



Faculté de médecine

Année 2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Anaïs POUTEAU

Née le 02 Août 1992 à Blois (41)

Consultations préventives à domicile pour le patient âgé : point de vue des médecins généralistes sur l'utilisation en visite d'un outil d'évaluation du risque global à domicile, la grille EVALADOM.

Présentée et soutenue publiquement le **14 décembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, Faculté de médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, médecine générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Valérie MOLINA, médecine générale – Vineuil

Docteur Estelle COIGNEAU-BEAUFILS, Gériatrie, Clinique Théraé – Blois

UNIVERSITÉ DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies Tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes

EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
FOUGÈRE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANÇOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène Hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement Et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatre
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique

PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIÉS

MALLET DonatienSoins palliatifs
POTIER AlainMédecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIÉ DU 2ND DEGRÉ

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive

BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU LudivineMédecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle Médecine Générale
PAUTRAT Maxime Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BRIARD Benoit Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
CHALON Sylvie Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae
1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – EA 7501
- ERL CNRS 7001
GOMOT Marie Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie Directrice de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
LATINUS Marianne Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche Inserm - UMR
Inserm 1253
LE MERREUR Julie..... Directrice de Recherche CNRS – UMR
Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100

RAOUL William Chargé de Recherche Inserm – UMR
CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
SUREAU Camille Directrice de Recherche émérite CNRS –
UMR Inserm 1259 WARDAK Claire Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste

GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'École d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SALAME Najwa Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bertrand FOUGÈRE, président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en suis très reconnaissante.

A Madame le Docteur Isabelle ETTORI AJASSE,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Docteur Valérie MOLINA,

Tu as accepté avec plaisir de juger mon travail et je t'en remercie. Merci de prendre de ton temps pour tous les internes que tu formes chaque jour et dont j'ai fait partie.

A Madame le Docteur Estelle COIGNEAU-BEAUFILS,

Merci de m'avoir donné goût à la gériatrie et d'avoir pris le temps pour cette thèse, la première que tu diriges.

Merci à tous les médecins qui ont pu m'encadrer pendant mes études. Ils m'ont beaucoup appris, m'ont transmis leur passion de la médecine et m'ont donné confiance en moi.

Gérard, merci pour toute ta confiance et merci de m'offrir une si belle installation.

Gabrielle, merci d'avoir pris de ton temps pour m'aider et me guider dans ce travail. Je n'imaginais pas que ton sms il y a 3 ans donnerait lieu à mon installation aujourd'hui.

Et merci à mes futurs collègues, Maxence et Sylvie, pour votre accueil, votre aide et votre soutien dans mes premiers pas au cabinet. J'ai hâte de m'installer définitivement avec vous.

Virginie, tu as été mon premier maître de stage lors de mes tous premiers pas en médecine générale. Ta bienveillance envers tes patients et envers moi est un modèle pour moi.

Catherine, merci d'avoir suivi mon parcours depuis le début de mon internat et d'avoir cru en moi. Merci pour ton implication lors de mon stage chez toi, de m'avoir poussée à croire en moi et de m'avoir tant appris.

Merci aux médecins généralistes qui ont pris de leur temps pour participer aux entretiens.

Merci

A mes parents, qui me soutiennent depuis le début. Merci pour tout. Je vous aime tant.

A Clément, mon amour, présent depuis le début de ces longues études et bien plus. Merci pour ton soutien, ta présence et ton amour. Tu m'as offert le plus beau des cadeaux il y a deux ans, notre fille Nina, qui nous comble de bonheur. Et maintenant, notre nouvelle vie dans notre maison où tu as tant travaillé.

A mon frère, qui me suit de loin. Tu vas beaucoup me manquer quand tu seras de l'autre côté de l'Atlantique.

A mes grands-mères, votre « petit docteur » devient grand.

A Nathalie et Patrick, mes beaux-parents, qui ont suivi toutes les étapes depuis le début.

A mes amies les plus chères.

Léa, tu fais partie de mes plus grands piliers. De l'école, à la gym, aux études, tu as toujours été à mes côtés. Dans les bons, comme dans les mauvais moments, tu as été là. A 5 minutes comme à des kilomètres l'une de l'autre, tu m'as soutenue.

Sophia, je ne remercierai jamais assez ses études de m'avoir mise sur ta route. Merci pour ton soutien et ton amitié qui m'est si chère.

Déborah, merci d'avoir été présente comme tu l'as été. Toujours présente pour me remonter le moral ou me distraire lors de nos fameux concerts !

A mes amis, les Flocons, devenus une famille. Merci pour tous vos encouragements et d'être toujours présents pour fêter nos joyeux événements ! De belles aventures nous attendent encore.

A Marie et Mélissa, vous avez égayé mes journées et mes soirées de révision. On a réussi.

Résumé

Consultations préventives à domicile pour le patient âgé : point de vue des médecins généralistes sur l'utilisation en visite d'un outil d'évaluation du risque global à domicile, la grille EVALADOM.

Introduction : La population française âgée de plus 75 ans ne cesse de croître. Favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions est devenu un enjeu majeur. Afin d'anticiper le déclin à domicile et diminuer les hospitalisations des patients âgés, la grille EVALADOM a été créée. Elle rentre dans le cadre de visite préventive auprès des patients de plus de 75 ans. Elle est prédictive d'événements graves au domicile. L'objectif de cette étude est de recueillir l'avis des médecins généralistes, en première ligne, sur cet outil.

Méthode : Etude qualitative par quatre focus groups auprès de médecins généralistes du Loir-et-Cher réalisant des visites à domicile. L'analyse des données a fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les médecins trouvent la grille très complète pour évaluer le domicile des patients. Ils avouent ne pas réaliser d'évaluation systématique. Paradoxalement, ils constatent un retard à la mise en place des aides qui peut être limitée par le manque d'informations sur les organismes disponibles. Le caractère chronophage et non valorisé de ces visites ne permet pas de l'appliquer de manière systématique. Ils souhaiteraient cibler les patients chez qui la réaliser et que cet outil alerte sur la situation au domicile. Après sa réalisation, les médecins redoutent le manque de débouchés

Conclusion : EVALADOM apparaît être un bon outil pour une évaluation globale du domicile des patients âgés. Il faudrait cibler les patients en identifiant les facteurs de fragilité au domicile. Après cette évaluation, il pourrait être intéressant de communiquer avec une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière pour une évaluation globale gériatrique au domicile.

Mots-clés : médecine générale, patients âgés, maintien à domicile difficile, grille d'évaluation, EVALADOM

Abstract

Home preventive visits for aging patients: General practitioners view on the use, during home visits, of a global home risk evaluation tool, the Home Evaluation Grid EVALDOM.

Introduction: The French population over 75 years old keeps growing. To privilege people staying at home with good conditions has become of both tactical & strategic importance. The EVALDOM grid was created to anticipate the patients decline at home and reduce the number of patients being admitted to hospitals. It is part of the home prevention initiative for patients over 75 years old. It helps identify serious risks at home before they escalate and have serious consequences. The objective of this study has been to collect the views of all the general practitioners on the front line, on the use of this tool.

Method: Qualitative study by 4 groups of general practitioners in the Loir-et-Cher region in France, who have been carrying out home visits. The data collected has been used to create a thematic analysis

Results: The doctors find the grid quite complete to help evaluate the patients in their homes. However they admit that they are not able to carry out these evaluations systematically. Strangely enough when they have completed the evaluations they notice delays of the implementation of home help support services, partly due to the lack of information from the different organisations available. The time-consuming & unappreciated nature of these home visits means that there is not really a systematic approach. The doctors would like to better target the pertinent population to whom this alert evaluation tool would be most useful. After the study the doctors are somewhat skeptical of how this tool could be resourced and used appropriately.

Conclusion: EVALDOM appears to be a good tool for an overall evaluation at home of older patients. It would be better to target patients by understanding their factors of risk at home. After this evaluation it could also be useful to communicate with a more mobile team of geriatric support attached to hospitals for an overall support at home

Key words: EVALDOM, Home Evaluation, General Practitioners, older patients, Evaluation grid, maintaining aging patients at home with difficulty

TABLE DES ABREVIATIONS

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MADD : Maintien à domicile difficile

FG : Focus groups

MSU : Maître de stage universitaire

VAD : Visite à domicile

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'état

GIR : Groupe Iso-Ressources

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

SFGG : société française de gériatrie et gérontologie

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

EMG : équipe mobile de gériatrie

ATCD : antécédent

TABLE DES MATIÈRES

I- Introduction

II- Matériel et méthode

III- Résultats :

1. Les visites à domicile en médecine générale
 - 1.1. L'importance des visites à domicile
 - 1.2. Les motifs principaux des visites à domicile
 - 1.3. Diminution de la fréquence des visites à domicile
2. Le maintien à domicile des personnes âgées
 - 2.1. Evaluation actuelle
 - 2.1.1. Evaluation non systématique
 - 2.1.2. Des évaluations sans supports
 - 2.1.3. Evaluation au domicile mais aussi au cabinet
 - 2.2. Connaissance des organismes d'aide au maintien au domicile et solutions mise en place
 - 2.3. Retard à la prise en charge du maintien à domicile
3. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le maintien à domicile de leurs patients âgés
 - 3.1. Le manque d'aides disponibles
 - 3.2. Le manque de retour lors des passages des organismes auprès des patients
 - 3.3. L'isolement du médecin généraliste
 - 3.4. La place de l'hôpital
 - 3.5. Le refus des patients
 - 3.6. L'absence des familles
4. La grille EVALADOM
 - 4.1. Le ressenti globale de la grille
 - 4.1.1. Connaissance de la grille
 - 4.1.2. Ressemblance à d'autres grilles
 - 4.1.3. Ressenti général positif sur la grille
 - 4.2. Perceptions des items
 - 4.2.1. Des items de la grille à simplifier
 - 4.2.2. Des items pas toujours adaptés
 - 4.2.3. Un item à rajouter

5. Place de la grille EVALADOM en pratique courante
 - 5.1. Définir la réalisation en pratique courante
 - 5.1.1. Réalisation en systématique de la grille EVALADOM à partir de 75 ans
 - 5.1.2. Identifier un âge « idéal » pour réaliser la grille
 - 5.1.3. Identifier les indications à réaliser la grille chez leurs patients
 - 5.2. Les réticences face à la grille
 - 5.2.1. Refus des patients à réaliser cette grille
 - 5.2.2. Le caractère chronophage de la grille
 - 5.2.3. Le manque de débouchés que pourrait engendrer la réalisation de cette grille
 - 5.2.4. La création de multiples grilles qui semblerait complexifier les prises en charge
 - 5.3. Les attentes et effets bénéfiques de cette grille identifiés par les médecins
 - 5.3.1. Avoir un support d'évaluation globale du domicile
 - 5.3.2. Avoir un support objectif pour alerter le patient sur sa situation au domicile
 - 5.3.3. Avoir un support objectif pour alarmer les familles sur la situation de leur proche au domicile
6. Les propositions
 - 6.1. Propositions faites les médecins autour de la grille
 - 6.2. Autres acteurs dans la prise en charge
 - 6.2.1. Des professionnels de santé
 - 6.2.2. Intégrer la famille à cette démarche
 - 6.2.3. Le médecin traitant au centre de la prise en charge

IV- Discussion

1. Choix du sujet
2. Choix de la méthode
 - 2.1. Etude qualitative par focus groups
 - 2.2. La population
 - 2.3. Analyse thématique ou analyse inductive généralisée
3. Les résultats
 - 3.1. Les freins à la mise en place des aides
 - 3.2. Réflexion autour des indications à réaliser cette grille
 - 3.3. Manque de débouchés

V- Conclusion

VI- Bibliographie

VII- Annexes

1. Trame d'entretien
2. Grille EVALADOM
3. Questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse

I- Introduction

D'après l'Insee, [1] la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013. Dans 10 ans, en 2030, on estime que la part des personnes de 75 ans et plus représentera 12.2%, 17.9% en 2070 contre 9.3% en 2020. La part des 85 ans ou plus pourrait alors presque quadrupler.

La vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des plus de 65 ans (96 % des hommes et 93 % des femmes en 2016). [2]

A 95 ans, 42 % des femmes et 27 % des hommes vivent en institution, contre respectivement 5 % et 4 % à 80 ans. L'âge d'entrée en institution est en moyenne de 85 ans et 2 mois en 2015. [2]

Favoriser le maintien à domicile ainsi que la qualité du maintien à domicile devient alors un enjeu majeur.

Les hospitalisations pour maintien à domicile difficile (MADD) ont été définies dans une thèse comme des hospitalisations où la perte d'autonomie ou le défaut d'aide rendent le retour au domicile impossible. [3]

L'analyse des causes de ces hospitalisations a révélé que l'autonomie des patients au domicile était insuffisamment évaluée associée à un défaut de mise en place des aides.

La population identifiée dans cette thèse comme étant la plus à risque de ces hospitalisations pour MADD est principalement composée des syndromes démentiels, des déficits neurologiques centraux, des patients chuteurs et des patients dits « fragiles » (3).

Il faudrait alors pour réduire ces hospitalisations, identifier en amont les événements précurseurs de fragilité.

La pratique de la visite à domicile (VAD), principal mode de consultation autrefois, ne cesse de décroître en France depuis plusieurs décennies.

Elles permettent pourtant une évaluation du lieu de vie du patient mais elles sont également décrites par les médecins généralistes comme chronophages et de moindre qualité sur le plan médical. [4]

Cette pratique est pourtant irremplaçable pour observer le patient dans son environnement, et son intérêt en préventif devient un enjeu majeur : en 2006, le Plan Solidarité Grand Age avait un projet de proposer en systématique une visite à domicile préventive chez les patients de >70 ans. [5]

Mais l'absence de guide d'évaluation de la situation au domicile peut être un frein à la pratique de ces VAD préventives.

Face à ce manque d'outil, Muriel Monange a réalisé une grille d'évaluation multidimensionnelle au domicile appelée EVALADOM. [6]

La grille EVALADOM permet d'aborder l'ensemble des domaines à risques au domicile du sujet âgé : dénutrition, iatrogénie, perte d'autonomie, chute accidentelle, difficulté dans le maintien à domicile.

La cotation des items a été réalisée par des internes lors d'une thèse précédente ayant pour objectif de déterminer la cohérence interne de la grille [7]

Les facteurs identifiés comme protecteurs sont cotés -1, les facteurs de risque modéré +1 et les facteurs de risque élevé +2.

Dans la continuité de cette thèse, des internes se sont penchés sur le caractère prédictif de cette grille.[8] [9]

Le score total EVALADOM apparaît donc prédictif d'évènements à 1 an, qu'ils soient mineurs ou majeurs, pour un seuil supérieur à 20/77.

L'analyse des sous scores a permis d'identifier les « risques iatrogènes » et « risques d'isolement » comme étant prédictifs d'évènements majeurs à un an, tels que décès, institutionnalisation ou hospitalisations répétées.

Cette grille d'évaluation apparaît donc comme complète, cohérente et prédictive de risque à domicile. Elle pourrait ainsi rentrer dans le cadre de visite préventive à domicile chez les personnes âgées afin d'aider les médecins généralistes dans le maintien à domicile et la mise en place d'aide.

Dans une précédente thèse, un questionnaire permettait d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et les limites d'utilisation en pratique courante de la grille EVALADOM.[10]

Ce questionnaire a été proposé aux médecins généralistes ayant participé à l'étude sur la reproductibilité de cet outil.

Dans ce questionnaire, 5 items étaient proposés comme facteur limitant l'utilisation de cet outil (le temps, l'adhésion du patient, le caractère intrusif de cette grille, l'absence de reconnaissance financière et les difficultés à modifier le domicile).

Le questionnaire a été composé de questions fermées, permettant peu d'explorer les facteurs limitants.

A la lecture de ces thèses, cette grille paraît être un bon outil d'évaluation du domicile et pourrait ainsi rentrer dans le cadre de visites préventives chez les personnes âgées de plus 75 ans afin d'anticiper les pertes d'autonomies.

Les limites d'utilisation de cette grille ont été peu explorées.

L'objectif de cette thèse est de poursuivre le travail sur cet outil, et notamment sur la réalisation en pratique courante, en recueillant le point de vue des médecins généralistes sur l'utilisation de la grille EVALADOM.

II- Matériel et méthode

Enquête qualitative par Focus Groups (FG) auprès de médecins généralistes du Loir-et-Cher.

Les médecins généralistes ont été recrutés par le chercheur parmi ces connaissances et anciens maîtres de stage (MSU) en variant les lieux et les modes d'exercices.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Exercer dans le Loir-et-Cher
- Réaliser des visites à domicile

Les Focus Group ont été réalisés du 21 juin 2021 au 5 Août 2021, auprès de 12 médecins généralistes, 7 femmes et 5 hommes. Il a été réalisé 4 focus group différents : le premier comptait 4 médecins, le deuxième 3 médecins, le troisième seulement 2 devant un désistement et le dernier a réuni 3 médecins. Les FG ont eu lieu dans les cabinets des différents médecins.

Après accord des médecins, les entretiens ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone et les médecins ont été informés que le recueil des données serait anonyme.

La trame d'entretien (Annexe 1) comprenait sept grandes questions. Elle permettait d'évoquer tout d'abord les habitudes des médecins concernant les visites à domiciles puis d'introduire l'idée des visites à domicile préventive, leur présenter la grille EVALADOM (Annexe 2) et recueillir leur avis et leurs attentes sur sa réalisation.

Les verbatim ont été intégralement retranscrits.

Les données retranscrites ont fait l'objet d'une analyse inductive généralisée. Le codage a été réalisé par le chercheur et supervisé par le directeur de thèse.

III- Résultats

1. Les visites à domicile en médecine générale

1.1 L'importance des visites à domicile

Les VAD sont reconnues comme étant « *notre force en médecine générale* » (M2) pour se « *rendre compte un peu du lieu de vie* » (M6).

Mais une minorité de médecins généralistes ne voit plus l'intérêt d'aller en visites à domicile et pense que « *les faire venir au cabinet ça les fait sortir* » (M4) et qu'ils peuvent assurer le suivi de leurs patients sans aller au domicile, « *sans aller chez elle* » (M10).

1.2 Les motifs principaux des visites à domicile

Les visites à domicile sont réalisées pour « *le renouvellement d'ordonnance principalement* » (M2), parfois « *en urgence* » (M12) ou pour « *un truc aigu* » (M11).

1.3 Diminution de la fréquence des VAD

Les médecins constatent qu'ils font « *de moins en moins de visites à domicile* » (M10)

Parmi les causes retrouvées à cette diminution des VAD, on retrouve principalement le manque de temps : « *quand j'avais plus de temps* » (M6) « *on n'a pas le temps* ». (M11)

Ils rattachent ce manque de temps au fait de souffrir d'une patientèle grandissante et parfois débordante. Ils signalent avoir « *trop de gens à voir* » (M5) et donc ne plus avoir « *le temps [...] pour tous mes patients* » mais aussi par la situation de désert médical de leur région qui ne leur permet plus d'effectuer leurs actions correctement : « *pas assez nombreux pour faire du préventif* » (M11).

2. Le maintien à domicile des personnes âgées

2.1 Evaluation actuelle

2.1.1 Evaluation non systématique

Quand on aborde le sujet d'évaluer le maintien à domicile des personnes âgées en visites, les médecins avouent ne pas le faire de manière systématique : *«on le fait au moment du renouvellement » (M8)* mais *« pas spécifiquement pour ça » (M5)*, *« On le fait à l'instinct » (M1)*.

2.1.2 Des évaluations sans supports

Les médecins interrogés ont tendance à évaluer le domicile de leurs patients âgés *« sans faire de grille » (M9)* et de le faire *« par habitude »(M11)* *« de manière instinctive rapidement » (M10)* sans avoir recours à un support.

2.1.3 Evaluation au domicile mais aussi au cabinet

Une minorité de médecins pense que l'autonomie et l'évaluation du devenir au domicile *« on peut aussi en parler pendant une consultation au cabinet » (M3)*, mais la majorité des médecins pense qu' *« il faut venir en visite » (M2)* et exprime l'importance d'aller en visite au domicile du patient.

2.2 Connaissance des organismes d'aide au maintien au domicile et solutions mise en place

Actuellement, les médecins connaissent certains organismes d'aide au maintien à domicile tels que : *« faire un dossier d'APA »* ou *« faire intervenir la MAIA » (M8)*.

Outre les organismes d'aide à domicile, ils ont déjà mis en place des solutions pour organiser au mieux le maintien à domicile de leurs patients âgés comme *« l'infirmière matin et soir » (M12)* ou bien *« la pharmacie qui fait le pilulier » (M11)*, passage du *« kiné » (M12)*, *« portages de repas » (M3)*.

2.3 Retard à la prise en charge du maintien à domicile

Les médecins constatent qu'il existe un retard dans leur prise en charge du maintien à domicile : « *c'est peut être dommage d'attendre qu'il se passe quelque chose* » (M9) et que l'évaluation du maintien à domicile est faite « *un peu tard c'est vrai* » (M8).

Cela renforce l'idée que les visites à domicile ont un rôle clé car « *au cabinet la situation est complètement faussée par rapport au domicile* » (M12) et qu'une évaluation plus précoce pourrait éviter d'avoir « *des surprises* » (M7) au domicile et de réagir dans l'urgence de la situation « *j'ai fait le dossier en urgence* » (M12) « *un patient qu'on envoie aux urgences* » (M11).

3. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le maintien à domicile de leurs patients âgés

3.1 Le manque d'aides disponibles

Les médecins déplorent « *la pauvreté des aides* » (M12) disponibles : « *c'est saturé par chez nous les services d'aide* » (M11) avec la sensation d'être « *démunis* » (M9).

Un médecin m'avoue ne pas être « *au courant de tous les organismes disponibles sur nos secteurs* » (M12) et ne pas savoir « *où chercher vraiment* » (M12) quand il souhaite mettre en place des aides.

3.2 Le manque de retour lors des passages des organismes auprès des patients

Les médecins estiment qu'il existe parfois trop de « *systèmes intermédiaires* » (M12) avec « *des gens un peu partout* » (M12) et peu de retour vers les médecins généralistes : « *ils ne nous font pas de retour* » « *tu n'es pas au courant* » (M12).

3.3 L'isolement du médecin généraliste

Un sentiment de solitude du médecin généraliste ressort dans les entretiens: « *on ne peut pas tout faire* » (M8), « *isolé dans ton cabinet tout seul* » « *tout gérer* » (M12).

3.4 La place de l'hôpital

Quand certains médecins évoquent la possibilité pour leurs *patients* « *qu'ils soient hospitalisés pour mettre des aides* » (M2) d'autres déplorent « *les limites de l'hôpital* » (M4) avec des retours à domicile pas toujours bien organisés : « *ils demandent « vous avez une femme ? Oui ? D'accord rentrez chez vous »* (M3), ou bien « *ils sortent le vendredi soir d'hospitalisation [...] parce qu'il faut des places* » (M11).

3.5 Le refus des patients

Le refus et la réticence des patients sont reconnus comme étant des obstacles dans la prise en charge des patients âgés au domicile : parfois « *le patient ne veut pas* » (M2), les patients ne sont pas « *toujours prêts à accepter* » (M2) les solutions d'aides proposées et « *ils ferment la porte* » (M5) aux aides.

3.6 L'absence des familles

L'absence des familles est une des autres difficultés rencontrées par les médecins traitants dans le maintien au domicile de leurs patients : « *c'est mon problème n°1 les familles non présentes* » (M12), « *les familles sont assez démissionnaires* » (M11) « *seule au domicile, sans famille* » (M8) et ils assistent à une réelle « *démobilisation des familles* » (M12) et aimeraient « *que les jeunes se ré occupent de leurs parents* » (M12).

4. La grille EVALADOM

4.1 Le ressenti global de la grille

4.1.1 Connaissance de la grille

La majorité des médecins a déclaré ne pas la connaître ni n'avoir « *jamais entendu parler de cette grille* » (M12).

4.1.2 Ressemblance à d'autres grilles

Les médecins ont fait le rapprochement avec d'autres grilles préexistantes : « *un peu comme la grille GIR* » (M1) « *l'APA ils font un peu ce genre de chose* » (M4) ou bien comme « *à l'EHPAD [...] visites de pré admission* » (M6).

4.1.3 Ressenti général positif sur la grille

De manière générale, la grille EVALADOM a été perçue comme « *très complète* » (M2) « *hyper intéressant* » (M6) à réaliser et pouvant « *être utilisé facilement* » (M8).

La plupart des items de la grille était perçue comme adaptée à l'évaluation du domicile : « *très intéressant de savoir tout ça* » (M5), « *il y a pas mal de choses qui peuvent nous renseigner* » (M6)

4.2 Perception des items

4.2.1 Des items de la grille à simplifier

Certains items étaient décrits comme « *difficiles à évaluer* » (M1) ou à modifier, « *en le simplifiant un petit peu* » (M3) principalement sur l'évaluation des installations vétustes : « *le critère vétuste [...] c'est difficile* » (M6) « *le seul fait d'avoir le gaz...devient un risque* » (M2).

4.2.2 Des items pas toujours adaptés

Des items apparaissent comme inadaptés à la personne âgée ou au maintien à domicile : « *même à 35 ans (ils) ne connaissent pas le rôle de leur traitement* » (M1), « *Je ne pense pas que la connaissance du rôle des médicaments conditionne le maintien à domicile* » (M1).

4.2.3 Un item à rajouter

Un médecin a évoqué l'idée de rajouter un item sur « *fin de vie* » (M12) pour compléter cette grille d'évaluation car pour ce médecin « *c'est une évaluation de l'autonomie et du vieillissement et la mort à domicile en fait partie* » (M12).

5. Place de la grille EVALADOM en pratique courante

5.1 Définir la réalisation en pratique courante

5.1.1 Réalisation en systématique de la grille EVALADOM à partir du 75 ans

A l'évocation d'une évaluation systématique au domicile chez les plus de 75 ans , les médecins se sont montrés assez réfractaires : « *systématique ça paraît difficilement acceptable* » (M1), ils ne se voient « *pas la faire en préventif* » (M11) « *ce n'est pas réalisable* » (M1).

Mais avouent aussi que paradoxalement c'est « *peut être dommage d'attendre qu'il se passe quelque chose* » (M9) ou même qu' « *on aurait des surprises* » (M7) au domicile de certains patients.

5.1.2 Identifier un âge « idéal » pour réaliser la grille

Concernant la réalisation de cette grille chez les patients âgés de plus 75 ans, la majorité des médecins pense que « *75 ans c'est un peu jeune* » (M9) ou encore que leurs patients sont « *encore très très autonomes à 75 ans* » (M9) ou bien « *sont en très bonne santé et pour qui ce n'est pas justifié* » (M6) à 75 ans.

S'ils devaient choisir un âge, ils envisageraient de réaliser la grille plus tardivement « *vers 80 85 ans* » (M12) ou bien « *à tous mes patients de 90 ans* » (M2)

5.1.3 Identifier les indications à réaliser la grille chez leurs patients

Concernant les patients chez qui les médecins voudraient réaliser cette grille, à défaut de le faire en préventif, ils auraient tendance à la faire « *au juger* » (M3), « *à l'instinct* » (M1) et donc « *à cibler ces patients* » (M5).

Ils voudraient plutôt « *l'utiliser ponctuellement* » (M6) dans des situations qui pourraient les alerter : « *quand tu sens que quelque chose ne va pas* » (M9) « *l'accompagnant qui commence à fatiguer* » (M1) « *chez des patients avec signes d'alarme* » (M6) ou bien « *quand on commence à mettre des aides en place* » (M11)

Un médecin s'est même posé la question de faire une étude sur « *ce qui te mettrait le doute et qui déclencherait le fait de faire cette visite d'évaluation du domicile* » (M3)

5.2 Les freins à réalisation de cette grille EVALADOM

5.2.1 Refus des patients à réaliser cette grille

La grille leur paraît peut être « *un peu intrusif* » (M8) et il faudrait que « *le patient accepte* » (M8) que l'on réalise cette évaluation au domicile avec la peur que le patient n'ait pas envie « *que tu t'immisces* » (M9) dans son quotidien.

5.2.2 Le caractère chronophage de la grille

Le caractère « *trop chronophage* » (M5) de la grille a été soulevé par la plupart des médecins : « *un travail de fourmis* » (M6) « *ça me paraît compliqué on n'a pas le temps* » (M11) « *tu prévois une visite de 1 heure pour un patient* » (M5) « *ça fait beaucoup de chose* » (M6), c'est « *compliqué d'organiser ça sur nos journées* » (M8).

Les médecins estiment pouvoir réaliser cette grille en « *au moins 1 heure* » (M4) car « *30 minutes ce n'est pas adapté* » (M1) et dans la pratique courante cela leur paraît « *long à faire si on prend bien son temps* » (M4).

Devant ce constat, un médecin pense même « *que ce ne soit pas super adapté en pratique* » (M5).

5.2.3 Le manque de débouchés que pourrait engendrer la réalisation de cette grille

Les médecins interrogés se sont posés la question des débouchés de cette grille : « *elle va déboucher sur quoi ensuite* » (M4) « *qu'est-ce que j'en fais derrière* » (M5) « *j'en fais quoi ?* » (M8).

Les médecins avaient l'impression que la réalisation de cette grille n'engendrerait pas de modification sur le maintien à domicile de leurs patients âgés : « *ça n'introduira pas de changement cette grille* » (M11) « *s'il n'y a pas de répercussions* » (M6) « *ce n'est pas pour ça qu'on a plus d'aides après* » (M12) « *je ne pense pas que ça changera la qualité de vie du patient à domicile* » (M12).

5.2.4 La création de multiples grilles qui semblerait complexifier les prises en charge

Avec l'apparition de cette nouvelle grille, s'est posé la question de la multitude des grilles déjà en place : « *toute ces grilles ca complexifie* » (M12),

Mais aussi de tous les organismes créés déjà en place : « *tellement d'organismes qui s'occupent de tas de chose* » (M9) sans forcément avoir d'impact ou de changement dans le maintien au domicile, « *pas énormément de changement malgré tous les organismes créés* » (M12) et certains médecins avouent se sentir perdus « *tu ne sais plus à quelle porte taper* » (M9), « *c'est le cirque* » (M12).

5.3 Les attentes et effets bénéfiques de cette grille identifiés par les médecins

Les médecins interrogés voient cette grille comme un moyen de « *tirer la sonnette d'alarme* » (M11) sur des situations complexes au domicile.

5.3.1 Avoir un support d'évaluation globale du domicile

Pour leur pratique courante, la grille pourrait être un moyen « *d'évaluer un peu plus* » (M9), d' « *être plus vigilant, comme des petits rappels* » (M6) « *une grille qui te fait penser un peu à tout* » (M1) ou même « *se rendre compte que c'est encore plus catastrophique* » (M1) et « *mettre le doigt dans l'engrenage [...] prendre conscience* » (M2).

5.3.2 Avoir un support objectif pour alerter le patient sur sa situation au domicile

La réalisation de la grille EVALADOM serait un moyen objectif pour les médecins de les alarmer sur leur situation au domicile : s'en « *servir d'appui* » (M1) « *tu leur montre de manière objective* » (M3) et « *lui faire comprendre qu'elle a besoin d'aide* » (M3).

5.3.3 Avoir un support objectif pour alarmer les familles sur la situation de leur proche au domicile

Cette grille pourrait être « *un moyen de prévenir la famille* » (M9) d'« *alerter la famille* » (M3), et permettre au médecin de « *lancer la discussion des aides et du domicile avec la famille* » (M3)

6. Les propositions

6.1 Propositions faites par les médecins autour de la grille

La création d'une fiche informative à la suite de cette grille « *pour nous aider avec les organismes du coin* » (M12), et qui pourrait aussi « être remis aux familles » (M12)

Se servir de cette grille « *comme fiche frigo* » (M11), une feuille « *qu'on laisse chez le patient* » (M9) pour « *repérer tous les incidents* » (M9).

Et concernant la réévaluation de cette grille, les médecins ont proposé de la réaliser « *régulièrement* » pour « *voir si elle a changé* » (M11) ou bien de la refaire « *quand il y a un évènement aigu* » (M6) ou « *après chaque hospitalisation* » (M3) ou bien « *repasser 6 mois plus tard* » (M1) voir « *si ça a réglé des problèmes* » (M1).

Pour la réalisation de cette grille, les médecins se sont aussi interrogés sur le fait de créer « *une cotation spécifique* » (M6) afin « *que ce soit valorisé* » (M6) en évoquant la possibilité de « *coter cette visite en visites longues* » (M1).

6.2 Autres acteurs dans la prise en charge

6.2.1 Des professionnels de santé

Ils envisageraient de « *prescrire cette fiche* » (M3) à d'autres professionnels de la santé par exemple une équipe de gériatrie « *une évaluation gériatrique* » (M5) « *en concertation avec le gériatre* » (M6), ou encore aux infirmières libérales « *la faire en binôme* » (M6) ou par cette nouvelle fonction : « *infirmière de pratique avancée* » (M11)

Pour les médecins, les infirmières « *connaissent bien les problèmes des patients* » (M2) et seraient donc un atout pour réaliser cette grille.

Mais aussi par les « *auxiliaires de vie* » (M5) ou des « *aides-soignantes libérales* » (M12), une nouvelle fonction qui apparaît comme favorable car elles auraient un « *œil médical* » (M12) en plus.

A aussi été évoquée l'idée de faire réaliser la grille par un « *travailleur social* » (M5) ou bien par des organismes tels que « *la MAIA, les personnes du conseil général* » (M8).

Mais cette grille « *médico-social* » (M6) peut paraître « *très détaillée pour déléguer à un service social* » (M9).

Pour les médecins, cette grille pourrait être réalisée dans le cadre de « *réunions de concertations d'un dossier* » (M11) avec une « *équipe pluri disciplinaire* » (M5), en « *pluri pro* » (M6) et toujours en « *en coordination avec le médecin traitant* » (M9)

6.2.2 Intégrer la famille à cette démarche

La grille pourrait être « *pré faite par les proches* » (M10) ou bien « *être remplie par les aidants* » (M10)

6.2.3 Le médecin traitant au centre de la prise en charge

Un médecin lors des focus groups a souligné l'envie de rester « *l'interlocuteur principal* » (M12), de rester « *au centre* » (M12) dans la prise en charge des patients. Il souhaiterait que le médecin traitant réalise cette grille « *c'est à nous de faire cette grille* » (M12) pour pouvoir continuer de prendre en charge les patients « *dans la globalité* » (M12) et de ne pas se sentir « *destituer* » (M12).

IV- Discussion

1. Choix du sujet

L'objectif principal de cette thèse était de recueillir l'avis des médecins généralistes sur la réalisation de la grille EVALADOM à domicile chez les patients de plus de 75 ans.

De nombreuses thèses ont été réalisées sur cet outil, démontrant sa cohérence interne, sa pertinence dans la prévention auprès des personnes âgées au domicile, sa reproductibilité mais surtout son caractère prédictif d'évènement indésirable à domicile.

Sa faisabilité a été évaluée lors de l'étude sur la reproductibilité à l'aide d'un questionnaire distribué aux médecins ayant utilisé la grille. (10) Le questionnaire ne permettait pas d'explorer les attentes et réticence des médecins, pourtant en première ligne, ni de récolter leurs propositions face à cet outil.

2. Choix de la méthode

2.1 Etude qualitative par focus groups

Pour recueillir l'avis des médecins généralistes sur cet outil de manière élargie, l'étude qualitative par focus groups ou « groupe d'expression » répondait le mieux à cette enquête.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements mais aussi de faire émerger de nouvelles idées. [11]

Dans cette thèse, les focus groups permettaient de recueillir l'opinion des médecins et de faire émerger des solutions, des propositions face à la grille EVALADOM et son utilisation en pratique courante.

L'avantage certain des focus groups est de créer une dynamique de groupe [11] et les échanges entre les participants favorisent l'émergence d'idée. De plus, toute idée ressortie pendant l'entretien est considérée comme « vraie » dans les focus groups. [11]

Les limites de cette technique résultent aussi de la dynamique de groupe avec le risque d'échanges conflictuels (non observés lors de cette thèse), et le risque de domination de certains participants au sein du groupe (certains médecins ont moins pris la parole dans les deux premiers focus groups).

2.2 La population

Les focus groups ont réuni au total 12 médecins généralistes du Loir-et-Cher, 7 femmes et 5 hommes, ayant des modes d'exercice variés.

La population des focus groups n'est pas constituée pour être représentative de la population source et n'a donc pas été sélectionnée en ce sens. [12]

Les participants ont été sélectionnés par le chercheur avec comme seul critère d'inclusion les visites à domicile pour avoir un lien évident avec le sujet abordé.

Il n'y a pas eu d'étude sur l'échantillonnage.

2.3 L'analyse thématique ou analyse inductive généralisée

L'analyse inductive généralisée consiste à « donner un sens » à un ensemble de données brutes mais complexes [13] recueillies pendant les entretiens, dans le but de faire émerger des grands thèmes pouvant répondre à l'objectif principal.

Le codage a été réalisé par le chercheur sans logiciel et aucune triangulation des données n'a été faite. La triangulation du codage aurait pu assurer une meilleure validité du travail

Un cinquième focus group aurait pu être réalisé afin de confirmer la saturation des données, mais celui-ci n'a pu être organisé.

3. Les résultats

3.1 Les freins à la mise en place des aides

Parmi les freins rencontrés par les médecins pour la mise en place des aides à domicile, on peut retrouver le manque d'information sur les organismes disponibles dans leur région. Lors d'une précédente thèse, des internes ont créé des fiches informatives permettant d'apporter des réponses aux risques identifiés par la grille EVALADOM. [14]

Ces fiches répondent aux risques identifiés par la grille EVALADOM, regroupés en 4 grands thèmes : iatrogénie, domicile-logement-chute, autonomie-isolement, nutrition. Les fiches avaient été reçues positivement par les patients.

Les fiches étaient personnalisables par le médecin et certaines fiches étaient adaptées aux organismes disponibles dans la région du Sud-Est avec leurs coordonnées respectives.

Ce type de fiche, adaptée à la région Centre, pourrait avoir un effet bénéfique sur les difficultés des médecins.

3.2 Réflexion autour des indications à réaliser la grille

Lors des focus groups, les médecins n'ont pas réussi à définir pour quel patient ils aimeraient réaliser cette grille. Certains médecins voudraient le faire de manière systématique à partir d'un certain âge sans savoir quel âge idéal donné alors que d'autres attendraient d'avoir des signes d'alerte pour intervenir au domicile.

En effet, le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. [15] L'HAS s'est posé la question de trouver un outil de repérage simple à utiliser en soins primaires et qui permettrait de sélectionner les personnes susceptibles de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale.

Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie pour le repérage de la fragilité en soins primaires. (Annexe 3)

Ce questionnaire comprend quatre questions, dérivées des critères physiques de Fried [15] puis une question sur le fait de vivre seul ou non au domicile et si le patient signale des plaintes mnésiques.

Si la réponse est positive à au moins une de ces questions, le ressenti subjectif du médecin sur la fragilité de son patient est recherché. Si la médecin coche positivement la case à la question « votre patient vous paraît-il fragile ? », le patient est susceptible d'être vu par une équipe de gériatrie pour une évaluation plus globale.

Ce premier repérage des fragilités par les équipes soignantes au domicile pourrait être le signal d'alerte pour réaliser la grille EVALADOM par le médecin traitant et de cette manière, cibler les patients à risque.

3.3 Manque de débouché

Tous les médecins interrogés ont émis une crainte face à l'absence de débouchés de cette grille EVALADOM. Ils n'étaient pas contre le fait de la réaliser mais estimaient qu'elle ne leur servirait pas pour améliorer le maintien à domicile car une fois remplie ils ne sauraient pas forcément vers qui se tourner pour alerter sur la situation.

En 2019, l'étude PRESAGE avait révélé que le recueil de données cliniques simples par les aides à domicile fournissait des données importantes corrélées au passage des personnes âgées aux urgences dans les 7 ou 14 jours. [16][17]

Dans cette étude, les intervenants au domicile des patients âgés de > 75 ans devaient remplir, à chaque passage, via une application, un questionnaire simple d'évaluation clinique du patient.

Chaque patient inclus a ensuite été suivi et leurs passages aux urgences ou leurs hospitalisations ont été signalées.

Neuf items du questionnaire ont été identifiés comme prédictifs d'un passage aux urgences dans les 7 ou 14 jours.

La conclusion de cette étude montre que d'alerter sur des signaux de fragilité au domicile pourrait favoriser l'intervention en temps réel d'une équipe afin d'éviter le passage aux urgences.

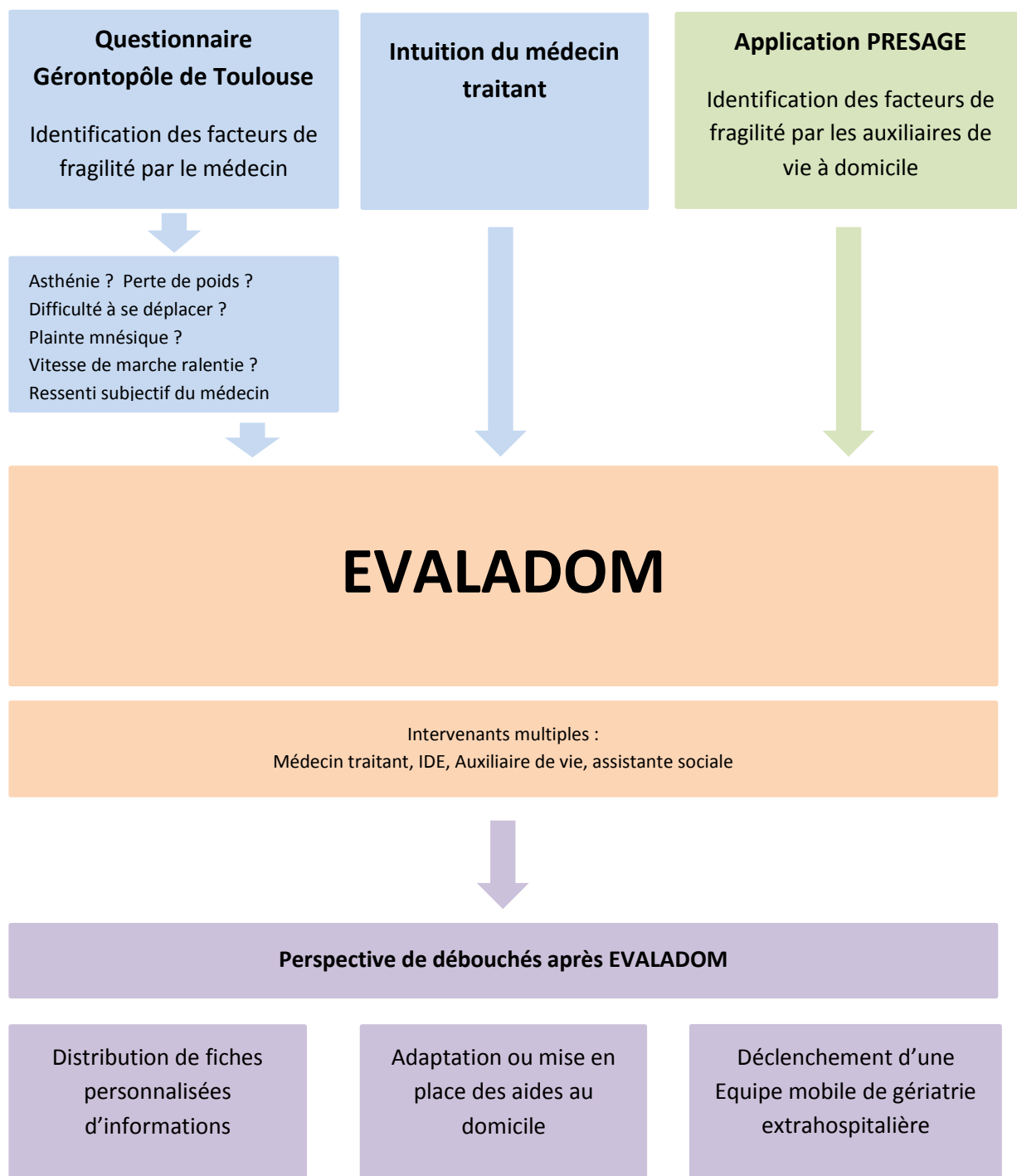
PRESAGE pourrait correspondre à l'évaluation des risques au domicile des personnes âgées ayant une aide à domicile et EVALADOM serait alors la grille d'évaluation que le médecin traitant réaliserait devant les signes d'alerte. Une fois réalisées, ces grilles pourraient alors alerter une équipe mobile de gériatrie pour intervenir au domicile dans une évaluation globale.

Dans ce sens, il existe une Équipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie qui est une équipe de coordination portée par le CHRU, Centre Hospitalier Régional Universitaire, de Tours et financée par l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. L'une de ses missions est de promouvoir les actions de prévention et de prises en charge précoces des personnes âgées et de leurs proches aidants. [18]

Concernant les attentes des médecins généralistes sur une possible équipe mobile gériatrique (EMG) extra hospitalière, une thèse s'est penchée sur l'EMG « idéale » et ce que les médecins pourraient en attendre. Tous s'accordaient à dire que le conseil et l'aide sociale étaient le plus important si cette structure devait voir le jour. [19]

Tout ce processus soulève tout de même la question du manque de temps dans l'organisation des médecins généralistes et du caractère chronophage de la grille EVALADOM. Se pose aussi la question de la création d'une cotation spécifique pour valoriser la réalisation de cette grille.

Schématisation de l'utilisation de la grille EVALADOM



V- Conclusion

Cette étude a permis de révéler les différents points de vue des médecins généralistes sur la grille EVALADOM qu'ils ne connaissaient pas.

Les médecins interrogés ont globalement apprécié la grille EVALADOM. Elle serait pour eux un moyen d'alerter sur la situation au domicile grâce à une évaluation plus globale et plus systématique que leur pratique actuelle.

Mais en pratique, ils n'envisagent pas de réaliser cette grille de manière préventive et systématique devant le manque de temps mais souhaiteraient cibler leur intervention sans réussir à trouver des indications précises. Il faudrait alors repérer en amont les signes d'alerte des patients âgés fragiles afin d'anticiper les événements graves au domicile ou les hospitalisations.

Si cette grille devait à l'avenir faire partie de leur pratique, les médecins s'interrogent sur les débouchées et les actions à donner après sa réalisation.

Concernant le maintien à domicile des patients âgés fragile, les médecins rencontrent principalement des difficultés sur la mise en place des aides au domicile devant la multitude des organismes et l'absence d'outils permettant d'accéder aux organismes disponibles dans la région. La création de fiches informatives regroupant les aides à mettre en places et les organismes disponibles pourrait être un premier pas pour améliorer le maintien à domicile.

Ils souhaitent que cette grille puisse changer la qualité du maintien à domicile. Pour cela, il faudrait envisager de pouvoir alerter une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière pour avoir un appui et une évaluation globale, médico-sociale.

VI- Bibliographie

- [1] N. Blanpain and G. Buisson, "Projections de population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personne de 75 ans ou plus qu'en 2013," *Insee Première*, no. 1619, p. 4, 2016,
- [2] T. Mainaud and L. Rioux, "France, portrait social, édition 2019 - Insee Références," 2019.
- [3] Luc SAMOY, "Le motif réel d'un maintien à domicile difficile des personnes dépendantes - étude quantitative rétrospective par analyse des dossiers de patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens," 2016.
- [4] A. Dufour, "La visite à domicile : encore d'actualité ? Etude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes," 2017.
- [5] Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, "Plan solidarité - Grand Âge," 2006.
- [6] M. Monange "Consultation préventive à domicile pour les patients âgés: enquête de satisfaction auprès de 30 internes en médecine générale." Faculté de Grenoble.2010
- [7] N. Leroy, "Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : contribution à la validation d 'un outil d ' évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM," 2010.
- [8] S. Ter, A. Teytu, and M. Tricot, "Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : étude prospective pour déterminer la valeur pronostique d 'un outil d ' évaluation des risques du domicile , la grille EVALADOM," 2014.
- [9] L. Maillet, "Visite à domicile préventive des personnes âgées par le médecin généraliste : étude de la valeur pronostique à un an de la grille d'évaluation EVALADOM," 2015.
- [10] F. Lamouroux, "Consultation préventive à domicile pour le patient âgé : étude de reproductibilité et de faisabilité d ' un outil d ' évaluation des risques à domicile , la grille EVALADOM , réalisée auprès de 20 médecins," 2011.
- [11] A. Moreau, J. L. Terra, L. Letrillart, M.-F. Le Goaziou, J. Labarère, and M. Dedienne, "S'approprier la méthode du focus group," *Rev. Prat.*, pp. 382–384, 2004.
- [12] I. Aubin-Auger, B. Stalnikiewicz, A. Mercier, J. Lebeau, and L. Baumann, "Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles," *Exercer*, vol. 21, pp. 111–114, 2010.

- [13] M. Blais and Stéphane Martineau, "L'analyse inductive générale : Description d' une démarche visant à donner un sens à des données brutes," *Rech. Qual.*, vol. 26, no. January 2006, pp. 1–18, 2006.
- [14] A. Deronzier and L. Plat, "Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : élaboration d' un outil d' aide à la prise en soins sous forme de fiches d' information To cite this version : HAL Id : dumas-01410274," 2016.
- [15] HAS, "Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?," 2013. [Online]. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdfhttp://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf.
- [16] J. H. Veyron *et al.*, "Home care aides' observations and machine learning algorithms for the prediction of visits to emergency departments by older community-dwelling individuals receiving home care assistance: A proof of concept study," *PLoS One*, vol. 14, no. 8, pp. 1–13, 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0220002.
- [17] P. Friocourt, J. Veyron, J. Belmin, L. Luquel, O. Jeanjean, and F. Lainé, "Peut-on anticiper le passage des personnes âgées aux Urgences par le recueil de données cliniques simples ? Etude PRESAGE," 2019.
- [18] C. H. de Tours, "Gériatrie : une nouvelle équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie," 2020.
- [19] V. CHAUVIN-DOUBLIER, "Quelles sont les attentes des médecins généralistes du Loir-et-Cher sur la mise en place d'une EMG extra hospitalière sur leur secteur ?," 2012.

VII- Annexes

1. Trame d'entretien

- « Dans quel contexte, et pour quel motif faites-vous le plus vos visites à domicile »
- « Réalisez-vous des visites à domicile pour évaluer spécifiquement le maintien à domicile d'un patient ? »
- « Seriez-vous prêt à faire des visites à domicile dites « préventives » pour anticiper ce maintien à domicile ? » comme l'avait envisagé le Plan Solidarité Grand Age
- Puis distribuer la grille EVALADOM
- « Connaissez-vous cette grille ? qu'en pensez-vous ? » et laisser débattre
- A la fin « utiliseriez-vous cette grille à présent ? que faudrait-il améliorer ? »
- « Et si elle venait à faire partie de votre pratique, qu'en attendez-vous ? »
- « Pourrait-elle être réalisée par un autre professionnel ? si oui, lequel ? »

2. La grille EVALADOM

ETUDE EVALADOM

Fiche médicale d'évaluation à domicile du patient par le médecin généraliste

NOM DU PATIENT : _____ AGE : _____

DATE DE L'EVALUATION : ____/____/____ Durée moyenne évaluation : ____/____/____ min

PATIENT

	oui	non	NC
Difficultés à la marche	☐ /2	☐ /0	☐
Troubles cognitifs connus	☐ /2	☐ /0	☐
ATCD de chute	☐ /2	☐ /0	☐
Dépression	☐ /2	☐ /0	☐
Incontinence urinaire	☐ /2	☐ /0	☐
Troubles visuels	☐ /2	☐ /0	☐
Nb d'hospitalisation dans l'année _____			
ATCD principaux _____			

LOGEMENT

	oui	non	NC
Appartement à l'étage sans ascenseur	☐ /0	☐ /-1	☐
Maison avec étage	☐ /1	☐ /0	☐
Nombre de pièces _____			

RISQUE NUTRITIONNEL

	oui	non	NC
Réfrigérateur	☐ /2	☐ /0	☐
Vide	☐ /0	☐ /2	☐
Présence de produits frais	☐ /2	☐ /0	☐
Aliments avariés	☐ /2	☐ /0	☐
Contenu inadapté (chaussette...)	☐ /2	☐ /0	☐
Alcool	☐ /2	☐ /0	☐
Signes de consommation excessive	☐ /2	☐ /0	☐

RISQUE IATROGENE

	oui	non	NC
Pharmacie	☐ /0	☐ /2	☐
Stock adapté	☐ /2	☐ /0	☐
Médicaments mal identifiés	☐ /2	☐ /0	☐
Médicaments périmés	☐ /2	☐ /0	☐
Médicaments actuels	☐ /0	☐ /2	☐
Connaissance de la posologie	☐ /0	☐ /2	☐
Connaissance de l'heure de prise	☐ /0	☐ /2	☐
Connaissance du rôle	☐ /0	☐ /2	☐
Nombre de traitement _____			
Prise de psychotropes ou médicaments cardio-vasculaires _____			

RISQUE DU DOMICILE

	oui	non	NC
Installation vétuste en Gaz	☐ /2	☐ /0	☐
Installation vétuste en Electricité	☐ /2	☐ /0	☐
Aération suffisante	☐ /0	☐ /2	☐
Installation vétuste du mode de chauffage, risque CO	☐ /2	☐ /0	☐
Traces de brûlures sur les meubles	☐ /2	☐ /0	☐

AUTONOMIE

	Oui	non	NC
Hygiène du domicile défectueuse	☐ /2	☐ /0	☐
Hygiène du patient défectueuse	☐ /2	☐ /0	☐
Sait utiliser un téléphone	☐ /0	☐ /2	☐
Sait utiliser un chèque	☐ /0	☐ /2	☐

RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE

	oui	non	NC
<u>Téléalarme</u>			
Prescrit	☐ /-1	☐ /0	☐
Porté	☐ /0	☐ /2	☐
<u>Transferts</u>			
Difficultés pour se lever du lit	☐ /2	☐ /0	☐
Difficultés pour se lever du WC	☐ /2	☐ /0	☐
<u>Accessibilité du domicile</u>			
Adaptée au handicap	☐ /0	☐ /2	☐
<u>Dangers liés à l'aménagement</u>			
Eclairage suffisant	☐ /0	☐ /1	☐
Interrupteurs accessibles	☐ /0	☐ /1	☐
Sol régulier	☐ /0	☐ /1	☐
Petites marches	☐ /1	☐ /0	☐
Sol glissant	☐ /1	☐ /0	☐
<u>Aire de déplacement obstruée par</u>			
Des petits objets, fils	☐ /1	☐ /0	☐
Des tapis mobiles,			
ou paillassons glissants	☐ /1	☐ /0	☐
Tapis avec bordure			
relevée ou obstacle	☐ /1	☐ /0	☐
Hauteur des chaises appropriée	☐ /0	☐ /1	☐
<u>Escaliers</u>			
Marches inégales	☐ /1	☐ /0	☐
Présence de main courante	☐ /-1	☐ /0	☐
<u>Salle de bain</u>			
Présence d'anti-dérapant douche	☐ /-1	☐ /0	☐
Présence d'une barre d'appui			
dans la douche	☐ /-1	☐ /0	☐
dans les WC	☐ /-1	☐ /0	☐
<u>Rangements :</u>			
Articles d'usage courant accessibles	☐ /0	☐ /-1	☐
<u>Habillage</u>			
Chaussures adaptées	☐ /0	☐ /2	☐

RISQUE D'ISOLEMENT

	oui	non	NC
<u>Isolément géographique</u>			
Eloignement commerces	☐ /1	☐ /0	☐
<u>Isolément social</u>			
Vit seul à domicile	☐ /2	☐ /0	☐
Vit avec une personne dépendant	☐ /1	☐ /0	☐
Vit avec une personne autonome	☐ /-1	☐ /0	☐
Sort seul du domicile	☐ /0	☐ /2	☐
Voisin aidant	☐ /-1	☐ /0	☐
Passage régulier famille ou amis	☐ /-1	☐ /0	☐
Passage de professionnel	☐ /-1	☐ /0	☐

3. Questionnaire de Gérontopôle de Toulouse



Patient de 65 ans et plus, autonome (ADL > 5/6), à distance de toute pathologie aigue

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a horizontal line and a small flourish at the end.

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

POUTEAU Anaïs

47 pages – 1 figure

Résumé

Consultations préventives à domicile pour le patient âgé : point de vue des médecins généralistes sur l'utilisation en visite d'un outil d'évaluation du risque global à domicile, la grille EVALADOM.

Introduction : La population française âgée de plus 75 ans ne cesse de croître. Favoriser le maintien au domicile dans de bonnes conditions est devenu un enjeu majeur. Afin d'anticiper le déclin à domicile et diminuer les hospitalisations des patients âgés, la grille EVALADOM a été créée. Elle rentre dans le cadre de visite préventive auprès des patients de plus de 75 ans. Elle est prédictive d'événements graves au domicile. L'objectif de cette étude est de recueillir l'avis des médecins généralistes, en première ligne, sur cet outil.

Méthode : Etude qualitative par quatre focus groups auprès de médecins généralistes du Loir-et-Cher réalisant des visites à domicile. L'analyse des données a fait l'objet d'une analyse thématique

Résultats : Les médecins trouvent la grille très complète pour évaluer le domicile des patients. Ils avouent ne pas réaliser d'évaluation systématique. Paradoxalement, ils constatent un retard à la mise en place des aides qui peut être limitée par le manque d'informations sur les organismes disponibles. Le caractère chronophage et non valorisé de ces visites ne permettent pas de l'appliquer de manière systématique. Ils souhaiteraient cibler les patients chez qui la réaliser et que cet outil alerte sur la situation au domicile. Après la réalisation les médecins redoutent le manque de débouchés

Conclusion : EVALADOM apparaît être un bon outil pour une évaluation globale du domicile des patients âgés. Il faudrait cibler les patients en identifiant les facteurs de fragilité au domicile. Après cette évaluation, il pourrait être intéressant de communiquer avec une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière pour une évaluation globale gériatrique au domicile.

Mots-clés : médecine générale, patients âgés, maintien à domicile difficile, grille d'évaluation, EVALADOM

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE
Directeur de thèse : Docteur Estelle COIGNEAU-BEAUFILS
Membres du Jury : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE
Docteur Valérie MOLINA
Date de soutenance : le mardi 14 Décembre 2021