

Enquête:
médecin généraliste et personne âgée

Décembre 2007

Dossier de présentation des résultats et discussion

Isabelle Dagneaux
Bernard Vercruysse
Jan Degryse, PhD

Chaire de Médecine Générale
Centre Académique de Médecine Générale
Tour Pasteur - UCL 5360
Av. Emmanuel Mounier 53
1200 Bruxelles
02/764.53.44 - Fax 02/764.55.38

Table des matières

Table des matières	2
1. Introduction	3
1.1. La chaire de médecine générale	3
1.2. La recherche de terrain	3
1.3. Les modalités de l'enquête	3
2. Résultats de l'enquête et discussion	4
2.1. Qui sont les médecins qui ont participé ?	4
2.1.1. Répartition par cercle	5
2.1.2. Sexe	6
2.1.3. Age des participants	7
2.1.4. Type de pratique	10
2.1.5. Lieu de pratique	12
2.1.6. Informatisation des dossiers	13
2.1.7. Le nombre moyen de patients par semaine	15
2.1.8. Combien de personnes fort âgées (>75 ans) estimez-vous avoir vues durant la semaine écoulée ... ?	19
2.1.9. ... et parmi celles-ci, combien vivent en maison de repos et de soins (MR(S)) ?	20
2.1.10. Vers quels hôpitaux orientez-vous les patients âgés ?	22
2.2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge de la personne âgée	26
2.2.1. Résultats	26
2.2.2. Discussion	30
2.3. Souhaits et faisabilité pour la prise en charge des patients âgés en première ligne	32
2.3.1. Les différentes propositions ont été cotées de 0 à 5 pour leur intérêt :	32
2.3.2. Implémentation des propositions (ou possibilité de les réaliser)	34
2.3.4. Discussion	39
2.4. Motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation des personnes âgées	40
2.4.1. Hospitalisations	40
Méthode	40
Résultats	41
Discussion	45
2.4.2. Institutionnalisations	48
Méthode	48
Résultats	49
Discussion	51
2.4.3. Conclusion	52
3. Conclusion générale	53
Bibliographie	54
Table des graphiques et tableaux	56
Annexes	58

1. Introduction

1.1. La chaire de médecine générale

En Belgique comme en Europe, le vieillissement à long terme de la population nous oblige à reconsidérer la relation entre la personne âgée et la société. Au niveau de la santé, il est indispensable de repenser et améliorer les structures sanitaires qui prennent en charge les soins curatifs et la prévention pour nos aînés. Les questions posées par de tels problèmes concernent au plus haut point la médecine générale, principal «fournisseur» de soins aux personnes âgées (qui pour plus de 80% vivent au domicile), mais également aux familles dont la disponibilité a diminué et dont la structure a évolué d'un schéma élargi vers un environnement nucléaire.

Ces évolutions majeures dans notre société ont poussé la chaire de médecine générale du CAMG de l'UCL à choisir le thème de « la personne âgée dans son environnement ». Il s'agit de développer une recherche spécifique et une réflexion interdisciplinaire intégrant les différentes dimensions concernées par cette problématique.

1.2. La recherche de terrain

Un des objectifs de la Chaire de Médecine Générale est de renforcer les liens entre la recherche universitaire et les médecins de généralistes de terrain. En effet, il nous semble primordial que les recherches menées sur le thème de « la personne âgée dans son environnement » soient ancrées dans la réalité de la médecine générale, à travers une meilleure compréhension des difficultés rencontrées, et la mise à disposition ou la création d'outils utiles à la pratique quotidienne. Cette enquête constitue un premier pas dans le travail avec les cercles, afin de mieux les connaître, de mieux cerner leur demande et de pouvoir proposer des axes de recherche qui correspondent aux préoccupations des médecins qui y participeront. Leur expertise dans ce domaine nous semble particulièrement importante à prendre en compte. La participation à l'élaboration d'une recherche est par ailleurs un facteur motivant, stimulant la réflexion et l'attention concrète à différents problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne.

1.3. Les modalités de l'enquête

Des contacts ont été pris dès l'été 2006 avec deux cercles de médecins généralistes francophones. Les représentants des deux cercles se sont montrés enthousiastes à l'idée d'une collaboration qui prenne en compte la réalité vécue au quotidien par les praticiens de première ligne et par leur rôle d'acteurs dans la conception du projet/l'élaboration de la recherche.

L'enquête a été élaborée de novo, sur base d'avis d'experts. Son objectif était de cibler les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans et d'évaluer leur intérêt pour des outils d'aide (à l'évaluation, à la prise en charge globale). Des échanges avec les médecins des deux cercles et les médecins du CAMG ont permis de préciser, d'élargir ou restreindre les items proposés. Les modalités de la réalisation de l'enquête ont été discutées avec les cercles afin de s'adapter au mieux à leur réalité et d'utiliser au mieux les moyens existants dans la région. A l'UOAD, deux courriers préliminaires ont été adressés aux médecins généralistes pour les informer des objectifs de la Chaire et les inviter à

participer à l'enquête. Un message de rappel a été envoyé par SMS à tous les médecins une semaine après la réception de l'enquête. Un rappel courrier a été envoyé avant de procéder à un rappel téléphonique systématique. Du côté de l'AGEF, un courrier préliminaire a été envoyé, tout comme un rappel courrier. Le dernier rappel a été effectué par la coordinatrice de projets du cercle qui participait à différentes réunions regroupant des médecins à différents endroits du territoire du cercle. Ces différentes étapes ont été réalisées selon le calendrier suivant :

	AGEF	UOAD
Premier courrier préliminaire	Semaine du 29 janvier	Semaine du 22 janvier
Deuxième courrier préliminaire	/	Semaine du 5 février
Envoi de l'enquête	Semaine du 12 février	Semaine du 12 février
Rappel SMS	/	Semaine du 19 février
Rappel courrier	Semaine du 26 février	Semaine du 26 février
Rappel téléphonique systématique	/	Du 13 au 22 mars 2007
Rappel en réunions de médecins	Du 13 au 31 mars	/

Table 1 : Dates de l'enquête

Il faut signaler que le pic d'infections grippales a eu lieu cette année en Belgique dans le courant du mois de février¹.

2. Résultats de l'enquête et discussion

Nous présentons les résultats section par section, telles qu'elles ont été proposées dans l'enquête. La discussion se fait à l'intérieur de chaque section, soit au fur et à mesure, pour la première section, soit en fin de section pour les trois suivantes.

2.1. Qui sont les médecins qui ont participé ?

149 médecins ont participé à l'enquête. Elle a été envoyée à tous les médecins des deux cercles sur base de la liste communiquée par leurs responsables. Il ne s'agit pas seulement des médecins cotisant mais de tous les médecins généralistes répertoriés comme travaillant dans le cercle (« zone de cercle »).

Le taux de réponse à l'enquête est difficile à calculer avec précision. Les facteurs d'incertitude sont les suivants :

- certains médecins ne pratiquent plus la médecine générale mais sont toujours inscrits
- certains médecins ont une pratique hospitalière mais sont toujours inscrits comme médecins généralistes
- certains médecins sont en situation d'arrêt de travail plus ou moins prolongée (grossesse, maladie,...)

¹ Le seuil épidémique pour les infections respiratoires aiguës totales a été dépassé fin janvier, et ce jusque début mars. Cf <http://www.iph.fgov.be/flu/>

Par ailleurs, il faut préciser que tous les médecins généralistes ont été inclus, quelle que soit la taille de leur patientèle, le nombre de personnes âgées qu'ils voient,...

Si nous faisons référence aux listes mises à notre disposition, les taux de réponse peuvent être estimés à :

UOAD	
nombre de médecins dans le cercle	137
plus de pratique ou congé long ²	-8
nombre effectif	129
nombre de réponses	73
pourcentage de réponses	56,59%
médecins contactés par rappels téléphoniques	63
AGEF	
nombre de médecins dans le cercle	207
plus de pratique ou congé long	0
nombre effectif	207
nombre de réponses	66
pourcentage de réponses	31,88%
Pour les deux cercles	
nombre de médecins concernés	336
nombre de réponses	139
	41,37%

Table 2 : Médecins participants

2.1.1. Répartition par cercle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valide	AGEF	66	47,5	47,5	47,5
	UOAD	73	52,5	52,5	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Table 3 : Statistiques par cercle

2 Information obtenue par téléphone auprès des médecins concernés lors du rappel téléphonique de l'enquête

2.1.2. Sexe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valide	Femmes	36	25,9	25,9	25,9
	Hommes	103	74,1	74,1	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Table 4 : Statistiques par sexe

La distribution des sexes par cercle ne révèle pas de différence significative :

	Cercle			
	AGEF		UOAD	
	Sexe		Sexe	
	Count	%	Count	%
Femmes	19	28,8%	17	23,3%
Hommes	47	71,2%	56	76,7%

Table 5 : Distribution par sexe

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,546(b)	1	,460		
Continuity Correction(a)	,297	1	,586		
Likelihood Ratio	,546	1	,460		
Fisher's Exact Test				,561	,293
N of Valide Cases	139				

Table 6 : Chi-Square Tests

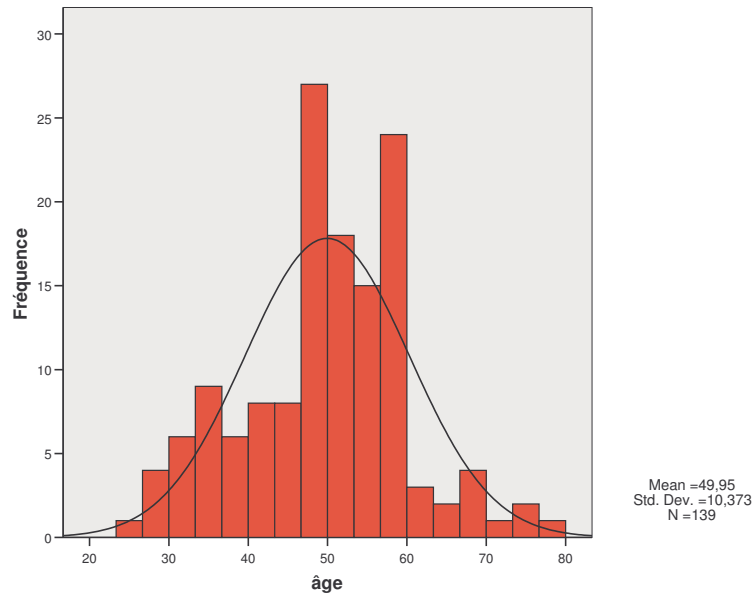
Computed only for a 2x2 table
Zero cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,09.

La distribution par âge et par sexe est présentée à la page suivante, graphique 1.

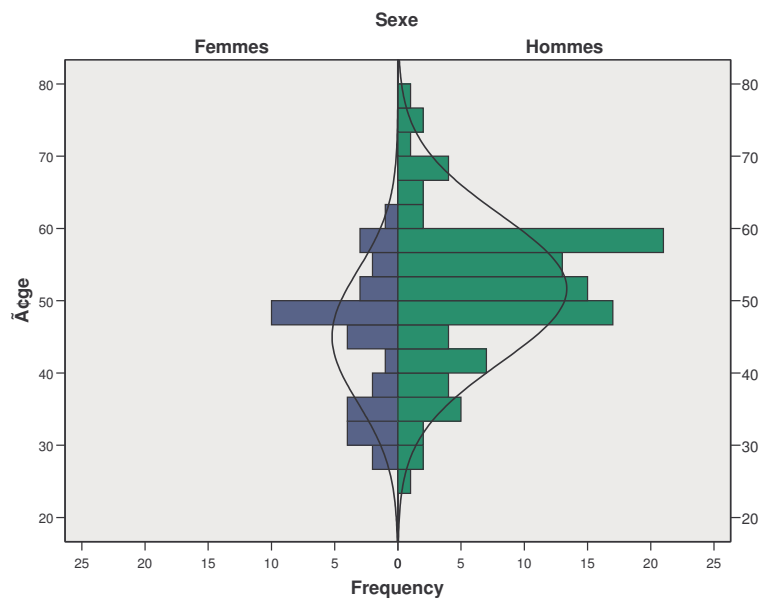
2.1.3. Age des participants

La répartition par âge nous révèle quelques constatations interpellantes :

(âge moyen : 50 ans +/- 10 ans)



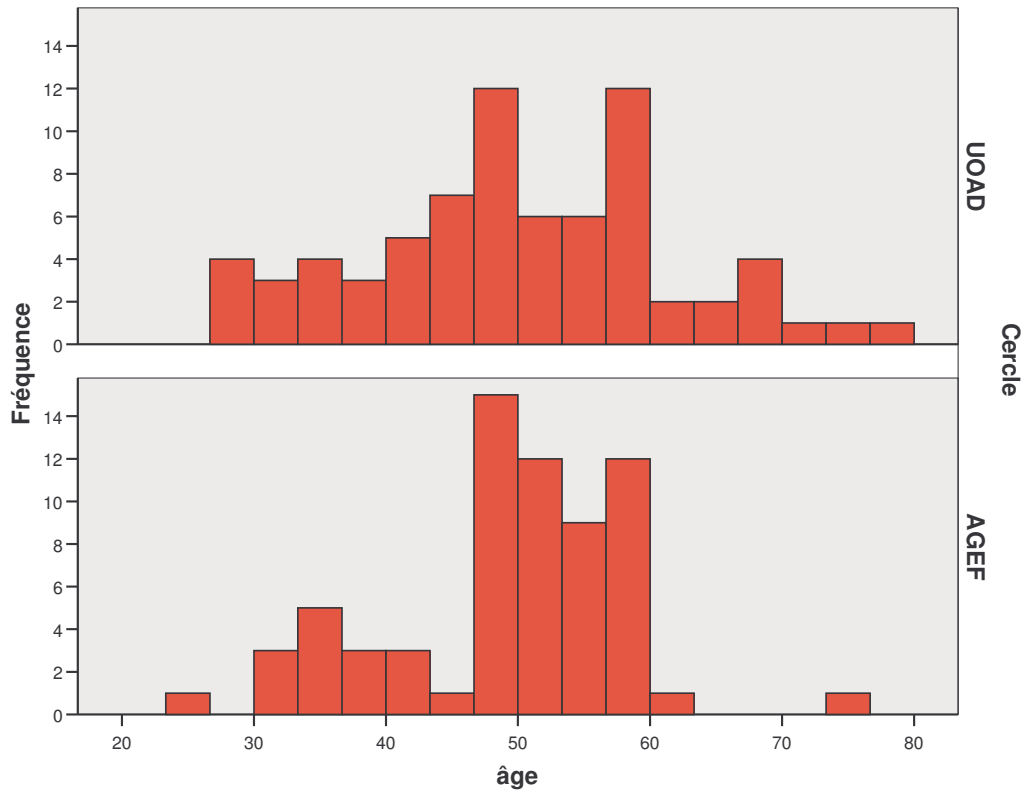
Graphique 1 : répartition des participants pas âge



Graphique 2 : répartition par âge et par sexe

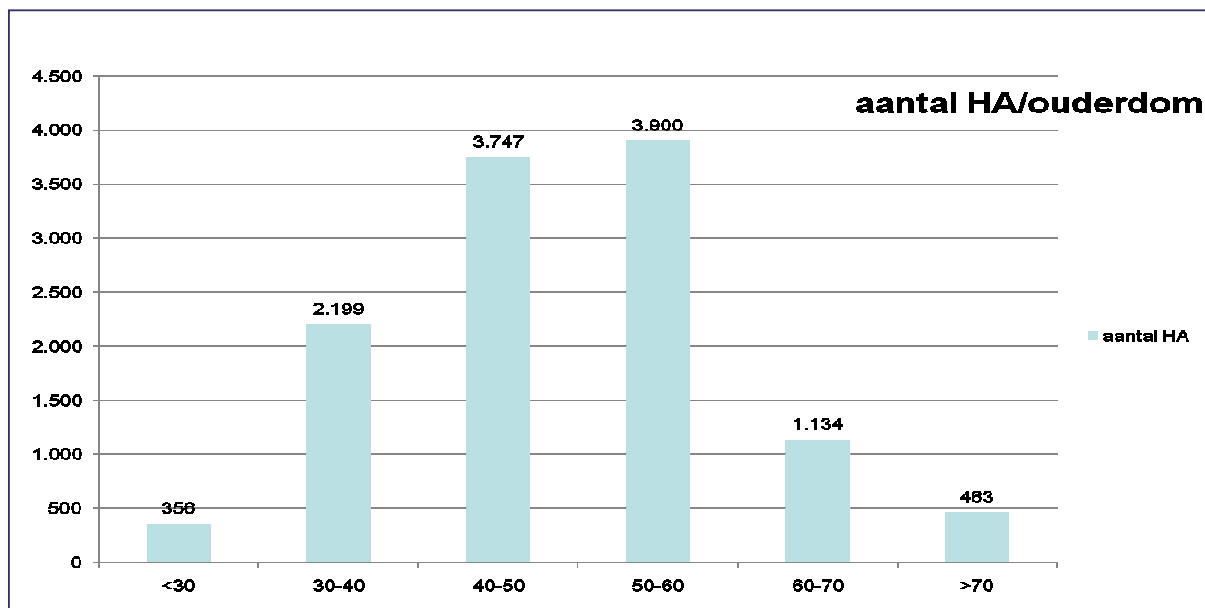
Il y a donc, dans les répondants à l'enquête, un seul médecin de l'AGEF âgé de moins de 30 ans, et 4 à l'UOAD.

La répartition par cercle ne montre pas de différence majeure :



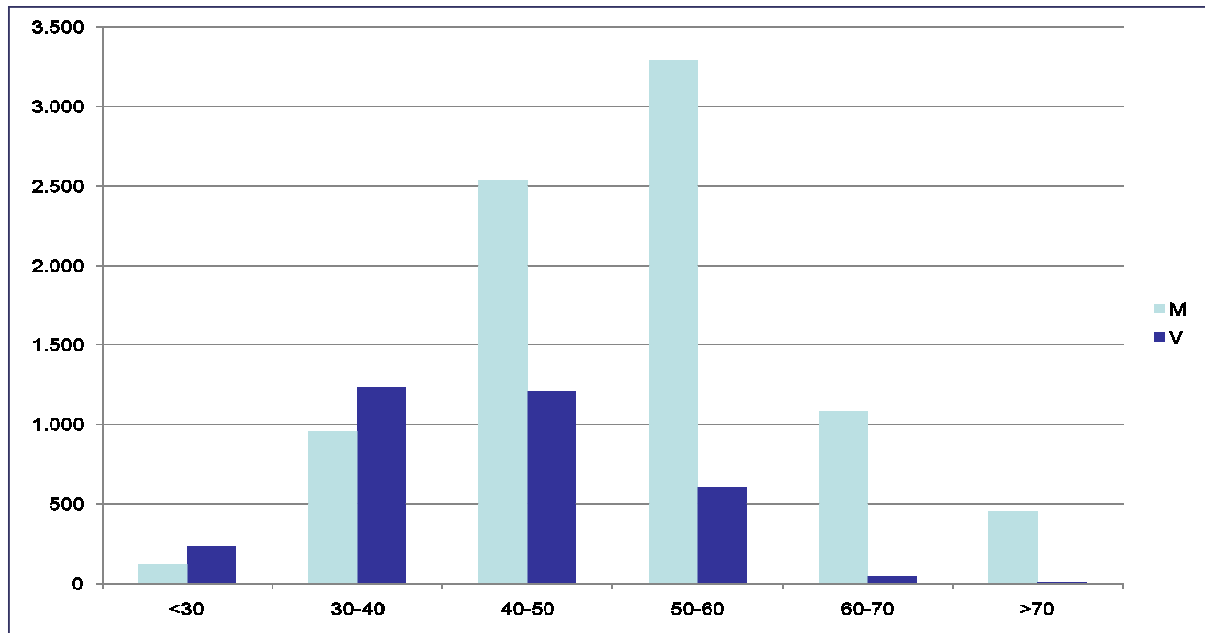
Graphique 3 : répartition des médecins par âge dans chacun des cercles

Si nous comparons avec des chiffres obtenus au niveau national, nous pouvons observer une similitude de la répartition des médecins généralistes par âge :



Graphique 4 : répartition des médecins belges par tranches d'âges (chiffres INAMI)

La similitude peut aussi être observée quant à la répartition par âge et par sexe :



Graphique 5 : répartition des médecins belges par tranches d'âges et par sexe (chiffres INAMI)

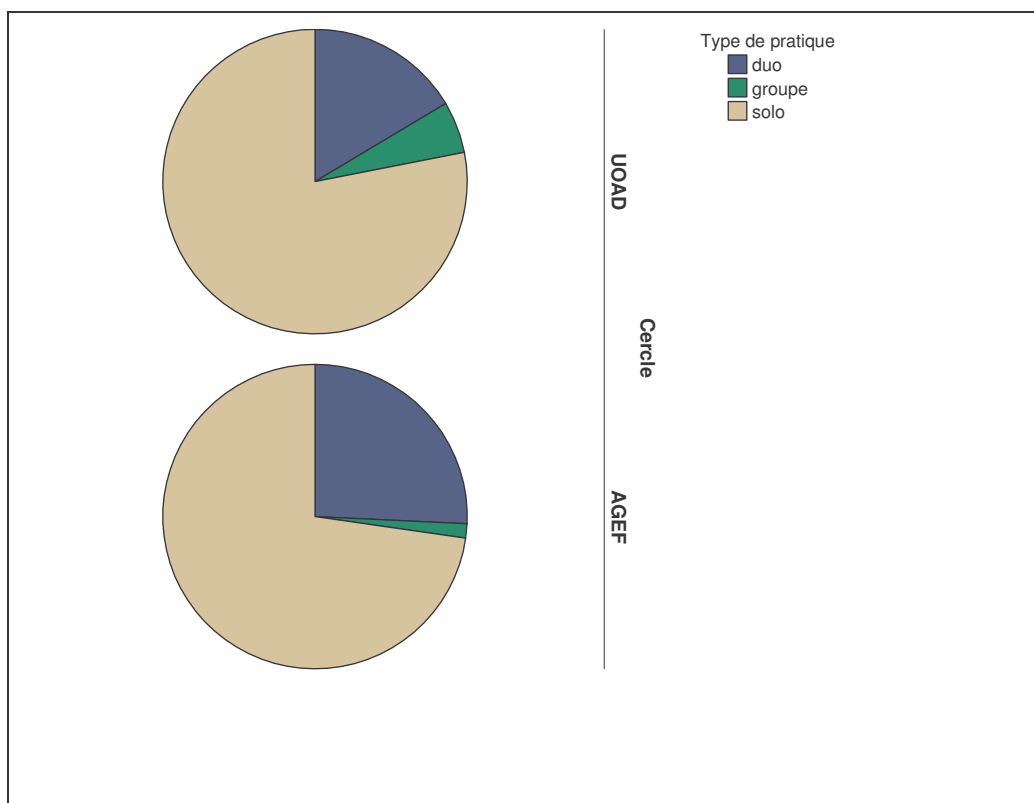
Ces chiffres sont interpellants quant à l'avenir de la médecine générale : après avoir souffert de pléthore, la relève semble peu assurée ! En effet, la tranche d'âge la plus représentée se trouve avoir entre 50 et 60 ans, suivie de près par la tranche de 40 à 50 ans. Il est normal que la tranche de moins de 30 ans soit proportionnellement moins importante, puisque les médecins généralistes ne terminent pas leur formation spécifique (DES en médecine générale et obtention d'un numéro INMAI en 003 ou 004 leur permettant de pratiquer seuls) avant l'âge de 27 ans. Mais la tranche de 30 à 40 ans, sensée représenter la « relève » est bien inférieure en nombre à celles de des 40-60 ans ! Pour les femmes, il y a un décalage d'une dizaine d'années dans l'inflexion négative du nombre, sans doute lié à l'accès plus tardif des femmes aux études dans l'histoire ; mais l'on sait aussi qu'elles arrêtent ou diminuent plus rapidement leur activité de médecine générale que les hommes.

2.1.4. Type de pratique

Les médecins participants travaillent-ils seuls, en duo (couple ou association), ou en groupe ?

	Cercle	
	AGEF	UOAD
	Type de pratique	Type de pratique
	%	%
duo	25,8%	16,4%
groupe	1,5%	5,5%
solo	72,7%	78,1%

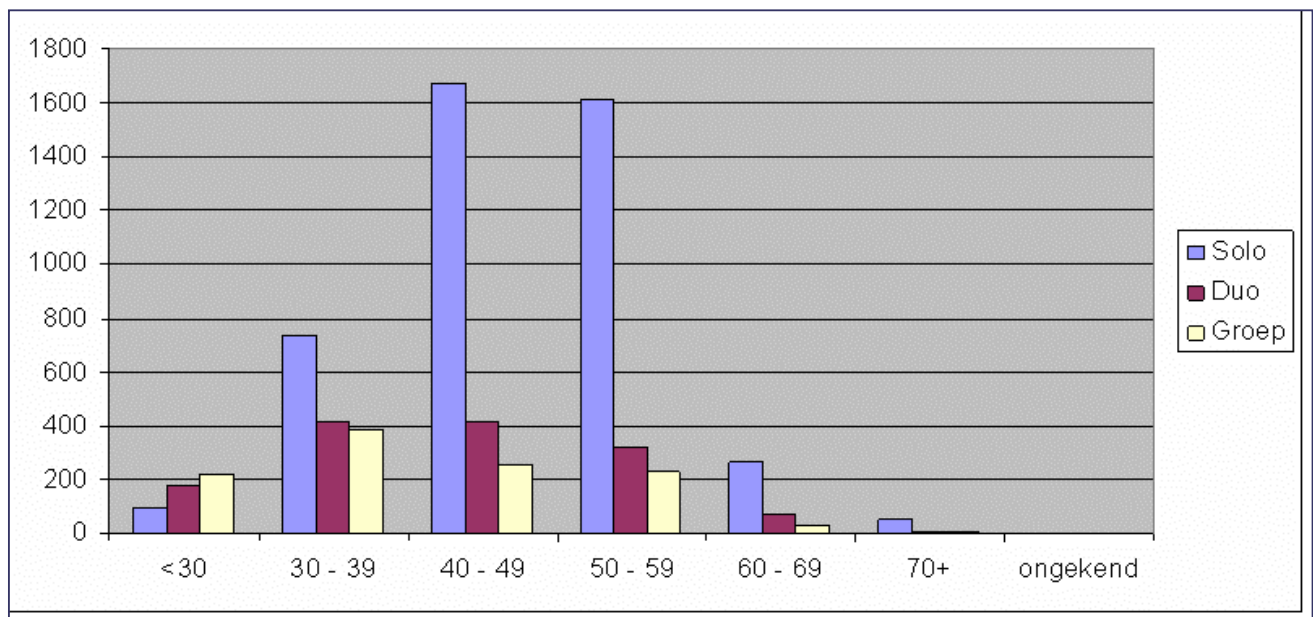
Table 7 : type de pratique



Graphique 6 : type de pratique dans chacun des deux cercles

La comparaison avec des chiffres nationaux est dans ce cas limitée. En effet, il n'existe pas en Belgique de cadastre des pratiques. Les seuls renseignements pouvant être obtenus quant au type de pratique le sont par l'intermédiaire des demandes de forfait pour le Dossier Médical Electronique (DME), où les médecins doivent indiquer s'ils travaillent en réseau.

Tenant compte de cette limite, la comparaison avec des chiffres nationaux montre là aussi la représentativité de notre échantillon puisqu'environ un quart des médecins pratiquent en duo ou en groupe.



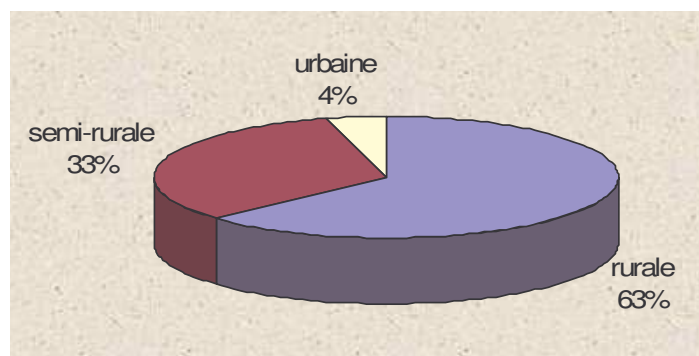
Graphique 7 : nombre de médecins généralistes avec un dossier électronique en 2005, répartis selon le nombre d'utilisateurs, le type de pratique et la catégorie d'âge (âge au 31/12/2005) (chiffres INAMI)

Dans les médecins informatisés de moins de 30ans, il y en a deux fois plus qui travaillent en groupe qu'en pratique solo : cela peut être interprété de deux façons différentes : soit les jeunes médecins travaillent plus en groupe, soit la pratique de groupe pousse à l'informatisation.

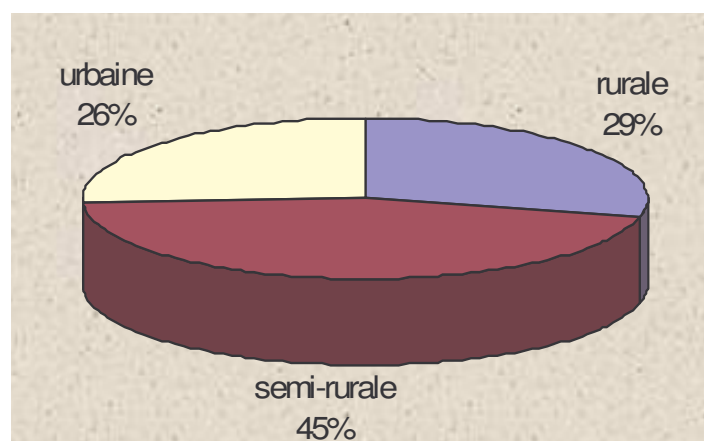
2.1.5. Lieu de pratique

Nous savons que les cercles participants couvrent majoritairement une zone rurale. Cependant, il s'y trouve quelques villes dont la taille reste limitée : Verviers (et Spa), pour l'AGEF, Dinant (et Ciney) pour l'UOAD. L'influence urbaine est plus importante pour l'AGEF que pour l'UOAD :

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valide	rurale	66	47,5	47,5	47,5
	semi-rurale	53	38,1	38,1	85,6
	urbaine	20	14,4	14,4	100,0
	Total	139	100,0	100,0	



Graphique 8 : lieux de pratique des médecins à l'UOAD



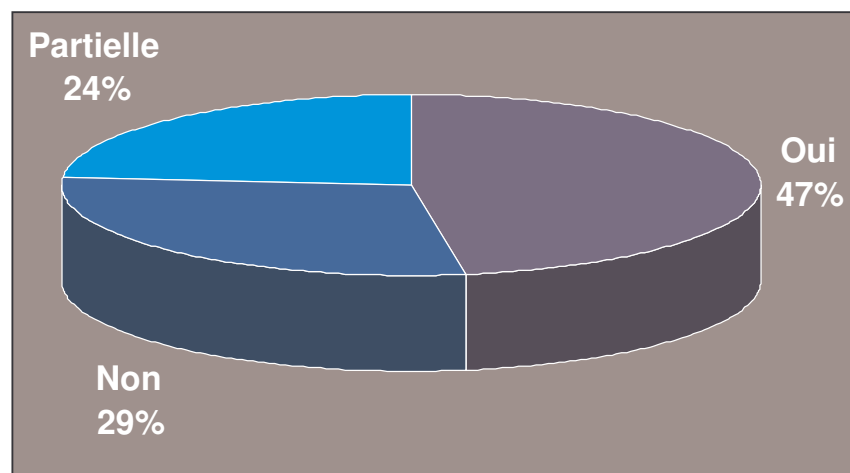
Graphique 9 : lieux de pratique des médecins à l'AGEF

2.1.6. Informatisation des dossiers

47,5 % des médecins qui ont participé utilisent des dossiers informatisés. 24% d'entre eux disent être partiellement informatisés. Ce dernier chiffre est plus difficile à interpréter : concomitance d'un dossier informatique et d'un dossier papier, informatisation au cabinet mais pas de portable (visites à domicile), médecins utilisant l'informatique mais sans dossier médicaux informatisés, ...

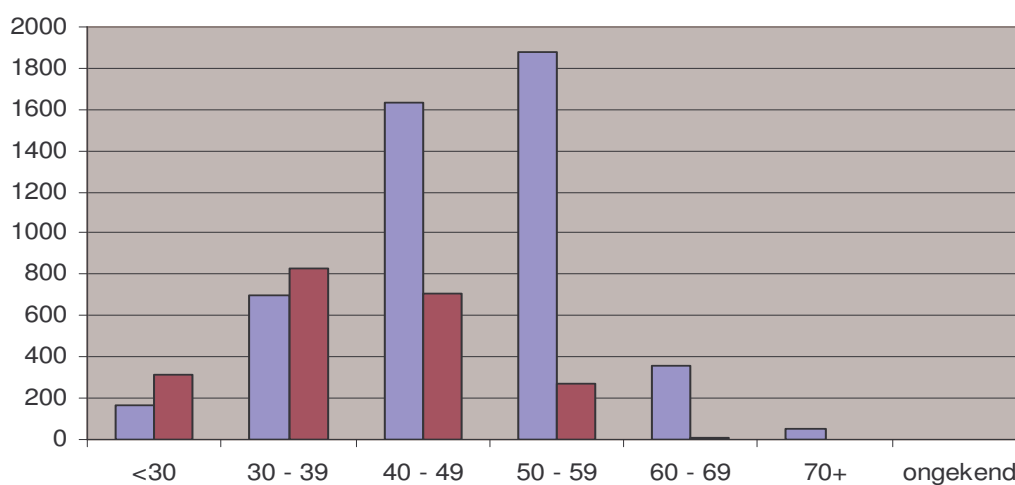
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valide	non	40	28,8	28,8	28,8
	oui	66	47,5	47,5	76,3
	part	33	23,7	23,7	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Table 8: Informatisation des dossiers



Graphique 10 : informatisation des médecins généralistes des deux cercles

En 2005, en Belgique, 55% des médecins généralistes belges disposaient d'un dossier médical électronique (DME) : celui-ci est plus implanté encore chez les plus jeunes, puisqu'on arrive alors à des pourcentages allant jusqu'à 75%³.

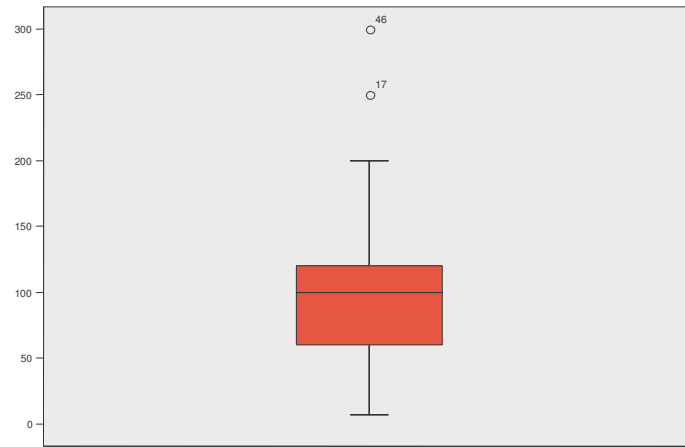


Graphique 11 : Nombre de médecins généralistes avec un dossier médical électronique en 2005, répartis selon le sexe et l'âge (âge au 31/12 /2005) (chiffres INAMI)

³ INAMI, communiqué de presse : « médecine générale en Belgique – nouvelles données sur des études de l'INAMI, 3 mars 2007.

2.1.7. Le nombre moyen de patients par semaine

Le nombre moyen de contacts par semaine s'élève à 96,22 (+/- 46). L'écart type de 46 est interpellant. Il s'avère qu'une seule pratique prétend avoir eu 300 contacts/semaine pour une pratique solo (n° 46), une autre 250 contacts/semaine pour une pratique duo (n° 17).

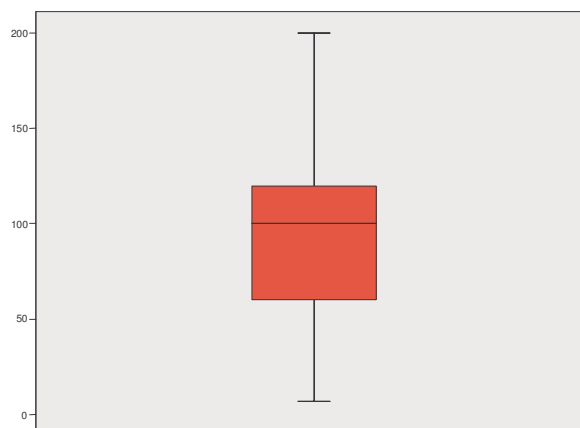


Graphique 12: nombre de contacts par semaine

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Nombre de contacts par semaine	135	7	300	96,22	46,798

Table 9: Nombre de contacts par semaine

En excluant ces deux pratiques « exceptionnelles » nous recalculons une moyenne différente :

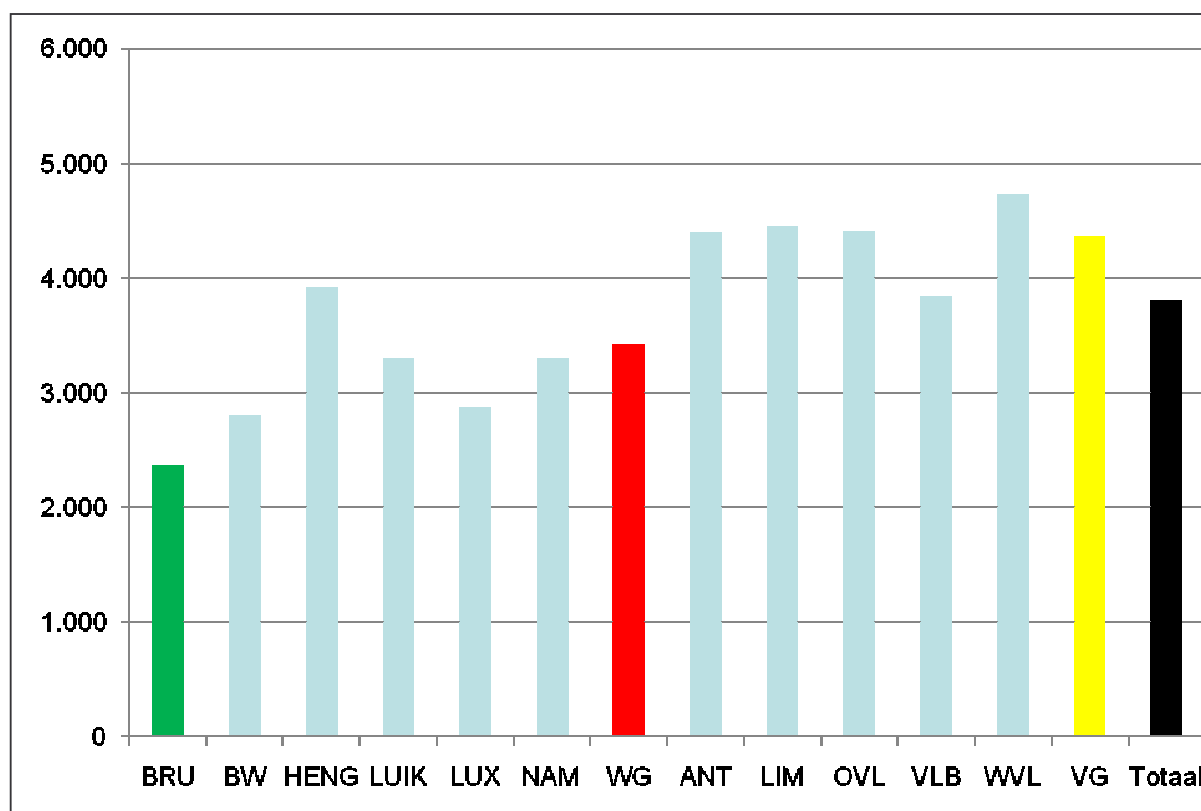


Graphique 13 : nombre de contacts par semaine(corrigé)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviation std.
Nombre de contacts par semaine	133	7	200	93,53	41,500

Table 10: Nombre de contacts par semaine (corrigé)

Nous pouvons comparer avec le tableau suivant, qui reprend le nombre d'avis, consultations et visites à domicile annuelles par médecin dans les différentes provinces. La moyenne nationale indique environs 3800 contacts annuels par médecins, soit sur 46 semaines de travail, une moyenne approximative de 83 patients par semaine.



Graphique 14 : nombre d'avis, consultations et visites à domicile annuelles par médecin dans les différentes provinces du pays (chiffres INAMI)

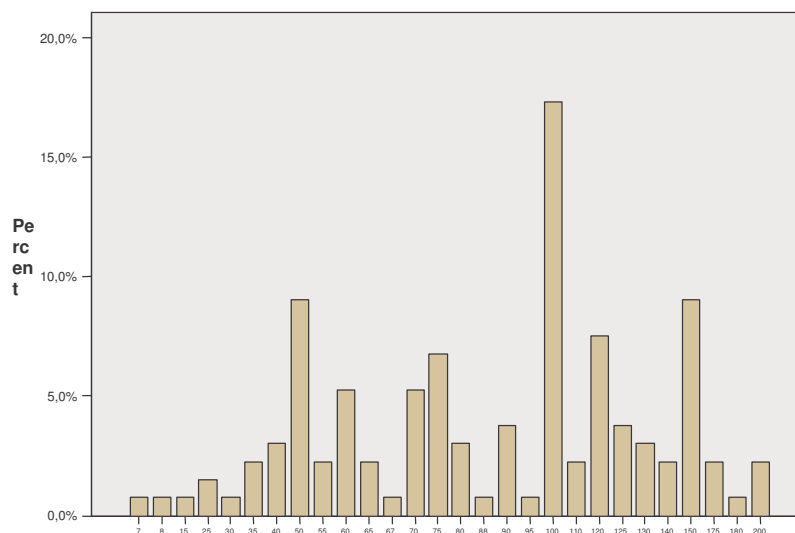
Nous pouvons par ailleurs nous poser la question de savoir s'il existe-t-il une relation entre le nombre de contacts/semaine et l'âge du médecin. La réponse est : oui !

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	47,952	2,239		21,413	,000	43,522	52,383
Nombre de contacts par semaine	,022	,022	,088	1,014	,312	-,021	,066

a. Dependent Variable: âge

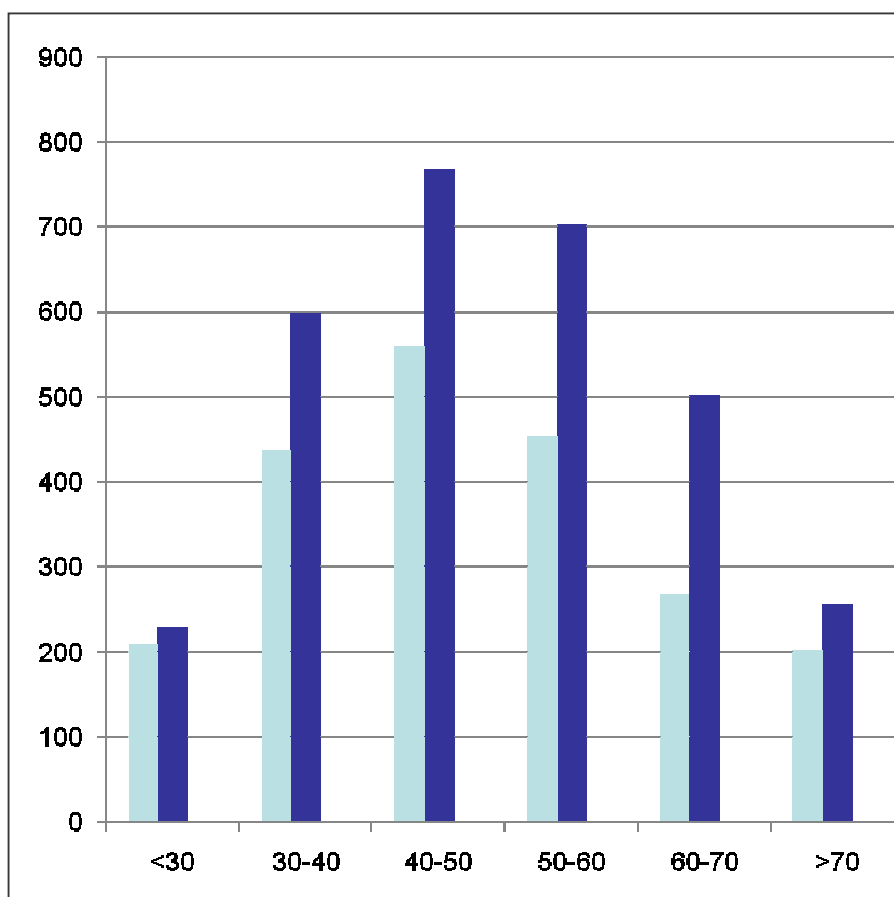
Table 11: Relation nombre de contacts par semaine / âge du médecin

Une autre interprétation de ces chiffres, à savoir la distribution du nombre de contacts/semaine (après exclusion de deux cas exceptionnels), nous permet d'observer trois « pics » à 50 contacts /semaine, 100 contacts /semaine et 150 contacts /semaine. Cela pourrait correspondre à trois « tailles » de pratiques, petites, moyennes et grosses patientèles.



Graphique 15 : répartition du nombre de contacts par semaine

Nous pouvons nous interroger sur le lien entre l'âge des médecins et la taille de leur patientèle. Au niveau national, le graphique du nombre moyen de patients par médecin selon l'âge et le sexe (en bleu ciel, les femmes ; en bleu foncé, les hommes) montre un pic à la cinquantaine :



Graphique 16 : Nombre moyen de patients par médecin, réparti selon l'âge et le sexe (en bleu ciel, les femmes ; en bleu foncé, les hommes) (chiffres INAMI)

2.1.8. Combien de personnes fort âgées (>75 ans) estimez-vous avoir vues durant la semaine écoulée ... ?

Ce nombre varie de 2 à 100.

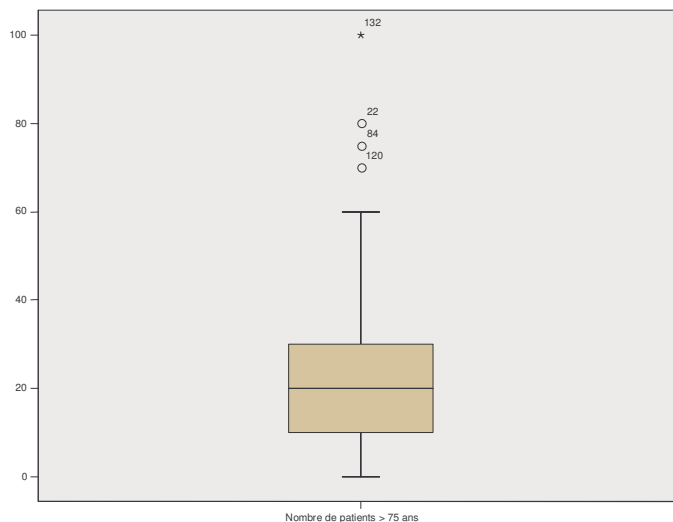
Quatre médecins déclarent avoir vu plus de 70 patients âgés de plus de 75 ans dans la semaine qui précédait l'enquête.

	Valide		Cases Absent		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nombre de patients > 75 ans	135	97,1%	4	2,9%	139	100,0%

Table 12 : Case Processing Summary : Nombre de patients de plus de 75 ans vus lors de la semaine précédant l'enquête

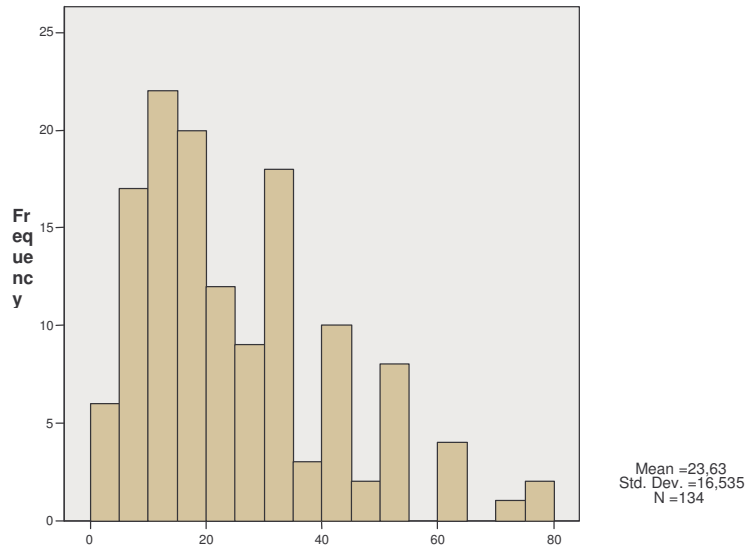
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Nombre de patients > 75 ans	135	2	100	24,20	17,736

Table 13 : Descriptive Statistics : Nombre de patients de plus de 75 ans vus lors de la semaine précédant l'enquête



Graphique 17 : Nombre de patients âgés de plus de 75 ans (en ordonnée) vus par semaine par un médecin généraliste

En excluant le participant n°132, la distribution prend la forme suivante :



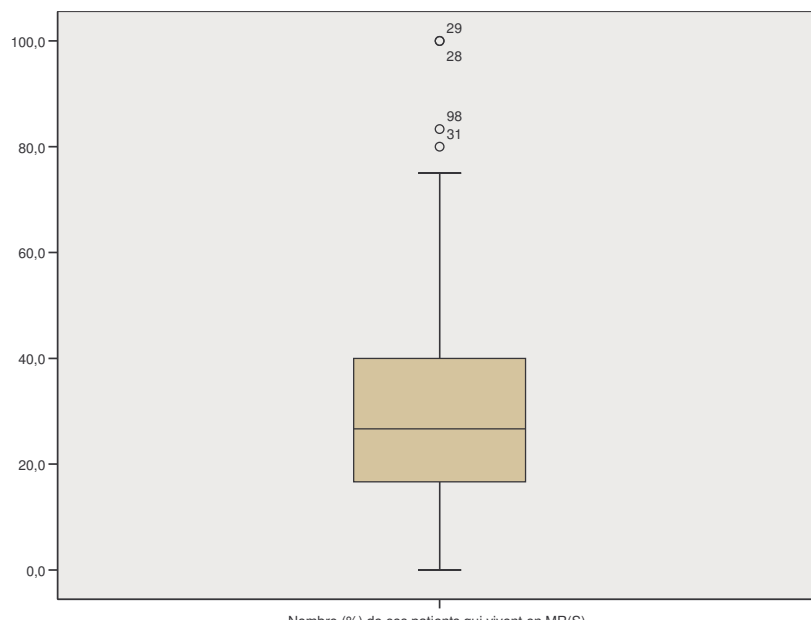
Graphique 18 : Nombre de médecins (en ordonnée) qui voient un certain nombre de patients de plus de 75 ans (en abscisse) par semaine

2.1.9. ... et parmi celles-ci, combien vivent en maison de repos et de soins (MR(S))?

Les réponses numériques ont été transformées en pourcentages, ce qui donne les résultats les plus larges, allant de 0 à 100 % !

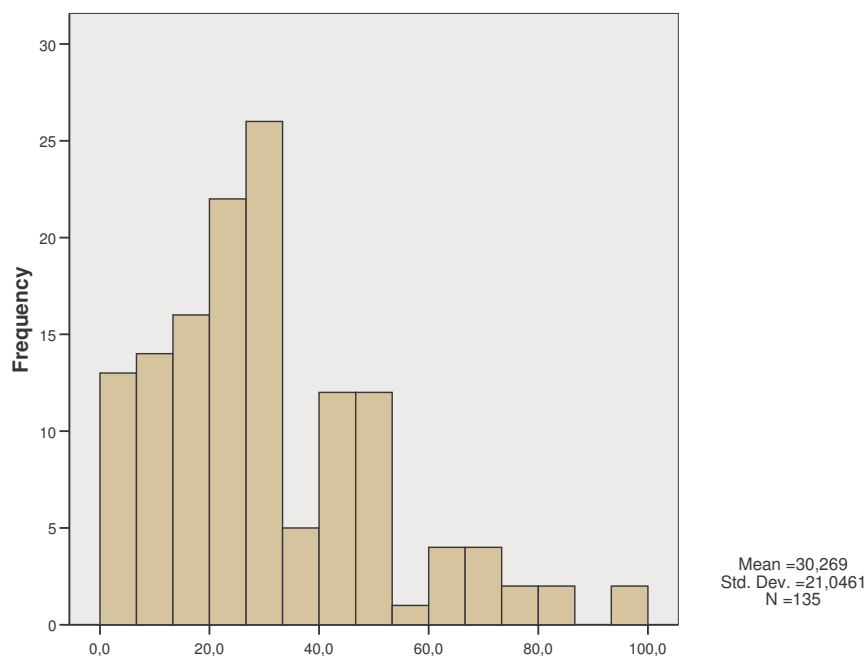
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Nombre (%) de ces patients qui vivent en MR(S)	135	,0	100,0	30,269	21,0461

Table 14 : Descriptive Statistics - Nombre de patients de plus de 75 ans vivant en MRS vus lors de la semaine précédant l'enquête



Graphique 19 : proportion des patients qui vivent en MR(S)

Si nous reprenons un graphique de type distribution, cela donne :



Graphique 20 : Nombre de médecins (en ordonnée) qui voient un dont un certain pourcentage de patients âgés (en abscisse) vit en MR(S)

2.1.10. Vers quels hôpitaux orientez-vous les patients âgés ?

Le plus souvent :

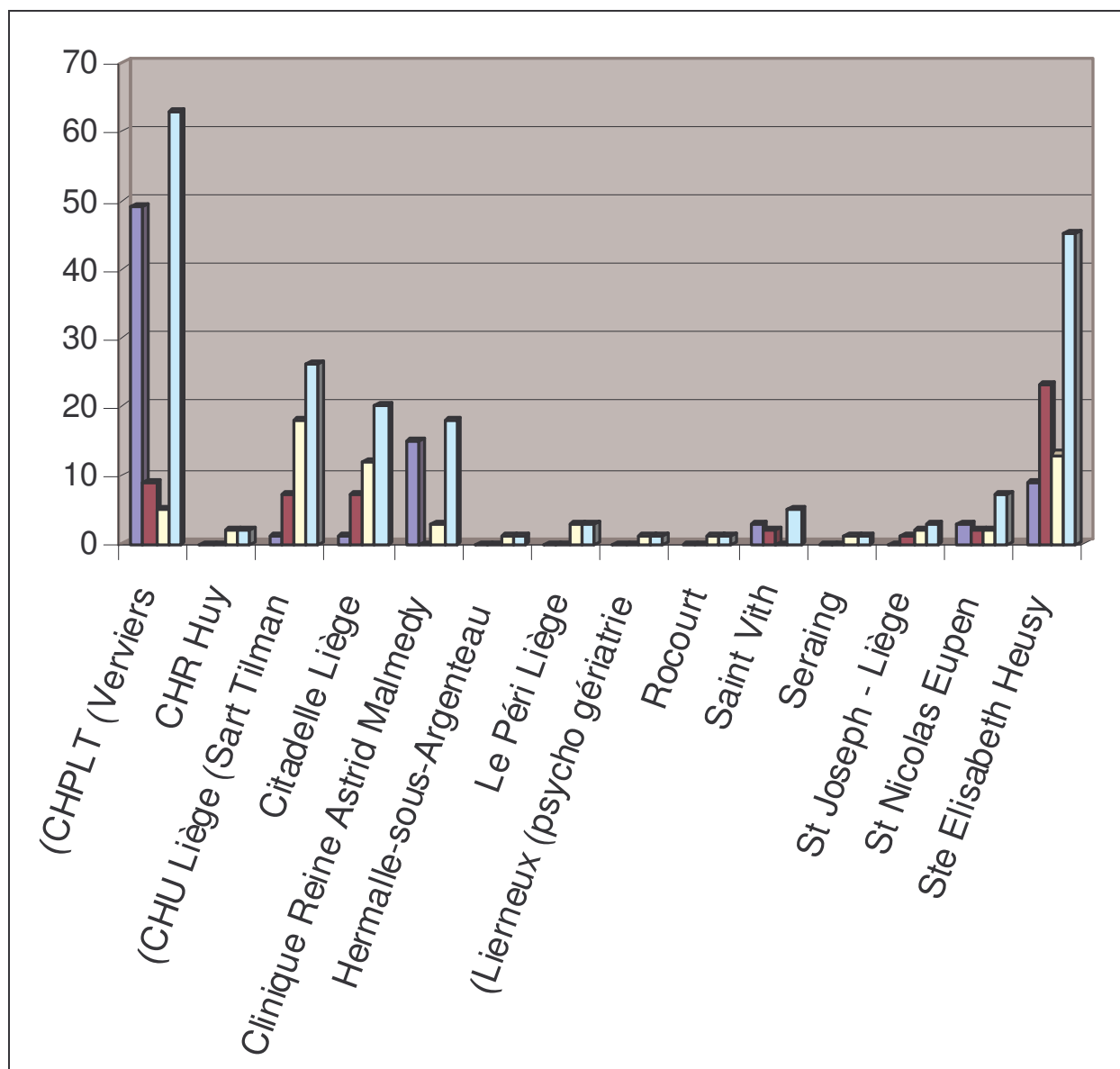
		Cercle			
		AGEF		UOAD	
		Count	Column %	Count	Column %
Le plus souvent	CH Dinant			37	53,6
	Mont Godinne			20	29,0
	Princesse Paola Marche (IFAC) Aye			9	13,0
	St Ode Libramont			9	13,0
	CHR Namur Sainte Camille			4	5,8
	Ste Elisabeth Namur			2	2,9
	Saint Michel Bruxelles			1	1,4
	Centre Hospitalier "Peltzer-La-Tourelle"	45	72,6		
	Clinique Reine Astrid Malmedy	12	19,4		
	Ste Elisabeth Heusy	5	8,1		
	St Nicolas Eupen	3	4,8		
	Saint Vith	2	3,2		
	Citadelle Liège	1	1,6		
	CHU Liège (Sart Tilman)	1	1,6		

Régulièrement :

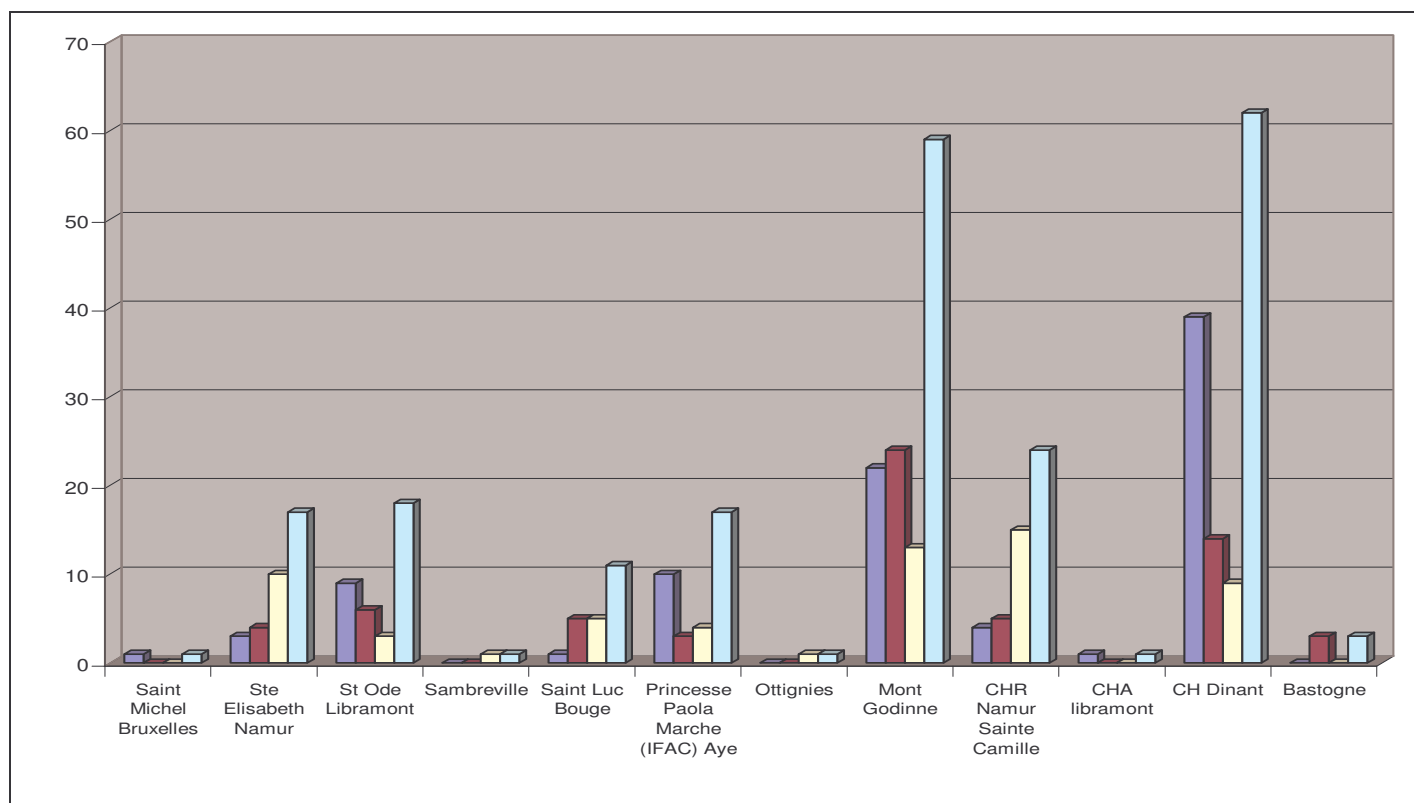
		Cercle			
		AGEF		UOAD	
		Count	Column %	Count	Column %
Régulièrement	Mont Godinne			24	49,0
	CH Dinant			13	26,5
	St Ode Libramont			6	12,2
	St Luc Bouge			5	10,2
	Ste Elisabeth Namur			4	8,2
	CHR Namur Sainte Camille			4	8,2
	Princesse Paola Marche (IFAC) Aye			3	6,1
	Ste Elisabeth Heusy (Verviers)	22	56,4		
	Centre Hospitalier "Peltzer-La-Tourelle"	8	20,5		
	Citadelle Liège	5	12,8		
	CHU Liège (Sart Tilman)	4	10,3		
	Bastogne	3	7,7		
	St Nicolas Eupen	2	5,1		
	St Joseph Liège	2	5,1		
	Saint Vith	2	5,1		

Rarement :

		Cercle			
		AGEF		UOAD	
		Count	Column %	Count	Column %
Rarement	CHR Namur Sainte Camille			13	34,2
	Mont Godinne			12	31,6
	CH Dinant			8	21,1
	Ste Elisabeth Namur			8	21,1
	Saint Luc Bouge			5	13,2
	St Ode Libramont			3	7,9
	Princesse Paola Marche (IFAC) Aye			3	7,9
	CHR Huy			2	5,3
	CHU Liège (Sart Tilman)	16	39,0	1	2,6
	Ste Elisabeth Heusy (Verviers)	12	29,3		
	Citadelle Liège	11	26,8		
	Centre Hopsitalier "Peltzer-La-Tourelle"	5	12,2		
	Clinique Reine Astrid Malmedy	3	7,3		
	Rocourt	1	2,4		
	Hermalle-sous-Argenteau	1	2,4		
	St Joseph Liège	1	2,4		
	Le Péri Liège	1	2,4		
	Lierneux (psycho-gériatrie)	1	2,4		
	St Nicolas Eupen	1	2,4		



Graphique 21 : Hôpitaux où sont hospitalisés les patients âgés des médecins de l'AGEF : le plus souvent (en bleu), régulièrement (en mauve), rarement (en jaune), et le total (en vert pâle).



Graphique 22 : Hôpitaux où sont hospitalisés les patients âgés des médecins de l'UOAD : le plus souvent (en bleu), régulièrement (en mauve), rarement (en jaune), et le total (en vert pâle).

Il semble donc que l'enjeu de la proximité est important dans l'hospitalisation des personnes âgées : les deux hôpitaux qui arrivent en tête de liste pour chacun des cercles se trouvent sur le territoire géographique du cercle. Les médecins avec qui nous avons discuté nous affirment que ce ne serait peut-être pas le cas si l'on considérait toutes les hospitalisations de leurs patients, mais ne sont pas étonnés de l'influence du facteur « proximité » pour les patients âgés.

2.2. Difficultés rencontrées dans la prise en charge de la personne âgée

Le questionnaire proposait une série de situations pouvant poser difficulté dans les soins aux personnes âgées de plus de 75 ans. Il était demandé, pour chaque situation, de coter de 0 à 5 la fréquence de la situation, d'une part, et son degré de difficulté, d'autre part.

2.2.1. Résultats

Nous reprenons successivement les différentes situations proposées comme potentiellement difficiles, par thèmes, telles que présentées dans l'enquête. Lorsqu'une question ouverte laissait la possibilité d'indiquer d'autres difficultés, nous avons repris telles quelles les situations exposées. Pour chaque proposition, une première ligne indique le nombre de répondants, la cotation minimale, maximale, puis moyenne de la fréquence de la difficulté ; une deuxième ligne présente les mêmes chiffres pour le niveau de difficulté de cette même situation.

Manque de précision d'un diagnostic

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Manque de précision	138	0	5	2,62	,968
<i>Niveau de difficulté</i>	136	0	4	2,18	1,017
Examen à domicile	131	0	5	2,52	1,261
<i>Niveau de difficulté</i>	127	0	5	2,33	1,241
Examens complémentaires	133	0	5	3,48	1,105
<i>Niveau de difficulté</i>	130	0	5	3,18	1,173
Tableau clinique	134	0	5	2,44	1,229
<i>Niveau de difficulté</i>	130	0	5	2,30	1,132
Autres	8	0	5	2,88	1,642
<i>Niveau de difficulté</i>	8	0	5	2,38	1,685

Table 15: Manque de précision d'un diagnostic

Autres difficultés :

- déshabillage lent et souvent laborieux, entourage envahissant
- fatalisme personnel ou de l'entourage
- le patient peu entouré est vraiment en grande difficulté
- multiplicité des plaintes
- réticence du patient à réaliser des examens complémentaires
- routine

Diagnostic neuropsychiatrique

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviati on std.
Diagnostic neuropsychiatrique	137	0	5	2,53	1,138
Niveau de difficulté	134	0	5	2,73	1,281
Annonce au patient	136	0	5	2,24	1,256
Niveau de difficulté	133	0	5	2,61	1,403
Annonce à la famille	135	0	5	2,28	1,232
Niveau de difficulté	134	0	5	2,16	1,383

Table 16 : Diagnostic neuropsychiatrique

Décision d'arrêter une recherche diagnostique

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviati on std.
Arrêt recherche diagnostique	135	0	5	2,46	1,189
Niveau de difficulté	134	0	5	2,13	1,418

Table 17 : Décision d'arrêter une recherche diagnostique

Adaptation à la personne âgée des recommandations de suivi

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviati on std.
Diabète	136	0	5	3,14	,998
Niveau de difficulté	135	0	5	2,62	1,360
Hypercholestérolémie	136	0	5	2,93	1,215
Niveau de difficulté	135	0	5	2,04	1,301
Hypertension artérielle	136	0	5	3,43	1,203
Niveau de difficulté	134	0	5	1,95	1,185
Cancer de la prostate	136	0	5	2,76	1,226
Niveau de difficulté	133	0	5	1,83	1,209
Cancer du sein	135	0	5	2,47	1,208
Niveau de difficulté	133	0	5	1,95	1,322
Autres	6	1	5	3,00	1,414
Niveau de difficulté	5	1	5	2,20	1,643

Table 18 : Adaptation à la personne âgée des recommandations de suivi

Autres difficultés : gynéco (1)

Difficultés à soigner des personnes âgées de milieu culturel différent

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviati on std.
Milieu culturel différent	131	0	5	1,38	1,224
Niveau de difficulté	120	0	5	2,10	1,621

Table 19 : Difficultés à soigner des personnes âgées de milieu culturel différent

Difficultés dans le traitement médicamenteux

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Erreurs dans la prise	136	0	5	3,18	1,067
Niveau de difficulté	136	0	5	3,12	1,109
Interactions	134	0	5	2,62	1,249
Niveau de difficulté	134	0	5	2,45	1,401
Prescription DCI/générique	134	0	5	2,71	1,450
Niveau de difficulté	133	0	5	2,74	1,628
Autres	8	0	5	2,88	1,808
Niveau de difficulté	8	0	5	3,38	1,923

Table 20 : Difficultés dans le traitement médicamenteux

Autres difficultés:

- à nouveau la personne âgée isolée est particulièrement exposée aux erreurs. Le home n'est pas toujours adapté à la personne
- apprentissage et gestion "semainier"
- coût
- économique
- impossible de trouver un service "infirmier" pour uniquement s'occuper des médicaments

Difficultés concernant la tenue du dossier du patient

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Informatique non-dispo à domicile	119	0	5	2,29	2,063
Niveau de difficulté	117	0	5	1,78	1,801
Partage dossier domicile-cabinet	133	0	5	2,34	1,866
Niveau de difficulté	132	0	5	1,92	1,642
Dossier accompagne le patient et se perd	126	0	5	1,18	1,359
Niveau de difficulté	119	0	5	1,49	1,736
Autres	3	1	5	3,00	2,000
Niveau de difficulté	3	0	1	,33	,577

Table 21 : Difficultés concernant la tenue du dossier du patient

Autres difficultés concernant la tenue du dossier :

- DMI sur portable
- informatisé à 100%
- j'ai un portable !!
- laptop ultraportable à domicile
- un bon outil informatique est devenu incontournable. Sans cela on peut fermer boutique.

Difficultés d'accepter le comportement des personnes âgées

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Refus de soins	135	0	5	2,22	1,144
Niveau de difficulté	133	0	5	2,26	1,359
Hygiène inadéquate	135	0	5	2,44	1,124
Niveau de difficulté	134	0	5	2,35	1,317
Agressivité par rapport aux proches	135	0	4	2,04	,976
Niveau de difficulté	133	0	5	2,33	1,192
Agressivité par rapport aux soignants	135	0	4	1,76	,942
Niveau de difficulté	130	0	5	2,15	1,307
Autres	20	1	5	2,30	1,261
Niveau de difficulté	20	1	4	2,25	1,020

Table 22 : Difficultés d'accepter le comportement des personnes âgées

Autres difficultés concernant le comportement :

- agressivité à mon égard
- agressivité des proches pour le malade
- fugues

Difficulté de bien connaître les services d'aide à domicile existants et disponibles dans la région

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Connaissance des services offerts	130	0	5	1,65	1,305
Niveau de difficulté	127	0	5	1,73	1,488

Table 23 : Difficulté de bien connaître les services d'aide à domicile existants et disponibles dans la région

Difficulté de mise en place d'aide professionnelle à domicile

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
Repas à domicile	132	0	5	1,85	1,438
Niveau de difficulté	129	0	5	,94	1,014
Infirmière	133	0	5	2,05	1,674
Niveau de difficulté	129	0	4	,75	,884
Kiné	134	0	5	1,90	1,506
Niveau de difficulté	130	0	5	,85	,976
Télé-vigilance	132	0	5	1,92	1,260
Niveau de difficulté	130	0	5	1,40	1,292
Garde-malade	132	0	5	2,29	1,263
Niveau de difficulté	128	0	5	3,17	1,453
Aide familiale	132	0	5	2,27	1,452
Niveau de difficulté	129	0	5	1,76	1,379
Coordination des soins	131	0	5	1,71	1,280
Niveau de difficulté	126	0	5	1,63	1,372
SISD	79	0	5	1,30	1,159
Niveau de difficulté	75	0	4	1,48	1,267
Soins palliatifs à domicile	133	0	4	1,47	1,041
Niveau de difficulté	132	0	5	1,48	1,345
Autres	1	1	1	1,00	.
Niveau de difficulté	3	0	1	,33	,577

Table 24 : Difficulté de mise en place d'aide professionnelle à domicile

2.2.2. Discussion

Il semble y avoir finalement assez peu de difficultés vécues par les médecins généralistes, selon notre enquête. Cela contraste avec le ressenti de différents intervenants à domicile ou en MR(S), et le discours que l'on peut en entendre de la part d'infirmier(e)s, kiné, médecins coordinateurs,... lorsque l'on rencontre « sur le terrain ». Sont-ils pessimistes ? Y a-t-il effectivement des difficultés, et si c'est le cas, sont-elles vécues différemment par les médecins généralistes, ou sous-évaluées, ou... ?

Reprenons en synthèse ce qui ressort :

- Les seules difficultés montrant une fréquence **et** un degré ≥ 3 (moyennes) sont les suivantes :
 - Difficulté de (faire) réaliser certains examens complémentaires
 - Difficultés dans le traitement médicamenteux, par manque de compliance (erreurs dans la prise,...)
- Les difficultés fréquentes (moyenne ≥ 3) mais ne présentant pas un degré de difficulté majeur sont les « adaptations à la personne âgée des recommandations de suivi » pour
 - * le diabète
 - * l'hypertension

* autres : gynéco. L'item "autres" était un item ouvert, et plusieurs médecins ont pointé le domaine de la gynécologie.

- Il y a un degré de difficulté notable même si la fréquence de la situation est moindre pour:
 - Poser un diagnostic neuropsychiatrique (fréquence 2,53 / degré de difficulté 2,73)
 - La mise en place d'un(e) garde-malade (2,29 / 3,17)
 - Les remarques faites dans la rubrique « médicaments » (espace ouvert) :
 - La personne âgée isolée est particulièrement exposée aux erreurs.
 - La vie en MR(S) n'est pas toujours une garantie d'une bonne prise médicamenteuse
 - Promouvoir l'apprentissage et la gestion du « semainier »
 - Le coût des médicaments pose un problème à la personne âgée
 - Impossible de trouver un service "infirmier" pour uniquement s'occuper des médicaments.

Certaines des difficultés pointées se verront proposer un « outil » dans le cadre de la section suivante, nous y reviendrons. C'est le cas des examens complémentaires : proposition de transport, de bilan en un jour, ... et ces propositions recueilleront un écho favorable. La disponibilité des services à domicile est aussi d'ordre plus « technique », même si la question précise des gardes-malade pose plus largement un problème politique de reconnaissance et d'aide.

Les autres difficultés retiennent notre attention pour constituer des pistes de recherche avec les cercles. La discussion avec les médecins lors de la remise des résultats nous ont confirmé particulièrement dans deux voies : la question des examens complémentaires et du bilan gériatrique (en un jour ou court), et la question des médicaments, dans les différents aspects de polymédication, compliance, dimension socio-économique,...

Il est difficile de formuler beaucoup plus que des hypothèses à partir de nos résultats, quant au peu de difficultés relevées. Nous y reviendrons en discutant les résultats du troisième volet, ci-dessous.

2.3. Souhaits et faisabilité pour la prise en charge des patients âgés en première ligne

Il était demandé de coter de 0 à 5 l'intérêt de différentes propositions (ou « outils») visant à améliorer les soins de première ligne aux personnes âgées. L'analyse des résultats ne montre pas de différence significative entre les deux cercles (cf annexe 2).

2.3.1. Les différentes propositions ont été cotées de 0 à 5 pour leur intérêt :

Voici les résultats obtenus par chaque proposition. Nous indiquons, après l'item abrégé de la proposition, le nombre de répondants (N), la cotation minimale et maximale obtenue, et la moyenne, avec la déviation standard.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat. std.
bilan diagnostique global en un jour	137	0	5	3,92	1,261
ligne téléphonique de conseils spécialisés en gériatrie	136	0	5	2,56	1,659
participation de paramédicaux et prestataires de services à l'évaluation globale de la personne âgée	136	0	5	3,09	1,478
outil standardisé pour l'évaluation de la santé globale de la personne âgée	135	0	5	2,49	1,648
aide au transport	136	0	5	4,20	1,141
tableau régulièrement mis à jour de l'offre d'examen spécialisés	133	0	5	2,98	1,754
portabilité de l'outil informatique	122	0	5	3,29	1,798
dossier double au cabinet et à la maison	126	0	5	2,92	1,917
outil de communication et de coordination performant	132	0	5	3,71	1,334
dossier virtuel électronique	124	0	5	2,15	1,894
dossier minimal de garde à domicile	134	0	5	3,83	1,454
outil permettant d'évaluer les besoins d'aide à domicile	130	0	5	2,74	1,607
répertoire actualisé	134	0	5	3,70	1,377
coordinateur	130	0	5	2,75	1,753
accès informatique au dossier du patient hospitalisé	127	0	5	3,61	1,523
information en temps réel sur vos patients hospitalisés	135	1	5	4,24	1,075
référé hospitalier	134	0	5	3,95	1,345
implication du médecin généraliste dans la décision d'entrer en MR(S), à partir du domicile	135	0	5	4,01	1,234
implication du médecin généraliste dans la décision d'un transfert de l'hôpital à une MR(S)	135	0	5	4,09	1,136
disponibilités et conditions des MR(S) de la région	73	1	5	4,23	1,048
évaluation du risque et la prévention des chutes à domicile	136	0	5	3,26	1,311

évaluation du risque et la prévention de la dénutrition	133	0	5	3,39	1,313
échancier	135	0	5	3,55	1,454
cibler le type de prévention utile chez les personnes âgées	134	0	5	3,25	1,369
outil d'aide à la décision	134	0	5	2,31	1,865
vécu du grand âge dans des cultures ou milieux différent(e)s	135	0	5	1,97	1,555

Table 25 : intérêt obtenu par chacune des propositions d' « outils »

Une autre façon de calculer l'intérêt est de prendre en compte le nombre de répondants ayant coché « 4 » ou « 5 » sur 5 pour une proposition : cela donne un « top 10 » légèrement différent de celui obtenu par les moyennes. L'intérêt de ce calcul est de prendre en compte un intérêt marqué –càd 4 ou 5/ 5, en étant moins influencé par les réponses potentiellement nombreuses « dans la moyenne » c'est-à-dire 2 ou 3, lorsqu'on utilise une échelle de 0 à 5.

Proposition d'outil	Nombre de médecins exprimant un intérêt majeur (4 ou 5 / 5)	Moyenne de l'intérêt pour tous les répondants (sur 5)
Une aide au transport pour améliorer l'accessibilité des examens complémentaires	120	4,2
Information en temps réel sur les entrées, sorties, décès, transferts et interventions chirurgicales de vos patients hospitalisés	111	4,24
La possibilité de réaliser un bilan diagnostique global en un jour sans hospitalisation chez vos patients âgés.	107	3,92
Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la décision d'un transfert de l'hôpital à une MR(S)	105	4,09
L'existence d'un référent hospitalier pour la préparation de la sortie des patients à situation complexe	103	3,95
Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la décision d'entrer en MR(S), à partir du domicile	102	4,01
Avoir un dossier minimal de garde à domicile	96	3,83
Disposer d'un outil de communication et de coordination performant avec les autres intervenants à domicile	90	3,7
Un répertoire actualisé, exhaustif et facilement accessible des services existants dans une région	88	3,7
Accès informatique au dossier du patient hospitalisé	84	3,61

Table 26 : intérêt pour des outils d'aide aux soins globaux aux personnes âgées

Dans ce cas, la deuxième méthode de calcul nous donne un ordre de préférence légèrement différent de celui obtenu par la moyenne (dernière colonne), mais sans grande modification pour ce qui concerne plus globalement les outils les plus plébiscités.

Une question ouverte laissait la possibilité d'indiquer d'autres outils souhaités, les réponses sont reprises en annexe 3.

2.3.2. Implémentation des propositions (ou possibilité de les réaliser)

En plus de l'intérêt pour chaque proposition, il était demandé de prendre position par rapport à sa faisabilité : cette proposition est-elle : 1 = réalisée, 2 = pas réalisée mais réalisable avec les moyens actuels, 3 = pas réalisable avec les moyens actuels ?

La première colonne reprend un thème, un aspect de la médecine générale, selon lequel différents outils sont proposés (deuxième colonne). La troisième colonne reprend l'intérêt (calcul de la moyenne). Ensuite, le nombre de répondants en chiffres absolus et relatifs (fréquence et pourcentage) sont repris pour les trois estimations d'implémentation (1, 2, 3). Le premier total (sous le titre « valide ») permet d'estimer le nombre de répondants, qui est élevé au début mais chute dans les dernières questions.

Table 27: intérêt et implémentation de différents outils proposés

diagnostic	La possibilité de réaliser un bilan diagnostique global en un jour sans hospitalisation chez vos patients âgés C1	3,92	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>17</td><td>37</td><td>67</td><td>121</td><td>18</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>12,2</td><td>26,6</td><td>48,2</td><td>87,05</td><td>12,9</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total	1	2	3	Total	System	Frequency	17	37	67	121	18	139	Percent	12,2	26,6	48,2	87,05	12,9	100,0				
		Valide				Absent	Total																										
	1	2	3	Total	System																												
	Frequency	17	37	67	121	18	139																										
Percent	12,2	26,6	48,2	87,05	12,9	100,0																											
La possibilité de disposer d'une ligne téléphonique de conseils spécialisés en gériatrie C2	2,56	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>18</td><td>50</td><td>41</td><td>109</td><td>30</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>12,9</td><td>36,0</td><td>29,5</td><td>78,4</td><td>21,58</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total	1	2	3	Total	System	Frequency	18	50	41	109	30	139	Percent	12,9	36,0	29,5	78,4	21,58	100,0					
	Valide				Absent	Total																											
1	2	3	Total	System																													
Frequency	18	50	41	109	30	139																											
Percent	12,9	36,0	29,5	78,4	21,58	100,0																											
La participation de paramédicaux et prestataires de services à l'évaluation globale de la personne âgée (kiné, infirmière, assistante sociale, ...) C3	3,09	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>62</td><td>43</td><td>15</td><td>120</td><td>19</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>44,6</td><td>30,9</td><td>10,8</td><td>86,3</td><td>13,7</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total	1	2	3	Total	System	Frequency	62	43	15	120	19	139	Percent	44,6	30,9	10,8	86,3	13,7	100,0					
	Valide				Absent	Total																											
1	2	3	Total	System																													
Frequency	62	43	15	120	19	139																											
Percent	44,6	30,9	10,8	86,3	13,7	100,0																											
Disposer d'un outil standardisé pour l'évaluation de la santé globale de la personne âgée C4	2,49	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>4</td><td>39</td><td>47</td><td>90</td><td>49</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>2,9</td><td>28,1</td><td>33,8</td><td>64,7</td><td>35,3</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total	1	2	3	Total	System	Frequency	4	39	47	90	49	139	Percent	2,9	28,1	33,8	64,7	35,3	100,0					
	Valide				Absent	Total																											
1	2	3	Total	System																													
Frequency	4	39	47	90	49	139																											
Percent	2,9	28,1	33,8	64,7	35,3	100,0																											
réalisation d'examens complémentaires	Une aide au transport pour améliorer l'accessibilité des examens complémentaires C5	4,20	<table><tr><td></td><td colspan="5">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>53</td><td>37</td><td>30</td><td>1</td><td>121</td><td>18</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>38,1</td><td>26,6</td><td>21,6</td><td>,7</td><td>87,1</td><td>12,9</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide					Absent	Total	1	2	3	5	Total	System	Frequency	53	37	30	1	121	18	139	Percent	38,1	26,6	21,6	,7	87,1	12,9	100,0
		Valide					Absent	Total																									
1	2	3	5	Total	System																												
Frequency	53	37	30	1	121	18	139																										
Percent	38,1	26,6	21,6	,7	87,1	12,9	100,0																										
	Un tableau régulièrement mis à jour de l'offre d'examens spécialisés dans la région et des modalités d'accès (géographiques, financières, téléphoniques) C6	2,98	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>9</td><td>48</td><td>44</td><td>101</td><td>38</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>6,5</td><td>34,5</td><td>31,7</td><td>72,7</td><td>27,3</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total	1	2	3	Total	System	Frequency	9	48	44	101	38	139	Percent	6,5	34,5	31,7	72,7	27,3	100,0				
	Valide				Absent	Total																											
1	2	3	Total	System																													
Frequency	9	48	44	101	38	139																											
Percent	6,5	34,5	31,7	72,7	27,3	100,0																											

dossier	Améliorer la portabilité de l'outil informatique (p.ex.PC portable, PDA, ...) C7	3,29		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	35	49	21	105	34	139
			Percent	25,2	35,3	15,1	75,5	24,5	100,0
	Avoir un dossier double au cabinet et à la maison et avoir un moyen de les tenir à jour simultanément C8	2,92		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	22	40	37	100	39	139
			Percent	15,8	28,8	26,6	71,9	28,1	100,0
coordination entre les différents intervenants à domicile (kiné, infirmière, aide-familiale,...)	Disposer d'un outil de communication et de coordination performant C9	3,71		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	42	52	20	114	25	139
			Percent	30,2	37,4	14,4	82,0	18,0	100,0
	Avoir un dossier virtuel électronique que les différents intervenants puissent consulter et remplir en ligne C10	2,15		Valide				Absent	Total
			2	3	4	Total	System		
			Frequency	24	65	1	90	49	139
			Percent	17,3	46,8	,7	64,7	35,3	100,0
	Avoir un dossier minimal de garde à domicile C11	3,83		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	33	56	21	110	29	139
			Percent	23,7	40,3	15,1	79,1	20,9	100,0
	aide professionnelle à domicile	2,74		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	8	51	34	93	46	139
Percent			5,8	36,7	24,5	66,9	33,1	100,0	
	Un répertoire actualisé, exhaustif et facilement accessible des services existants dans une région C13	3,70		Valide				Absent	Total
			1	2	3	Total	System		
			Frequency	14	66	26	106	33	139
			Percent	10,1	47,5	18,7	76,3	23,7	100,0

	Disposer d'un coordinateur pour la mise en place logistique de l'aide à domicile C14	2,75	<table><tr><td></td><td colspan="5">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>31</td><td>35</td><td>33</td><td>1</td><td>100</td><td>39</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>22,3</td><td>25,2</td><td>23,7</td><td>,7</td><td>71,9</td><td>28,1</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide					Absent	Total		1	2	3	5	Total	System	Frequency	31	35	33	1	100	39	139	Percent	22,3	25,2	23,7	,7	71,9	28,1	100,0
	Valide					Absent	Total																											
	1	2	3	5	Total	System																												
Frequency	31	35	33	1	100	39	139																											
Percent	22,3	25,2	23,7	,7	71,9	28,1	100,0																											
contacts avec les services hospitaliers	accès informatique au dossier du patient hospitalisé C15	3,61	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>33</td><td>47</td><td>23</td><td>103</td><td>36</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>23,7</td><td>33,8</td><td>16,5</td><td>74,1</td><td>25,9</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	33	47	23	103	36	139	Percent	23,7	33,8	16,5	74,1	25,9	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	33	47	23	103	36	139																												
Percent	23,7	33,8	16,5	74,1	25,9	100,0																												
contacts avec les services hospitaliers	information en temps réel sur les entrées, sorties, décès, transferts et interventions chirurgicales de vos patients hospitalisés C16	4,24	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>56</td><td>56</td><td>12</td><td>124</td><td>15</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>40,3</td><td>40,3</td><td>8,6</td><td>89,2</td><td>10,8</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	56	56	12	124	15	139	Percent	40,3	40,3	8,6	89,2	10,8	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	56	56	12	124	15	139																												
Percent	40,3	40,3	8,6	89,2	10,8	100,0																												
	L'existence d'un référent hospitalier pour la préparation de la sortie des patients à situation complexe C17	3,95	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>56</td><td>56</td><td>12</td><td>124</td><td>15</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>40,3</td><td>40,3</td><td>8,6</td><td>89,2</td><td>10,8</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	56	56	12	124	15	139	Percent	40,3	40,3	8,6	89,2	10,8	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	56	56	12	124	15	139																												
Percent	40,3	40,3	8,6	89,2	10,8	100,0																												
MR(S)	Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la décision d'entrer en MR(S), à partir du domicile C18	4,01	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>86</td><td>30</td><td>6</td><td>122</td><td>17</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>61,9</td><td>21,6</td><td>4,3</td><td>87,8</td><td>12,2</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	86	30	6	122	17	139	Percent	61,9	21,6	4,3	87,8	12,2	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	86	30	6	122	17	139																												
Percent	61,9	21,6	4,3	87,8	12,2	100,0																												
	Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la décision d'un transfert de l'hôpital à une MR(S) C19	4,09	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>60</td><td>53</td><td>6</td><td>119</td><td>20</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>43,2</td><td>38,1</td><td>4,3</td><td>85,6</td><td>14,4</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	60	53	6	119	20	139	Percent	43,2	38,1	4,3	85,6	14,4	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	60	53	6	119	20	139																												
Percent	43,2	38,1	4,3	85,6	14,4	100,0																												
	Disposer d'un outil mis à jour sur les disponibilités et conditions des MR(S) de la région C20	4,23	<table><tr><td></td><td colspan="4">Valide</td><td>Absent</td><td rowspan="2">Total</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>Total</td><td>System</td></tr><tr><td>Frequency</td><td>7</td><td>56</td><td>35</td><td>98</td><td>41</td><td>139</td></tr><tr><td>Percent</td><td>5,0</td><td>40,3</td><td>25,2</td><td>70,5</td><td>29,5</td><td>100,0</td></tr></table>		Valide				Absent	Total		1	2	3	Total	System	Frequency	7	56	35	98	41	139	Percent	5,0	40,3	25,2	70,5	29,5	100,0				
	Valide				Absent	Total																												
	1	2	3	Total	System																													
Frequency	7	56	35	98	41	139																												
Percent	5,0	40,3	25,2	70,5	29,5	100,0																												

prévention	Un ou des moyens utilisables pour l'évaluation du risque et la prévention des chutes à domicile C21	3,26		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	17	61	31	109	30		139
			Percent	12,2	43,9	22,3	78,4	21,6		100,0
	Un ou des moyens utilisables pour l'évaluation du risque et la prévention de la dénutrition C22	3,39		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	17	55	35	107	32		139
			Percent	12,2	39,6	25,2	77,0	23,0		100,0
prévention	Disposer d'un échéancier d'utilisation aisée (pour les vaccins, examens, action préventive,... à programmer) C23	3,55		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	53	55	9	117	22		139
			Percent	38,1	39,6	6,5	84,2	15,8		100,0
	Disposer d'un outil permettant de cibler le type de prévention utile chez les personnes âgées C24	3,25		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	23	61	21	105	34		139
			Percent	16,5	43,9	15,1	75,5	24,5		100,0
autre	Un outil d'aide à la décision (implications éthiques et sociales), par exemple pour l'hospitalisation d'une personne âgée C25	2,31		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	12	42	27	81	58		139
			Percent	8,6	30,2	19,4	58,3	41,7		100,0
	une formation ou une explication sur le vécu du grand âge dans des cultures ou milieux différent(e)s C26	1,97		Valide				Absent		Total
			1	2	3	Total	System			
			Frequency	5	40	28	73	66		139
			Percent	3,6	28,8	20,1	52,5	47,5		100,0
	quels autres outils, procédures, moyens devraient être développés pour apporter un soutien efficace à votre pratique ? C27									

2.3.4. Discussion

Un intérêt évident se manifeste pour le développement ou l'implémentation d'une série d'outils. Plus de la moitié des propositions du questionnaire ont rencontré un intérêt moyen supérieur à 3 ! En effet, il y a probablement des outils à créer, mais d'autres outils, déjà existants, semblent peu utilisés, alors qu'ils sont jugés intéressants dans une perspective globale de soins aux personnes âgées. Il s'agirait donc là plutôt d'une implémentation que de la création ou d'un développement d'outil. Lors de la remise des résultats et de la discussion avec la quarantaine de médecins présents à la réunion de l'AGEF, nombre de réactions allaient dans ce sens : « comment ne savez-vous pas que telle chose existe ?! » Par exemple, la question de l'échéancier : c'est un outil qui a montré son utilité dans le domaine de la prévention. Tous les dossiers médicaux électroniques disposent d'un échéancier⁴. 72,2% des médecins se disent partiellement (23,7%) ou tout à fait informatisés (47,5%), or seuls 38 % disent que la disposition d'un échéancier est chose réalisée. Et, de plus, un grand nombre d'entre eux trouvent l'outil intéressant (83 médecins sur 139 cochent « 4 » ou « 5 », soit nettement plus de la moitié !).

Peu de participants ont répondu aux deux dernières propositions : « un outil d'aide à la décision (implications éthiques et sociales), par exemple pour l'hospitalisation d'une personne âgée » et « une formation ou une explication sur le vécu du grand âge dans des cultures ou milieux différent(e)s ». Ces propositions ont-elles dérouté après des propositions plus concrètes et pratiques ? Les médecins se sentent-ils moins concernés par ces aspects ? Ou considèrent-ils qu'ils viennent après le reste, qui suffit déjà largement dans un premier temps, comme des questions supplémentaires, s'il reste du temps... ? Là aussi nous ne pouvons aller plus loin que des hypothèses.

Ce qui frappe lorsqu'on lit les résultats globalement, c'est l'écart entre le peu de difficultés exprimées et l'intérêt majeur pour une série d'outils, dont bon nombre pourrait d'ailleurs être une réponse à des difficultés. Différentes hypothèses peuvent être formulées à ce propos, ayant trait à l'auto-évaluation, au rôle de l'expérience, à l'influence de l'offre d'outils concrets,... Les médecins sont-ils performants dans les soins aux personnes âgées, tout en voyant leur tâche facilitée par de nouveaux outils ? L'auto-évaluation est-elle une science difficile ? La perspective de nouveaux outils ouvrirait-elle une piste pour l'amélioration de travail et de son évaluation ? Notre travail ne permet pas d'aller plus loin que des hypothèses. Les discussions effectuées avec les médecins généralistes lors de la remise des résultats mettent en évidence l'aspect « empirique » et « pragmatique » de la médecine générale : l'expérience personnelle du médecin joue un grand rôle dans la façon dont il suit ses patients, mais aussi très probablement dans son vécu personnel de différentes situations ; le deuxième aspect, que nous pourrions caractériser par une attitude de type « ça fonctionne, pourquoi chercher plus loin ? » vient renforcer le rôle de l'expérience dans ce qui est probablement un manque d'auto-évaluation. Généralement, seules des pratiques de groupe se questionnent sur des critères objectifs d'évaluation de la pratique—et prennent le temps d'effectuer !—, par exemple : « quel est le taux de personnes de plus de 65 ans vaccinées contre la grippe dans notre pratique ? ». L'informatisation ouvre des voies nouvelles à l'évaluation, mais au-delà des questions techniques, il s'agit vraiment d'un état d'esprit nécessaire lorsque l'on pratique une science aussi peu exacte que la médecine. Le développement de cette attitude critique doit sans doute devenir un objectif plus net dans le

⁴ C'est un critère d'agrément du logiciel par l'INAMI.

cursus de formation, mais être relayé aussi dans la formation continue. C'est la qualité de la pratique et des soins qui est en jeu.

2.4. Motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation des personnes âgées

2.4.1. Hospitalisations

Méthode

La première question concernait les personnes hospitalisées durant cette semaine d'observation (ou, si le médecin remplissait le questionnaire d'emblée, dans la semaine qui venait de s'écouler) : quel était le motif d'hospitalisation, était-ce en urgence ou l'hospitalisation avait-elle été programmée ?

La deuxième question faisait jouer le facteur « mémoire », en demandant aux médecins de mentionner les motifs d'hospitalisations plus anciennes de leurs patients. L'urgence de l'hospitalisation devait également être précisée (oui ou non).

Etant donné que les répondants ayant pris le temps d'une semaine d'observation sont une minorité, ce facteur « mémoire » intervient également pour la première question.

L'encodage s'est fait selon la classification ICPC / CISP (Classification Internationale des Soins de Santé Primaires)⁵. Nous y avons ajouté quelques codes par adjonction de lettres, afin d'être plus précis en fonction de notre sujet particulier :

A 29 désigne « autre symptôme ou plainte générale » et nous précisons :

- A29a Hypothermie
- A29b Chute
- A29c Risque de chute
- A29d Douleur - non précisée

Par ailleurs, L75 désigne normalement « fracture col fémoral », et nous l'élargissons aux « fractures du bassin ».

Plusieurs codes ont parfois dû être utilisés pour encoder la situation décrite par le médecin : il s'agit soit de plusieurs motifs soit de facteurs de co-morbidité. Nous avons tenté de refléter au mieux la situation en mettant en premier le motif constituant le facteur déclenchant de l'hospitalisation. Par exemple, « démence : décompensation > infection respi » a été encodé comme suit :

- R 83 pour « infection respiratoire »
- P 71 pour « autre psychose d'origine organique »

Autre exemple : « dégradation de l'état général chez parkinson » a été encodé :

- A04 pour « altération de l'état général » qui constitue le motif premier de l'hospitalisation

⁵ Cette classification prend comme axe de classement les systèmes ou appareils, selon un principe de localisation plutôt que d'étiologie. Elle tient compte des motifs de rencontre aussi bien que des pathologies diagnostiquées. En ces deux sens au moins, elle est plus adaptée aux soins de première ligne que l'ICD / CIM (classification internationale des maladies).

- N87 pour « parkinson » qui est l'état de co-morbidité.

Une situation fréquente qu'il nous faut préciser est un motif de ce type : « chute fracture de hanche ». Dans ce cas, nous avons encodé

- A 29b pour « chute »,
- L75 pour « fracture du col fémoral- bassin ».

Nous avons réalisé les calculs d'une part en prenant en compte uniquement les premiers motifs d'hospitalisation et d'autre part en considérant tous les motifs confondus. Les pathologies ont été regroupées par système.

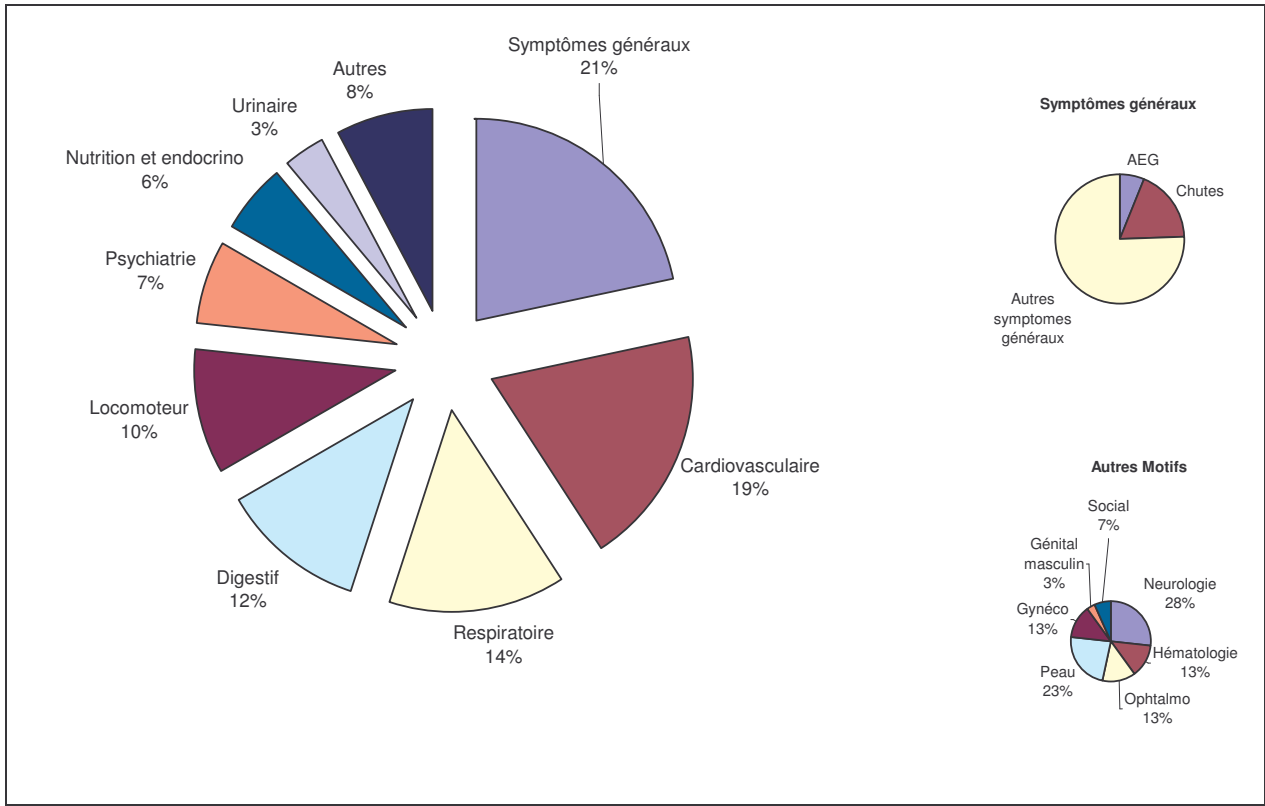
Résultats

A la question de savoir si les médecins généralistes ont pris le temps d'une semaine d'observation, seuls 46 généralistes nous ont répondu que oui (33%), alors que 76 (55%) ont précisé avoir rempli le questionnaire d'emblée. 17 (12%) n'ont pas répondu à la question.

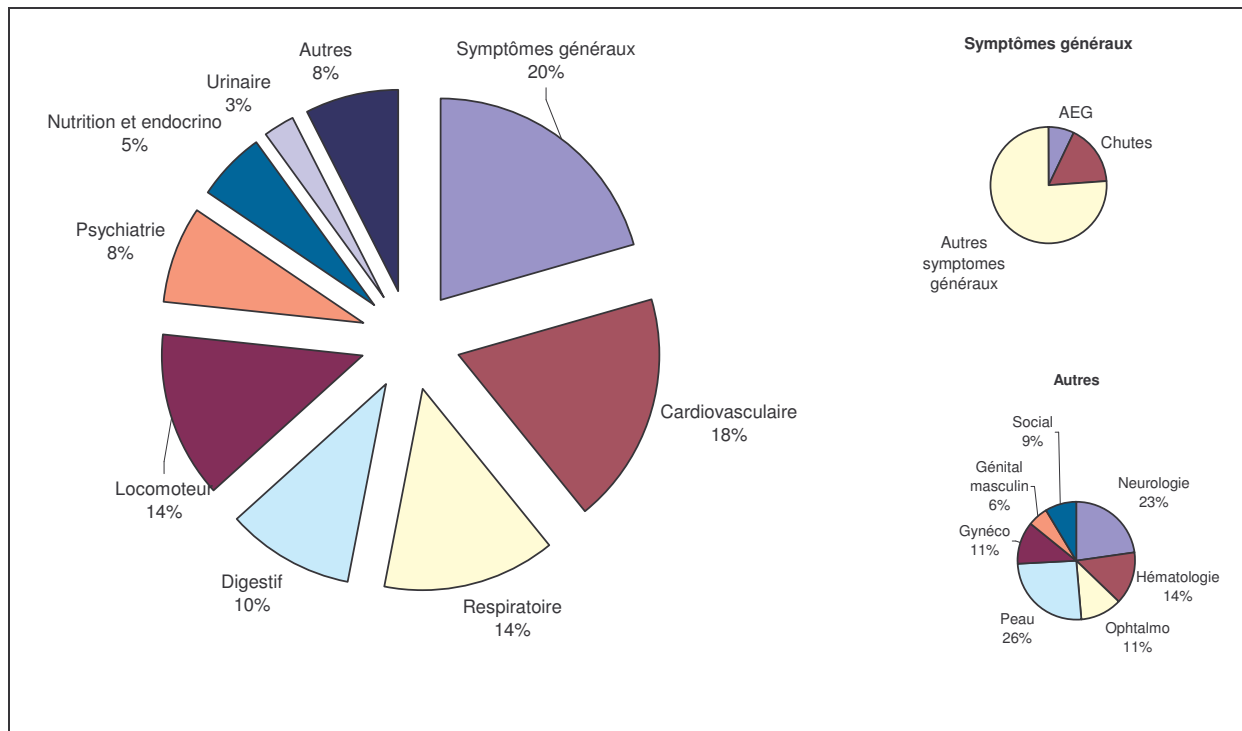
Pour la semaine écoulée avant l'enquête, nous avons 134 hospitalisations relevées par 109 répondants. Cela nous donne 134 premiers motifs, et 168 au total : 34 items sont ajoutés pour préciser la raison de l'hospitalisation ou les facteurs de co-morbidité. Pour les hospitalisations plus anciennes, nous disposons de 246 motifs d'hospitalisations notifiés par 115 répondants. En tenant compte des motifs secondaires, 297 motifs sont répertoriés, soit 51 de plus. Au total, 380 premiers motifs d'hospitalisation de personnes âgées de plus de 75 ans sont encodés, modulés par 85 motifs complémentaires.

	répondants	premiers motifs	tous les motifs	Motifs complémentaires
semaine d'observation	109	134	168	34
Hospitalisations plus anciennes	115	246	297	51
Total		380	465	85

Les résultats sont présentés dans les graphiques suivants, où les motifs sont regroupés par systèmes :



Graphique 23 : répartition des premiers motifs d'hospitalisation, par systèmes



Graphique 24 : répartition de tous les motifs d'hospitalisation, par systèmes

Les motifs les plus fréquents **par systèmes** sont les symptômes généraux et les problèmes cardiovasculaires, représentant à eux deux plus d'un tiers des motifs (38%). Si l'on cumule les motifs respiratoires (14%) et cardiaques (18%), ils représentent un tiers des motifs d'hospitalisation (32%).

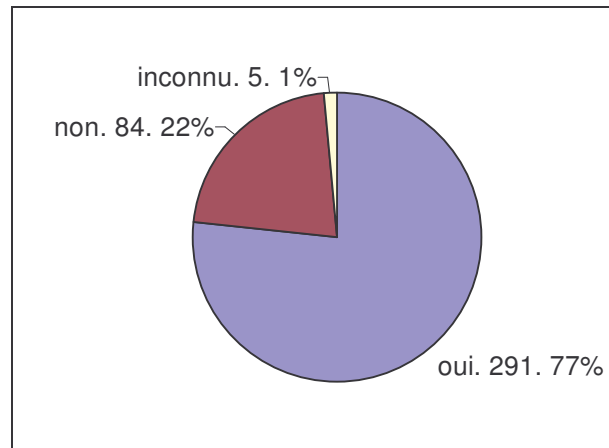
La seule différence significative entre les proportions des différents motifs entre les deux graphiques est dans le système locomoteur, qui représente 10% des premiers motifs et 14% de tous les motifs.

Si l'on regarde les chiffres pour les **pathologies** les plus fréquentes, on trouve, tous motifs confondus :

- chutes : 10,97 %
- fracture du col fémoral ou hanche : 8,82 %
- dyspnée aiguë : 4,30 %
- infection des voies respiratoires inférieures : 4,09 %
- décompensation cardiaque : 3,66 %
- faiblesse ou fatigue généralisée : 3,23 %

(à mettre dans la discussion : ok avec les internistes sur les motifs les plus fréquents, à condition de ne considérer que la pathologie internistique !!)

Y a-t-il un caractère urgent à l'hospitalisation ? Sur un total de 380 situations, l'hospitalisation s'est le plus souvent réalisée en urgence : 291 situations urgentes, et 84 non urgentes. Dans 5 situations, le degré d'urgence n'a pas été précisé.



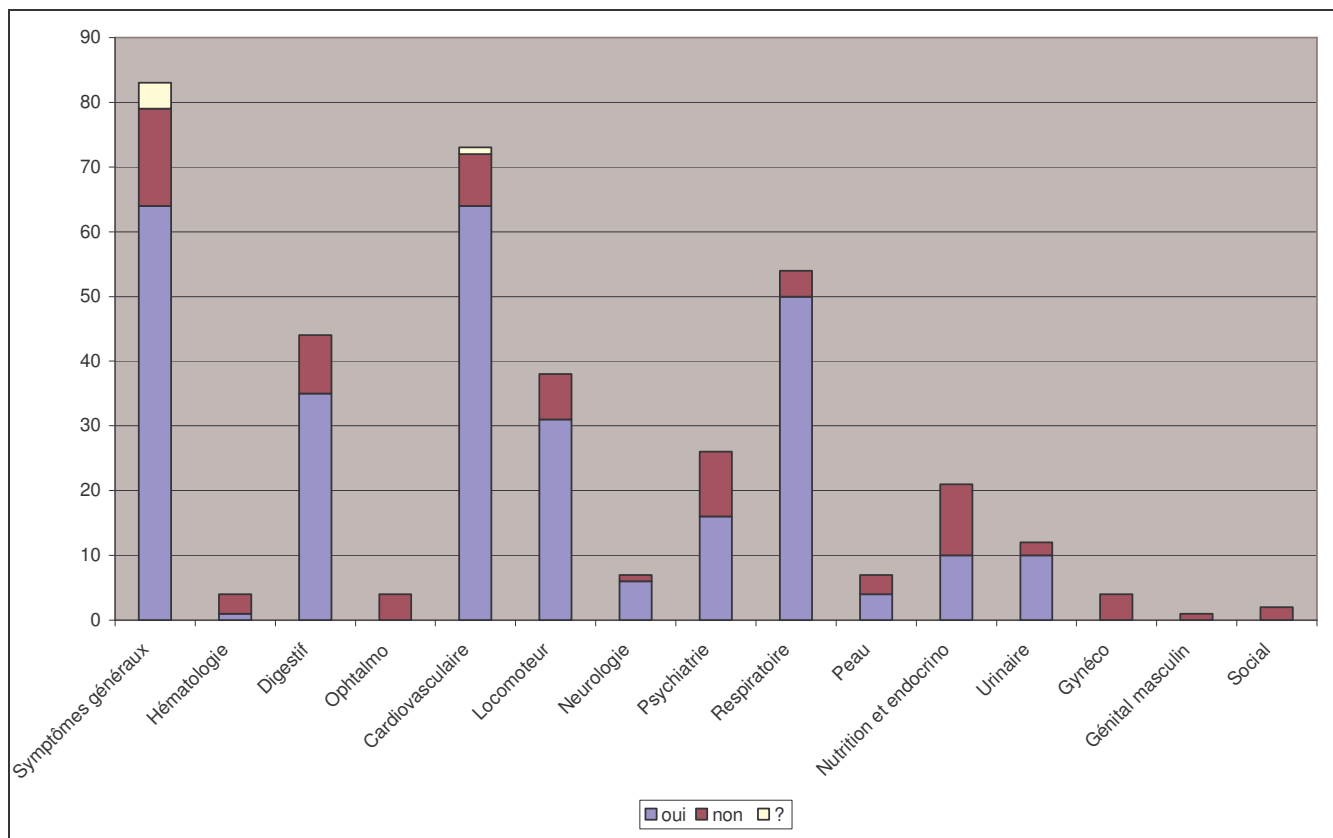
Graphique 25 : proportion des hospitalisations urgentes

Existe-t-il une différence entre la semaine d'observation et les hospitalisations antérieures ?

	Semaine observée		Semaine ancienne		Total
Oui	107	79,85%	184	74,80%	291
Non	27	20,15%	57	23,17%	84
Inconnu	0	0	5	0,0203252	5
	134		246		380

La différence obtenue n'est pas significative mais les seules inconnues se situent dans les hospitalisations plus anciennes.

Nous avons répertorié les motifs urgents par système dans le graphique suivant. L'urgence se retrouve dans presque tous les types de motifs d'hospitalisation à l'exception des systèmes gynécologiques, urinaires, et des motifs sociaux. Le statut inconnu concerne surtout des symptômes généraux.



Graphique 26 : caractère urgent des hospitalisations, en fonction des motifs (classés par systèmes)

Discussion

Le « facteur mémoire », impliqué dans le caractère rétrospectif du questionnaire (ou d'une partie, pour les médecins ayant pris le temps d'une semaine d'observation), nous semble provoquer au moins deux biais :

- les situations les plus marquantes ou impressionnantes vont sans doute être plus citées, telles que AVC ou chutes, mais il peut y avoir d'autres facteurs déterminant une remémoration plus aiguë (situation psychosociale du patient, investissement dans la relation avec le patient et/ ou la famille,...). Ce biais est d'autant plus marquant que le temps s'écoule. Il l'est donc probablement moins pour la semaine qui vient de s'écouler, qui constitue la base de réponse à la première question pour les médecins n'ayant pas pris une semaine d'observation.
- les motifs risquent beaucoup plus de se confondre avec les diagnostics : pour une hospitalisation plus ancienne, le diagnostic est le plus souvent connu, alors qu'il arrive régulièrement qu'il ne le soit pas au moment où le patient est envoyé à l'hôpital pour un motif aigu. Cela fera par exemple la différence entre « chute » et « fracture du col fémoral » dans le répertoire des motifs et/ ou pathologies (et dans notre encodage pour les chiffrer ici).

Est-ce un signe de ce « facteur mémoire » ? C'est dans la notification des hospitalisations anciennes que 5 réponses n'ont pas été données quant au statut urgent ou non de l'hospitalisation, alors que celui-ci a toujours été précisé pour la semaine qui venait de s'écouler.

Il y a peu de différences entre la répartition des premiers motifs et celle de tous les motifs ensemble (premiers motifs et seconds ou co-morbidité). La seule différence significative concerne le système locomoteur, qui représente 14% des tous les motifs *versus* 10% des premiers motifs : cela peut facilement s'expliquer par les chutes qui sont codifiées comme telles en premier motif (A29b), et donc classées dans les « motifs généraux » alors que la fracture consécutive à (ou parfois cause de) la chute est alors répertoriée en second motif, et rangée dans le système locomoteur.

Les symptômes généraux et les symptômes cardiologiques sont les plus fréquemment cités et représentent à eux seuls 40% des premiers motifs d'hospitalisation. Il faut préciser le type de pathologies répertoriées sous ces systèmes : en effet, les AVC et AIT (accidents vasculaires cérébraux et accidents ischémiques transitoires) sont répertoriés en « maladies cardiovasculaires » selon le CISP et non en neurologie. Cela explique que ce dernier système soit loin dans le classement, avec seulement 2% des premiers motifs d'hospitalisation.

Symptômes généraux	Maladies du système cardiovasculaire
A01-Douleurs générales ou de sites multiples	K04-Tachycardie
A03-Fièvre	K74-Cardiopathie ischémique avec angor
A04-Fatigue ou faiblesse générale (AEG pour « altération de l'état général »)	K75-Infarctus du myocarde
A05-Sensation d'être malade	K76-Cardiopathie ischémique sans angor
A06-Syncope	K77-Décompensation cardiaque
A07-Coma	K78-FA
A28-Autre plainte générale	K80-Arythmie (autre)
A29a-Hypothermie	K81-Souffle cardiaque ou artériel
A29b-Chute	K84-Autre maladie cardiaque
A29d-Douleur - non précisée	K85-Pression sanguine élevée
A78-Autre maladie infectieuse	K89-AIT
A79-Cancer	K90-AVC
A84-Intoxication par substance médicinale	K92-Athérosclérose ou maladie vasculaire périphérique
A87-Complication de traitement médical	K93-Embolie pulmonaire
A89-Prothèse articulaire	K94-Phlébite et thrombophlébite
A99-Mise au point diagnostique - sans précision	K99-Autre maladie cardio-vasculaire

Table 28 : classification des symptômes généraux et des maladies cardiovasculaires

Une précision s'impose devant le chiffre de 2% pour les maladies neurologiques, versus 7% pour les maladies psychiatriques : démence et désorientation sont répertoriées en psychiatrie (P70) dans la classification que nous avons utilisée. Elles représentent respectivement 0,86 et 3,01% de tous les motifs d'hospitalisation.

Le motif bien connu « AEG » pour « **altération de l'état général** », est assez peu présent dans nos résultats : 1,3% des premiers motifs et 1,5 % de tous les motifs confondus. La chute est 4,5 fois plus fréquente que l'« AEG » ! Ce motif est connu pour être utilisé lorsque aucune piste diagnostique précise ne s'ouvre à l'anamnèse et l'examen clinique, mais que l'état général du

patient se dégrade (souvent plus ou moins lentement, mais parfois rapidement !). Sa « réputation » en salle d'urgence entre autres nous fait nous étonner devant sa faible présence dans nos résultats. Cela contraste avec l'étude réalisée au service d'urgences d'un hôpital universitaire français⁶, où les symptômes généraux, non spécifiques, représentent près d'un tiers des admissions (31,8%), dans une proportion similaire avec les admissions pour maladies cardio-pulmonaires (31,6 %). Viennent ensuite les désordres neuropsychiatriques (28,2 %) et les chutes (8,3 %). Une étude danoise réalisée en 1989⁷ et visant le suivi à domicile, a enregistré les motifs d'admission à l'hôpital des personnes âgées de plus de 75 ans suivies dans l'étude pendant 3 ans. 490 hospitalisations ont eu lieu (incluant les réadmissions). Le premier motif est la chute, représentant 14% des hospitalisations de façon globale, mais 20% chez les femmes. Le premier motif d'hospitalisation chez les hommes est la dyspnée, avec 18% des hospitalisations masculines, et un total de 12% pour les deux sexes. L'altération de l'état général représente 4% des hospitalisations. Le tableau des diagnostics de sortie est interpellant : 16% concernent des néoplasies, 13% des accidents, incluant 10% des hospitalisations pour fractures. Viennent ensuite la pathologie cardiaque ischémique (10%) et les maladies respiratoires (9%). Une étude réalisée au CHU de Rouen⁸, en France, s'est intéressée aux personnes très âgées arrivant au service des urgences, à savoir les personnes de plus de 90 ans : 42% des admissions se sont faites dans le secteur chirurgical, et le motif de chute intervenait pour 42% des pathologies chirurgicales, suivi de la douleur abdominale dans 19%. Les principaux motifs d'admission des patients dans le secteur médical étaient l'altération de l'état général (18,6%), un malaise (12,8%), des troubles digestifs (11,6%) ou respiratoires (22, 1%) dont près d'un sur deux était une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche »⁹.

D'autres études s'intéressent aux motifs d'hospitalisation en médecine interne. Ceci écarte la majorité des problèmes locomoteurs, entre autres les fractures dues aux chutes. Elles évitent aussi les pathologies gynécologiques et génitales, et sans doute partiellement les maladies neurologiques et psychiatriques. Les chiffres pour les pathologies internistes y sont par conséquent surreprésentés, proportionnellement. Ainsi, une étude espagnole¹⁰, montre que la dyspnée occupe 35% des motifs d'hospitalisation, avec ensuite 11% pour une maladie à symptomatologie neurologique. Le motif d'« asthénie », que l'on peut partiellement mettre en parallèle avec « altération de l'état général », intervient pour 3%. Il y a 30% de symptômes « autres » (après avoir dénombré la fièvre, les épigastalgies, le méléna, la perte de conscience, les douleurs abdominales, la diarrhée, les douleurs de type pleural). Une autre étude espagnole (3)¹¹, réalisée dans une autre ville, parle de 8,1% de « syndrome général », après les 42,7% des motifs représentés par la dyspnée et les 8,1% pour fièvre. Ces deux études¹² distinguent très clairement les symptômes présentés par les patients à leur arrivée et le diagnostic final qui est posé. Une dyspnée peut ainsi être un symptôme révélateur tant d'une maladie cardiaque que respiratoire. Une troisième étude de ce type, réalisée dans un service de médecine interne polonais, à Lodz¹³, montre un taux de 54,7 % d'admission pour maladies cardiovasculaires et de 19,9 % pour maladies respiratoires. Il n'y est pas question des symptômes généraux, alors que toutes ces études utilisent la même classification (ICD-9-CM).

⁶ Onen, F.

⁷ Hendriksen, C.

⁸ Moritz, F.

⁹ Moritz, F., p. 53.

¹⁰ Delgado Morales, J.L.

¹¹ Cinza Sanjurjo S.

¹² Delgado Morales, J.L. et Cinza Sanjurjo S.

¹³ Kardas, P.

Au-delà de la comparaison avec le motif « altération de l'état général », ces chiffres nous montrent

- d'une part le peu de références dont nous disposons en la matière : nous n'avons pas relevé d'études faites à partir de l'envoi par un médecin généraliste. Nous avons cité une étude réalisée en service d'urgence. Les autres concernent des services de médecine interne, et donc plusieurs pathologies ne sont plus prises en compte.
- La disparité dans les chiffres : celle-ci est probablement due à plusieurs facteurs :
 - o L'environnement de l'hôpital, d'éventuelles spécialisations qui accentuent l'admission à cet endroit de certaines pathologies ?
 - o Le type de population de la ville et du pays en question
 - o Le manque de distinction nette entre motif d'hospitalisation, et plus précisément encore les symptômes présentés par le patient (p.ex. dyspnée), et le diagnostic de maladie aiguë posé en cours d'hospitalisation rend les comparaisons difficiles.

Les deux études espagnoles citées concluent à la nécessité d'accentuer la prévention primaire et secondaire afin de diminuer la morbi-mortalité liée aux pathologies cardio-respiratoires, puisqu'elles représentent les motifs les plus fréquents d'hospitalisation en médecine interne. Dans notre enquête, les hospitalisations pour chutes (A29b : 10,97%) et fractures (fracture du col fémoral L75 : 8,82%) représentent également une part importante des hospitalisations, plutôt prises en charge par le secteur chirurgical. Elles sont plus nombreuses que les hospitalisations pour dyspnée (R02 : 4,30%), infection des voies respiratoires (R78 : 4,09%) et décompensation cardiaque (K77 : 3,66%) prises ensemble (12,05 %). Ceci est conforté par les études danoise¹⁴ et française¹⁵. Une prévention des chutes serait donc selon nous également à mettre en œuvre chez les personnes âgées.

2.4.2. Institutionnalisations

Méthode

La question était ainsi formulée dans l'enquête : « Pour les trois derniers de vos patients institutionnalisés en MR(S), quels étaient les motifs ? Avez-vous été partie prenante du processus de décision ? Si vous n'en avez pas en mémoire, ne complétez rien. »

L'encodage s'est fait comme pour les motifs d'hospitalisation : avec l'ICPC/CISP, complété par les mêmes précisions, en ajoutant A99b « transfert de l'hôpital, sans précision ». Nous avons utilisé de 1 à 3 codes pour encoder la situation rapportée. La codification a été réalisée en mettant en premier lieu ce qui semblait être le motif déclenchant, par rapport aux facteurs de co-morbidité. Par exemple, « monsieur veuf récemment 85 ans - parkinsonien ++ » se trouve encodé N87 pour « maladie de Parkinson » et Z15 pour « veuvage ».

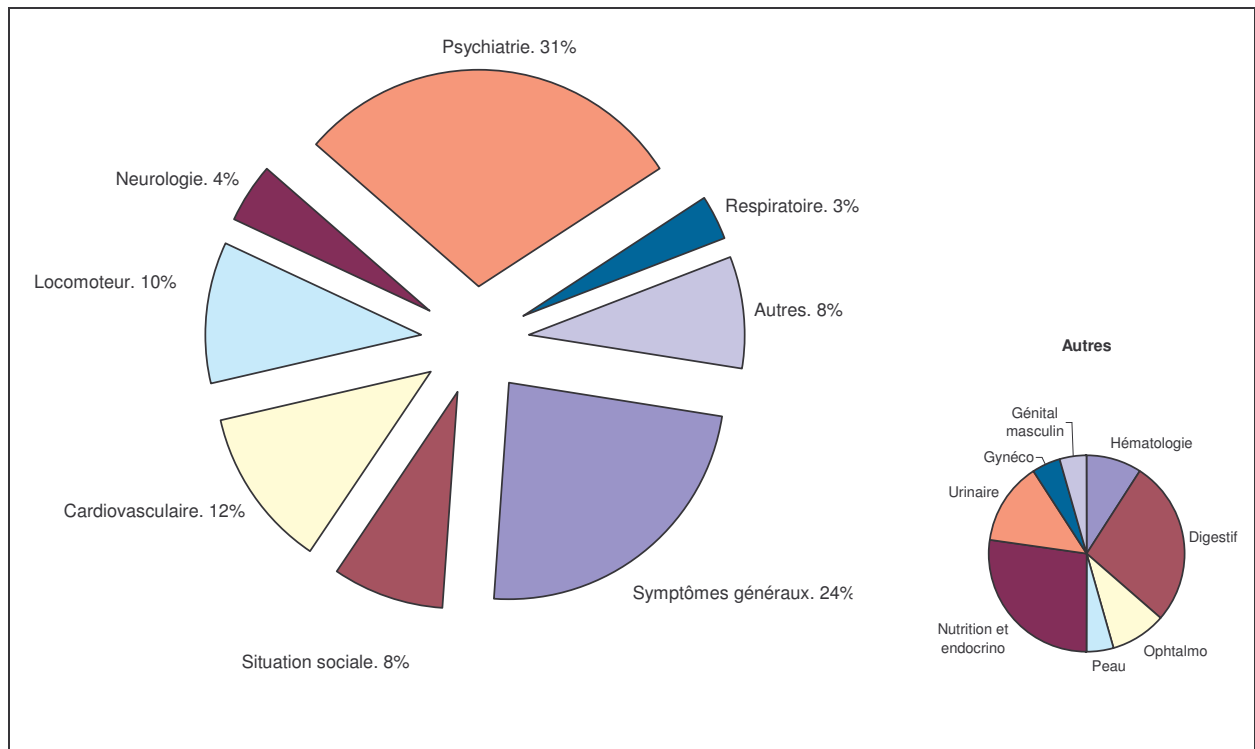
Nous avons également réalisé les calculs en prenant en compte d'une part le motif principal, et d'autre part tous les motifs confondus (premiers motifs et motifs complémentaires ou de co-morbidité).

¹⁴ Hendriksen, C.

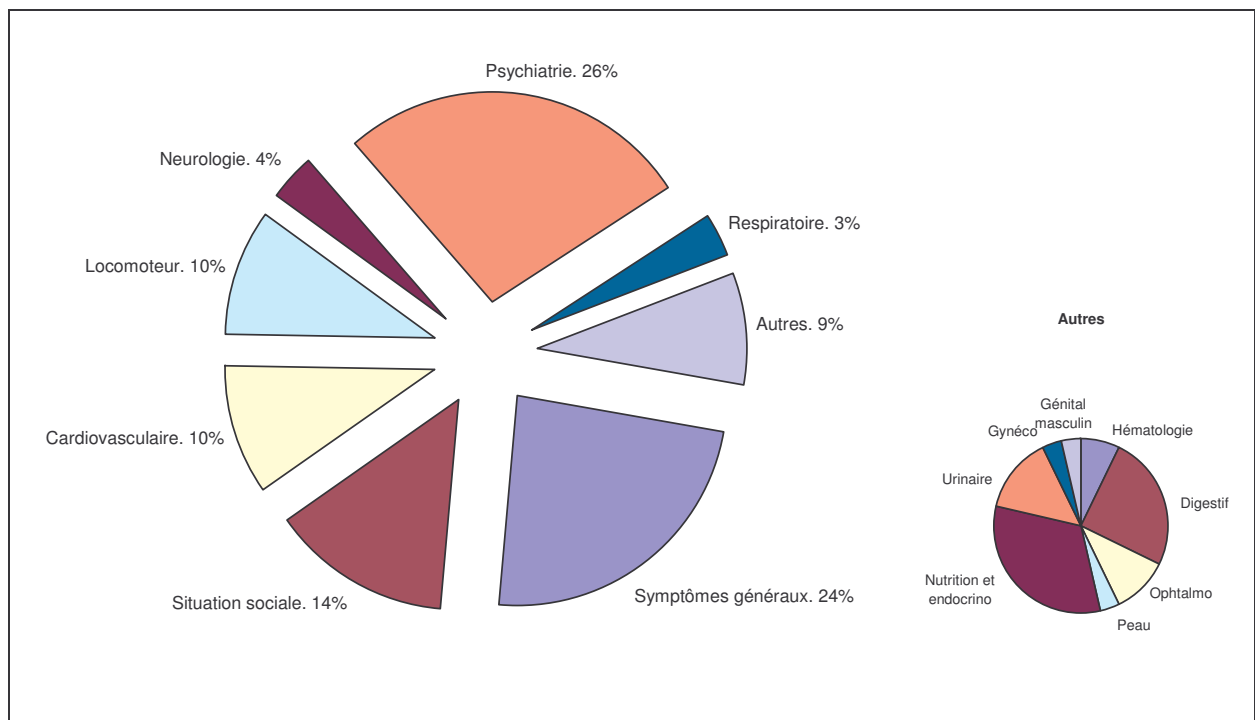
¹⁵ Moritz, F.

Résultats

Les graphiques suivants montrent la répartition des motifs d'institutionnalisation répartis par systèmes.

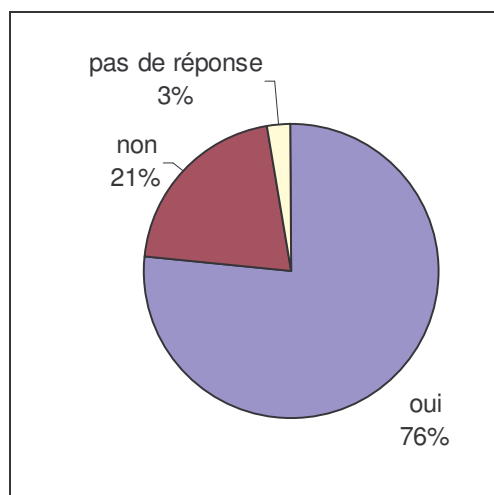


Graphique 27 : premiers motifs d'institutionnalisation



Graphique 28 : tous les motifs d'institutionnalisation

L'implication du médecin généraliste dans la décision est importante : elle intervient dans $\frac{3}{4}$ des situations.



Graphique 29 : implication du médecin généraliste dans la décision d'institutionnalisation

Discussion

Les symptômes généraux et psychiatriques constituent à eux seuls la moitié de tous les motifs d'institutionnalisation et plus de la moitié des premiers motifs (55%). Dans les symptômes généraux, qui représentent 24% des motifs (premiers ou totaux), un tiers (7,5% et 7,3% des motifs premiers et de tous les motifs), est représenté par les chutes. 6 à 7% des motifs sont une limitation de la fonction, de façon générale, aussi décrite par l'expression « perte d'autonomie » : 7,12% des premiers motifs et 6,38% du total. Dans les maladies psychiatriques, c'est sans étonnement la démence qui justifie grand nombre d'institutionnalisations, soit 17,6% des premiers motifs et 15,5% de tous les motifs.

Lorsque l'on considère tous les motifs ensemble, on est frappé par l'accentuation des motifs sociaux, tout particulièrement les difficultés liées à l'isolement (Z28 : limitation de la fonction ou incapacité liées à un problème social, y compris isolement social), qui représentent 4,1% des premiers motifs, et 8,8% de tous les motifs. Il intervient donc surtout comme motif secondaire ou « surajouté ». Le veuvage, quant à lui, est premier motif dans 3,4 % des cas et intervient au total dans 4% des institutionnalisations. C'est donc surtout un motif principal.

Une étude américaine prospective menée durant 12 ans¹⁶ s'est penchée sur les facteurs prédictifs d'une institutionnalisation chez des personnes âgées de plus de 65 ans : la démence apparaît comme le facteur de risque le plus important. Cela confirme nos données. Les autres pathologies médicales sont plus déterminantes chez les non-déments que chez les déments. Une étude californienne¹⁷ montre que les diagnostics médicaux en jeu dans l'admission sont principalement la démence, le cancer et l'AVC. Ils sont complétés par un motif non médical qui est l'incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne. Cela recouvre probablement en grande partie ce qui est classé dans notre enquête sous « perte d'autonomie, altération de la fonction générale ».

L'impact de l'entourage et des structures de soins a été mis en évidence par une étude réalisée en Arizona¹⁸ : le manque de ressources en termes de soins à domicile, associé à une diminution du soutien familial dû à l'émigration des plus jeunes membres de la famille, conduit à une admission prématurée en maisons de repos. Les patients pris en charge dans ces structures sont dès lors en moyenne plus jeunes à l'entrée et moins atteints dans leur capacité fonctionnelles que des résidents en zone urbaine. L'importance d'une prise en charge adéquate à domicile est nécessaire pour éviter une augmentation des hospitalisations, et des institutionnalisations, comme le montre aussi une étude française¹⁹ portant sur le recours aux soins de santé primaires dans des régions à faible densité de médecins généralistes. Le rôle du soignant principal est bien mis en évidence dans une étude américaine²⁰, qui démontre une prédiction de placement sur base de la lourdeur de la tâche de soin et sur la qualité de vie ressentie (life satisfaction) par le soignant principal. Les raisons qu'a ce dernier de demander l'institutionnalisation du patient est 1) la nécessité de soins plus appropriés, 2) la santé du soignant proche, 3) les troubles du comportement dus à la démence, 4) le besoin d'une aide supplémentaire.

Plus proches de nous, les études réalisées en Belgique concernant les placements en institutions de personnes âgées par le médecin généraliste rejoint notre questionnaire de façon

¹⁶ Bharucha, A.J.

¹⁷ Wingard, D.L.

¹⁸ Greene, J.L.

¹⁹ Chaix, B.

²⁰ Buhr, G.T.

plus étroite. Les données proviennent d'un réseau de 143 médecins vigies²¹ répartis dans le pays, qui ont répertorié en 1994 tous leurs patients institutionnalisés. Les pathologies présentes avant le placement étaient principalement le déclin fonctionnel, dans 40% des cas, et la démence dans 30% des cas. Les motifs d'institutionnalisation étaient d'abord constitués par le besoin d'une assistance dans les activités de la vie journalières (54%), par le besoin de soins infirmiers (32%), par des maladies somatiques (29%), par la démence (25%) et par le burn-out de l'entourage (23%). Nos chiffres concernant la démence sont un peu plus faibles, mais dans un même ordre de grandeur (17%). L'étude montre aussi l'importance de l'isolement social puisque la moitié des personnes institutionnalisées vivaient seules juste avant. La question d'une meilleure organisation des soins à domicile est posée, tout comme celle de l'attention aux soignants proches : les problèmes psychologiques, de démence et le manque d'aide en soins infirmiers sont pour eux les problèmes les plus importants.

Nous n'avons pas à ce stade trouvé de source concernant l'implication du médecin généraliste dans la décision de placement en maison de repos et/ ou de soins (MR(S)). L'étude belge²² montre par contre que deux tiers des patients continuent d'être suivis par leur médecin généraliste lorsqu'ils sont institutionnalisés. La continuité et la globalité des soins est importante pour leur qualité. Il y aurait matière à recherche afin de mieux cerner le processus de décision d'entrée en MR(S), qui implique la patient, la famille, le(s) soignant(s) proche(s), les soignants professionnels.

2.4.3. Conclusion

Notre brève enquête concernant les motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation s'est placée du point de vue du médecin généraliste, et actuellement peu de données existent en la matière. Elle mériterait d'être complétée par d'autres études. L'intérêt de mieux connaître de tels motifs, ou les facteurs prédictifs, est de développer un aspect préventif mais aussi « qualitatif » : la prévention des chutes des personnes âgées est visiblement à envisager, mais aussi la préparation d'une institutionnalisation afin qu'elle se déroule dans de meilleures conditions, hors d'un contexte d'urgence, en évitant si possible une hospitalisation « de transition », etc. L'évaluation de la personne âgée à domicile, l'optimisation des soins à domicile devrait permettre plus souvent de retarder une institutionnalisation, mais aussi de la prévoir, de l'organiser, dans de meilleures conditions pour le patient et les soignants. Par ailleurs, la mise en évidence d'un haut taux de démence dans les motifs d'admission en MR(S), et dans les pathologies préexistantes, ainsi que l'influence de l'isolement social et du soignant proche (santé, qualité de vie) soulignent la nécessité d'une aide plus spécifique pour les soignants à domicile, soignants professionnels mais surtout soignants proches (« caregivers »). Nous avons vu dans la deuxième section de l'enquête la difficulté que représente la recherche d'un(e) garde-malade. Il y a là un enjeu de santé publique et de politique pour les années à venir !

²¹ Devroey, D., Placements ...

²² Devroey, D., Placements ...

3. Conclusion générale

L'enquête réalisée début 2007 auprès de deux cercles de médecins généralistes francophones a permis de leur renvoyer une image de leur groupe et de leur vécu dans les soins globaux aux personnes âgées. Elle met en évidence l'intérêt de certains outils pouvant améliorer la prise en charge. La Chaire de médecine générale va soutenir la mise en place de certains de ces outils. Cela se fera en concertation avec les cercles afin de prendre en compte le mieux possible l'expérience déjà acquise par des personnes ou des groupes dans certains domaines, et les besoins et spécificités de chaque cercle.

L'objectif de cette enquête était d'être une première étape dans un travail à la fois concret et à la fois plus fondamental avec des cercles de médecins généralistes : nous pensons que la médecine générale a besoin de s'appuyer sur des recherches valables et pertinentes, c'est-à-dire réalisées dans des conditions qui se rapprochent le plus de celui de la médecine générale vécue au quotidien. La prise en compte de la complexité est un enjeu important, a fortiori dans le contexte scientifique réductionniste qui nous sert de cadre général. La prise en compte de la complexité est en effet un des rôles du médecin généraliste, avec celui d'intégration des différentes données psycho-médico-sociales du patient en vue d'une prise en charge globale. Une véritable recherche en médecine générale ne peut ignorer ces aspects. Nous pensons aussi que l'université, pour remplir sa mission d'apport de connaissances, doit être proche des acteurs de terrain, afin que ce renouvellement du savoir puisse être intégré à la pratique. L'enquête nous confirme dans l'intérêt du travail avec les cercles pour confronter des hypothèses de travail à la réalité vécue sur le terrain, pour élaborer ensemble des recherches qui puissent apporter des réponses aux questions qui s'y posent.

Le quatrième volet de l'enquête montre le rôle clef du médecin généraliste dans l'institutionnalisation des patients : il l'est aussi certainement à d'autres moments clefs de la vie du patient, et il est donc important de lui fournir des outils, tant pratiques que de réflexion pour assurer au mieux ce rôle. Dans ce but, le développement de la recherche en médecine générale ne peut qu'être prôné, afin de développer des connaissances, mais aussi d'implémenter sur el terrain nombre d'outils déjà existants et souvent méconnus ou trop peu utilisés. Les résultats relatifs aux motifs d'hospitalisation mériteraient une confrontation avec des données similaires, et attirent l'attention sur des axes de prévention à développer auprès des personnes âgées.

Bibliographie

- Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, Dodge HH, Ganguli M. Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(3):434-439.
- Buhr GT, Kuchibhatla M, Clipp EC. Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *Gerontologist* 2006; 46(1):52-61.
- Chaix B, Veugelers PJ, Boelle PY, Chauvin P. Access to general practitioner services: the disabled elderly lag behind in underserved areas. *Eur J Public Health* 2005; 15(3):282-287.
- Cinza SS, Cabarcos Ortiz dB, Nieto PE, Lorenzo Z, V. [Epidemiologic analyses of elderly patients in an Internal Medicine department]. *An Med Interna* 2006; 23(9):411-415.
- Delgado Morales JL, Alonso dB, Pascual C, I, Villacorta Martin MM, Ergueta MP, Gonzalez SE. [Observational study of patients admitted to an Internal Medicine service]. *An Med Interna* 2004; 21(1):3-6.
- Devroey D, Van C, V, De Lepeleire J. Revealing regional differences in the institutionalization of adult patients in homes for the elderly and nursing homes: results of the Belgian network of sentinel GPs. *Fam Pract* 2001; 18(1):39-41.
- Devroey D, Van C, V, De Lepeleire J. Placements in psychiatric institutions, nursing homes, and homes for the elderly by Belgian general practitioners. *Aging Ment Health* 2002; 6(3):286-292.
- Gao J, Raven JH, Tang S. Hospitalisation among the elderly in urban China. *Health Policy* 2007; 84(2-3):210-219.
- Greene VL. Premature institutionalization among the rural elderly in Arizona. *Public Health Rep* 1984; 99(1):58-63.
- Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Hospitalization of elderly people. A 3-year controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37(2):117-122.
- INAMI, Enquête informatisation Médecins généralistes, RDQ, service des soins de santé, à la demande de la Mécicomut
- Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E. Reasons for elderly patient hospitalization in departments of internal medicine in Lodz. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15(1):25-31.
- Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moirrot E et al. [How to manage very elderly patients in the emergency room? Evaluation of 150 very elderly patients at the Rouen university hospital center]. *Presse Med* 2001; 30(2):51-54.

- Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. *Aging (Milano)* 2001; 13(6):421-429.
- Osterweil D, Martin M, Syndulko K. Predictors of skilled nursing placement in a multilevel long-term-care facility. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(2):108-112.
- Preston GA. Dementia in elderly adults: prevalence and institutionalization. *J Gerontol* 1986; 41(2):261-267.
- Wingard DL, Williams-Jones D, McPhillips J, Kaplan RM, Barrett-Connor E. Nursing home utilization in adults: a prospective population-based study. *J Aging Health* 1990; 2(2):179-193.

Table des graphiques et tableaux

Table 1 : Dates de l'enquête	4
Table 2 : Médecins participants	5
Table 3 : Statistiques par cercle.....	5
Table 4 : Statistiques par sexe	6
Table 5 : Distribution par sexe	6
Table 6 : Chi-Square Tests	6
Graphique 1 : répartition des participants pas âge	7
Graphique 2 : répartition par âge et par sexe	7
Graphique 3 : répartition des médecins par âge dans chacun des cercles	8
Graphique 4 : répartition des médecins belges par tranches d'âges (chiffres INAMI).....	9
Graphique 5 : répartition des médecins belges par tranches d'âges et par sexe (chiffres INAMI).....	9
Table 7 : type de pratique	10
Graphique 6 : type de pratique dans chacun des deux cercles	11
Graphique 7 : nombre de médecins généralistes avec un dossier électronique en 2005, répartis selon le nombre d'utilisateurs, le type de pratique et la catégorie d'âge (âge au 31/12/2005) (chiffres INAMI)	12
Graphique 8 : lieux de pratique des médecins à l'UOAD.....	13
Graphique 9 : lieux de pratique des médecins à l'AGEF	13
Table 8: Informatisation des dossiers.....	13
Graphique 10 : informatisation des médecins généralistes des deux cercles	14
Graphique 11 : Nombre de médecins généralistes avec un dossier médical électronique en 2005, répartis selon le sexe et l'âge (âge au 31/12 /2005) (chiffres INAMI)	14
Graphique 12: nombre de contacts par semaine.....	15
Table 9: Nombre de contacts par semaine	15
Graphique 13 : nombre de contacts par semaine(corrigé).....	15
Table 10: Nombre de contacts par semaine (corrigé)	16
Graphique 14 : nombre d'avis, consultations et visites à domicile annuelles par médecin dans les différentes provinces du pays (chiffres INAMI)	16
Table 11: Relation nombre de contacts par semaine / âge du médecin.....	17
Graphique 15 : répartition du nombre de contacts par semaine	17
Graphique 16 : Nombre moyen de patients par médecin, réparti selon l'âge et le sexe (en bleu ciel, les femmes ; en bleu foncé, les hommes) (chiffres INAMI)	18
Table 12 : Case Processing Summary : Nombre de patients de plus de 75 ans vus lors de la semaine précédant l'enquête	19
Table 13 : Descriptive Statistics : Nombre de patients de plus de 75 ans vus lors de la semaine précédant l'enquête	19
Graphique 17 : Nombre de patients âgés de plus de 75 ans (en ordonnée) vus par semaine par un médecin généraliste	19
Graphique 18 : Nombre de médecins (en ordonnée) qui voient un certain nombre de patients de plus de 75 ans (en abscisse) par semaine	20
Table 14 : Descriptive Statistics - Nombre de patients de plus de 75 ans vivant en MRS vus lors de la semaine précédant l'enquête	20
Graphique 19 : proportion des patients qui vivent en MR(S)	21
Graphique 20 : Nombre de médecins (en ordonnée) qui voient un dont un certain pourcentage de patients âgés (en abscisse) vit en MR(S).....	21

Graphique 21 : Hôpitaux où sont hospitalisés les patients âgés des médecins de l'AGEF : le plus souvent (en bleu), régulièrement (en mauve), rarement (en jaune), et le total (en vert pâle).	24
Graphique 22 : Hôpitaux où sont hospitalisés les patients âgés des médecins de l'UOAD : le plus souvent (en bleu), régulièrement (en mauve), rarement (en jaune), et le total (en vert pâle).	25
Table 15: Manque de précision d'un diagnostic	26
Table 16 : Diagnostic neuropsychiatrique.....	27
Table 17 : Décision d'arrêter une recherche diagnostique	27
Table 18 : Adaptation à la personne âgée des recommandations de suivi	27
Table 19 : Difficultés à soigner des personnes âgées de milieu culturel différent.....	27
Table 20 : Difficultés dans le traitement médicamenteux	28
Table 21 : Difficultés concernant la tenue du dossier du patient	28
Table 22 : Difficultés d'accepter le comportement des personnes âgées.....	29
Table 23 : Difficulté de bien connaître les services d'aide à domicile existants et disponibles dans la région.....	29
Table 24 : Difficulté de mise en place d'aide professionnelle à domicile	30
Table 25 : intérêt obtenu par chacune des propositions d' « outils »	33
Table 26 : intérêt pour des outils d'aide aux soins globaux aux personnes âgées	33
Table 27: intérêt et implémentation de différents outils proposés	35
Graphique 23 : répartition des premiers motifs d'hospitalisation, par systèmes	42
Graphique 24 : répartition de tous les motifs d'hospitalisation, par systèmes	43
Graphique 25 : proportion des hospitalisations urgentes	44
Graphique 26 : caractère urgent des hospitalisations, en fonction des motifs (classés par systèmes).....	45
Table 29 : classification des symptômes généraux et des maladies cardiovasculaires	46
Graphique 27 : premiers motifs d'institutionnalisation.....	49
Graphique 28 : tous les motifs d'institutionnalisation	50
Graphique 29 : implication du médecin généraliste dans la décision d'institutionnalisation	50

Annexes

Annexe 1 : questionnaire de l'enquête

Annexe 2 : pas de différence statistique significative entre les deux cercles quant à l'intérêt pour des outils proposés.

Annexe 3 : question ouverte : quels autres outils devraient être développés ?