru depuis la 5^e, mais une amitié intacte et précieuse. Je suis tellement fier de voir où tu en es aujourd'hui, Docteur en Pharmacie et vendéenne avec **Ben**.

A mes copains nantais qui deviendront de merveilleux médecins,

Louis, j'épargnerai cette fois-ci tes goûts musicaux. Tous les moments partagés ensemble, et même le confinement, la D4, les problemos, furent de qualité car ils étaient avec toi bro;

Estelle, quel plaisir d'avoir une amie comme toi, rugby et voyages au programme ;

Léana, mon Tic, mon double, à ces fous-rires et ces discussions lunaires ou plus sérieuses ;

Maeva, le cinéma, la danse, oui ça valait la peine de me casser le genou pour te rencontrer;

Pierre-Axel, je suis heureux de te savoir épanoui, et te remercie pour ce qu'on a partagé.

Lolo, Aurel, et les autres, ces souvenirs qu'on s'est créés resteront gravés à jamais.

A mes rencontres toulousaines qui seront des médecins non moins fabuleux,

Mél et **Gwen** (et le Danu), **Jess, les copains de Carcassos**, et tous les autres.

Aux copains danseurs, Maryvonnick, Stan, Caro, Luc, Mavéa, Manon, Constance, Sophie.

A LéoLuLu, ces apéros, ces matchs, cette technique pour faire vrombir les motards, et à ce que l'on partage de plus sérieux. **Léonard, Lucien, Lucas**, continuons à nous marrer.

A Emilie, Clément, Marc, merci pour tout ce que vous m'avez apporté et appris, vous avez facilité l'intégration dans ma nouvelle vie toulousaine plus que ce que vous pouvez imaginer. J'ai tellement hâte de travailler avec vous, ou pas très loin.

A Nathalie, Eric, Reda, Samy, Yanis, Mathilde, Ice Tea, merci de m'avoir accueilli dans votre quotidien depuis plus de deux ans maintenant.

A Yazid, Christophe, Vincent, pour m'avoir fait tant rêver.

A ma Margaux,

Merci d'être à mes côtés, je n'ai jamais autant aimé une victoire du XV de France que celle du 19 mars 2022. Partager mes passions avec toi les rendent plus belles.

Ta générosité, ton humour, ta patience, ta force, ta douceur, et simplement ton amour sont des qualités qui m'accompagnent au quotidien et font de moi un homme heureux.

Tu es l'amour de ma vie et nous finirons ensemble, la vie a encore tant à nous offrir.

Je t'aime Temtem.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODES	5
I. Caractéristiques de l'étude	5
II. Sélection de la population de l'étude	5
a. <i>La population</i>	5
b. <i>Les critères d'inclusion</i>	6
c. <i>Les critères de non-inclusion</i>	6
d. <i>La méthode de recrutement</i>	6
III. Recueil des données	7
IV. Interprétation des données	8
V. Ethique	8
RESULTATS	9
I. Données sociologiques des médecins participants	9
II. Le ressenti du médecin généraliste.....	9
a. <i>Ressenti positif</i>	9
1. Prioriser	9
2. Savoir être	10
3. Être entouré	11
4. Être légitime	11
5. Respecter.....	12
6. Faire confiance	12
7. Savoir faire.....	12
b. <i>Ressenti négatif</i>	13
1. Abandonner.....	13
2. Être limité dans son action	13
3. Se projeter au travers du patient	14
4. Souffrir avec.....	14
5. Douter de soi	15
6. Être opposant	15
7. Méconnaître son patient.....	16
8. Se sentir seul	16
9. Être ignorant.....	17

10.	Fuir.....	17
11.	Être épuisé.....	17
III.	Les freins et les leviers à la mise en place d'aides à domicile	18
<i>a.</i>	Leviers	18
1.	Être entouré	18
2.	Connaître le patient.....	18
3.	Avoir des aides adaptées.....	18
4.	Rendre le patient acteur.....	19
5.	Travailler en équipe	19
<i>b.</i>	Freins	19
1.	Se cacher	19
2.	Ne pas avoir un entourage aidant	20
3.	Ne pas faire confiance	20
4.	Avoir des représentations négatives	21
5.	S'opposer	21
6.	Frein sociétal	21
7.	Être ignorant.....	22
DISCUSSION		23
I.	Principaux résultats et liens avec les données de la littérature	23
II.	Forces et faiblesses de l'étude	27
<i>a.</i>	Forces	27
1.	Intérêt du sujet et choix de la méthode	27
2.	Validité interne	28
3.	Validité externe	28
<i>b.</i>	Faiblesses.....	29
1.	Biais de sélection.....	29
2.	Biais de désirabilité.....	29
3.	Biais d'investigation.....	29
4.	Biais de rappel	29
5.	Pas d'extrapolation possible.....	30
III.	Ouverture.....	30
CONCLUSION.....		31
BIBLIOGRAPHIE.....		32
ANNEXES		35

TABLE DES ABREVIATIONS

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

ICOPE : Integrated care for older people

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASSDO : Parcours pluriprofessionnel sanitaire et social

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

INTRODUCTION

Un Français sur cinq a plus de 65 ans selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) (1), et la proportion de personnes âgées dans la population devrait continuer de croître selon les projections. Cependant, donner une définition de la personne âgée n'est pas simple au vu de l'hétérogénéité de cette population, tant sur le plan de l'état de santé qu'au niveau social. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) considère une personne ayant plus de 60 ans comme âgée, tandis que l'INSEE de son côté adapte sa définition aux personnes de 65 ans et plus.

Au début de l'année 2019, la France comptait 13,4 millions de personnes âgées de 65 ans et plus selon l'INSEE, soit 20 % de sa population (1). D'après des projections de 2016, l'INSEE évoque un vieillissement continu de la population française jusqu'en 2060, avec notamment une accélération plus marquée d'ici 2035. Il y aurait 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans en 2060, ce qui représenterait un Français sur trois (2).

Compte tenu de ces statistiques ainsi que de notre expérience personnelle, nous avons déjà pu constater que la proportion de personnes âgées prend une grande part au sein des patientèles de médecine générale. Selon une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les médecins généralistes suivent en moyenne vingt-et-un patients âgés dépendants vivants à domicile, une immense majorité déclare en suivre au moins un (95%) et près de la moitié plus de vingt (40%) (3). Il est donc à prévoir que ce vieillissement de la population aura une répercussion sur notre exercice de médecin généraliste. Le risque est de confondre la dépendance et le vieillissement normal. Le vieillissement en bonne santé est défini par l'OMS : « Le vieillissement en bonne santé est le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être. Les aptitudes fonctionnelles sont les capacités qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. » (4). Le collège de gériatrie définit la dépendance selon ces termes : « La dépendance est pour une personne la perte partielle ou totale de la capacité

à réaliser les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. » (5).

Nous avons pu lire une thèse réalisée par un interne Lillois traitant du maintien à domicile des personnes âgées. Il est fait mention dans cette thèse de la différence qu'il existe entre un maintien à domicile d'une personne âgée et un maintien à domicile difficile. Cette distinction nous a paru intéressante, car la dépendance est parfois vue comme une continuité du vieillissement normal. Ce travail de thèse tente de donner une définition au maintien à domicile difficile après des entretiens avec des médecins généralistes. Il est retenu comme définition du maintien à domicile difficile : « un maintien à domicile dont les conditions nécessaires au bon déroulement sont soit initialement absentes, soit dépassées par l'évolution de la dépendance ou encore limitées par un autre facteur (économique principalement). » (6).

Le médecin généraliste, par son rôle de médecin de premier recours ainsi que de référent du parcours de soin, occupe une place centrale dans l'abord de la dépendance à la personne âgée. C'est en effet lui qui peut organiser une rencontre avec l'équipe de gériatrie lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic de démence, par exemple, ou encore lui qui sera le plus souvent chargé de remplir avec le patient âgé les dossiers de demande d'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Une thèse réalisée par des internes savoyardes (7) nous a permis de mieux cerner la place du médecin généraliste dans cette mise en place d'aides, étant susceptible de recevoir la demande directement du patient ou de sa famille, ou encore de devoir lui-même évoquer ce besoin d'aide à domicile. Sa connaissance du patient sur un plan global et non seulement médical est un atout, et c'est encore plus vrai s'il fait des visites au domicile du patient âgé.

Ayant l'idée principale que nous souhaitions pour notre thèse, nous avons effectué des recherches bibliographiques sur le sujet, mais il n'existe que peu de données dans la littérature. Beaucoup de travaux traitaient de la question du point de vue du patient ou des aidants, mais nous n'avons trouvé que trois thèses se rapportant au point de vue du médecin généraliste sur ce sujet.

Une première thèse citée plus haut traite de la « 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. » (7). Il ressort très peu d'éléments concernant le ressenti réel du médecin généraliste. Le sujet est focalisé principalement sur des difficultés méthodologiques.

Une seconde thèse traite du « maintien à domicile du sujet âgé : pratique des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie », ce travail-ci ne traite pas de la question du ressenti, mais de l'organisation du réseau local en rapport avec les aides à domicile (8).

Une troisième thèse évoquée plus haut et traite de « Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais gèrent-ils les situations de maintien à domicile ? » (6). Il est question du ressenti du médecin généraliste de manière succincte sans approfondissement, le sujet étant plutôt focalisé sur la définition du maintien à domicile difficile et les pistes d'amélioration possibles.

Le ressenti du médecin a donc souvent été résumé à la difficulté de trouver le temps de faire les démarches, à la lourdeur de ces dernières et au manque de formation. Cependant, il nous a paru important d'évaluer le ressenti du généraliste concernant la manière de se préparer avant d'aborder le sujet, l'impact de la réponse du patient sur ses certitudes et les répercussions de cette consultation dans sa relation avec le patient. C'était aussi l'occasion d'étudier les représentations des médecins généralistes sur les freins et les leviers éventuels à la mise en place de ces aides.

Intéressés par ce ressenti des médecins généralistes sur ce sujet, nous avons donc décidé d'y consacrer notre travail de thèse en essayant de répondre à cette question : Quel est le ressenti des médecins généralistes lors de la proposition d'aides à domicile chez leurs patients âgés devenant dépendants ? L'objectif secondaire sera d'étudier les freins et les leviers à la mise en place de ces aides.

MATERIEL ET METHODES

I. Caractéristiques de l'étude

Nous avons utilisé une méthode qualitative avec analyse par des entretiens de groupe auprès de médecins généralistes.

La méthode qualitative nous semblait la plus adaptée à notre thèse car elle permet de prendre en compte et d'analyser des points de vue différents, d'autoriser les représentations personnelles, puisque l'objectif n'est pas de vérifier une théorie mais d'établir un état des lieux. En effet nous souhaitons nous concentrer sur le ressenti, les expériences et les attentes des médecins sur le sujet des aides à domicile.

Nous nous étions orientés en premier lieu sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Après un échange avec notre directeur de thèse, nous avons convenu qu'il pourrait être plus intéressant de réaliser des entretiens de groupe ou Focus group. Ceux-ci permettent en effet un échange entre les différents médecins, ainsi qu'un partage plus riche de leur expérience et de leur ressenti. Les focus group sont privilégiés dans les travaux de recherche étudiant le ressenti car ils créent une dynamique de groupe par comparaison constante, favorisant la discussion voire le débat.

II. Sélection de la population de l'étude

a. La population

Nous avons choisi de réaliser ces entretiens de groupe avec des médecins généralistes libéraux, en activité et installés en région Occitanie.

Afin que les données puissent être les plus diversifiées possible, nous avons réalisé les focus group dans différents cadres géographiques.

Deux des focus group ont été réalisés auprès de médecins généralistes ayant une patientèle principalement urbaine (Montauban et Muretain).

Deux autres focus group ont été réalisés auprès de médecins généralistes ayant une patientèle principalement rurale (Lauragais et Montech).

b. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient : médecin généraliste thésé, exerçant dans la région Occitanie, avec un exercice libéral, recevant des patients âgés avec des aides à domicile ou devenant dépendants.

c. Les critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient : médecin généraliste non thésé, ne recevant pas de patient âgé dépendant ou avec des aides à domicile, médecin généraliste n'étant plus en activité, médecin généraliste non installé.

d. La méthode de recrutement

Le recrutement s'est effectué par le biais de nos anciens maîtres de stage. Nous les avons contactés en premier lieu afin qu'ils puissent nous fournir des contacts de médecins généralistes exerçant dans leur zone géographique.

Par la suite nous avons contacté les médecins par téléphone, dans la plupart des cas nous avons eu d'abord leur secrétariat. Dans certaines situations nous avons pu avoir le médecin directement au téléphone, sinon nous demandions au secrétariat de transmettre quelques informations concernant notre travail de recherche.

Une fois que les médecins nous ont fourni un accord de principe, nous leur avons envoyé un mail résumant le déroulement du focus group.

Pour chacun des focus group il a été convenu avec les médecins d'une date pouvant permettre la venue de tous.

Nous avons contacté en moyenne une dizaine de médecins généralistes par focus group. Certains médecins n'ont pas donné suite, d'autres n'ont pas pu se rendre disponibles pour la date prévue. Quatre médecins ont été regroupés pour chaque focus group.

III. Recueil des données

Les focus group se sont déroulés dans des salles de pause ou dans des bureaux de consultation au sein de cabinets médicaux, de la nourriture et des boissons étaient fournies.

Pour les deux premiers groupes, nous étions installés en tant qu'observateurs, et un médecin généraliste pour chaque groupe avait été choisi en amont pour prendre le rôle de modérateur. Nous lui avons fourni le guide d'entretien (annexes 1 et 2), il a posé les questions et recentré les discussions en cas de besoin, et il était aussi demandé de faire participer tous les médecins présents en répartissant au mieux les temps de paroles. Pour les deux focus group suivants, l'un de nous a joué le rôle de modérateur et l'autre est resté dans le rôle d'observateur. Cela a permis d'abord de faciliter la constitution des groupes, mais également d'avoir une modération plus fidèle à ce que nous imaginions. Le guide d'entretien a été ajusté entre les focus group en prenant en compte les difficultés rencontrées lors de l'entretien précédent.

Avant de débiter chaque focus group nous avons fourni à chacun des médecins participants une fiche d'information afin de recueillir un certain nombre d'informations. Les fiches comportaient les informations suivantes : âge, sexe, type d'exercice (seul/groupe ; urbain/semi-rural/rural), le nombre d'années d'exercice, maître de stage ou non (annexe 3).

Les entretiens ont tous été enregistrés par dictaphone ou sur smartphone, puis retranscrits intégralement. L'anonymisation a été faite en attribuant à chaque médecin un numéro au hasard.

Notre méthode d'analyse étant une analyse thématique, nous avons décidé de réaliser des focus group jusqu'à arriver à saturation des données. La saturation des données correspond au moment où le recueil des données n'apporte plus de nouvel élément à l'analyse. Suite à la lecture de plusieurs travaux de thèse ayant utilisé des focus group dans des thèmes sur le ressenti, nous avons décidé de réaliser quatre focus group avec un ajout d'un ou plusieurs focus group supplémentaires si nous n'arrivions pas à saturation des données à la fin de ces quatre focus group. Dès le troisième entretien, nous avons remarqué une diminution d'apparition de nouvelles notions, ce qui a été confirmé par le quatrième et donc dernier groupe.

IV. Interprétation des données

Nous avons utilisé la méthode de l'analyse thématique (9).

Les verbatims ont tous été retranscrits sur document Word, de la manière la plus fidèle possible en anonymisant chaque participant (annexe externe).

Nous avons ensuite tiré des unités de sens de ces verbatims. Celles-ci ont permis la réalisation du tableau d'analyse transversale (annexes 4 et 5), puisque les unités exprimant la même idée ont été codées, et que ces codes ont eux-mêmes été catégorisés en notions plus générales.

A partir des fiches d'information sociologiques fournies aux participants, nous avons pu réaliser des analyses afin de recueillir un pourcentage concernant les différentes informations (âge, sexe, type d'exercice, durée d'exercice, maître de stage). Cela nous a par ailleurs permis de dégager des tendances de réponses en fonction des particularités de chaque individu.

V. Ethique

Le travail de recherche a été déclaré conforme par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) et a satisfait aux obligations du règlement général de protection des données le 26/02/2023.

Les participants et les personnes citées lors des entretiens ont tous été anonymisés.

RESULTATS

I. Données sociologiques des médecins participants

Seize médecins ont participé aux entretiens de groupe, répartis équitablement entre chaque. La moyenne d'âge est de 44,1 ans, avec un panel allant de 28 à 64 ans, pour des médecins qui exercent en moyenne depuis 14,5 ans, 34 ans pour le plus ancien, et 6 mois pour le plus récemment installé.

Sur ces seize participants, 10 sont des femmes (62.5 %) et 6 des hommes (37.5 %). Ils sont tous installés en Occitanie, 7 en zone urbaine (43.75 %), 5 en zone périurbaine (31.25 %), et 4 en zone rurale (25 %), pour moitié dans des maisons de santé (8 de notre échantillon), 7 en cabinets de groupe, seul un participant exerçait seul (6.25 %).

Parmi cet échantillon, 10 (62.5 %) sont des maîtres de stage universitaires et accueillent des internes.

II. Le ressenti du médecin généraliste

a. Ressenti positif

1. *Prioriser*

Un des ressentis que nous avons pu identifier était la priorisation de son patient par le médecin généraliste. Cela se traduisait par le fait d'accorder une place importante aux visites à domicile, de chercher avant tout les bénéfices pour le patient, mais aussi de prendre en compte l'entourage.

- “Je pense que ça n'empêche pas que tu vas essayer de mettre au maximum, d'aider au max le patient.” [Médecin n°9]
- “des toutes petites journées de visites où j'en ai pas beaucoup, et donc du coup je peux me permettre de passer beaucoup de temps” [Médecin n°7]

2. *Savoir être*

Avoir l'attitude adaptée en consultation a été évoqué de nombreuses fois.

Un sentiment de fierté à faire de la prévention et à anticiper les situations est souvent mentionné dans les discours.

- “Le fait de leur en avoir parlé c’est déjà avoir fait quelque chose.” [Médecin n°7]

Réussir à convaincre le patient, par son discours ou une temporalité adaptée, a régulièrement été abordé par les médecins.

- “Me focaliser sur le temps qu’ils pourraient gagner” [Médecin n°9] ; “c’est un discours que je dis toujours, en principe les patients sont sensibles à cette période-là.” [Médecin n°1]
- “Les patients s’en rendent compte par eux-même et là on se dit “banco c’est parti on va pouvoir en discuter”.” [Médecin n°5]

Certains médecins évoquent leur compétences ainsi que leur instinct comme des forces à avoir dans ce type de consultation.

- “On s’en sort quand même en pratique, toujours.” [Médecin n°4]
- “Mais bon quand même ça se sent.” [Médecin n°4]
- “ça vient au fur et à mesure et je prévois quand je vois que ça se dégrade” [Médecin n°5]

Un médecin a valorisé la méconnaissance du patient, permettant d’avoir un regard plus objectif sur le patient.

- “ quand tu connais pas le patient quoi, t’as un regard neuf.” [Médecin n°11]

3. Être entouré

Se sentir soutenu a été décrit par de nombreux médecins.

L'entourage familial du patient est mentionné, comme un soutien et comme une façon de partager les responsabilités.

- “Ce qui est très important c’est la famille, la famille derrière qui peuvent un peu assurer.” [Médecin n°4]
- “La prise de décision là, elle est un peu partagée.” [Médecin n°11]

Les médecins se sentent entourés par les réseaux de soins locaux, comme les infirmiers ou les unités de court séjour.

- “Finalement cette unité de court séjour[...] ça a changé absolument tout.” [Médecin n°2]
- “On connaît bien le terrain, et qu’on se dépatouille avec les infirmières et les acteurs de terrain.” [Médecin n°3]

4. Être légitime

Le sentiment de légitimité de la profession est présent et évoqué par la plupart des participants.

Les médecins se sentent à l’aise dans leur rôle, ils assument les responsabilités de leur métier.

- “C’est plutôt facile de pouvoir leur apporter des réponses.” [Médecin n°5]
- “Non ! Ça fait partie du job.” [Médecin n°4]

Ils sont satisfaits d’avoir une influence sur le patient et se sentent légitimes d’imposer leur vision parfois.

- “Quand ils acceptent, eh bien je suis content” [Médecin n°7]
- “J’ai dégainé l’ordonnancier, j’ai mis le lit médicalisé, la chaise percée [...] j’avais prescrit les infirmières” [Médecin n°10]

5. *Respecter*

Le respect des choix du patient a été abordé à plusieurs reprises.

Les médecins se sentent fiers d'être à l'écoute et se placent dans une démarche d'accompagnement.

- "On est là pour les accompagner dans leurs choix de toute façon." [Médecin n°4]

Ce respect peut se faire via une prise de décision conjointe avec le patient.

- "proposer avec eux, discuter avec eux et voir "Qu'est-ce que vous en pensez ?"."
[Médecin n°13]

6. *Faire confiance*

La plupart des participants évoquent une relation de confiance, privilégiée, avec le patient, facilitant le fait d'aborder le sujet des aides à domicile.

- "Il y a une certaine complicité [...], une relation plus facile pour aborder une thématique de dépendance à venir." [Médecin n°6]

7. *Savoir faire*

Les médecins valorisent leurs connaissances sur le fonctionnement du réseau ainsi que leur capacité à réagir à des situations d'urgence.

- "Ça marche bien Trajectoire quand tu l'utilises bien." [Médecin n°7]
- "On a mis en place la HAD en un seul jour finalement." [Médecin n°7]

b. Ressenti négatif

1. Abandonner

Les médecins ont évoqué leurs difficultés, avec parfois une volonté d'abandonner la réalisation des démarches, ou un sentiment d'être résigné.

- "C'est un peu long quoi" [Médecin n°6]
- "Oui c'est relou" [Médecin n°5]
- "C'est la vie humaine" [Médecin n°4]

La volonté d'être efficace en essayant de limiter au maximum le temps passé sur cette problématique a été citée aussi.

- "Amener les choses assez simplement sans perdre de temps" [Médecin n°6]

2. Être limité dans son action

Ils évoquent aussi un sentiment d'être bridés quand ils essaient de mettre en place les aides, que ce soit à cause du patient lui-même, ou parce qu'ils ont l'impression de ne pas avoir d'impact sur le vieillissement.

- "c'est un peu décourageant de voir ça. On ne peut que repousser un petit peu."
[Médecin n°4]
- [La perte d'autonomie] "qu'il faut éviter, mais bon après il y a toujours des AVC"
[Médecin n°4]
- À la question "Que ressentez-vous face à un refus du patient ?", un médecin répond
"un peu d'impuissance quand même" [Médecin n°3]

3. *Se projeter au travers du patient*

Il a été entendu plusieurs fois au cours des entretiens les projections que font les médecins au travers du patient, concernant leur propre vieillissement, leur rapport au corps et à l'intimité, mais aussi leur histoire familiale.

- “c’est très décourageant de voir qu’on vieillit” [Médecin n°4]
- “L’intimité quoi, parce qu’après limite ton corps il t’appartient plus au bout d’un moment tu vois.” [Médecin n°11]
- “c’est aussi notre vécu personnel dans notre famille” [Médecin n°10]

4. *Souffrir avec*

Une souffrance partagée avec les patients comme avec les aidants a été évoquée à maintes reprises et sous des formes différentes, soit par un sentiment de trahir ou de condamner le patient, soit par empathie avec le patient qui perd son autonomie ou son entourage.

- “tu as l’impression [...], que tu les trahis [...], tu pointes une perte d’autonomie” [Médecin n°10]
- “Ouais comme une forme - entre guillemets - de condamnation.” [Médecin n°11]
- “il m’a regardé dans les yeux et il m’a dit “Vous allez pas me faire ça hein docteur, vous allez pas me faire ça, vous me le faites pas”, et avec toute la confiance accumulée depuis des années” [Médecin n°10]
- “je les mets en place pour prévenir l’épuisement des aidants...” [Médecin n°2]

Un médecin a émis l’idée d’une influence de son affect lorsque la relation avec le patient est depuis longtemps, entraînant un potentiel retard dans l’introduction des aides.

- “je me demande si inconsciemment quand on connaît la personne depuis hyper longtemps on retarde pas ce moment-là” [Médecin n°11]

5. *Douter de soi*

Un des ressentis retrouvés dans le discours des médecins a été le doute, à cause d'une incertitude sur leurs capacités, un sentiment de culpabilité sur leur retard à l'introduction, ou par une appréhension face au travail à faire.

- “Voilà peut-être hein, peut-être je sais pas bien le faire hein.” [Médecin n°6] ; “je me sens pas bon dans ça.” [Médecin n°6]
- “tant que ça fonctionne, on a tendance à pas trop bouger” [Médecin n°4]
- “aborder la problématique, je n'ai pas d'appréhension, si ce n'est que je sais que la tâche va être lourde.” [Médecin n°3]

La peur est au centre de plusieurs propos, peur de s'exprimer, peur de gérer les situations en urgence, et peur des conséquences juridiques.

- “j'ai un peu du mal à leur dire que ça va prendre plusieurs mois et que ce serait bien de le faire dès maintenant” [Médecin n°8]
- “C'est là où c'est difficile pour les médecins généralistes parce que ça aggrave la situation.” [Médecin n°2]
- “En se cachant derrière le médico-légal, surtout moi j'ai peur de ça” [Médecin n°3]

Un médecin a évoqué un sentiment d'échec face au refus du patient :

- “Le ressenti ça peut être une sensation d'échec un peu” [Médecin n°2]

6. *Être opposant*

Se retrouver dans une situation d'opposition, à cause de convictions différentes, face au patient ou face à l'entourage, est un ressenti qu'ont exprimé les médecins, avec parfois le sentiment d'être attaqué.

- “tu n'es plus dans la décision partagée, t'en reviens à vouloir imposer des trucs et de te mettre dans ta position d'autorité” [Médecin n°11]

- “c’est qu’ils se payent un coiffeur, des choses, que je trouve futiles d’un point de vue de santé” [Médecin n°3]
- “je me suis vraiment senti seul... parce que la famille comprenait pas et limite c’était du lynchage envers moi et le SSIAD” [Médecin n°5]

7. Méconnaître son patient

Une des difficultés que citent les médecins est l’impression de ne pas connaître le patient dans toutes ses dimensions, d’avoir la mauvaise temporalité, ce qui crée de l’incompréhension. Le manque de compréhension des besoins réels du patient, cachés par un discours rassurant de ce dernier, est revenu plusieurs fois pendant les entretiens.

- “c’est-à-dire que moi ne la connaissant pas, elle a zéro traitement et ne vient jamais, euh je peux pas m’en rendre compte” [Médecin n°9]
- “Parfois si on veut être trop en amont ça ne fonctionne pas non plus” [Médecin n°2]
- “Mon ressenti c’est l’incompréhension” [Médecin n°3]
- “Il y en a certains qui te donnent le change pendant certaines consultations, et du coup tu sous-estimes le besoin réel d’aides” [Médecin n°10]

8. Se sentir seul

Il y a un sentiment de solitude du médecin dans ces situations, que ce soit à cause du manque de présence de l’entourage du patient, ou d’un réseau de soins local hospitalier ou libéral insuffisant. Le rôle de médiateur dans les relations intra-familiales peut renforcer ce sentiment.

- “Des fois on se sent facilement très seul quand on a une situation très délicate à domicile” [Médecin n°2]
- “Il faut arriver à tenir d’un côté et expliquer de l’autre que le maintien est compliqué.” [Médecin n°5]

9. Être ignorant

Un manque de connaissance est exprimé sur les aides et les démarches pour les demander, parfois par manque d'intérêt.

- “je suis pas très bon en ça je le reconnais, les interlocuteurs je les connais pas” [Médecin n°6]
- “je sais pas trop comment ça marche finalement au niveau financier, je m’y suis jamais trop intéressé” [Médecin n°7]

10. Fuir

Certains médecins ont évoqué un refus de leurs responsabilités, comme une fuite face à la demande d'aides.

- “je ne suis pas “papier-ologue” !” [Médecin n°6]

11. Être épuisé

Un autre ressenti retenu au cours de ces entretiens a été l'épuisement du médecin, face aux démarches et d'autant plus quand le patient exprime un refus à la mise en place des aides, ce qui peut causer une sur sollicitation du médecin.

- “C'est épuisant pour nous.” [Médecin n°9]
- “Ça veut dire que t'es obligée d'y aller tous les deux jours, parce qu'il y a toujours un nouveau truc”. [Médecin n°10]

III. Les freins et les leviers à la mise en place d'aides à domicile

a. Leviers :

1. *Être entouré*

L'entourage familial et le fait de ne pas être seul au domicile ont été perçus comme une aide.

- "Ils arrivent encore à venir à deux." [Médecin n°2]
- "On va s'aider de la famille : "tu vois maman ça tu as du mal à le faire"." [Médecin n°15]

2. *Connaître le patient*

Pour les médecins, avoir connaissance du domicile, de l'organisation du patient et de ses aidants dans les activités quotidiennes, est vécu comme un levier à l'acceptation des aides.

- "Voir comment ça se passe pour tous, comment ça se passe pour les aidants." [Médecin n°5]
- "Je vais aller me rendre compte de comment c'est à domicile." [Médecin n°9]

3. *Avoir des aides adaptées*

Il résulte une meilleure adhésion du patient en ayant des intervenants réguliers sur les organismes d'aides à domicile.

- " Elle essaye vraiment de mettre toujours la même personne." [Médecin n°14]

Un médecin a remarqué que, quand une autonomie relative est retrouvée grâce à une aide à domicile, le patient est plus enclin à adhérer à l'introduction d'autres aides.

- "Le levier ça va vraiment être l'amélioration dans la vie quotidienne." [Médecin n°2]

4. *Rendre le patient acteur*

Placer le patient au cœur de sa prise en charge a été constaté comme étant un levier dans l'acceptation de la mise en place des aides.

Cela peut se faire de différentes manières, en laissant le patient aborder le sujet ou bien en le faisant participer à la réalisation de certaines tâches.

- “ Souvent c’est eux qui l’abordent avec nous finalement.” [Médecin n°7]
- “ J’essaye [...] de leur vendre le passage de l’infirmière, pour leur dire “vous allez le faire ensemble”.” [Médecin n°14]

5. *Travailler en équipe*

Travailler en équipe pluriprofessionnelle permet aux médecins de déléguer les bilans cognitifs, plusieurs ont mentionné qu’ils demandaient plus fréquemment des bilans depuis l’existence de cette possibilité.

- “- tu demandes un bilan cognitif systématique ? - Ah bah beaucoup plus facilement maintenant que c’est pas moi qui le fait.” [Médecin n°10 répond à Médecin n°11]

b. Freins

:

1. *Se cacher*

Certains freins viennent du patient lui-même, et qu’il soit dans le déni vis-à-vis de sa perte d’autonomie complique la mise en place des aides.

- “Parce que la personne dépendante finalement elle peut ne pas se rendre compte qu’elle est dépendante” [Médecin n°2]

2. Ne pas avoir un entourage aidant

Les médecins ont évoqué plusieurs cas de figures pour lesquels l'introduction d'aides à domicile est rendue difficile par l'entourage, soit parce qu'il est absent, soit parce qu'il est lui-même dans le déni de la dépendance, soit enfin parce qu'il est malveillant voire manipulateur.

- “si on a pas de fils aidant bah ce lit médicalisé on est obligé de la faire attendre” [Médecin n°10]
- “Le mari il est dans le déni” [Médecin n°15]

Un médecin raconte qu'à la proposition d'aides pour une patiente en perte d'autonomie, le mari a refusé en expliquant :

- “il faut qu'elle me transfère ses parts parce que sinon ça va coincer au niveau du notaire” [Médecin n°6]

3. Ne pas faire confiance

Il a été constaté par la plupart des médecins que les patients étaient réticents à faire venir des inconnus à leur domicile, qu'ils vivaient cela comme une intrusion dans leur intimité.

- “De faire venir des gens c'est difficile.” [Médecin n°2]
- “Parce qu'il y a des associations où ça change tous les quatre matins.” [Médecin n°14]

Certains médecins n'osent pas aborder le sujet avec les patients qu'ils ne connaissent que depuis peu de temps, ressentant le besoin d'avoir un suivi avant de proposer des aides.

- “Je l'ai pas mis parce que c'était que la deuxième fois que je la voyais.” [Médecin n°8]

Le manque de confiance peut aussi venir de l'entourage, avec les aidants qui ne se fient pas forcément à l'avis du médecin et sont parfois dans des positions d'opposition.

- “Sa femme qui veut absolument le maintenir à domicile, mais elle est âgée aussi.” [Médecin n°7]

4. *Avoir des représentations négatives*

Au cours des entretiens, les médecins se sont montrés critiques sur la qualité des aides disponibles pour leurs patients, doutant de leur intérêt, ou expriment à l’inverse que ce sont les patients qui imaginent que les aides ne seront pas conformes à leurs attentes.

- “des structures où un jour c’est tel personnel et un autre jour... avec des horaires... quelques objets qui disparaissent” [Médecin n°4]
- “des aides plus fiables aussi, une aide dont on puisse toujours être garant de l’utilité, de la pertinence” [Médecin n°2]
- “les freins c’est beaucoup de représentations, il faut essayer de lever ces représentations.” [Médecin n°4]

5. *S’opposer*

Lorsque les visions et les discours se confrontent entre le médecin et le patient, cela peut freiner la mise en place des aides.

- “Ça la personnalité du patient, il est adhérent, pas adhérent” [Médecin n°13]

6. *Frein sociétal*

Les médecins se heurtent parfois aux limites administratives ou financières des démarches, voire au manque de disponibilité des aides sur le plan local.

- “quand il y a une famille autour, bon ils vont pas trop déclencher trop d’aide à domicile, et en fait souvent ils attendent que la situation se fissure pour après augmenter.” [Médecin n°4] en parlant des services administratifs qui décident de l’attribution des aides financières.

- “On aimerait que ce soit plus rapide.” [Médecin n°4]
- “ça se limite souvent à un passage rapido, mais c’est déjà pas mal. Dès qu’on commence à devoir faire les toilettes, ça coince.” [Médecin n°13]

7. Être ignorant

Enfin, les médecins évoquent aussi l’ignorance de la part du patient et de son entourage sur les signes d’alerte pouvant justifier l’introduction des aides, ou sur les compétences à avoir pour les demander.

- “Ils te le disent pas, tu vois c’est naturel de se casser la gueule.” [Médecin n°13]
- “Moi le mari il va jamais gérer internet hein.” [Médecin n°8]

L’ignorance peut aussi venir du médecin, avec une méconnaissance de l’environnement du patient qui peut compliquer la proposition d’aides adaptées.

- “tu vas chez eux et qu’en fait c’est foutu d’une manière où ça passerait pas.” [Médecin n°9]

DISCUSSION

I. Principaux résultats et liens avec les données de la littérature

Les ressentis des médecins généralistes au moment de proposer les aides à domicile à leurs patients âgés devenant dépendants sont nombreux, variés, et hétérogènes. Si des ressentis positifs et négatifs interagissent, les médecins généralistes expriment un ressenti négatif en premier lieu, et de manière plus importante. Cela peut s'expliquer par le fait que la prise en charge soit complexe, ce qui demande plus d'efforts au médecin généraliste qui doit mettre en jeu ses ressources internes, mais aussi des ressources externes. Et c'est parce que cette prise en charge est multifactorielle, et nécessite l'articulation de différents organismes, que le médecin se trouve en difficulté. Celle-ci se manifeste sous différentes formes.

La remise en question de ses capacités a une place centrale dans les sentiments éprouvés par les médecins. Elle s'articule et peut être à l'origine d'autres ressentis négatifs.

Certains médecins se sentent bridés dans leurs actions, se confrontant à un sentiment d'impuissance face à un vieillissement inéluctable. Cette sensation de manque d'emprise sur l'évolution du patient peut donc retarder la prise en charge. Cela peut amener le médecin à être confronté à des situations se détériorant, et le conduisant à introduire certaines aides de manière abrupte. Mais dans certains cas, la prise en charge prévue par le médecin se heurte à la volonté du patient. Il peut donc ressentir comme une contrainte la nécessité de s'adapter au rythme de celui-ci, ce qui peut faire naître de la frustration.

Le manque de connaissances sur les démarches ou les différents types d'aides locales est fréquemment abordé par les médecins de notre étude, ce qui est aussi constaté dans la littérature (7,8). Une thèse auprès d'internes en médecine générale (10) retrouve cette même problématique. Ils détiennent les compétences nécessaires au repérage de la perte d'autonomie mais ne savent pas concrètement comment mettre en place les aides.

Ces lacunes diminuent avec l'expérience et les échanges entre collègues, mais peuvent entraîner un délai voire un manque de mise en place de certaines aides.

Ces sentiments peuvent mener à un découragement, voire un désintérêt dans la réalisation des démarches. Le manque de temps disponible pour traiter ces problématiques est d'ailleurs argumenté par les médecins interrogés, ainsi que dans d'autres études (7,8). Ils ressentent une surcharge de démarches administratives et sont en demande de simplification. De plus, la faible valorisation financière de ces procédures est aussi déplorée.

La relation médecin-patient évolue avec les années de suivi. Il n'est pas rare que les médecins tissent une relation dite de confiance avec le patient, parfois même allant jusqu'à de la compassion. Le vécu personnel du médecin peut l'amener à s'identifier à la situation du patient, ou plus directement à s'interroger sur son propre vieillissement. Dans ces situations où l'affect prédomine, le médecin peut retarder l'introduction des aides, par peur de blesser le patient, de le trahir.

Les travaux de thèse traitant d'un sujet se rapprochant de notre étude n'ont fait mention que du ressenti négatif (6,8), à l'exception d'une mention succincte d'un renforcement de la relation médecin-patient (7). Malgré tous ces ressentis négatifs, le médecin généraliste éprouve différents sentiments positifs, certains forts et fondamentaux dans la relation avec le patient. Ils ne semblent cependant pas suffisants pour surpasser l'appréhension d'une prise en charge complexe.

Les participants de l'étude expriment un sentiment de légitimité à travers leur profession. Cette légitimité se base sur deux piliers, le savoir-être et le savoir-faire.

Les médecins décrivent naturellement leur attitude en consultation, ils ne semblent pas en difficulté pour aborder le sujet et se disent à même de convaincre le patient. Ils se sentent compétents dans cette problématique, et certains expriment qu'un instinct pour détecter la perte d'autonomie se développe avec l'expérience.

Ces compétences relationnelles s'articulent avec les connaissances pratiques quant au réseau local, les médecins savent faire appel à celui-ci. Ils ont conscience de la nécessité de savoir s'entourer, tant du réseau de soin que de l'entourage du patient.

Il est aussi rappelé que, malgré l'importance de l'entourage dans la prise en charge du patient et donc dans la prise de décision, le médecin garde comme objectif principal le patient et son bien-être.

Cette attitude en consultation, ce respect et cette volonté de prioriser le patient permettent de construire une relation de confiance mutuelle, valorisée par le médecin généraliste.

La question de recherche secondaire portait sur les freins et leviers à la mise en place des aides à domicile. Ces paramètres ont une influence sur les ressentis, certains pourraient même permettre d'inverser la tendance prédominante des ressentis négatifs.

Selon les médecins, la réticence de leurs patients à la mise en place des aides vient en grande majorité d'a priori sur ces aides, mais aussi d'un déni de leur perte de capacité.

Les patients ont parfois besoin de leur entourage pour prendre conscience de leur perte d'autonomie, n'ayant pas réalisé cette entrée dans la dépendance ils ne voient pas d'intérêt aux aides.

Les aidants, qui ont parfois un rôle majeur dans la prise de décision, peuvent compliquer la situation. Certains sont en opposition avec les propositions du médecin, ce qui renforce parfois le ressenti négatif et la frustration de celui-ci.

Même quand la prise de conscience est effectuée, d'autres éléments peuvent rendre difficile l'acceptation. Le patient, comme le médecin, peuvent avoir des représentations sur les aides, souvent par de mauvaises expériences. La qualité des aides est critiquée, ce qui peut augmenter la méfiance. Les médecins ont l'impression que les personnes âgées vivent les prestations au domicile comme une intrusion dans leur intimité, la peur de l'étranger est aussi relatée.

Des freins sociétaux ont été mis de nombreuses fois en avant, bridant le médecin dans ses capacités et entraînant des situations compliquées à domicile.

Les médecins n'ont pas d'emprise sur la lenteur des démarches, la pénurie locale de personnel paramédical, et le manque de ressources financières du patient. L'essor des réseaux de gérontologie pourrait permettre de limiter ces sentiments d'impuissance, de solitude, voire de découragement chez le médecin.

Depuis plusieurs années, ces réseaux se développent, avec des solutions nouvelles comme des accueils de jour ou de l'aide au dépistage, et les médecins qui les ont cités semblaient en tirer un bénéfice certain.

Une étude a été réalisée interrogeant quant au vécu des professionnels de santé sur l'apparition d'un réseau de gériatrie (11). Elle se base sur le réseau de gériatrie Ancre fonctionnant à Paris, qui est organisé en une équipe pluridisciplinaire en lien avec les médecins généralistes. La création d'une nouvelle fonction de "gestionnaire de cas" semble particulièrement prometteuse. Il a un rôle d'évaluation des besoins, d'élaboration d'un plan d'aide qui est ensuite validé par le médecin généraliste. Il en ressort une amélioration de la prise en charge par de meilleures coordination et anticipation.

En Occitanie, des initiatives comme Gérontomip ou Géronto Pastel 31 ont été développées, pour faciliter la coordination dans le cadre de parcours de soins complexes (12).

Le manque de ressources externes a été avancé comme frein à de nombreuses reprises, celui-ci peut s'articuler avec une méconnaissance du réseau. Les médecins ignorent parfois l'existence de certaines aides locales, ou bien ne savent pas comment y recourir.

Parmi les pistes d'amélioration proposées par les médecins interrogés, la rédaction d'un annuaire regroupant les différentes ressources locales a été évoquée. Ce travail a déjà été réalisé dans une thèse avec la création d'un guide pratique des ressources existantes dans la Sarthe, la Mayenne et le Maine-et-Loire (13).

Plus d'initiatives comme celle-ci pourraient permettre d'améliorer la connaissance des médecins sur les solutions locales, et donc de limiter ce sentiment d'ignorance, qui les conduit à douter d'eux-mêmes.

Les médecins ont identifié différents leviers, qu'ils soient propres au patient, au médecin, ou à leurs interactions.

L'aide la plus précieuse décrite par les médecins est l'entourage familial, notamment celui qui est, ou va devenir, l'aidant principal. Il a un rôle d'aide à la prise de conscience pour le patient. Cela est ressenti du point de vue du médecin dans notre étude et vérifié du point de vue du patient dans une autre (14). Les patients évoquent l'entourage familial comme ayant appuyé la nécessité des aides mais aussi plus directement par une

aide à la réalisation des démarches. Il permet aussi au médecin d'avoir une vision plus objective de l'organisation du domicile et des activités quotidiennes. Cet aidant principal peut donc, par ses actions, limiter le sentiment de solitude décrit par certains médecins. La situation d'opposition dans laquelle se trouvent parfois le médecin et le patient pourrait être apaisée par cet intervenant extérieur de confiance.

Il a été constaté que des aides à domiciles avec des intervenants fixes aident grandement à l'acceptation. Une thèse évaluant le ressenti des personnes âgées suite à la mise en place des aides (15) corrobore ce sentiment, les personnes âgées accordent une importance au développement d'un lien affectif avec la personne aidante.

Du point de vue soignant, un levier majeur à la mise en place des aides est le travail en équipe. Les médecins, comme énoncé plus haut, sont demandeurs de simplification des démarches. Nombreux sont ceux étant très satisfaits de pouvoir déléguer les bilans cognitifs aux infirmières. Le dispositif ICOPE (Integrated Care for Older People) (16), programme de prévention de la dépendance en Occitanie, est particulièrement apprécié par les médecins. Il est composé de cinq étapes : dépistage, évaluation, plan de soin personnalisé, fléchage du parcours de soins, et suivi du plan d'intervention. Il s'adresse aux patients à partir de 60 ans et évalue la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition, l'audition et la vision. Il peut être réalisé en auto-évaluation ou par un professionnel, le plus souvent infirmier. Les médecins interrogés y voient un gain de temps dans leurs démarches, certains avouent même réaliser plus de bilans cognitifs maintenant que ce programme existe.

II. Forces et faiblesses de l'étude

a. Forces

1. *Intérêt du sujet et choix de la méthode*

Cette thèse étudiait certes un sujet fréquemment abordé dans des travaux de recherche, mais très peu se sont basés du point de vue du médecin généraliste lui-même, et ont traité de son ressenti.

De plus, l'étude des ressentis était alors faite avec un questionnement orienté sur les aspects négatifs (7), tandis qu'ici la neutralité au cours des entretiens a été privilégiée.

La méthode qualitative semblait la plus indiquée pour traiter du ressenti car elle permet l'expression d'idées plus librement que lorsque le participant répond à un entretien semi-dirigé. L'objectif n'était pas de tirer des conclusions statistiques mais de réfléchir avec les médecins généralistes sur leur pratique.

Le choix de recueillir les données au cours de focus group a là aussi été dicté par l'échange que permettent ces entretiens, les participants se questionnant entre eux ce qui apporte une dynamique de discussions voire de débats.

2. Validité interne

Ce travail de recherche a été réalisé en respectant la méthode de l'analyse thématique des résultats, permettant de conserver la validité interne de l'étude. La retranscription des entretiens de manière intégrale et anonymisée a permis de traiter toutes les idées émises dans les entretiens sans être biaisés par leur auteur. L'étiquetage initial a été fait sur toutes les interventions de chaque entretien.

Une autre force de cette thèse a été sa réalisation à deux, car l'analyse des données a été faite par chacun des deux chercheurs séparément, puis les points de vue ont été mis en commun afin de favoriser les échanges, et donc de limiter le biais d'interprétation.

Une fois ce travail fait à deux, en confrontation puis en association, il a été présenté au directeur de thèse qui a enrichi les réflexions par son regard extérieur et son expérience de la recherche.

3. Validité externe

L'échantillonnage de la population de médecins généralistes d'Occitanie a permis un renforcement de la validité externe de l'étude. Les participants sont répartis à peu près équitablement suivant les catégories sociétales comme l'âge et le sexe, ou professionnelles telles que les mode et lieu d'exercice, et la fonction de maîtres de stage universitaires.

Le recueil a continué jusqu'à saturation des données afin de respecter la méthode.

Enfin, la confrontation avec les données existantes dans la littérature évoquée plus haut a mis en évidence une concordance de ces résultats avec ceux de notre étude.

b. Faiblesses

1. *Biais de sélection*

Lors du recrutement des participants pour les entretiens, le mail évoquait succinctement le thème de la thèse “sur les aides à domicile en médecine générale”, et certains médecins ont ouvertement décliné parce que le sujet ne les intéressait pas.

2. *Biais de désirabilité*

Une méthode qualitative entraîne par définition un doute quant aux réponses des participants quand ils sont interrogés par des pairs, parfois inconsciemment modifiées pour satisfaire l’interrogateur. Ce phénomène est d’autant plus probable en cas de focus group, car ici les médecins répondaient aux questions entourés d’autres médecins, pour la plupart des collègues ou amis.

3. *Biais d’investigation*

Les deux chercheurs effectuaient leur premier travail de recherche. Les entretiens de groupes ont été modérés par des médecins le faisant pour la première fois ou par les chercheurs inexpérimentés. Cela a pu entraîner un biais au moment du recueil des données, puis lors de leur analyse.

4. *Biais de rappel*

Comme un participant d’un focus group l’a clairement dit, les échecs ou difficultés peuvent marquer davantage les médecins qu’une consultation qui se déroule sans grande complication, ce qui peut entraîner ce biais de rappel.

5. *Pas d'extrapolation possible*

Malgré la diversité de l'échantillon, la faible population de l'étude et sa localisation en région Occitanie ne permettent pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

III. Ouverture

Pour clore les entretiens, les médecins étaient questionnés sur leurs idées afin de faciliter ces consultations. Les réponses ont été variées, mais plusieurs médecins ont évoqué l'intérêt d'une personne ressource pour coordonner le parcours de santé du patient âgé qui devient dépendant.

L'apport d'un référent unique, pour recevoir les demandes des médecins et centraliser les aides disponibles, serait un atout permettant de mieux structurer le parcours de soin du patient. Le dispositif PASSDO (Parcours pluriprofessionnel sanitaire et social) (17) au sein de la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) Toulouse Rive Gauche est mis en place depuis janvier 2024. Il a pour objectif d'améliorer le parcours de soins pluriprofessionnel des patients complexes à domicile, y compris les personnes âgées en perte d'autonomie. Il allie des ressources du sanitaire et du social.

Il a aussi été question de prévention auprès du grand public pour sensibiliser la population générale aux signes d'alerte à la perte d'autonomie, ou de systématisation du dépistage dans la population âgée à l'image des dépistages pour les cancers mammaires, utérins et colorectaux.

Ces réponses variées ont surtout montré que les médecins ont des propositions à faire valoir, et il serait intéressant d'étudier plus précisément quelles seraient les attentes des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de ces patients âgés en perte d'autonomie.

CONCLUSION

Les ressentis des médecins généralistes au moment de proposer les aides à domicile à leurs patients âgés devenant dépendants sont multiples et surtout très divers.

Ces sentiments, parfois opposés, cohabitent dans l'esprit du médecin. Les ressentis positifs sont minoritaires et ne parviennent pas à prendre le dessus sur les ressentis négatifs. La limitation de l'impact des freins à la mise en place des aides, ainsi qu'un renforcement des leviers, pourraient permettre d'aider le médecin généraliste dans ses démarches, et donc atténuer le poids du ressenti négatif.

Il pourrait être pertinent de dédier un travail de recherche aux attentes des médecins. L'apport notamment d'un interlocuteur unique pour recevoir les demandes du territoire puis proposer des solutions plus adaptées localement, ainsi que le développement de réseaux de gérontologie, sont les principales pistes de réflexion.

Lu et Approuvé
Toulouse le 24/03/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maieutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



BIBLIOGRAPHIE

1. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#consulter>
2. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
3. Jean-François Buyck, Bénédicte Casteran-Sacreste, Marie Cavillon Françoise Lelièvre, François Tuffreau, Fanny Mikol. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. 18 févr 2014;(869):6.
4. Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) [Internet]. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
5. Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie, réussir son DFASM- Connaissances clés. 5e édition. Elsevier Masson; 2021. 388 p.
6. Allain A. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais gèrent-ils les situations de maintien à domicile ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM136.pdf
7. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379661/document>

8. Ben Saad Azim N. Maintien à domicile du sujet âgé: pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362264>
9. Jean-Pierre LEBEAU, Isabelle AUBIN-AUGER, Jean-Sébastien CADWALLADER, Julie GILLES DE LA LONDE, Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Initiation à la recherche qualitative en santé. Global media santé ; 2021. 192 p.
10. Foulon P. Les personnes âgées au domicile: un maintien difficile ? [Thèse d'exercice]. [1968-....., France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
11. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, de Stampa M, Ankri J, Cassou B, et al. Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. Santé Publique. 2011;23(4):317-28.
12. Hôpitaux de Toulouse. Le Pôle de Gériatrie Gérontologie du CHU de Toulouse [Internet]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/GERONTOLOGIE_CHU-2.pdf
13. Gorisse B, Goutte MA. L'accompagnement de la perte d'autonomie des patients âgés: conception d'un guide pratique des ressources à destination des médecins généralistes de la Sarthe, la Mayenne et du Maine-et-Loire [Internet] [Thèse d'exercice]. [1972-....., France]: Université d'Angers; 2022 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/18011910/2022MCEM15949/fichier/15949F.pdf>
14. Cardon A. Aides à domicile & qualité de vie [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2022 [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM498.pdf

15. Lellouche A. Aides au domicile: évaluation des connaissances et représentations chez les personnes âgées autonomes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018 [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090781>

16. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. 2023 [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

17. Plexus. PASSDO - Un parcours pluriprofessionnel pour les patients isolés complexes à domicile. [cité 21 mars 2024]. PASSDO - Un parcours pluriprofessionnel pour les patients isolés complexes à domicile. Disponible sur: <https://www.cptstoulouserivegauche.org/projets/12>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien (première version)

ANNEXE 2 : Guide d'entretien (deuxième version)

ANNEXE 3 : Questionnaire de recueil des données sociologiques des médecins

ANNEXE 4 : Tableau d'analyse ressenti

ANNEXE 5 : Tableau d'analyse freins et leviers

ANNEXE 1

Guide d'entretien (première version)

Question 1 : Quelle est la place des consultations de gériatrie dans votre pratique ?

Sous-questions :

- Comment se déroulent vos consultations avec vos patients âgés en perte d'autonomie ?
- Avez-vous des exemples concrets ?

Question 2 : Comment abordez-vous le sujet de la perte d'autonomie et de la mise en place d'aides à domicile ?

Sous-questions :

- Avez-vous une appréhension à aborder cette problématique ?
- Ressentez-vous le besoin d'avoir une consultation type et d'utiliser des tests spécifiques ?
- Comment vous adaptez-vous à la réponse de votre patient à l'évocation de cette problématique ?

Question 3 : Quelles sont les principales difficultés que vous pouvez rencontrer au sein de ces consultations ?

Sous-questions :

- Quelles sont les réactions les plus fréquemment retrouvées chez vos patients ?
- Que ressentez-vous face à un refus strict du patient et comment vous adaptez-vous ?
- Au contraire, dans le cas d'une adhésion rapide que ressentez-vous ?
- Vous sentez-vous parfois seul face à cette situation ?

Question 4 : Comment vous sentez-vous dans ce type de consultation ?

Sous-questions :

- Est-ce que ce sont des consultations dans lesquelles vous êtes à l'aise ou est-ce plutôt une difficulté pour vous ?
- Abordez-vous différemment la consultation si l'entourage est présent ?
- Abordez-vous différemment la consultation si vous connaissez votre patient depuis longtemps ?
- Avec-vous l'impression d'avoir une influence dans la réflexion de votre patient ?

Question 5 : Que considérez-vous comme étant les freins ou au contraire les leviers à cette mise en place d'aides à domicile ?

Sous-questions :

- Concernant la consultation en elle-même et la position à adopter ?
- Concernant le réseau de soin local ?
- Auriez-vous des pistes afin de favoriser la discussion sur le sujet et permettre de mieux appréhender ces consultations ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien (deuxième version)

Question 1 : Racontez-nous votre dernière consultation face à un patient âgé en perte d'autonomie

Sous-questions :

- Avez-vous réussi à mettre en place des aides ?

Question 2 : Comment abordez-vous le sujet de la perte d'autonomie et de la mise en place d'aides à domicile ?

Sous-questions :

- Ressentez-vous le besoin d'avoir une consultation type et d'utiliser des tests spécifiques ?
- Comment vous adaptez-vous à la réponse de votre patient à l'évocation de cette problématique ?

Question 3 : Quelles sont les principales difficultés que vous pouvez rencontrer au sein de ces consultations ?

Sous-questions :

- Quelles sont les réactions les plus fréquemment retrouvées chez vos patients ?
- Que ressentez-vous face à un refus strict du patient et comment vous adaptez-vous ?
- Au contraire, dans le cas d'une adhésion rapide que ressentez-vous ?
- Vous sentez-vous parfois seul face à cette situation ?

Question 4 : Comment vous sentez-vous dans ce type de consultation ?

Sous-questions :

- Avez-vous une appréhension à aborder cette problématique ?
- Est-ce que ce sont des consultations dans lesquelles vous êtes à l'aise ou est-ce plutôt une difficulté pour vous ?
- Abordez-vous différemment la consultation si l'entourage est présent ?
- Abordez-vous différemment la consultation si vous connaissez votre patient depuis longtemps ?
- Avec-vous l'impression d'avoir une influence dans la réflexion de votre patient ?

Question 5 : Que considérez-vous comme étant les freins ou au contraire les leviers à cette mise en place d'aides à domicile ?

Sous-questions :

- Concernant la consultation en elle-même et la position à adopter ?
- Concernant le réseau de soin local ?
- Auriez-vous des pistes afin de favoriser la discussion sur le sujet et permettre de mieux appréhender ces consultations ?

ANNEXE 3

Questionnaire de recueil des données sociologiques des médecins

Nom : Prénom :

Age :

Sexe :

Type d'exercice :

- Cabinet de groupe

- Maison de santé

- Seul

- Urbain

- Rural

- Semi-rural

Nombre d'années d'exercice :

Maître de sage : OUI / NON

Maître de sage : OUI / NON

ANNEXE 4

TABLEAU D'ANALYSE RESENTI

Ressenti positif	Étiquettes	Propriétés	Catégories
“c’est dans l’intérêt de sa femme quand même tu vois”	Je mets le patient au centre de ma prise de décision.	Prioriser le patient	Prioriser
“Je pense que ça n’empêche pas que tu vas essayer de mettre au maximum, d’aider au max le patient”	Je fais toujours le maximum pour aider le patient, peu importe ma relation avec lui.		
“des toutes petites journées de visites où j’en ai pas beaucoup, et donc du coup je peux me permettre de passer beaucoup de temps”	Je valorise mes visites à domicile où j’accorde au patient le temps nécessaire.	Prioriser les visites à domicile	
“j’ai pas parlé à lui, j’ai parlé à son fils donc pour voir comment ça se passait”	Je préfère m’informer et prendre la décision auprès de l’aidant plutôt que du patient.	Prioriser la parole de l’aidant	
“je les fais revenir, et vraiment sur un temps dédié.”	J’apprécie de dédier une consultation à la perte d’autonomie.	Accorder un temps spécifique	
“C’est vrai que l’évaluation à domicile est hyper importante quand même.”	L’évaluation au domicile est indispensable pour avoir une vision complète du patient.	Prendre le temps d’évaluer à domicile	
“c’est plutôt des petits saupoudrages au fur et à mesure des consultations.”	J’aborde le sujet de la perte d’autonomie progressivement.	Aborder progressivement le sujet	
“Je lui explique tout doucement que le maintien à domicile devient compliqué”	J’explique l’évolution probable progressivement.		
“mais le fait de leur en avoir parlé c’est déjà avoir fait quelque chose”	Je valorise le fait d’avoir abordé le sujet même si la réponse n’est pas favorable.	Être fier de prévenir	
“je les prends avant, avant qu’ils puissent avoir une aide à domicile, heureusement.”	Je suis satisfait par ma prise en charge préventive.		
“j’essaie de les convaincre que l’autonomie on la perd quand on devient de plus en plus fragile”	Je suis fier d’avoir une prévention efficace.		
“Je l’aborde fréquemment par contre, de plus en plus, parce qu’ils vont bien donc c’est facile”	Je suis plus à l’aise quand les patients ne sont pas encore confrontés à la perte d’autonomie.	Être à l’aise pour prévenir	

“Je pose aussi souvent la question, si une personne doit être hospitalisée, qu’est ce qu’il se passe ?”	Je suis satisfait de ma capacité à anticiper.	Être fier d’anticiper	
“me focaliser sur le temps qu’ils pourraient gagner.”	Je sais trouver les arguments pour convaincre mes patients.	Savoir convaincre	
“C’est un discours que je dis toujours, en principe les patients sont sensibles à cette période-là”	Mon discours a un impact positif sur mes patients.		
“je saupoudre parce qu’il va falloir y revenir comme un burin, et y revenir et y revenir... C’est un travail de longue haleine.”	L’acceptation de mon discours réside dans la répétition.		
“on met les aides, mais on ne dit pas que c’est par rapport à l’un des deux du foyer qui est dépendant, mais en disant de prévenir la fatigue.”	Je détourne la problématique pour avoir une meilleure adhésion.		
“J’espère, c’est notre métier.”	Avoir une influence est un des devoirs dans la profession.		
“il faut réussir à tourner en disant “Vous serez sécurisé”, on peut réussir à lever ces freins-là”	Ma capacité à rassurer mes patients est une force.		
“on nous voit venir, les patients s’en rendent compte par eux-même et là on se dit “banco c’est parti on va pouvoir en discuter”.”	Je sais repérer les signes pour aborder le sujet au bon moment.	Avoir une bonne temporalité	
“là elle était un peu paniquée [...] dans la prise des médicaments. Et donc là j’ai introduit une infirmière qui passe mais pour l’instant juste pour faire le pilulier”	Je profite d’un événement aigü pour introduire les aides.		
“je n’ai pas de problème parce qu’ils sont très bien accompagnés.”	Je ne me sens pas en difficulté.	Être compétent	
“On s’en sort quand même en pratique, toujours”	Je suis confiant sur mes capacités.		
“mais bon quand même ça se sent”	Mon expérience et mon instinct me suffisent à détecter certaines situations à risque.	Avoir de l’instinct	
“ça vient au fur et à mesure et je prévois quand je vois que ça se dégrade”	Je fais confiance à mon esprit de détection.		

“Y a aussi les rendez-vous, elle vient, elle repart, elle a un renouvellement pour trois mois et elle s’est trompé”	Certains comportements irrationnels de patients m’alertent.		
“quand on se préoccupe vraiment de comment c’est au domicile, on est bienveillants, et ça ils le ressentent aussi”	Je valorise l’attention que j’accorde à mes patients.	Être bienveillant	
“quand tu connais pas le patient quoi, t’as un regard neuf”	Ne pas connaître le patient permet de se détacher de l’affect et rend ma prise en charge plus efficace.	Avoir un regard objectif	
“Ce qui est très important c’est la famille, la famille derrière qui peuvent un peu assurer”	Je me sens soutenu par les familles de patients.	Être soutenu par les familles de patients	Être entouré
“C’est des clefs”	L’aide des enfants est précieuse.		
“la prise de décision là elle est un peu partagée”	Je préfère ne pas assumer seul la responsabilité.	Partager la responsabilité avec les aidants	
“Il y a quand même des réseaux, de moins en moins seuls”	Je me sens soutenu par les aides locales.	Être soutenu par le réseau local	
“Finalement cette unité de court séjour [...] ils l’ont pris et ça a changé absolument tout”	Je me sens soutenu par l’unité de court séjour.		
“Après le quotidien a été extrêmement amélioré par les infirmières MAIA”	Je suis satisfait du réseau infirmier.		
“on connaît bien le terrain, et qu’on se dépatouille avec les infirmières et les acteurs de terrain.”	Mon expérience et mon réseau sont des forces.		
“L’infirmière du conseil départemental pour faire le point sur la situation.”	Le réseau paramédical est un soutien pour moi.		
“Ils vont pouvoir t’aider pour que tu n’aies pas tout à gérer.”	Il est important pour le médecin de s’entourer pour faire les démarches.		
“- Toi tu as son numéro de téléphone ? - Oui”	Le réseau paramédical est un soutien pour moi.	Avoir un réseau personnel	
“Est-ce que je me sens seul face à ça ? Moins depuis qu’il y a le médecin n°7 honnêtement”	Les confrères sont un soutien.	Être soutenu par ses confrères	

“Jusqu’au jour où quelqu’un te dit “Mais en fait ça ne va pas du tout”.”	J’ai plus tendance à croire l’entourage que le patient sur l’évaluation de la situation.	Avoir des informations plus fiables par l’entourage	Être légitime
“je trouve que c’est intéressant quelqu’un d’extérieur.”	Je valorise l’avis d’un autre professionnel.	Valoriser l’avis d’autres professionnels	
“j’accepte ce que me dit le malade”	J’accepte les limites de la profession.	Connaître sa place	
“c’est plutôt facile de pouvoir leur apporter des réponses”	Je me sens à l’aise face aux demandes des patients ou des aidants.	Être à l’aise dans son rôle	
“si c’est pas plus pertinent que ce soit nous qui le remplissons”	Je considère que le médecin généraliste a une expertise à faire valoir.	Avoir des connaissances	
“Non ! Ça fait partie du job.”	J’accepte les responsabilités liées à la profession.	Assumer ses responsabilités	
“c’est des visites, on en fait tous, pour nos patients très dépendants, c’est de la médecine générale on va dire, <i>rire</i> , c’est comme ça hein”	J’accepte les responsabilités liées à la profession.		
“on ressent que le système dysfonctionne [...] il faut accepter ce qui nous incombe pas aussi”	J’accepte que le réseau dysfonctionne, et la responsabilité n’incombe pas au médecin.		
“C’était la première fois que je faisais les dossiers [...] je vais appeler la Maison des Solidarités à Revel, je ne savais pas comment on faisait”	Je manque d’expérience dans ce domaine, et me sens légitime à demander de l’aide.	Être conscient de ses capacités	
“je les fais quand même, j’anticipe et c’est tout.”	Je trouve légitime d’aller contre l’avis de mon patient afin d’anticiper la situation.	Être légitime de s’imposer au patient	
“J’ai dégainé l’ordonnancier, j’ai mis le lit médicalisé, la chaise percée [...] j’avais prescrit les infirmières”	En situation aiguë, j’impose au patient des aides.		
“quand ils acceptent, eh bien je suis content.”	Je suis satisfait de ma prise en charge.	Être heureux d’avoir une influence	
“Et ça fait plaisir parce que je l’ai revu deux mois après à domicile et elle était beaucoup mieux”	Je suis heureux quand les aides que j’ai mis en place améliorent le patient.	Se féliciter de l’amélioration du patient suite à la prise en charge	

“on est là pour les accompagner dans leurs choix de toute façon”	Je respecte les choix du patient.	Respecter les choix du patient	Respecter
“après une fois qu’ils ont leur APA demandée, libre à eux de ne pas choisir de prendre les 13h par semaine s’ils ne veulent pas”	Je laisse le choix au patient d’adapter la quantité d’aides à domicile.		
“moi personnellement je trouve que j’ai été dans son sens.”	Je me valorise de respecter le choix des patients.	Être fier de respecter les choix du patient	
“Ça dépend de la personnalité, mon ressenti dépend de la personnalité des malades qu’on a en face”	Ma relation avec le patient influence ma prise en charge.	S’adapter au patient	
“être un peu empathique aussi et comprendre que voilà, la plupart ici ils sont nés dans leur maison donc on peut comprendre”	Je sais prendre du recul par rapport à mes émotions et me mettre dans une position empathique.	Être empathique avec le patient	
“proposer avec eux, discuter avec eux et voir “Qu’est-ce que vous en pensez ?””	J’implique le patient dans sa prise en charge, et je l’adapte à son ressenti.	Avoir une décision conjointe avec le patient	Faire confiance
“si l’on connaît bien la personnalité, il y a quand même un lien qui s’est créé”	Ma prise en charge dépend de mon lien émotionnel avec le patient.	Avoir une relation de confiance	
“plus je le connais plus la relation de confiance est là”	Je valorise la confiance avec mon patient.		
“il y a une certaine complicité qui peut se créer et du coup une relation plus facile pour aborder une thématique de dépendance à venir.”	La connaissance de mon patient entraîne une relation dépassant le cadre professionnel.	Avoir une relation privilégiée	
“je m’étais renseigné pour le SSIAD pour les soins de nursing”	J’ai une bonne connaissance du réseau de soins local.	Connaître le fonctionnement du réseau	Savoir faire
“Ça marche bien Trajectoire quand tu l'utilise bien hein, franchement ça marche hein !”	Je sais utiliser les outils administratifs à disposition et je les trouve efficaces.		
“on a mis en place l’HAD en un seul jour finalement, avec oxygénothérapie et tout ça”	Je suis fier d’avoir trouvé une solution rapidement quand une situation d’urgence s’est présentée.	Savoir réagir en urgence	

Ressenti négatif	Étiquettes	Propriétés	Catégories
"l'évaluation gériatrique j'en fais pas forcément. Je sous-traite beaucoup aux gériatres de l'hôpital."	Je fais peu de gériatrie car je n'y accorde pas beaucoup d'intérêt.	Se désintéresser de la gériatrie	Abandonner
"je limite mes déplacements parce que j'ai pas le temps"	J'accorde moins d'importance à mes visites à domicile qu'à avant.	Se désintéresser des visites à domicile	
"C'est un peu long quoi..."	Je ne veux pas utiliser mon temps pour faire ces démarches.	Se désintéresser des démarches	
"Oui c'est relou !"	Les tâches administratives m'ennuient.		
"Amener les choses assez simplement sans perdre de temps"	Je ne veux pas consacrer plus de temps dans mes consultations à cette problématique.		
"Il y a des situations très complexes"	Certaines situations sont énergivores.	Être fatigué de situations complexes	
"C'est la vie humaine"	Je suis résigné.	Être résigné	
"Le truc habituel qu'on a..."	Je suis las des échecs répétitifs.		
"tu prends un temps qui n'est pas du tout valorisé."	Je ne veux pas utiliser mon temps si je ne suis pas rémunéré pour.	Avoir une motivation financière	
"je le déléguerais bien à une infirmière"	Je considère que les tâches administratives ne sont pas mon rôle de médecin généraliste.	Déléguer	
"Ou de faire prendre cette position d'autorité aux aidants"	Je me décharge de mes responsabilités sur les aidants.		
"finalement on voit des patients qui rentrent dans la dépendance... ça se fait progressivement"	La perte d'autonomie est inévitable et inaccessible à notre action de médecin.	Être impuissant face au vieillissement	Être limité dans son action
"qu'il faut éviter, mais bon après il y a toujours des AVC"	Certaines pertes d'autonomie ne sont pas prévisibles.	Être impuissant face aux pertes d'autonomie brutales	

“un peu d’impuissance quand même”	Je me sens impuissant face à un refus.	Être impuissant face au refus	
“De toute façon il va être hospitalisé, puis hospitalisé, puis hospitalisé, jusqu’à ce que personne n’en puisse plus hein”	Je suis impuissant face au refus de mon patient.		
“c’est un peu décourageant de voir ça. On ne peut que repousser un petit peu.”	Je n’ai que peu d’influence dans la limitation de la perte d’autonomie.	Être limité dans ses capacités	
“Parce que c’est vraiment un combat de leur expliquer que le maintien à domicile ça sera pas toujours possible.”	Je n’arrive pas à avoir d’impact sur mes patients dans le cadre de la prévention.		
“l’EHPAD c’est totalement refusé, mais oui ce monsieur il serait redevable d’un EHPAD.”	Je sais quelle est la meilleure solution pour mon patient, et suis frustré qu’il ne l’accepte pas.	Être frustré par les choix du patient	
“c’est très décourageant de voir qu’on vieillit”	Le vieillissement des patients me ramène à mon propre vieillissement.	Avoir peur de vieillir	Se projeter au travers du patient
“personne ne veut finir à la maison de retraite”	J’ai peur de vieillir en institution.		
“ça peut-être un peu perturbant parce que tu peux dire 60 ans, t’es pas vieux.”	Je m’interroge sur mon propre vieillissement.		
“L’intimité quoi, parce qu’après limite ton corps il t’appartient plus au bout d’un moment”	Parler au patient d’aide à la toilette me ramène à ma propre pudeur.	Craindre l’intrusion dans l’intimité	
“comme ouais un peu une condamnation aussi je pense. Bah d’où leurs réactions, après ça doit être les stades aussi du... du deuil un peu”	La perte d’autonomie est un deuil de ses capacités passées.	Faire le deuil de son ancien soi par la perte d’autonomie	
“c’est aussi notre vécu personnel dans notre famille”	Mon approche professionnelle est dépendante de mon vécu personnel.	Se baser sur son expérience personnelle	
“il y a des fois t’as l’impression d’être un peu intrusif”	Le rôle du médecin peut être intrusif.	Être intrusif	
“Déjà le passage à “Je sors de chez moi ou je reste chez moi”, ça c’est dur.”	La perte d’autonomie de mes patients m’affecte.	Avoir de l’empathie pour les patients	Souffrir avec

“Quand en fermant la porte on a une peur bleue parce qu’on ne sait pas quand quelqu’un viendra”	J’ai peur pour les patients vivant seuls.	Avoir peur pour ses patients	
“je les mets en place pour prévenir l’épuisement des aidants”	Les aidants sont ma priorité.	Accorder une importance aux aidants	
“parce que la famille commence un peu à en chier”	Je mets les aidants au centre de ma prise de décision.		
“ils ont pas du tout d’aide alors que t’as l’impression que vraiment ils serrent les dents et que tout coûte très cher”	L’attribution des aides me semble injuste.	Ressentir de l’injustice pour le patient	
“quand tu vois vieillir des patients et qu’ils ont toujours dit qu’ils voulaient mourir chez eux, c’est vrai que c’est compliqué ensuite de faire des démarches pour tout ce qui est EHPAD”	Je me sens coupable d’aller contre certaines volontés de mes patients.	Trahir le patient	
“tu as l’impression [...], que tu les trahis [...], tu pointes une perte d’autonomie”	Je me sens coupable d’annoncer une perte d’autonomie.		
“La première fois que j’ai dû le voir à l’EHPAD je me suis dit “Comment ? Comment il va me recevoir ? Il va m’insulter, il va m’en vouloir””	J’appréhende la réaction du patient quand je suis allé contre sa volonté.		
“Ouais comme une forme - entre guillemets - de condamnation.”	J’ai l’impression de condamner mon patient en abordant les aides.	Condamner le patient	
“il m’a regardé dans les yeux et il m’a dit “Vous allez pas me faire ça hein docteur, vous allez pas me faire ça, vous me le faites pas”, et avec toute la confiance accumulée depuis des années”	Le patient se sert de la confiance mutuelle pour me faire culpabiliser.	Faire culpabiliser	
“je me demande si inconsciemment quand on connaît la personne depuis hyper longtemps on retarde pas ce moment-là”	Je suis dans le déni de la perte d’autonomie des patients que je connais depuis longtemps.	Être influencé par son affect	
“j’ai énormément de difficulté dans ce cadre-là, parce qu’il y a une injonction.”	Je me sens en difficulté quand il faut exprimer mon avis médical avec certains patients.	Avoir peur de s’exprimer	Douter de soi

“J’arrive jamais moi, mais c’est ce qui m’est rétorqué “Elle me doit ça””	Je me sens en difficulté quand il faut exprimer mon avis médical avec certains patients.		
“je lui dis qu’il faut qu’on demande des aides et tout ça. Il me dit “non””	Je n’arrive pas à imposer mes décisions médicales face à certains aidants.		
“il y a des gens on n’a pas envie de leur poser ce besoin parce que tu sais qu’après il y a une bascule”	Je tais parfois la perte d’autonomie de certains patients car je crains leur réaction.		
“j’ai un peu du mal à leur dire que ça va prendre plusieurs mois et que ce serait bien de le faire dès maintenant”	J’ai du mal à faire comprendre aux patients l’importance d’anticiper.		
“aborder la problématique, je n’ai pas d’appréhension, si ce n’est que je sais que la tâche va être lourde.”	Je préjuge de la difficulté de la tâche que représente la mise en place des aides.	Avoir de l’appréhension	
“Mais psychologiquement il doit y avoir une bascule”	Je crains de précipiter la perte d’autonomie en proposant des aides à domicile.		
“on n’est pas assez vigilants sur ce que tu dis parce qu’en préventif, mettre des aides avant que la famille”	Je me sens coupable de mon manque de prévention.	Se sentir coupable	
“tant que ça fonctionne, on a tendance à pas trop bouger”	Je me sens coupable de mon inaction.		
“malheureusement ça m’est arrivé une fois l’an dernier où on a vraiment attendu que ça se détériore”	Je me sens coupable de ne pas avoir su faire valoir ma prévention auprès des patients.		
“je sais pas si c’est... enfin tu vois si c’est pas moi qui ai provoqué les choses”	Je me sens coupable de sa mort.		
“tu les mets en porte-à-faux aussi, t’es responsable de ça aussi.”	Je me sens coupable de me reposer sur les aidants.		
“je me sens pas bon dans ça.”	Je ne me sens pas utile pour le patient sur ce sujet.	Douter de ses capacités	
“Qui vous donne ces infos là ? Comment vous avez ces infos ?”	Je me sens en infériorité dans cette prise en		

	charge par rapport à mes collègues.		
“Voilà peut-être hein, peut-être je sais pas bien le faire hein.”	Je doute de mes compétences relationnelles.		
“ça va nous retomber dessus un vendredi soir”	Je suis en difficulté face aux situations d’urgence.	Redouter les urgences	
“C’est là où c’est difficile pour les médecins généralistes parce que ça aggrave la situation.”	Je suis en difficulté face aux situations d’urgence.		
“Le ressenti ça peut être une sensation d’échec un peu”	Je me sens en échec face à un refus.	Être en échec	
“En se cachant derrière le médico-légal, surtout moi j’ai peur de ça”	J’ai peur des responsabilités juridiques.	Avoir peur des responsabilités juridiques	
“on se rend compte qu’on se pose pas forcément la question et parfois on est étonnés”	Ma capacité de détection n’est pas bonne.	Ne pas être compétent dans le dépistage	
“seul non mais mal à l’aise”	Je ne suis pas à l’aise dans ces situations.	Être mal à l’aise	
“c’était très très dur pour la fille “Tu vas hériter de l’immeuble donc tu t’occupes de moi jours et nuits et je refuse absolument les aides extérieures.””	Je suis mal à l’aise avec certaines habitudes de devoir familial.	Être en désaccord avec la famille	Être opposant
“j’étais pas à l’aise”	Je suis mal à l’aise face à l’aidant.		
“C’était très désagréable, le mec pensait plus à sa thune qu’à sa femme en fait”	Je trouve que certains aidants ne sont pas bienveillants.	Être préoccupé par les relations intra-familiales	
“c’est qu’ils se payent un coiffeur, des choses, que je trouve futiles d’un point de vue de santé”	Je suis en colère face aux patients qui n’accordent pas assez d’importance à leur santé.	Avoir des convictions différentes	
“accepter quand même”	J’ai du mal à accepter le choix de mes patients.		
“Des fois c’est louche !”	Je doute de la sincérité des patients.	Douter du patient	
“On n’a pas à se battre”	J’anticipe la proposition comme un affrontement avec le patient.	Appréhender le sujet comme une bataille à mener contre le patient	

“tu n’es plus dans la décision partagée, t’en reviens à vouloir imposer des trucs et de te mettre dans ta position d’autorité”	Dans certaines situations, je me sens obligé d’adopter une position d’autorité.	Imposer ses décisions au patient	
“je me suis vraiment senti seul... parce que la famille comprenait pas et limite c’était du lynchage envers moi et le SSIAD”	Le manque de compréhension de l’entourage peut entraîner une animosité envers les soignants.	Être attaqué	
“La confusion ou l’agressivité vis-à-vis de l’autre”	J’ai peur d’être confronté aux réactions du patient.		
“Parfois si on veut être trop en amont ça ne fonctionne pas non plus”	J’ai du mal à choisir le bon moment pour aborder le sujet.	Avoir la mauvaise temporalité	Méconnaître son patient
“On a des malades comme ça où il y a des caractères où tu ne peux pas avancer en fait.”	Ma confiance en mes capacités varie en fonction des patients.	Avoir des difficultés relationnelles	
“j’en ai un mais c’est pas un patient à moi donc c’est un peu compliqué”	Je trouve que c’est plus compliqué quand je ne suis pas les patients.	Être en difficulté face à un patient inconnu	
“Mon ressenti c’est l’incompréhension”	Je ne comprends pas les choix des patients.	Être dans l’incompréhension	
“je précise que le jour où l’infirmière du département vient, vous êtes au plus mal, vous en rajoutez”	Je ne comprends pas le raisonnement de mes patients.		
“Il y en a certains qui te donnent le change pendant certaines consultations, et du coup tu sous-estimes le besoin réel d’aides”	Je suis en difficulté pour évaluer les besoins d’un patient quand il a des troubles cognitifs.	Ne pas déceler les signes non verbaux	
“Le problème c’est que tu t’appuies sur ce que te dit le patient.”	J’ai du mal à comprendre ce que sous-entend le patient.		
“En fait le danger c’est de tout mettre sur le compte des troubles cognitifs”	Les troubles cognitifs des patients peuvent altérer le jugement du médecin aussi.	Avoir une vision tronquée du patient	
“tu as une rupture avec l’identité antérieure, que tu donnais au patient”	Ma vision du patient change quand il accède aux aides à domicile.	Remettre en question la relation avec son patient	
“c’est-à-dire que moi ne la connaissant pas, elle a zéro traitement et ne vient jamais, euh je peux pas m’en rendre compte”	Je suis en difficulté pour déceler la perte d’autonomie quand je ne connais pas le patient.	Ne pas connaître le patient	

“Des fois on se sent facilement très seul quand on a une situation très délicate à domicile”	Je me sens seul dans la prise de décision.	Prendre seul les décisions	Se sentir seul
“dans la prise de décision”	Je me sens seul dans la prise de décision.		
“les enfants ils sont invisibles, on les voit jamais”	Je regrette le manque d’implication de la famille dans certaines situations.	Ne pas être soutenu par la famille	
“ce qu’on aimerait en pratique, des courtes hospitalisations, qu’on ne peut plus faire”	Je ne suis pas satisfait du système hospitalier.	Être déçu du système hospitalier	
“chaque fois il allait aux urgences, mais on le prenait pas parce que pas de place en cardio ni en gériatrie, pas de place nulle part.”	Je suis frustré du manque de prise en charge hospitalière.		
“Ce qu’il faudrait c’est qu’on ait les trucs référencés”	Je me sens seul face aux démarches.	Gérer seul les démarches	
“Il faut arriver à tenir d’un côté et expliquer de l’autre que le maintien est compliqué.”	Je modère les relations intra-familiales de mes patients de la même famille.	Être médiateur	Être ignorant
“c’est sur vraiment dérogation, mais je sais pas de qui, ça me paraît vraiment très compliqué”	Je manque de connaissances sur les particularités des actes possibles par organisme.	Ne pas avoir les connaissances des actions possibles	
“je suis pas très bon en ça je le reconnais, les interlocuteurs je les connais pas”	Je manque de connaissances sur le réseau de soins local.	Ne pas avoir connaissance des interlocuteurs	
“je sais pas trop comment ça marche finalement au niveau financier, je m’y suis jamais trop intéressé”	Je manque d’informations sur le volet financier des aides, parce que je ne m’y intéresse pas.	Ne pas connaître le fonctionnement	
“On n’est pas assistante sociale non plus quoi”	La prise en charge sociale ne fait pas partie de mon rôle de médecin.	Refuser ses responsabilités	Fuir
“je ne suis pas “papier-ologue” !”	Je considère que les tâches administratives ne sont pas mon rôle de médecin.		
“il faudrait qu’on puisse aller à la maison, qu’on ait un temps dédié pour ça quoi.”	Je considère qu’un bon dépistage doit se faire au domicile du patient mais je n’y accorde pas assez	Chercher à se justifier	

	d'importance pour le faire.		
"Ça veut dire que t'es obligée d'y aller tous les deux jours, parce qu'il y a toujours un nouveau truc"	Je suis sur-sollicité par certains patients.	Être sur-sollicité	Être épuisé
"C'est épuisant pour nous."	Le refus entraîne un épuisement du médecin.	Être fatigué par les refus	
"Et puis ils nous prennent du temps et de l'énergie"	Je ressens le refus du patient comme une charge professionnelle et mentale en plus.		

ANNEXE 5

TABLEAU D'ANALYSE FREINS ET LEVIERS

Leviers	Étiquettes	Propriétés	Catégories
“en couple bringuebalant où l'autre arrive ce que l'autre n'arrive plus à faire et ils arrivent encore à venir à deux.”	Le fait d'être en couple peut renforcer l'autonomie des patients âgés.	Ne pas être seul face à la perte d'autonomie	Être entouré
“on va s'aider de la famille : “Tu vois maman ça tu as du mal à le faire”.”	Je me sers de la famille pour la prise de conscience.	Avoir un rôle de prise de conscience (pour la famille)	
“Je demande beaucoup qui fait quoi à la maison”	J'ai besoin d'informations sur l'organisation au domicile et sur les liens familiaux.	Connaître l'organisation au domicile	Connaître le patient
“c'est quand même important de savoir un peu ce qu'ils font”	J'ai besoin de connaître les capacités de mon patient dans la vie quotidienne.		
“voir comment ça se passe pour tous, comment ça se passe pour les aidants”	J'ai besoin d'avoir une vision globale de l'organisation familiale et au domicile.		
“je vais aller me rendre compte de comment c'est à domicile.”	J'ai besoin d'être à domicile pour être plus pertinent dans ma proposition d'aide.	Connaître le domicile	
“j'essaie d'évaluer l'entourage un petit peu.”	J'ai besoin de faire le point sur l'entourage pour ma prise en charge.	Connaître l'organisation de l'entourage	
“Elle essaye vraiment de mettre toujours la même personne”	Un intervenant unique à domicile aide à l'adhésion.	Avoir des intervenants fixes	Avoir des aides adaptées
“Le levier ça va être vraiment l'amélioration dans la vie quotidienne”	Retrouver une autonomie relative dans certains gestes facilite l'adhésion.	Retrouver une autonomie	
“souvent c'est eux qui l'abordent avec nous finalement”	Je laisse les patients ouvrir la discussion.	Laisser le patient aborder le sujet	Rendre le patient acteur
“il se sentait plus capable”	Certains patients ont bien conscience de leurs capacités.	Avoir conscience de la perte de ses capacités	
“j'essaie entre guillemets de leur vendre le passage de l'infirmière pour leur dire “vous allez le faire ensemble”.”	Je rends le patient acteur de sa prise en charge avec les aides pour une meilleure adhésion.	Rendre le patient acteur de sa prise en charge	

“- Tu demandes un bilan cognitif systématique ? - Ah bah beaucoup plus facilement maintenant que c’est pas moi qui le fait”	Déléguer le dépistage permet une meilleure prise en charge.	Améliorer la prise en charge par la délégation de tâche	Travailler en équipe
“qu’il y ait une infirmière du Conseil Général qui vienne. Et ça permet de faire un état des lieux”	Je suis à l’aise de savoir que quelqu’un d’autre fera l’état des lieux à ma place.	Être content de déléguer	
“Presque c’est plus facile comme disait le Médecin n°10 quand tu connais pas le patient quoi”	Ne pas connaître le patient permet de se détacher de l’affect et rend ma prise en charge plus efficace.	Améliorer sa prise en charge par un regard objectif	

Freins	Étiquettes	Propriétés	Catégories
“Parce que la personne dépendante finalement elle peut ne pas se rendre compte qu’elle est dépendante”	La dépendance est niée par le patient.	Être dans le déni	Se cacher
“à vouloir montrer qu’ils ont passé l’aspirateur alors qu’ils l’ont pas fait depuis trois ans”	Les patients ont honte de leur perte d’autonomie.	Avoir honte	
“il y a un choc au début ouais ! Il faut laisser le temps.”	La prise de conscience de leur perte d’autonomie peut-être brutale pour les patients.	Prendre conscience brutalement	
<i>cite un patient</i> “il faut qu’elle me transfère ses parts parce que sinon ça va coïncider au niveau du notaire”	Certains aidants profitent du déclin cognitif pour leurs propres avantages.	Se faire manipuler par l’aidant	Ne pas avoir un entourage aidant
“Si le fils qui est à l’autre bout est pas tout-à-fait d’accord”	Certains membres de la famille peuvent être un obstacle.	Être absent	
“si on n’a pas de fils aidant bah ce lit médicalisé on est obligé de la faire attendre”	L’absence d’environnement familial m’empêche d’aider certains patients.	Ne pas avoir d’entourage familial	
“la fille je la suspecte si tu veux de minimiser la perte d’autonomie parce qu’elle veut absolument pas que sa mère aille en	Certains aidants ne sont pas bienveillants.	Être malveillant	

EHPAD pour une histoire de thune”			
“il m’appelle parce que “qu’est-ce qu’on fait ?”.”	Les aidants n’anticipent pas les complications.	Ne pas anticiper	
“Le mari il est dans le déni”	Certains aidants aggravent la situation car ils sont dans le déni.	Être dans le déni et s’opposer aux aides	
“je l’ai pas mis parce que c’était que la deuxième fois que je les voyais.”	J’ai besoin de connaître les patients pour leur proposer des aides.	Être dépendant du suivi	Ne pas faire confiance
“De faire venir des gens c’est difficile.”	Le domicile du patient est un lieu d’intimité.	Refuser l’intrusion dans l’intimité	
“Il y a des personnes qui disent qu’elles ne veulent pas de personne à leur côté”	Le domicile du patient est un lieu d’intimité.		
“le problème c’est sa femme qui veut absolument le maintenir à domicile, mais elle est âgée aussi”	Je suis en désaccord avec certains aidants, et me sens parfois impuissant face à leur refus.	Se confronter au refus des aidants	
“Parce qu’il y a des associations où ça change tous les quatre matins”	Les patients sont gênés par le changement d’intervenants à leur domicile.	Avoir peur de l’étranger	
“des structures où un jour c’est tel personnel et un autre jour... avec des horaires... quelques objets qui disparaissent”	La qualité des aides à domicile est parfois médiocre.	Être critique sur la qualité de certaines aides	Avoir des représentations négatives
“Les freins c’est les aides non adaptées.”	Les aides ne sont pas adaptées.		
“des aides plus fiables aussi, une aide dont on puisse toujours être garant de l’utilité, de la pertinence”	Je doute de la qualité des aides.		
“les freins c’est beaucoup de représentations, il faut essayer de lever ces représentations.”	Les aides à domicile ont une image négative.	Avoir des a priori sur les aides	
“On est dans le milieu rural quoi... ils veulent rester à la maison jusqu’au bout.”	Les patients ruraux sont plus réfractaires à l’institutionnalisation.	Avoir des a priori sur l’institutionnalisation	

“On décide rien, on les traite comme des enfants qu’ils fussent.”	Ne pas laisser le patient libre de ses choix est une erreur.	Imposer ses choix au patient	S’opposer
“bon c’est cher, cher entre guillemets”	Les patients ne priorisent pas leur santé.	Avoir des priorités différentes	
“En libéral mais du coup il faut les payer. “	Je refuse de proposer des aides non prises en charge financièrement.	Être opposé au fonctionnement	
“Ça la personnalité du patient, il est adhérent, pas adhérent”	La personnalité du patient, son déni, la présence de troubles cognitifs, peuvent être des freins à la mise en place d’aides à domicile.	Avoir un comportement d’opposition	
“pour avoir toutes les aides possibles alors que si c’est pas marqué par une autorité, de nous-même on ne peut pas déclencher ces aides-là”	Les aides sont difficiles à obtenir sur le plan administratif.	Être bloqué par les démarches administratives	Frein sociétal
“quand il y a une famille autour, bon ils vont pas trop déclencher trop d’aide à domicile, et en fait souvent ils attendent que la situation se fissure pour après augmenter.”	Les services administratifs ne sont pas assez dans la prévention.		
“On aimerait que ce soit plus rapide.”	Je suis frustré par la lenteur des services administratifs.		
“Certains appareillages, le fauteuil confort, mais qu’il y a quand même des fois des problèmes financiers.”	La santé n’est pas une priorité financière pour les patients.	Argumenter un manque de moyens financiers (par le médecin)	
“ils ne peuvent pas faire les toilettes sauf dérogation”	Le champ d’action réduit des organismes d’aide oblige à multiplier les intervenants.	Complexifier la prise en charge	
“Il y a une tranche au milieu qui sont ni confortables ni en perte d’autonomie et il en reste beaucoup à charge”	Certains patients n’ont pas accès financièrement aux aides.	Être limité financièrement	
“ça se limite souvent à un passage rapido, mais c’est déjà pas mal. Dès qu’on commence à devoir faire les toilettes, ça coince.”	L’aide à la toilette est la plus difficilement disponible.	Être limité par la disponibilité du réseau paramédical pour certains gestes	

<p>“C’est vrai que les kinés... ou alors ils passent une fois de temps en temps quoi... donc il y a pas trop de suivi. “</p>	<p>Je trouve plus difficile de faire intervenir les kinésithérapeutes que les infirmières.</p>		
<p>“une infirmière ne ferait pas le ménage... ni la cuisine... et pour essayer qu’il y ait pas de quiproquo”</p>	<p>Il y a un manque de connaissances de la part des familles sur les missions de l’intervenant au domicile.</p>	<p>Méconnaître les aides</p>	<p>Être ignorant</p>
<p>“Ils te le disent pas, tu vois c’est naturel de se casser la gueule.”</p>	<p>Les patients n’ont pas conscience des signes d’alerte.</p>	<p>Ne pas connaître les signes d’alerte</p>	
<p>“Moi le mari il va jamais gérer internet hein.”</p>	<p>L’utilisation de l’informatique est un frein dans la réalisation des démarches.</p>	<p>Ne pas savoir utiliser l’informatique</p>	
<p>“C’est un fonctionnement familial qu’on n’avait pas vu jusqu’au jour où”</p>	<p>Ne pas connaître les relations intra-familiales est un problème.</p>	<p>Découvrir les conflits intra-familiaux</p>	
<p>“tu vas chez eux et qu’en fait c’est foutu d’une manière où ça passerait pas.”</p>	<p>Mes propositions sont parfois inadaptées.</p>	<p>Ne pas connaître l’environnement</p>	
<p>“C’est même plus dur quand on les connaît pas, parce qu’en fait on voit qu’il y a une dépendance mais on ne sait pas depuis quand. Et... c’est plus compliqué.”</p>	<p>Je suis moins à l’aise avec les patients que je ne connais pas pour anticiper les complications.</p>	<p>Ne pas connaître le patient</p>	

AUTEURS : Maëva OHEIX et Pierre GILBERT

TITRE : Ressenti des médecins généralistes lors de la proposition d'aides à domicile chez leurs patients âgés devenant dépendants

DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur André STILLMUNKES

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Toulouse (Rangueil), Le 06/05/2024

Introduction : Un Français sur cinq a plus de 65 ans, et la proportion de personnes âgées dans la population devrait continuer de croître selon les projections. Les médecins généralistes suivent en moyenne vingt-et-un patients âgés vivant à domicile. Par leur rôle de premier recours ainsi que de référent du parcours de soin, ils occupent une part centrale dans l'abord de la dépendance à la personne âgée. Compte tenu de la faible représentation du point de vue des médecins généralistes dans la littérature, les chercheurs se sont intéressés à leur ressenti.

L'objectif principal était d'étudier le ressenti des médecins généralistes lors de la proposition d'aides à domicile chez leurs patients âgés devenant dépendants. L'objectif secondaire traitait des freins et des leviers à la mise en place de ces aides.

Matériel et méthode : Il a été mené une étude qualitative, de juin 2023 à janvier 2024, réalisée à partir de focus group. La population regroupait des médecins généralistes thésés, en activité et installés en libéral en région Occitanie. Les focus group ont été modérés à l'aide d'un guide d'entretien. L'interprétation des données a été faite suivant la méthode de l'analyse thématique.

Résultats : Seize médecins généralistes ont participé à l'étude, répartis équitablement en quatre focus group. Les entretiens de groupe ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Les résultats ont été variés et hétérogènes. Les ressentis ont été classés en ressentis positifs et négatifs. Les médecins ont aussi évoqué différents freins et leviers.

Discussion : Des sentiments, parfois opposés, cohabitent dans l'esprit du médecin. Le ressenti négatif prédomine dans cette prise en charge multifactorielle mettant le médecin en difficulté. Le ressenti négatif prédomine dans cette prise en charge multifactorielle mettant le médecin en difficulté. Cette tendance pourrait être inversée en actionnant les leviers qui renforcent les ressentis positifs, tout en limitant les freins qui accentuent les ressentis négatifs.

TITLE: How general practitioners feel about offering home help to elderly patients who are becoming dependent

Introduction: One out of every five French people will be older than 65 years and the number is projected to rise more. General practitioners look after an average of twenty-one elderly patients living at home. In their role as primary care providers and referral agents, they play a central role in the treatment of elderly dependency. Given the poor representation of general practitioners' views in the literature. The researchers were interested in hearing their feelings.

The primary objective was to study how general practitioners felt about proposing home help to their elderly patients who were becoming dependent. The secondary objective was to identify the obstacles and levers to the introduction of these aids.

Material and methods: A qualitative focus group study was carried out from June 2023 to January 2024. The population consisted of practising general practitioners with a doctorate in Occitanie. The focus groups were moderated using an interview guide. Data were interpreted using the thematic analysis method.

Results: Sixteen general practitioners took part in the study, divided equally into four focus groups. Group interviews were continued until data saturation was reached. The results were varied and heterogeneous. Feelings were classified as positive and negative. The doctors also mentioned various obstacles and levers.

Discussion: Feelings, sometimes conflicting, coexist in the doctor's mind. Negative feelings predominate in this multifactorial approach, putting the doctor in a difficult position. This trend could be reversed by activating the levers that reinforce positive feelings, while limiting the obstacles that accentuate negative ones.

Mots-Clés : aides à domicile, médecine générale, patients âgés, ressenti, perte d'autonomie, dépendance

Keywords: home help, general medicine, elderly patients, feelings, loss of autonomy, dependency

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France