

QUITTER LA MAISON DANS LE GRAND ÂGE : QUELS SONT LES MOTIFS D'INSTITUTIONNALISATION DES PERSONNES ÂGÉES ? DONNÉES ISSUES D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

I. DAGNEAUX¹,
B. VERCRUYSSÉ¹,
J. DEGRYSE¹

Mots-clefs : personne âgée, médecin généraliste, motifs d'institutionnalisation

Correspondance :
Dr I. Dagneaux,
CAMG
UCL 5360
B-1200 BRUXELLES

ABSTRACT

In two associations of French-speaking Belgian general practitioners, a research has taken place regarding the main reasons for which the general practitioner have to institutionalize the elderly (over 75 years old), the GP being often included in the decision process.

Keywords :
elderly, general practitioner, reasons for institutionalization.



Une enquête réalisée dans deux cercles de médecins généralistes belges francophones s'est intéressée aux motifs d'institutionnalisation des personnes âgées de plus de 75 ans par leur généraliste. L'implication du médecin généraliste dans la décision est très fréquente.

INTRODUCTION

En Belgique, un tiers des octogénaires vivent en institution. Quelles sont les raisons qui les y amènent ? Quelles pathologies empêchent nos aînés de réaliser le rêve que caresse la plupart d'entre eux : rester à la maison ? Le médecin généraliste est souvent aux premières loges pour observer un déclin qui risque de mener à l'incapacité de vivre seul ; il est souvent consulté quand cela arrive. Nous avons voulu préciser les motifs d'institutionnalisation et l'implication du médecin généraliste. Cet article est la suite de l'article concernant les motifs d'hospitalisation et suit la même optique : partir de la réalité vécue par le médecin généraliste auprès de son patient.

MÉTHODE

Nous avons demandé à des médecins généralistes, à l'occasion d'une enquête, de mentionner les motifs d'institutionnalisation chez des patients de plus de 75 ans. Cette enquête a été réalisée en février et mars 2007, en Belgique, dans deux zones de la partie francophone du pays : les cercles de l'AGEF (Association des Généralistes de l'est Francophone – région de Verviers) et de l'UOAD (Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant). Elle concernait principalement le vécu des médecins généralistes dans leur prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans. Le dernier volet de l'enquête, quant à lui, concernait les motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation des personnes âgées : nous nous limiterons à la deuxième partie de ce volet dans cet article, un précédent article ayant traité des hospitalisations.

¹ Chaire de médecine générale, Centre Académique de Médecine Générale - UCL

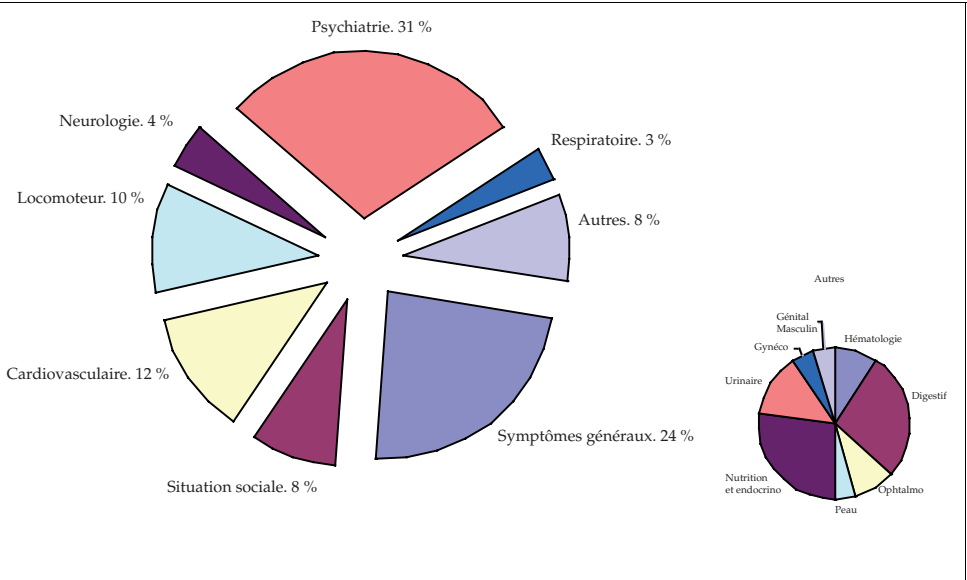
La question était ainsi formulée dans l'enquête : « Pour les trois derniers de vos patients institutionnalisés en MR(S), quels étaient les motifs ? Avez-vous été partie prenante du processus de décision ? Si vous n'en avez pas en mémoire, ne complétez rien. »

Après retranscription des motifs, leur codification a été réalisée par le premier auteur selon la ICPC / CISP-2 (Classification Internationale des Soins de santé Primaires) (1). Nous y avons ajouté quelques codes par adjonction de lettres, afin d'être plus précis en fonction de notre sujet particulier :

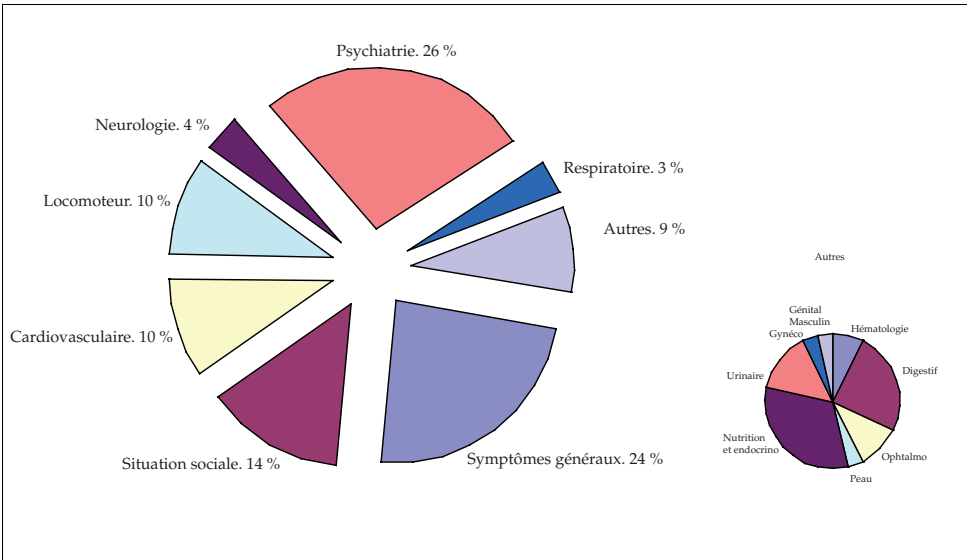
- A 29 désigne « autre symptôme ou plainte générale » et nous précisons :
- A29a Hypothermie
 - A29b Chute
 - A29c Risque de chute
 - A29d Douleur - non précisée

Par ailleurs, L75 désigne normalement « fracture col fémoral », et nous y avons inclus également les « fractures du bassin ». Nous avons également ajouté A99b « transfert de l'hôpital, sans précision » et M2 pour « revalidation post-chirurgie ». 1 à 3 codes ont été utilisés pour détailler 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 comorbidité. Par exemple, « monsieur veuf récemment 85 ans - parkinsonien ++ » se trouve encodé Z15 pour « veuvage » et N87 pour « maladie de Parkinson ».

Nous avons 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 : voir graphiques 1 et 2).



Graphique 1
Premiers motifs
d'institutionnalisation.



Graphique 2
Tous les motifs
d'institutionnalisation.

RÉSULTATS

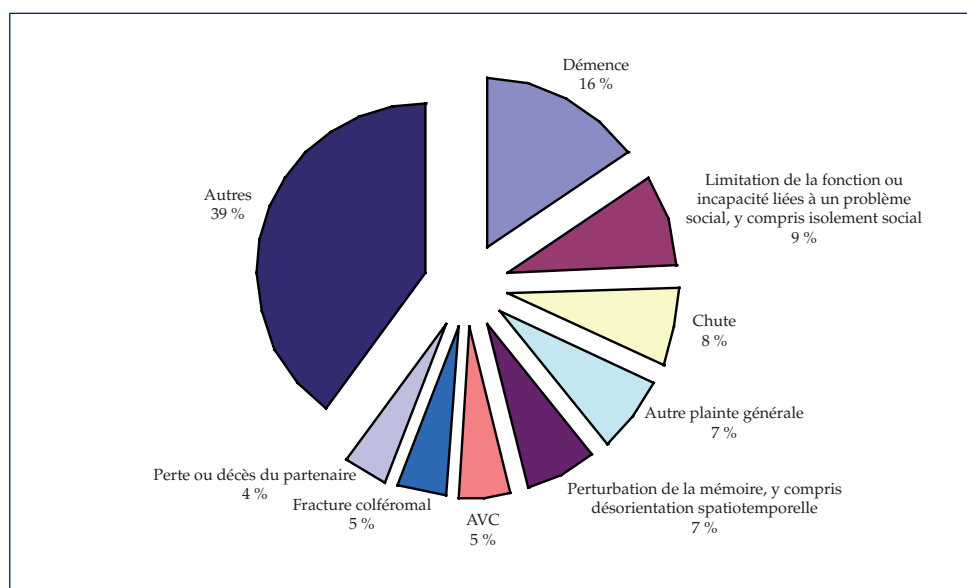
Nous avons reçu 139 enquêtes en retour, à la date de clôture des résultats (31 mars 2007), ce qui donne un taux de réponse de 40,4% (2). En effet, 344 médecins généralistes sont répertoriés par les cercles sur leurs territoires, mais 8 médecins nous ont signalé n'avoir plus de pratique de la médecine générale ou être en congé prolongé (plusieurs mois). Nous pouvons donc estimer à 336 le nombre de médecins concernés par l'enquête. 12 enquêtes nous sont encore parvenues ensuite. 112 médecins ont répondu à la question, répertoriant 267 situations d'institutionnalisation. Il y a donc 267 premiers motifs, et 62 motifs complémentaires ou de co-morbidité, ce qui donne un total de 329 pour « tous les motifs ».

Les graphiques 1 et 2 montrent la répartition des motifs d'institutionnalisation classés par systèmes. 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, un tiers est repré-

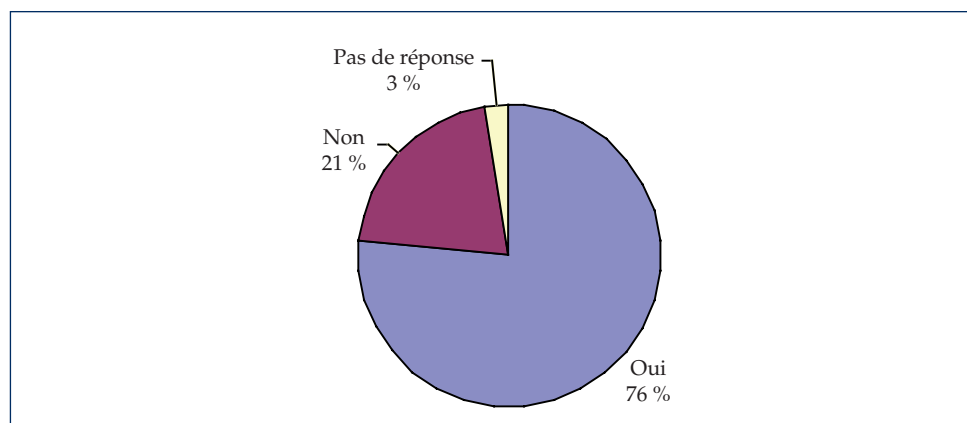
senté par les chutes (8% - voir graphique 3). 9 % des motifs sont une limitation de la fonction, de façon générale, aussi décrite par l'expression « perte d'autonomie ». Dans les maladies psychiatriques, c'est sans étonnement la démence qui justifie grand nombre d'institutionnalisations, soit 18% des premiers motifs et 16% de tous les motifs.

Lorsque l'on considère tous les motifs ensemble, les motifs sociaux ont plus de poids que lorsque l'on considère uniquement les « premiers motifs ». Il s'agit en particulier des difficultés liées à l'isolement (Z28 : limitation de la fonction ou incapacité liées à un problème social, y compris isolement social), qui représentent 4% des premiers motifs, et 9% 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.

L'implication du médecin généraliste dans la décision est importante (graphique 4) : elle intervient dans $\frac{3}{4}$ des situations (204 « oui », 56 « non » et 7 sans précision).



Graphique 3
Motifs (tous)
d'institutionnalisation,
par pathologies.



Graphique 4
Implication du médecin
généraliste dans la décision
d'institutionnalisation.

DISCUSSION

Une étude américaine prospective menée durant 12 ans (2) 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, et cela confirme nos données. Les autres pathologies médicales sont plus déterminantes chez les non-déments que chez les déments. Une étude californienne (3) 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 Arizona (4) : 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 française (5) 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 américaine (6), 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 rejoignent notre questionnaire de façon plus étroite. Les données proviennent d'un réseau de 143 médecins vigies (7,8) 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 belge (7,8) 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 le patient, la famille, le(s) soignant(s) proche(s), les soignants professionnels.

CONCLUSION

Notre brève enquête concernant les motifs d'institutionnalisation s'est placée du point de vue du médecin généraliste, et vient s'ajouter aux quelques données existant en la matière. Elle confirme le rôle déterminant de la démence, de l'isolement (entre autres le veuvage) dans le fait que des personnes très âgées ne peuvent plus vivre à domicile. Le médecin traitant est très souvent impliqué dans la décision : il peut jouer un rôle dans la préparation de l'institutionnalisation, pour éviter qu'elle ne se déroule dans un contexte d'urgence ; il peut parfois la prévenir, en veillant à l'aide nécessaire à domicile. Son rôle est important aussi dans le soutien à l'aidant proche, dont la santé et la qualité de vie sont un élément déterminant du maintien à domicile. Il reste à explorer comment le médecin généraliste peut mieux encore remplir ces rôles importants et veiller à la qualité des soins multidisciplinaires à domicile, qui permettent souvent de différer (voire d'éviter) une institutionnalisation.

En pratique ...

Le médecin généraliste est souvent impliqué dans la décision d'institutionnalisation. La démence est une raison fréquente dans l'impossibilité de poursuivre les soins à domicile. Un soutien à l'aidant proche, une bonne coordination des soins à domicile devraient permettre de différer (ou éviter) l'institutionnalisation. Il est cependant important de l'anticiper afin de bien le préparer.



RÉFÉRENCES

1. Jamouille M, Roland M et al. *Classification internationale des soins de santé primaires*, deuxième version, Care Editions, Bruxelles, 2000.
2. 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.
3. 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.
4. Greene VL : Premature institutionalization among the rural elderly in Arizona. *Public Health Rep.* 1984; **99** (1) : 58-63.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Devroey D, Van C V, De Lepeleire J. *Procédure d'admission définitive d'un adulte avec participation du médecin généraliste*, réseau d'enregistrement des médecins vigies, résultats de 1994. Institut scientifique de la santé publique – Louis Pasteur (1997). 1999.