



# ENQUETE PERTE D'AUTONOMIE

MAI 2004

2004

UNION REGIONALE  
DES MEDECINS  
LIBERAUX  
D'ILE DE FRANCE

COMMISSION  
EXERCICE A DOMICILE

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
I.    OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	5
II.   MATERIEL ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	5
<b>RESUME.....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE I : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS.....</b>	<b>9</b>
I.    TAUX DE REponse GLOBAL .....	9
II.   CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS REpondANTS .....	10
<b>CHAPITRE II : DIFFICULTES DE SUIVI DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE .....</b>	<b>18</b>
I.    PATIENTS EN PERTE D'AUTONOMIE SUIVIS PAR LE MEDECIN .....	18
II.   DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE .....	20
III.  DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PATIENTS EN PERTE D'AUTONOMIE SELON L'AVIS DU MEDECIN .....	23
IV.   DIFFICULTES LORS DE L'EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	24
V.    METHODES UTILISEES POUR EVALUER LA PERTE D'AUTONOMIE.....	25
VI.   INTERVENANTS QUI MANQUENT LE PLUS.....	26
VII.  BESOINS RESSENTIS PAR LE MEDECIN POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE .....	27
<b>CHAPITRE III : RELATION AVEC LES ASSOCIATIONS ET LES SERVICES SOCIAUX DU SECTEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE .....</b>	<b>30</b>
I.    RELATION AVEC LES ASSOCIATIONS DU SECTEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	30
II.   RELATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX DU SECTEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	30
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXE (QUESTIONNAIRE).....</b>	<b>36</b>

## **LES MEMBRES DE LA COMMISSION EXERCICE A DOMICILE DE L'URML-IDF**

Docteur Michel DORE (Président de la Commission « Exercice à domicile », Généraliste, Chelles (77))

Docteur Pierre LEVY (Vice-Président de la Commission « Exercice à domicile », Généraliste ; Vitry Sur Seine (94))

Docteur Christian BOURHIS (Généraliste, Bezons (95))

Docteur Eric CHARDIN (Généraliste, Poissy (78))

Docteur Bernard FARCILLI (Généraliste, Livry Gargan (93))

Docteur Annick FEUGERE-ENGEL (Psychiatre, Les Pavillons /S Bois (93))

Docteur Jean GRUNBERG (Pédiatre, Arpajon (91))

Docteur Dominique LANTY (Généraliste, Claye Souilly (77))

Docteur René LUIGI (Généraliste ; Poissy (78))

Docteur Claude MARTINEAUX (Généraliste, Argenteuil (95))

Docteur Bernard ORTOLAN (Généraliste, L'Hay Les Roses (94))

Docteur Claude REGENSBERG (Chirurgien, Vitry Sur Seine (94))

Docteur Michel ROUEFF (Généraliste, Villemomble (93))

Docteur Roger RUA (Généraliste, Rueil Malmaison (92))

Docteur Georges SIAVELLIS (Généraliste, Noisy Le Sec (93))

Docteur Jean Manuel TETAU (Généraliste, Paris 8<sup>ème</sup> (75))

## **PREAMBULE**

Que signifie la « perte d'autonomie » ? La Commission « Exercice à domicile » de la Section Généralistes s'est donnée la définition suivante : ne plus être capable de décider et d'assurer seul les gestes élémentaires de la vie quotidienne. La difficulté croissante à assurer soi-même les tâches domestiques crée de nouvelles dépendances physiques, individuelles et sociales, surtout lorsque la personne vit seule. Elle ne concerne pas uniquement les personnes âgées. La perte d'autonomie met en cause le mode de vie, les conditions d'hébergement, la nature des relations avec l'entourage.

D'après l'INSEE, 700 000 personnes en Ile de France ont besoin d'aide en raison de leur état de santé. Cette dépendance augmente sensiblement avec l'âge. Environ 66 % des franciliens de 80 ans ou plus ne sont pas autonomes.

## INTRODUCTION

---

### I.OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'hétérogénéité des handicaps et le vieillissement de la population française imposent de mener une réflexion globale sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche.

La commission « Exercice à domicile » de la Section Généralistes de l'URML Ile de France réalise une enquête sur ce sujet dont les objectifs sont les suivants :

- Evaluer les difficultés rencontrées par les médecins franciliens dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ;
- Connaître les modalités de cette prise en charge ;
- Connaître l'organisation de la coordination ;
- Initier une réflexion globale autour des personnes en perte d'autonomie.

### II. MATERIEL ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Le questionnaire de cette enquête a été élaboré par la Commission Exercice à Domicile de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

#### **II.1 Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire<sup>1</sup> de cette enquête a été élaboré par la Commission « Exercice à Domicile » de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

Le questionnaire comportait des questions sur le profil du médecin répondant, la description des difficultés ressenties pour assurer le suivi des patients en perte d'autonomie, l'évaluation et les méthodes utilisées pour évaluer de la perte d'autonomie et les relations avec les autres intervenants du secteur de la perte d'autonomie.

---

<sup>1</sup> Questionnaire en annexe.

## **II.2 Méthodologie de l'enquête**

Le questionnaire a été envoyé durant la deuxième quinzaine du mois de décembre 2003 par voie postale auprès de 15 000 médecins généralistes et spécialistes franciliens tirés au sort parmi la population médicale francilienne.

Le mailing a été effectué à partir de la base AMELI (échantillon 1 sur 10).

Aucune relance n'a été effectuée.

1118 questionnaires nous ont été retournés, ce qui correspond à un taux de réponse de 7,45 %.

## **II.3 Saisie et traitement statistique**

Les 1 118 questionnaires ont été saisis par un organisme extérieur.

Les données saisies ont été importées et traitées sous le logiciel MODALISA 4 par le service étude de l'URML IDF.

La société Grès Médiation Santé a apporté son expertise dans le traitement des données et l'analyse des résultats.

Pour chaque question, les réponses ont été analysées sur l'ensemble des médecins répondants à la question.

Les comparaisons entre les différents groupes ont été faites par le test du Khi 2 (seuil de significativité  $\alpha = 0,05$ ).

## RESUME

---

La Commission « Exercice à Domicile » a conduit une étude visant à identifier les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche.

Les médecins répondants diffèrent peu de la population médicale de l'Île de France pour ce qui concerne l'âge, le sexe et les modes d'exercice. Mais l'échantillon est peu représentatif de la répartition par département, du secteur d'exercice et de la spécialité exercée par les médecins : certains départements sont sur-représentés dans les réponses (c'est le cas des Yvelines et de l'Essonne), tout comme le sont les médecins généralistes de secteur 1.

Plus de 91,0 % des médecins répondants (soit près de 80,0 % des médecins interrogés) déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie. Les médecins généralistes sont plus nombreux à éprouver des difficultés (93,8 %) que leurs confrères spécialistes (78,9 %), et il apparaît que plus le médecin est jeune, plus il exprime de difficultés (94,6 % des médecins de moins de 40 ans expriment des difficultés contre 83,3 % des médecins de plus de 60 ans).

Les principales difficultés mentionnées dans cette étude sont le manque de services de soins à domicile (59,2 %) et d'intervenants à domicile (54,6 %), le manque de structures d'hébergement non hospitalières (52,0 %) et de structures hospitalières adaptées pour personnes âgées (49,7 %), l'absence d'aide (46,9 %) et les difficultés d'orientation du patient vers une structure adaptée (46,7 %).

Parmi les intervenants de la perte d'autonomie, les médecins soulignent surtout le manque d'aides soignantes (60,9 %), d'auxiliaires de vie (58,5 %) et d'infirmières (47,8%).

Pour 83,6 % des médecins interrogés, leurs patients rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne du fait de leur perte d'autonomie, des difficultés qui rejoignent d'ailleurs celles mentionnées par les médecins eux-mêmes.

Pour évaluer la perte d'autonomie du patient, les médecins répondants utilisent essentiellement l'interrogatoire de la personne ou de son entourage (75,0 %), l'évaluation clinique

(60,1 %) et la grille AGGIR (50,0 %). En revanche, les tests<sup>2</sup> ne sont utilisés que par 17,0 % des médecins.

Seulement 20,0 % des médecins expriment des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie de leurs patients. Ces difficultés concernent en tout premier lieu le manque de temps pour effectuer l'évaluation, le manque de connaissance et de formation, et les difficultés pour interroger le patient.

Concernant les besoins ressentis par les médecins pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, sont principalement mentionnés le besoin d'information (52,7 %), le besoin de personnels formés et de structures (33,3 %).

Il ressort également que plus le médecin rencontre des difficultés dans l'évaluation de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, plus il exprime de besoins (plus de temps pour 14,8 % des médecins répondants et une meilleure rémunération pour 7,4 % d'entre eux).

52,0 % des médecins interrogés sont en relation avec les services sociaux et 49,9 % ont recours au moins occasionnellement à une association en lien avec la perte d'autonomie. Ceci provient du fait que les médecins connaissent peu les institutions ou organismes du domaine de la perte d'autonomie et qu'ils communiquent peu avec les services sociaux, notamment par manque d'information sur les services et leur fonctionnement, et par manque de temps.

---

<sup>2</sup> Les tests disponibles pour évaluer la perte d'autonomie sont le Mini Mental Score (MMS ou MMSE), l'IADL, le test de l'horloge, etc.

## CHAPITRE I : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REPONDANTS

### *I. Taux de réponse global*

Un total de 1 118 médecins, sur les 14 996 interrogés, ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse global de 7,5 %.

Ce taux de réponse est satisfaisant par rapport aux taux moyens des réponses générées par les enquêtes de l'URML-IDF au cours de ces derniers mois, faites selon les mêmes modalités (enquête postale par questionnaire).

#### **TAUX DE REPONSE PAR SPECIALITE :**

<b>SPECIALITES</b>	<b>EFFECTIF TOTAL<sup>3</sup> ILE DE FRANCE</b>	<b>EFFECTIFS DES INTERROGES</b>	<b>EFFECTIFS DES REPONDANTS</b>	<b>% DE RETOUR</b>
MEDECINS GENERALISTES	10 247	9 686	901 (MEP compris)	9,3
PSYCHIATRES	2 030	1 827	76	4,2
CARDIOLOGUES	986	888	41	4,6
OPHTALMOLOGISTES	1 185	1 067	26	2,4
PEDIATRES	864	777	26	3,3
RHUMATOLOGUES	438	395	26	6,6
NEUROLOGUES	157	142	12	8,5
PNEUMOLOGUES	162	146	9	6,2
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	75	68	1	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>16 144</b>	<b>14 996</b>	<b>1 118</b>	<b>7,5</b>

Le taux de réponse est moins élevé pour les spécialistes (4,1 %) que pour les généralistes (9,1 %) avec, notamment, un faible taux de réponse pour les psychiatres, les cardiologues, les

<sup>3</sup> Source CNAMTS.

ophtalmologistes, les pédiatres et les médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation.

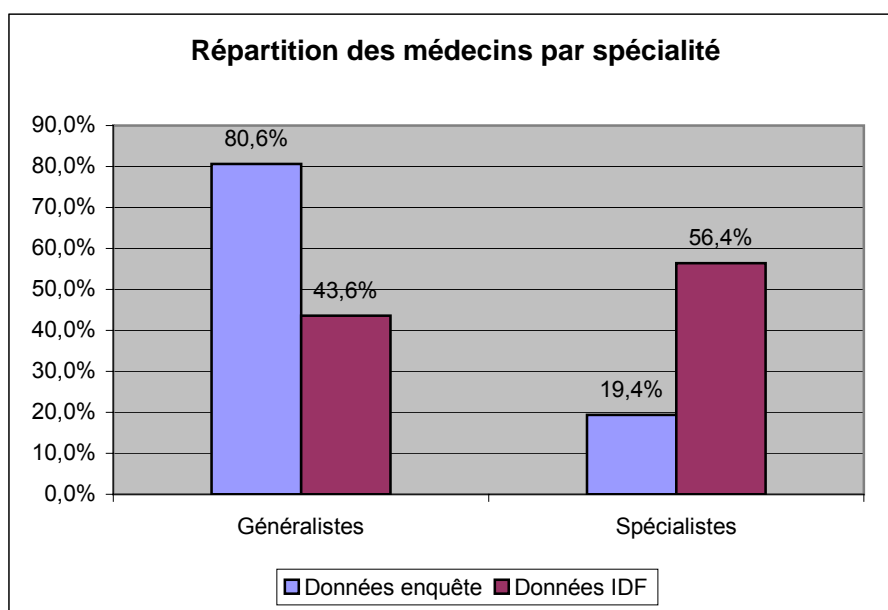
## **II. Caractéristiques démographiques des médecins répondants**

La première partie du questionnaire nous permet d'établir le profil des médecins répondants de cette enquête selon plusieurs caractéristiques.

### **II.1 Spécialité exercée par les médecins répondants**

#### **REPARTITION DES MEDECINS PAR SPECIALITE :**

<b>SPECIALITE</b>	<b>DONNEES ENQUETE</b>		<b>DONNEES IDF<sup>4</sup></b>	
	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>
GENERALISTES	901	80,6	10 247	43,6
SPECIALISTES	217	19,4	13 249	56,4
<b>TOTAL</b>	<b>1 118</b>	<b>100,0</b>	<b>23 496</b>	<b>100,0</b>



<sup>4</sup> Source CNAMTS 2001.

Les médecins généralistes (MEP compris) qui ont participé à notre enquête représentent 80,6 % de notre échantillon. Ils sont sur représentés par rapport à la part qu'ils représentent dans la population médicale francilienne.

Les médecins spécialistes représentent 19,4 % des répondants de l'enquête et sont, quant à eux, sous représentés.

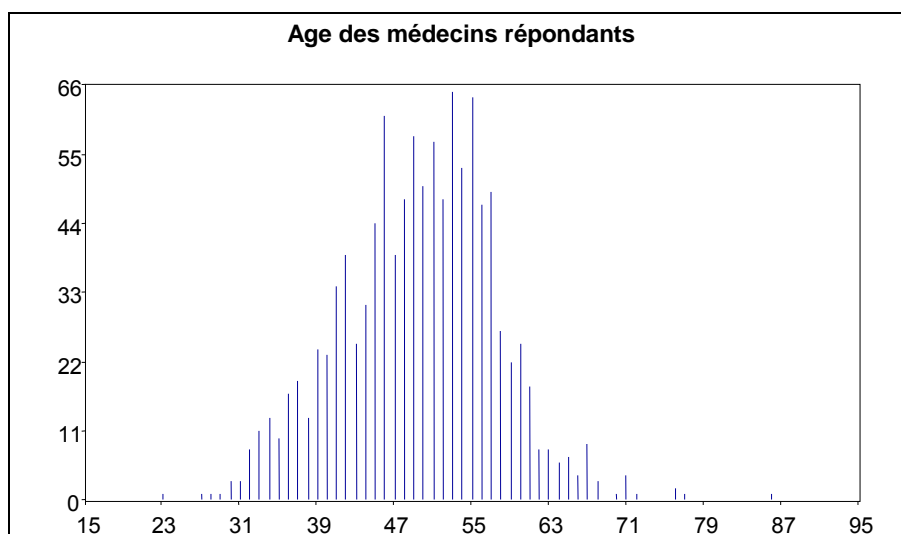
Parmi les spécialistes que nous avons interrogés, 35,0 % des répondants sont psychiatres, 18,9 % sont cardiologues, 12,0 % sont rhumatologues, 12,0 % sont ophtalmologues et 12,0 % sont pédiatres.

## **II.2 Sexe des répondants**

<b>SEXE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>
HOMMES	704	63,6
FEMMES	403	36,4
<b>TOTAL</b>	<b>1 107</b>	<b>100,0</b>

La majorité des médecins répondants sont des hommes (63,6 %). Cette proportion est similaire à celle observée chez les médecins franciliens (67,3 %).

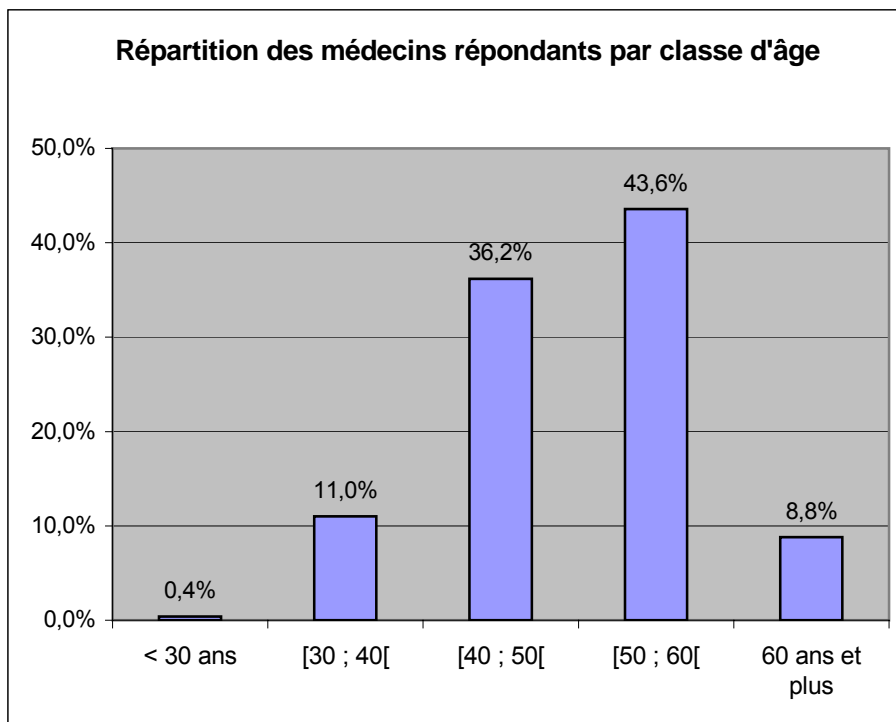
## **II.3 Age des médecins répondants**



Le mode des médecins répondants est de 50 ans et la moyenne d'âge est de 49,6 ans. Cette dernière est similaire à celle des médecins franciliens (49,0 ans).

**REPARTITION DES MEDECINS REpondANTS PAR CLASSE D'AGE :**

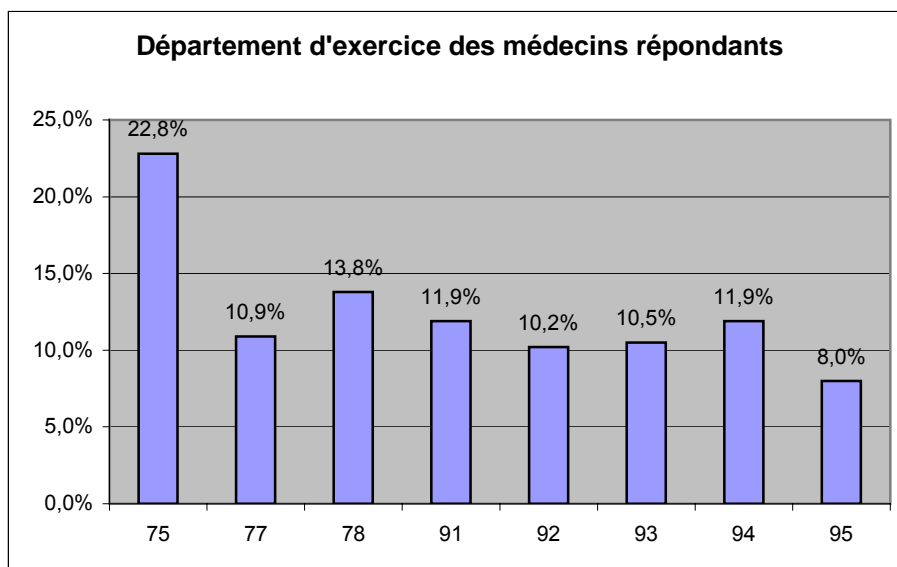
CLASSE D'AGE	EFFECTIF	%
MOINS DE 30 ANS	4	0,4
DE 30 A MOINS DE 40 ANS	122	11,0
DE 40 A MOINS DE 50 ANS	402	36,2
DE 50 A MOINS DE 60 ANS	484	43,6
60 ANS ET PLUS	98	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>1 110</b>	<b>100,0</b>



Plus de 43 % des médecins répondants sont âgés de 50 à 59 ans.

**II.4 Département d'exercice des médecins répondants****REPARTITION DES MEDECINS PAR DEPARTEMENT :**

DEPARTEMENT	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF <sup>5</sup>	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
PARIS (75)	250	22,8	8 066	34,3
SEINE ET MARNE (77)	119	10,9	1 842	7,8
YVELINES (78)	151	13,8	2 564	10,9
ESSONNE (91)	130	11,9	1 942	8,3
HAUTS DE SEINE (92)	112	10,2	2 959	12,6
SEINE SAINT DENIS (93)	115	10,5	2 109	9,0
VAL DE MARNE (94)	130	11,9	2 231	9,5
VAL D'OISE (95)	88	8,0	1 783	7,6
<b>TOTAL</b>	<b>1 095</b>	<b>100,0</b>	<b>23 496</b>	<b>100,0</b>



Sous représentation dans l'échantillon de l'enquête des médecins parisiens par rapport à la part qu'ils représentent dans la population médicale francilienne totale. De même pour les médecins des Hauts de Seine.

Sur-représentation des médecins des départements de Seine et Marne, des Yvelines, de l'Essonne, de Seine St Denis et du Val de Marne.

<sup>5</sup> Source CNAMTS 2001.

**REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES PAR DEPARTEMENT :**

DEPARTEMENT	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF <sup>6</sup>	
	EFFECTIF	%	EFFECTIFS	%
PARIS	166	18,9	2 690	26,3
SEINE ET MARNE	106	12,1	1 013	9,9
YVELINES	118	13,4	1 203	11,7
ESSONNE	107	12,2	1 000	9,8
HAUTS DE SEINE	93	10,6	1 229	12,0
SEINE SAINT DENIS	101	11,5	1 098	10,7
VAL DE MARNE	114	13,0	1 078	10,5
VAL D'OISE	73	8,3	936	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>878</b>	<b>100,0</b>	<b>10 247</b>	<b>100,0</b>

Sous représentation des médecins généralistes parisiens, des Hauts de Seine et du Val d'Oise dans une moindre mesure.

**REPARTITION DES MEDECINS SPECIALISTES PAR DEPARTEMENT :**

DEPARTEMENT	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF <sup>7</sup>	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
PARIS	83	38,8	5 376	40,6
SEINE ET MARNE	13	6,1	829	6,3
YVELINES	33	15,4	1 361	10,3
ESSONNE	22	10,3	942	7,1
HAUTS DE SEINE	18	8,4	1 730	13,0
SEINE SAINT DENIS	14	6,5	1 011	7,6
VAL DE MARNE	16	7,5	1 153	8,7
VAL D'OISE	15	7,0	847	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>13 249</b>	<b>100,0</b>

Sur représentation des médecins spécialistes des Yvelines et de l'Essonne.

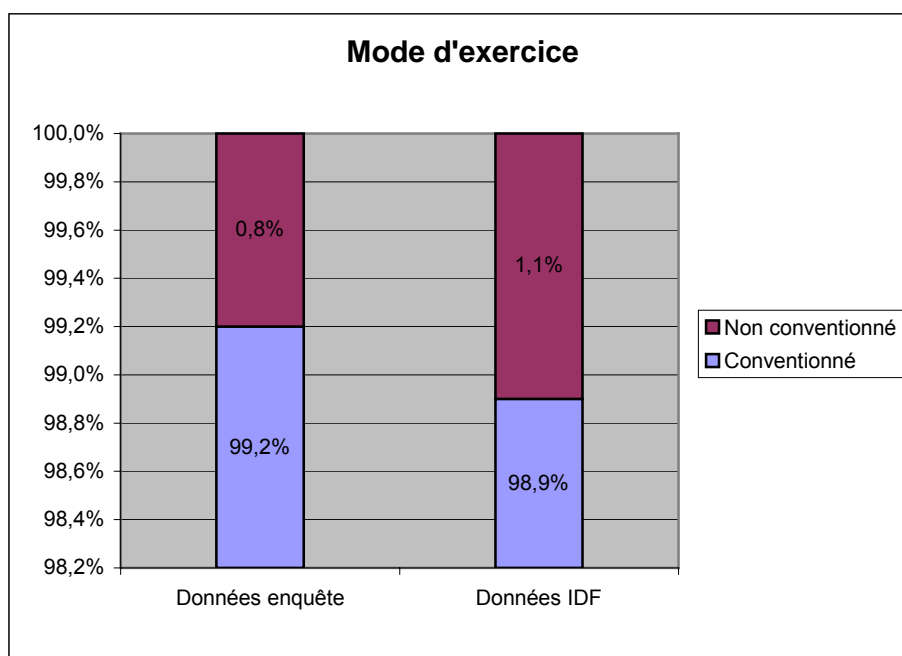
Sous représentation des médecins spécialistes dans les Hauts de Seine et, dans une moindre mesure, des médecins de Paris, de Seine Saint Denis et du Val de Marne.

<sup>6/7</sup> Source CNAMTS 2001.

## **II.5 Mode d'exercice**

### **MODE D'EXERCICE DES MEDECINS REpondANTS ET DES MEDECINS FRANCILIENS (SOURCE CNATMS 2001) :**

<b>MODE D'EXERCICE</b>	<b>DONNEES ENQUETE</b>		<b>DONNEES IDF</b>
	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
CONVENTIONNE	1 101	99,2 %	98,9 %
NON CONVENTIONNE	9	0,8 %	1,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 110</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>



99,2 % des médecins répondants sont conventionnés. La proportion de médecins conventionnés est similaire à celle des médecins en Ile-de-France d'après les données de la CNAMTS.

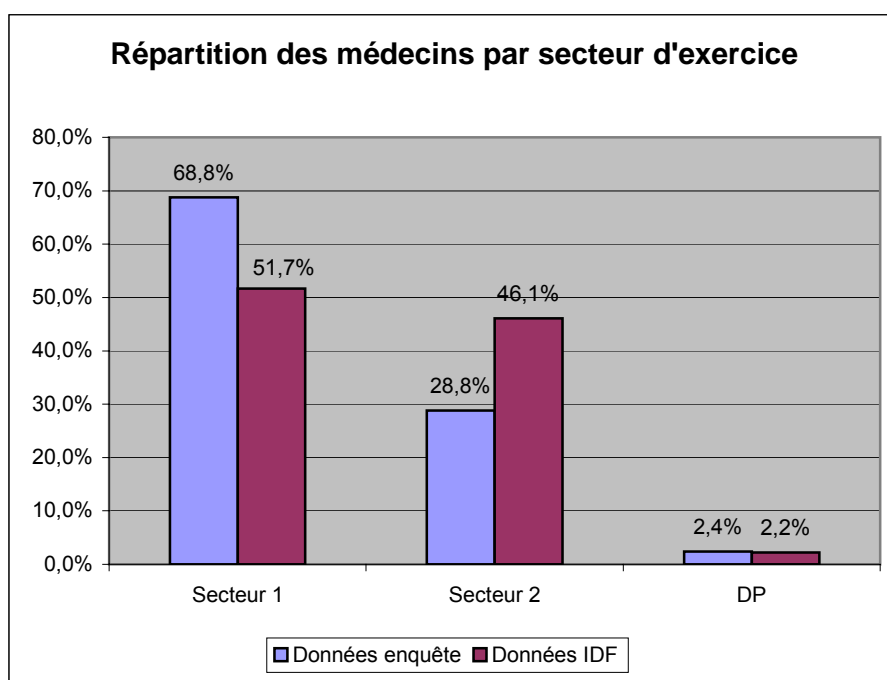
## II.6 Secteur d'exercice

### REPARATION DES MEDECINS PAR SECTEUR D'EXERCICE ET PAR SPECIALITE :

SECTEUR 1	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF <sup>8</sup>	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
GENERALISTES	662	75,0	6 817	67,9
SPECIALISTES	100	44,6	5 182	39,3
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>68,8</b>	<b>11 999</b>	<b>51,7</b>

SECTEUR 2	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
GENERALISTES	212	24,0	3 181	31,7
SPECIALISTES	107	47,8	7 544	57,2
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>28,8</b>	<b>10 725</b>	<b>46,1</b>

DP	DONNEES ENQUETE		DONNEES IDF	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
GENERALISTES	9	1,0	35	0,4
SPECIALISTES	17	7,6	468	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>2,4</b>	<b>503</b>	<b>2,2</b>



<sup>8</sup> Source CNAMTS 2001.

Pour cette enquête, la proportion de médecins exerçant en secteur 1 est plus élevée que dans la population francilienne globale.

\* \* \*

## **Conclusion**

Dans l'ensemble, les médecins répondants ne diffèrent pas de la population médicale de l'île de France pour ce qui concerne l'âge, le sexe et les modes d'exercice.

En revanche, l'échantillon est peu représentatif concernant la répartition par département, le secteur d'exercice et la spécialité exercée par les médecins : certains départements sont sur-représentés (Yvelines et Essonne), tout comme le sont les médecins généralistes de secteur 1.

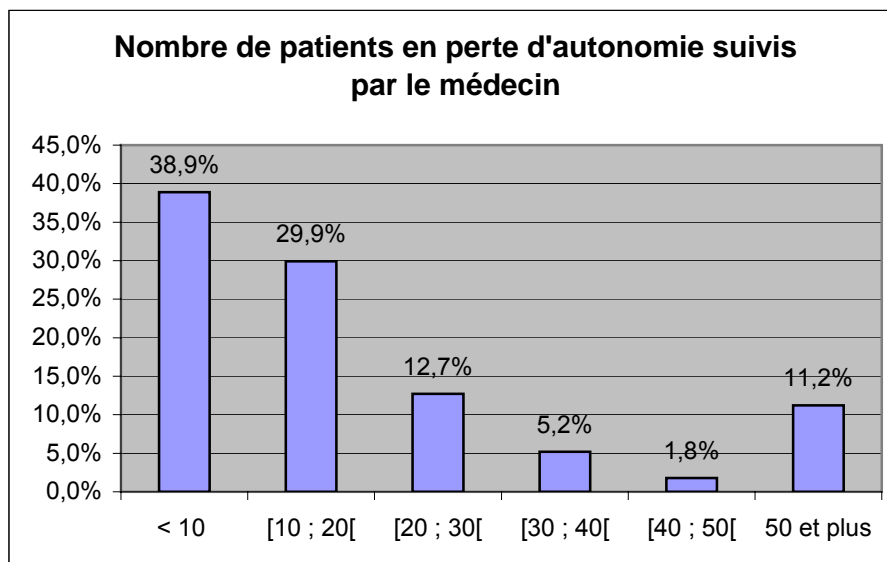
## CHAPITRE II : DIFFICULTES DE SUIVI DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

### I. Patients en perte d'autonomie suivis par le médecin

#### NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LE MEDECIN :

	EFFECTIFS	%	CUMUL %
MOINS DE 10	359	38,9	38,9
DE 10 A MOINS DE 20	276	29,9	68,8
DE 20 A MOINS DE 30	118	12,7	81,6
DE 30 A MOINS DE 40	48	5,2	86,8
DE 40 A MOINS DE 50	17	1,8	88,7
50 ET PLUS	104	11,2	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>922</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Classe modale : 1



Parmi les 922 médecins qui disent suivre des patients en perte d'autonomie (soit 82,5 % des médecins répondants), 30,9 % des médecins répondants suivent 20 patients et plus.

En moyenne, un médecin suit 19 patients en perte d'autonomie.

**NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS PAR LE MEDECIN ET PRIS EN CHARGE A DOMICILE :**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>	<b>CUMUL %</b>
MOINS DE 10	478	59,8	59,8
DE 10 A MOINS DE 20	204	25,6	85,4
DE 20 A MOINS DE 30	58	7,3	92,7
DE 30 A MOINS DE 40	25	3,1	95,8
DE 40 A MOINS DE 50	9	1,1	96,9
50 ET PLUS	25	3,1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>799</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Parmi les 799 médecins qui disent suivre des patients à domicile (soit 71,5 % des médecins répondants), la majorité (85,4 %) en suit entre 10 et 20 .

**NOMBRE DE PATIENTS SUIVI PAR LE MEDECIN ET PRIS EN CHARGE AU CABINET :**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>	<b>CUMUL %</b>
MOINS DE 10	435	79,0	79,0
DE 10 A MOINS DE 20	73	13,2	92,2
DE 20 A MOINS DE 30	16	2,9	95,1
DE 30 A MOINS DE 40	8	1,5	96,6
DE 40 A MOINS DE 50	5	0,9	97,5
50 ET PLUS	14	2,5	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>551</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Parmi les 551 médecins qui disent suivre des patients au cabinet (soit 49,3 % des médecins répondants), la majorité (79,0 %) en suit moins de 10.

**NOMBRE DE PATIENTS SUIVI PAR LE MEDECIN ET PRIS EN CHARGE EN INSTITUTION :**

	EFFECTIFS	%	CUMUL %
MOINS DE 10	449	71,3	71,3
DE 10 A MOINS DE 20	83	13,2	84,5
DE 20 A MOINS DE 30	27	4,3	88,8
DE 30 A MOINS DE 40	14	2,2	91,0
DE 40 A MOINS DE 50	15	2,4	93,4
50 ET PLUS	42	6,6	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>630</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Parmi les 630 médecins qui disent suivre des patients en institution (soit 56,4 % des médecins répondants), la majorité (71,3 %) en suit moins de 10.

\* \* \*

Ainsi, la ventilation des patients en perte d'autonomie nous permet-elle de voir qu'en moyenne, parmi les patients suivis par le médecin, 35,5 % des patients sont pris en charge au domicile, 22,6 % au cabinet et 41,9 % en institution.

## **II. Difficultés rencontrées par le médecin dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie**

### **REPARTITION DES MEDECINS RENCONTRANT DES DIFFICULTES PAR SPECIALITE :**

	MEDECINS RENCONTRANT DES DIFFICULTES		MEDECINS NE RENCONTRANT PAS DE DIFFICULTES		TOTAL	
	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%
GENERALISTES	769	93,8	51	6,2	820	100,0
SPECIALISTES	127	78,9	34	21,1	161	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>896</b>	<b>91,3</b>	<b>85</b>	<b>8,7</b>	<b>981</b>	<b>100,0</b>

Plus de 91,0 % des médecins répondants (soit près de 80,0 % des médecins interrogés) déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie.

Les médecins généralistes éprouvent davantage de difficultés que leurs confrères spécialistes. En effet, ils sont 93,8 % à rencontrer des difficultés contre 78,9 % des médecins spécialistes.

**En moyenne, les médecins interrogés ont mentionné 8 difficultés différentes.**

Les principales difficultés rencontrées sont liées à l'environnement professionnel du médecin.

Elles concernent en tout premier lieu :

- Le manque de services de soins à domicile (59,2 % des réponses) ;
- Le manque de services à domicile (54,6 %) ;
- Le manque de structures d'hébergement non hospitalières (52,0 %) ;
- Le manque de structures hospitalières adaptées pour personnes âgées (49,7 %).

Les difficultés liées au patient et à son environnement sont également mentionnées et plus précisément :

- L'absence d'aide (46,9 %) ;
- Les difficultés administratives et financières (42,5 %).

Les difficultés rencontrées dans le cadre de la pratique du médecin sont principalement la difficulté d'orienter le patient vers une structure adaptée à son état (46,7 %), le manque de coordination avec les services sociaux (42,9 %) et une rémunération insuffisante par rapport au temps passé (41,1 %).

**DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS :**

<b>CONCERNANT LE PATIENT ET SON ENVIRONNEMENT</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
ABSENCE AIDE	524	46,9
MAUVAISE ACCEPTABILITE	250	22,4
DIFFICULTES DE COMMUNICATION	352	31,5
DIFFICULTES FINANCIERES	469	41,9
DIFFICULTES ADMINISTRATIVES	485	43,4
PROBLEME D'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	459	41,1

<b>CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL DU MEDECIN</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
ABSENCE DE COORDINATION	326	29,2
MANQUE DE STRUCTURES POUR HANDICAPES	475	42,5
MANQUE DE STRUCTURES POUR PERSONNES AGEES	556	49,7
MANQUE DE STRUCTURE D'HEBERGEMENT	581	52,0
ABSENCE OU DIFFICULTES AVEC LES CLIC	301	26,9
MANQUE DE SERVICES OU D'INTERVENANTS A DOMICILE	610	54,6
MANQUE SERVICES DE SOINS A DOMICILE	662	59,2

<b>CONCERNANT LA PRATIQUE DU MEDECIN</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
TEMPS CONSACRE A LA COORDINATION	335	30,0
ENVIRONNEMENT PEU FAVORABLE POUR UN SUIVI REGULIER	232	20,8
MANQUE DE FORMATION	157	14,0
MANQUE DE COORDINATION AVEC LES DIFFERENTS INTERVENANTS	393	35,2
MANQUE DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX	480	42,9
DIFFICULTE D'ORIENTATION	522	46,7
DIFFICULTE A OBTENIR UNE INFORMATION	267	23,9
REMUNERATION INSUFFISANTE POUR LE TEMPS PASSE	460	41,1

Interrogés : 1118 / Répondants : 969 / Réponses : 8896  
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Les difficultés exprimées par les médecins ne diffèrent pas statistiquement selon la catégorie du médecin (médecins généralistes, médecins spécialistes ou MEP).

En revanche, la rencontre de difficultés lors de la prise en charge de la personne en perte d'autonomie diffère significativement ( $p = 0,015$ ) selon les départements. C'est dans le Val-de-Marne que les médecins rencontreraient le plus de difficultés dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie puisqu'ils sont 97,4 % à l'avoir mentionné (contre 91,4 % pour l'ensemble des médecins d'Ile-de-France interrogés).

Enfin, la rencontre de difficultés dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie diffère significativement ( $p = 0,027$ ) selon la tranche d'âge du médecin : plus le médecin est jeune, plus il exprime de difficultés (94,6 % des médecins interrogés de moins de 40 ans disent rencontrer des difficultés contre 83,3 % des plus de 60 ans).

### **III. Difficultés rencontrées par les patients en perte d'autonomie selon l'avis du médecin**

#### **NOMBRE DE PATIENTS EN PERTE D'AUTONOMIE RENCONTRANT DES DIFFICULTES DANS LEUR VIE**

##### **QUOTIDIENNE:**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
NON REPONSE	114	10,2
PATIENTS RENCONTRANT DES IDFFICULTES	935	83,6
PATIENTS NE RENCONTRANT PAS DE DIFFICULTES	40	3,6
CAS OU LE MEDECIN NE SAIT PAS	29	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>1 118</b>	<b>100,0</b>

83,6 % des médecins interrogés estiment que leurs patients rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne du fait de leur perte d'autonomie.

#### **DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PATIENTS EN PERTE D'AUTONOMIE :**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
ABSENCE D'AIDE	494	44,2
DIFFICULTES D'ACCES AU CABINET DU MEDECIN	266	23,8
DIFFICULTES ADMINISTRATIVES	519	46,4
DIFFICULTES DE COMMUNICATION	378	33,8
DIFFICULTES FINANCIERES	517	46,2
OBSTACLE FAMILIAL	205	18,3
ABSENCE OU DIFFICULTES AVEC LE CLIC	261	23,3
MANQUE DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX	385	34,4
MANQUE DE SERVICES ET D'INTERVENANTS A DOMICILE	683	61,1
MANQUE DE STRUCTURES ADAPTEES POUR HANDICAPES	397	35,5
MANQUE STRUCTURES HOSPITALIERES ADAPTEES POUR PERSONNES AGEES	505	45,2
MANQUE STRUCTURES D'HEBERGEMENT NON HOSPITALIERES	552	49,4
ORIENTATION DIFFICILE VERS UNE STRUCTURE ADAPTEE	443	39,6
AUTRES	75	6,7

Interrogés : 1118 / Répondants : 971 / Réponses : 5680  
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

Les difficultés des patients citées par les médecins rejoignent celles rencontrées par les médecins. En effet, le manque de services et d'intervenants à domicile est cité à 61,1 % par les praticiens interrogés. Le manque de structures d'hébergement non hospitalières apparaît pour 49,4 % des praticiens. Les médecins ne manquent pas de signaler également, à plus de 46 %, les difficultés administratives et financières de leurs patients.

#### **IV. Difficultés lors de l'évaluation de la perte d'autonomie**

---

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
NON REPONSE	151	13,5
MEDECINS RENCONTRANT DES DIFFICULTES	222	19,9
MEDECINS NE RENCONTRANT PAS DE DIFFICULTES	745	66,6
<b>TOTAL</b>	<b>1 118</b>	<b>100,0</b>

Les médecins interrogés sont 19,9 % à éprouver des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie de leurs patients.

Les principales difficultés sont de plusieurs ordres :

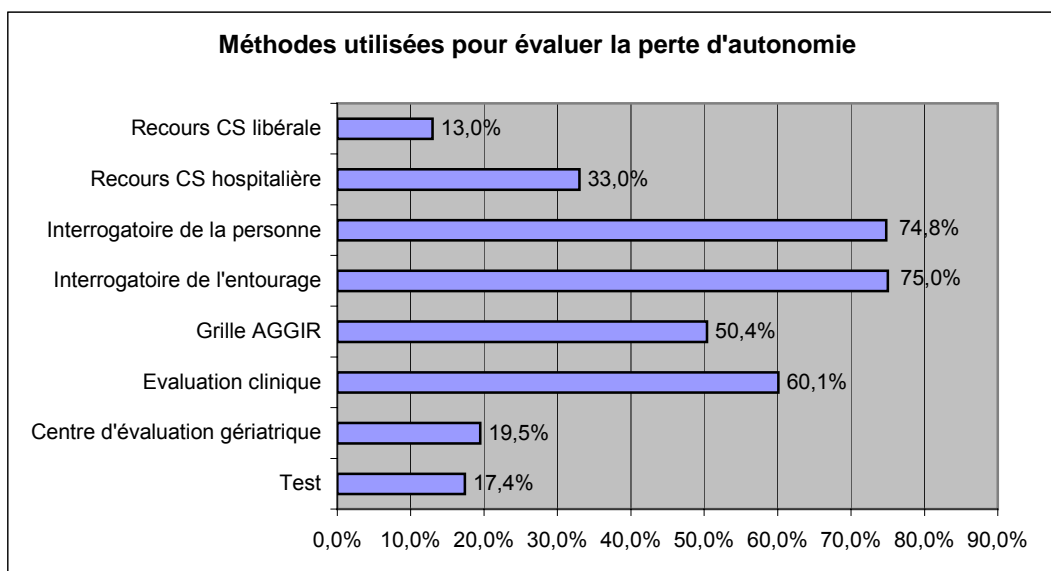
- Le manque de connaissance et de formation est mentionné comme l'une des principales sources de difficultés pour assurer une évaluation correcte de la perte d'autonomie ;
- Le manque de temps en consultation pour effectuer cette évaluation est également un des facteurs de difficulté.

D'après l'analyse des questions ouvertes de l'enquête, il ressort également que les difficultés peuvent être liées au manque de fiabilité de l'interrogatoire effectué par le médecin. En effet, le patient peut manquer d'objectivité sur son état de santé ce qui constitue un obstacle à l'appréciation de son état réel par le médecin.

## V. Méthodes utilisées pour évaluer la perte d'autonomie

	EFFECTIFS	%
TEST	194	17,4
CENTRE D'ÉVALUATION GERIATRIQUE	218	19,5
ÉVALUATION CLINIQUE	672	60,1
GRILLE AGGIR	563	50,4
INTERROGATOIRE DE L'ENTOURAGE	839	75,0
INTERROGATOIRE DE LA PERSONNE	836	74,8
RECOURS CS HOSPITALIERE	369	33,0
RECOURS CS LIBERALE	145	13,0

Interrogés : 1118 / Répondants : 1014 / Réponses : 3836  
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés



Pour évaluer l'autonomie de leurs patients, les médecins interrogés utilisent plusieurs méthodes. En moyenne, parmi les différentes propositions du questionnaire, trois méthodes différentes sont citées.

Les médecins répondants procèdent principalement à l'évaluation de la perte d'autonomie par l'interrogatoire de la personne ou de son entourage (75,0 %) ou à une évaluation clinique (60,1 %). La grille AGGIR est utilisée par environ 50 % des médecins interrogés. Par contre les tests ne sont utilisés que par 17,4 % d'entre eux. Les principaux tests cités sont le Mini Mental Score (MMS ou MMSE), l'IADL ou encore le test de l'horloge.

Par ailleurs, d'après les analyses, les praticiens qui rencontrent des difficultés pour évaluer la perte d'autonomie utilisent les mêmes méthodes d'évaluation que leurs confrères qui ne rencontrent pas de difficultés dans l'évaluation.

En revanche, les trois catégories de médecins, à savoir médecins généralistes, médecins spécialistes et MEP, n'utilisent pas les mêmes méthodes d'évaluation gériatrique.

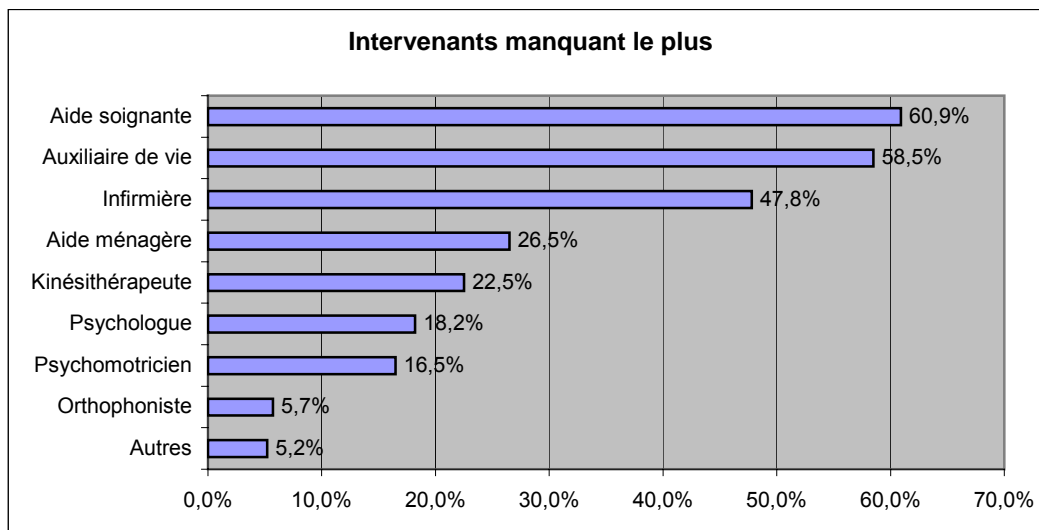
Les médecins généralistes utilisent en premier lieu l'interrogatoire de l'entourage alors que les spécialistes et les MEP utilisent principalement l'interrogatoire de la personne.

Cette différence est certainement due à la spécificité de la patientèle de ces trois catégories de médecins : contrairement aux médecins spécialistes, les médecins généralistes sont plus souvent en contact avec l'entourage du patient.

## VI. *Intervenants qui manquent le plus*

INTERVENANTS	EFFECTIFS	%
AUXILIAIRE DE VIE	654	58,5
AIDE MENAGERE	296	26,5
AIDE SOIGNANTE	681	60,9
INFIRMIERE	534	47,8
KINESITHERAPEUTE	251	22,5
ORTHOPHONISTE	64	5,7
PSYCHOLOGUE	203	18,2
PSYCHOMOTRICIEN	184	16,5
AUTRES	58	5,2

Interrogés : 1118 / Répondants : 976 / Réponses : 2925  
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés



Dans une grande majorité, plus de 60 %, les praticiens soulignent le manque d'aide soignante en ville pour assurer les toilettes des patients.

Les auxiliaires de vie sont également en nombre insuffisant selon les médecins.

Viennent ensuite les infirmières qui manquent à environ 50 % des praticiens en ville.

Le manque d'auxiliaires exprimé varie peu selon les départements, sauf dans le Val-de-marne où les médecins déclarent que les auxiliaires de vie manquent particulièrement.

## ***VII. Besoins ressentis par le médecin pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie***

---

### **BESOIN D'INFORMATION :**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
NON REPOSE	157	14,0
BESOIN D'INFORMATION RESSENTI	589	52,7
BESOIN D'INFORMATION NON RESSENTI	372	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>1 118</b>	<b>100,0</b>

52,7 % des médecins interrogés ressentent un besoin d'information pour améliorer la prise en charge de leurs patients en perte d'autonomie.

Ce besoin d'information porte essentiellement sur les thèmes suivants :

- La connaissance des structures sociales et des associations existantes sur le secteur d'activité du médecin (26,3 %) ;
- Les notions administratives et juridiques (23,4 %) ;
- La coordination des intervenants et articulation des CLIC (11,7 %).

Le besoin d'information ressenti par le médecin diffère significativement ( $p = 0,001$ ) selon qu'il rencontre ou non des difficultés dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Ainsi, plus le médecin a des difficultés de prise en charge, plus il est demandeur d'informations : parmi les médecins ayant des difficultés de prise en charge, 65 % sont demandeurs d'information, contre 35 % pour ceux qui n'ont pas de difficultés.

De même, 95 % des médecins demandeurs d'information ont des difficultés de prise en charge, alors que seulement 85 % de ceux qui ne sont pas demandeurs d'info disent rencontrer des difficultés.

Par ailleurs, le besoin d'information ressenti par le médecin diffère également significativement ( $p = 0,001$ ) selon que le médecin rencontre ou non des difficultés d'évaluation de la perte d'autonomie.

Ainsi, plus le médecin rencontre des difficultés dans l'évaluation, plus il a besoin d'information : les médecins ayant des difficultés d'évaluation sont à 82 % demandeurs d'information et ceux qui n'ont pas de difficultés sont seulement 53 % à en avoir besoin.

De même, les médecins demandeurs d'information ont à 31,5 % des difficultés d'évaluation et ceux qui n'ont pas besoin d'information sont 10 % à signaler leurs difficultés d'évaluation

**AUTRES BESOINS QUE LE BESOIN D'INFORMATION RESSENTIS PAR LE MEDECIN :**

	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
NON REPOSE	363	32,5
AUTRES BESOINS RESSENTIS	375	33,5
AUTRES BESOINS NON RESSENTIS	380	34,0
<b>TOTAL</b>	<b>1 118</b>	<b>100,0</b>

33,3 % des médecins interrogés ressentent d'autres besoins que celui d'information pour améliorer la prise en charge de leurs patients en perte d'autonomie.

Parmi ces besoins, les plus fréquemment cités sont :

- Le besoin d'un plus grand nombre de personnels formés et de structures (33,3 %) ;
- Le besoin de plus de temps (14,8 %) ;
- Le besoin d'une meilleure rémunération du médecin (7,4 %).

Les besoins autres que celui d'information ressentis par le médecin diffère significativement ( $p = 0,001$ ) selon qu'il rencontre ou non des difficultés dans l'évaluation et la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Les médecins éprouvant des besoins autres que celui d'information ont à 96 % des difficultés de prise en charge et à 29 % des difficultés d'évaluation.

Les médecins rencontrant des difficultés de prise en charge éprouvent à 53 % des besoins autres que celui d'information. Les médecins rencontrant des difficultés d'évaluation éprouvent à 68 % des besoins autres que celui d'information.

## **CHAPITRE III : RELATION AVEC LES ASSOCIATIONS ET LES SERVICES SOCIAUX DU SECTEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

### ***I. Relation avec les associations du secteur de la perte d'autonomie***

---

Près de 50 % des médecins interrogés ont recours au moins occasionnellement aux associations qui travaillent dans le domaine de la perte d'autonomie et font appel principalement à celles de leurs communes (15,2 %) et à celles qui sont proches de leur lieu d'exercice (10,6 %).

Concernant l'autre moitié des médecins interrogés, la raison première pour laquelle ils ont peu recours aux associations ou organismes agissant dans le secteur de la perte d'autonomie est le manque de connaissance de ces associations (36,4 %). Parfois, les médecins ne savent même pas qu'elles existent.

D'autre part, quand ils ont connaissance de l'existence de ce type de structures, ils n'ont pas les informations nécessaires sur leur rôle ou sur la manière de les contacter (14,1 %).

Dans une moindre mesure, certains praticiens considèrent qu'il n'est pas de leur ressort ou de leur compétence de se mettre en relation avec ce type de structure (7,9 %). Certains estiment également que cette démarche est inutile ou entraîne une perte de temps (7,9 %).

### ***II. Relation avec les services sociaux du secteur de la perte d'autonomie***

---

Si l'on s'intéresse aux relations entre les praticiens et les services sociaux, environ 53 % des praticiens sont en relation avec les services sociaux.

Il est à noter que, de manière générale, ces médecins sont ceux qui ne rencontrent pas de difficultés dans l'évaluation de la perte d'autonomie.

Parmi les médecins qui n'ont pas recours aux services sociaux, les raisons mentionnées sont essentiellement :

- Les difficultés à joindre ses services (15,6 %) ;
- Le manque d'information sur les services existants (15,6 %) ;
- Le manque de moyens et de temps (11,5 %) ;
- Le sentiments que ces services sont inutiles et/ou inadaptés (10,7 %) ;
- Le recours à d'autre structures (10,7 %) ;
- Le manque de personnel (7,4 %).

## CONCLUSION

---

Le nombre de personnes en perte d'autonomie qui sollicitent la médecine libérale ainsi que le poids de ces interventions vont croissant ces dernières années en raison, notamment, du vieillissement de la population, mais aussi de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les hôpitaux et les institutions spécialisées ne sont pas de véritables alternatives au maintien à domicile de ces patients en perte d'autonomie. Les aides développées, quand elles existent, semblent mal connues et probablement mal utilisées. C'est pourquoi, la Commission « Exercice à Domicile » de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France s'est intéressée à cette partie de l'activité médicale en pleine évolution et a réalisé une enquête auprès des médecins libéraux franciliens afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Il ressort de cette enquête qu'un certain nombre de problèmes dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie ne sont ni réglés, ni pris en charge. En effet, la majorité des médecins interrogés rencontrent des difficultés qui concernent principalement le manque de structure et de personnel d'accompagnement à domicile, auxiliaires de vie ou aides-soignantes. Par ailleurs, le manque de temps et de connaissance ne leur permet pas une utilisation optimale des institutions. Le développement de l'environnement des médecins dans la prise en charge de la perte d'autonomie s'avère donc nécessaire et indispensable.

Ainsi, cette partie de l'activité médicale nécessite-t-elle, plus que d'autres, le partage et la coordination des interventions. Il apparaît que tous les intervenants (familles, services, institutions, paramédicaux, médecins libéraux) sont complémentaires. La qualité de l'aide dépend non seulement de la qualité de chacun, mais aussi de la capacité de l'ensemble des intervenants à coordonner leurs actions respectives. En effet, chaque intervenant, s'il connaît bien sa pratique, ne connaît pas obligatoirement celle des autres.

C'est pour cela que l'Union a organisé en mars 2004 une journée de rencontre sur le thème de la perte d'autonomie afin, d'une part, de mieux connaître l'ensemble des intervenants et de renforcer les liens, et, d'autre part, d'identifier les difficultés rencontrées pour mieux les résoudre.

Les intervenants manquent. Il apparaît de plus une confusion dans les esprits entre les différents statuts existants. L'ensemble de ces actions a permis d'identifier ce problème qui concerne à la fois la formation du personnel soignant et son rôle dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Les médecins libéraux réfléchissent aujourd'hui aux solutions pour remédier à ce problème.

L'URML-IDF prévoit notamment de rencontrer les représentants des syndicats infirmiers pour réfléchir avec eux sur la redéfinition des tâches entre les médecins généralistes, les infirmières et les auxiliaires de vie.

En partenariat avec la DRASS et l'URCAM-IDF, l'Union a par ailleurs créé un site sur les personnes âgées : « Personnes âgées : Qui fait Quoi ? » ([www.urml-idf.org/Site\\_PA/index.htm](http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm)) accessible au grand public.

L'URML-IDF travaille également, à la demande de la DRASS, sur la formation des auxiliaires de vie (cinq médecins généralistes ont été formés à cet effet pour encadrer les formations).

Ces différents projets montrent l'implication et la volonté des médecins libéraux de s'investir dans la « perte d'autonomie » et de répondre au mieux aux besoins de leurs patients, en coordination.

## REFERENCES

### ▪ OUVRAGES

J.-F. DARTIGUES, M. GAGNON, P. MICHEL, and all,

*Le programme de recherche PAQUID sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux.*

Revue Neurologique, 1991.

SESI,

*L'aide et les soins à domicile.*

Solidarité Santé, n° 2-3, 1998.

F. FAGNANI, F. EVERHARD, L. DETOURNAY, B. DETOURNAY, C. SOURGEN, J.-F. DARTIGUES,

*Coût et retentissement de la maladie d'Alzheimer en France ; une extrapolation des données de l'étude PAQUID.*

La Revue de Gériatrie, 1999.

I. ROUCH-LEROYER, C. FABRIGOULE, L. LETENNEUR, H. AMIEVA, D. COMMENGES, J.-M. ORGOGOZO, J.-F. DARTIGUES,

*Détection précoce de la démence : un outil simple pour la pratique en médecine générale.*

La Revue de Gériatrie, 1999.

C. ALIAGA,

*L'aide à domicile en faveur des personnes âgées.*

INSEE, n° 744, 2000.

INSEE,

*Handicaps, Incapacités, Dépendance. Enquête auprès des personnes vivant en domicile ordinaire.*

Résultats n° 6, septembre 2002.

S. ANDRIEU, L. BALARDY, S. GILLETTE-GUYONNET, and all,

*Charge ressentie par les aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au sein de l'étude REAL.FR : méthode de mesure et facteurs associés.*

La Revue de Médecine Interne, 2003.

URML Provence - Alpes - Côte d'Azur,

*Guide pour l'orientation des Patients Handicapés de moins de 60 ans par le Médecin Libéral.*  
2004.

▪ **CD-ROM**

G. LYON,

*Guide pour l'orientation des Patients Handicapés de moins de 60 ans par le Médecin Libéral.*  
2004.

▪ **SITES INTERNET**

CNAMTS,

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

DRASS, URCAM Ile de France, URML Ile de France,

*Personnes Âgées : Qui fait Quoi ?.*

[www.urml-idf.org/Site\\_PA/index.htm](http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm)

*Droit du handicap.*

[www.droitduhandicap.com](http://www.droitduhandicap.com)

*Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID).*

Revue française des affaires sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.

[www.sante.gouv.fr/drees/rfas/200301-2.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/200301-2.htm)

*Le handicap en Ile de France.*

[www.handi-info-idf.org](http://www.handi-info-idf.org)

Ministère de la santé et de la protection sociale,

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

URCAM Ile de France,

[www.urcamif.assurance-maladie.fr](http://www.urcamif.assurance-maladie.fr)

## ANNEXE

### ENQUETE SUR LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGES DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

#### I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS

---

1.1 Année de naissance : !\_!!\_!!\_!!\_!

1.2 Sexe :

masculin  féminin

1.3 Quelle spécialité exercez-vous ?

Généraliste  Spécialiste Précisez.....  MEP Précisez.....

1.4 Département d'exercice (code postal) : !\_!!\_!!\_!!\_!

1.5 Mode d'exercice :

conventionné  non conventionné

1.5.1 Précisez :

Exercice libéral en cabinet  individuel  en association  
 Exercice libéral mixte, précisez l'établissement et votre statut.....

1.5.2 Secteur d'exercice :

secteur 1  secteur 2  droit à dépassement  médecin référent

#### II. PARCOURS PROFESSIONNEL

---

2.1 Année de première installation: !\_!!\_!!\_!!\_!

2.2 Coursus Universitaire

stage de 6 mois auprès d'un médecin généraliste  stage dans un service de gériatrie

2.3 Formation initiale

POUR LES SPECIALISTES :

DES : précisez : .....  
 DESC : si oui précisez lequel : .....  
 DISC : si oui précisez lequel : .....  
 Capacité : si oui précisez laquelle: .....  
 DU : si oui précisez lequel: .....  
Autres, précisez.....

POUR LES GENERALISTES :

Capacité : si oui Précisez laquelle: .....

DU : si oui Précisez lequel: .....

Autres, précisez : .....

### III. TYPOLOGIE DE LA PATIENTELE

---

**3.1 Quel est le nombre de patients en perte d'autonomie<sup>7</sup> que vous suivez :** .....

Parmi ceux là, combien sont pris en charge à domicile (y compris foyer logement)..... ;

au cabinet ..... ; en institution (y compris maisons de retraite).....

### IV. DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

---

**4.1. Rencontrez vous des difficultés lors de la prise en charge de personnes en perte d'autonomie ?**  oui  non

**4.1.1 Si oui lesquelles** (plusieurs réponses possibles)

**Concernant le patient et son environnement**      **Concernant votre pratique**

1.  absence d'aide
2.  mauvaise acceptabilité de certaines prescriptions
3.  difficultés de communication
4.  difficultés financières
5.  difficultés administratives
6.  problème d'observance thérapeutique

**Concernant l'environnement professionnel**

7.  absence de coordination avec les structures hospitalières
8.  manque de structures hospitalières ou d'établissements adaptés pour handicapés
9.  manque de structures hospitalières adaptées pour personnes âgées
10.  manque de structure d'hébergement non hospitalière
11.  absence ou difficultés avec les CLIC<sup>8</sup>
12.  manque de services ou d'intervenants à domicile
13.  manque de services de soins à domicile

**Concernant votre pratique**

14.  temps consacré à la coordination insuffisant
15.  environnement peu ou pas favorable pour un suivi régulier
16.  manque de formation

---

<sup>7</sup> Perte d'autonomie : ne plus être capable de décider et d'assurer seul les gestes élémentaires de la vie quotidienne, ne concerne donc pas uniquement les personnes âgées dépendantes.

<sup>8</sup> CLIC : Centre locaux d'information et de coordination gérontologique, guichet d'accueil, de conseil et d'information pour les personnes âgées, leur famille et les professionnels de santé.

- 17.  manque de coordination avec les différents intervenants
- 18.  manque de coordination avec les services sociaux
- 19.  difficulté d'orientation du patient vers une structure adaptée quand elle existe
- 20.  difficulté à obtenir une information fiable sur le patient (présence aidant ou tiers....)
- 21.  rémunération insuffisante pour le temps passé
- 22.  autres, précisez.....

**4.2 Vos patients rencontrent ils des difficultés dans leur vie quotidienne du fait de leur perte d'autonomie?**  oui  non  ne sait pas

**4.2.1 Si oui lesquelles (plusieurs réponses possibles)?**

**L' environnement du patient**

- 1.  absence d'aide
- 2.  difficultés d'accès au cabinet du médecin
- 3.  difficultés administratives
- 4.  difficultés de communication
- 5.  difficultés financières
- 6.  obstacle familial

- 9.  manque de services et d'intervenants à domicile
- 10.  manque de structures hospitalières ou d'établissements adaptés pour handicapés
- 11.  manque de structures hospitalières adaptées pour personnes âgées
- 12.  manque de structures d'hébergement non hospitalières
- 13.  orientation difficile ou impossible vers une structure adaptée
- 14.  autres, précisez.....

**L'environnement de la prise en charge**

- 7.  absence ou difficultés avec le CLIC
- 8.  manque de coordination et d'information avec les services sociaux

**4.3. Rencontrez-vous des difficultés lors de l'évaluation de la perte d'autonomie ?**

- oui  non

Si oui lesquelles.....

**4.4. Quelles méthodes utilisez-vous pour évaluer la perte d'autonomie ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1.  Tests Précisez lesquels.....
- 2.  Centre d'évaluation gériatrique
- 3.  Evaluation clinique
- 4.  Grille AGGIR
- 5.  Interrogatoire de l'entourage
- 6.  Interrogatoire de la personne
- 7.  Recours à une consultation spécialisée hospitalière. Laquelle.....
- 8.  Recours à une consultation spécialisée libérale. Laquelle.....
- 9.  Autres, précisez.....

**4.5. Avez-vous recours à une association spécifique s'occupant de la perte d'autonomie ?**

- oui  régulièrement  occasionnellement  
 non

**4.5.1** Si oui, lesquelles ?.....

**4.5.2** Si non, pourquoi ?.....

**4.6 Dans le cadre de la prise en charge de vos patients en perte d'autonomie, êtes vous en relation avec les services sociaux (exemple : assistante sociale) ?**

oui

non

**4.6.1** Si oui, lesquels ?.....

**4.6.2** Si non, pourquoi ?.....

**4.7 Parmi les intervenants suivants, quels sont ceux qui vous manquent le plus souvent ?**

auxiliaire de vie<sup>9</sup>

infirmière

psychologue

aide ménagère

kinésithérapeute

psychomotricien

aide soignante<sup>10</sup>

orthophoniste

autres.....

**4.8 Ressentez-vous un besoin d'information pour améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie?**

oui

non

**4.8.1 Sur quels thèmes portent ces besoins d'information?**

.....  
.....  
.....

**4.9 Avez-vous d'autres besoins pour améliorer votre prise en charge des personnes en perte d'autonomie ?**

oui

non

**4.9.1 Si oui, lesquels ?**

.....  
.....

**5. Autres commentaires** .....

.....  
.....  
.....

<sup>9</sup> Assume l'entretien du logement, du linge, les repas, les courses

<sup>10</sup> assure les toilettes et les soins d'hygiène générale

**Document réalisé par Virginie HUGUET, Chargée de Mission.**