



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2023 à Poitiers
par **Marion HAZARD**

Informations sur les aides à domicile, enquête sur la satisfaction de deux populations de plus de 65 ans

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres : Madame la Docteur Françoise COUTURIER
Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

Directeur de thèse : Madame la Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référénte égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Accesneur 2nd oyoile**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Accesneur reherohe**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Accesneur 2nd oyoile, stages hopitaillers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucia, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Accesneur 1^{er} oyoile**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jlad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, **médecine d'urgence**
- NASR Nathalia, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Accesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Accesneur L.A 8 et 1^{er} oyoile**
- PERRAUD GATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT Franca, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Accesneur 3^e oyoile**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Accesneur 1^{er} oyoile**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julia, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référénte relations Internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (absente jusqu'au 29/12/2023)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Accesneur 2nd oyoile**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anna-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Accesneur pédagogique pharmaco**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations Internationales**
- PAGE Gylène, biologie cellulaire, biotechnologies
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmaco**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAE 8 – Responsable du dispositif COME'In – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN : Merci infiniment d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT : Merci d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury.

Madame la Docteur Françoise COUTURIER : Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir accompagné en fin d'internat et dans mes premiers remplacements.

A ma directrice de thèse :

Madame la Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES : Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse et de m'avoir donné la petite impulsion qui me manquait. Merci de ta patience et de ta compréhension lors de cette année un peu mouvementée.

A la maison de santé de Vasles : A Charlotte, Mathieu, Julie, Marie-France, Sarah, Elodie, Vanessa et Aristide merci de votre gentillesse et de m'avoir montré qu'on pouvait vraiment coopérer entre professionnels de santé.

A mes collègues de Couhé Guillaume et Aurore : merci d'avoir supporté mes épisodes de stress et mes humeurs variables.

A la secrétaire du cabinet de Couhé Emmanuelle : Merci pour ton aide lors du remplissage des questionnaires et de tout ce que tu as pu faire pour me faciliter la vie.

A Baptiste : Merci de me supporter tous les jours et surtout cette dernière année. Merci pour ton aide avec EXCEL qui m'a fait gagner un temps inestimable dans ce travail. Comme quoi ton côté maniaque a du bon... (Je ne le répèterais pas de sitôt ...)

A mes parents : Merci pour tout ce que vous avez pu faire pour moi au cours de toutes ces années. Merci pour votre participation à cette thèse et pour les corrections.

A ma sœur : Merci d'avoir été là lors de mes premières années à la faculté de médecine sans toi qui sait où j'en serais.

Au reste de ma famille et à ceux qui nous ont quittés : Merci pour les moments passés ensemble et pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

A mes amis d'enfance et d'après : Merci d'avoir été là pour moi au cours de toutes ces années.

A mes amis d'externat de Limoges : Merci à l'association étudiante qui nous a permis de fonder ce joyeux petit groupe. Sans vous les études auraient été beaucoup plus difficiles.

Table des matières :

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
REMERCIEMENTS :	5
TABLE DES MATIERES :	6
LISTE DES ILLUSTRATIONS :	8
LISTE DES ANNEXES :	9
LISTE DES ABREVIATIONS :	10
INTRODUCTION :	11
1. MATERIELS ET METHODES	12
1.1. Type d'étude	12
1.2. Population étudiée	12
1.3. Modalités de recrutement	12
1.4. Elaboration du questionnaire	13
1.5. Méthode analytique	13
1.6. Ethique	13
2. RESULTATS.....	14
2.1. Age des populations étudiées	14
2.2. Répartition hommes femmes	14
2.3. Catégories socio-professionnelles	14
2.4. Personnes recevant des aides à domicile	15
2.4.1. Personnes apportant l'aide	15
2.4.2. Moyens de financement des aides	16
2.4.3. Personne ayant évoqué les aides à domicile	16
2.4.4. Satisfaction vis-à-vis de l'information fournie	17
2.4.5. Utilité de l'information fournie	17
2.4.6. Forme de l'information fournie	17
2.4.7. Délai d'acceptation des aides	17
2.5. Personnes n'ayant pas d'aides à domicile	18
2.5.1. Besoin d'aides	18
2.5.2. Proposition d'aides	18
2.5.3. Souhait d'information	18

3. DISCUSSION	20
3.1. Analyse des résultats.....	21
3.1.1. Caractéristiques des deux échantillons	21
3.1.1.1. L'âge.....	21
3.1.1.2. Répartition hommes femmes.....	22
1.1. Aides à domicile	21
1.1.1. Aides financières.....	21
1.1.2. Aides humaines.....	22
1.1.3. Instauration des aides.....	22
1.1.4. Délai d'acceptation	24
3.3. Forces et faiblesses de l'étude	24
3.3.1. Faiblesses de l'étude	24
3.3.2. Forces de l'étude	24
CONCLUSION	25
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THESE CONCERNANT LES AIDES A DOMICILE	26
ANNEXE 2 : CONTACT EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE :.....	28
BIBLIOGRAPHIE :.....	29
RESUME :.....	31
SERMENT D'HIPPOCRATE :	32

Liste des illustrations :

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Age des personnes ayant répondu.....	14
Tableau 2 : Répartition par sexe.....	14
Tableau 3 : Catégories de personnes aidant à domicile.....	15
Tableau 4 : Tableau comparatif des différents types d'aides financières utilisées.....	16
Tableau 5 : Tableau comparatif des différentes personnes ayant évoqué les aides.....	16

Liste des figures :

Figure 1 : Question 3 : Quelle est ou était votre catégorie socio-professionnelle ?.....	15
--	----

Liste des annexes :

Annexe 1 : Questionnaire de thèse concernant les aides à domicile.....26
Annexe 2 : Contacts en cas de perte d'autonomie28

Liste des abréviations :

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CARE : Capacités, aides et ressources des séniors

CESU : Chèque emploi service universel

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

GIR : Groupe iso-ressources

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MADD : Maintien à domicile difficile

PTA : Plateforme territoriale d'appui

Introduction :

Le vieillissement de la population continue sa progression en France. Les projections de l'INSEE établissent qu'en 2040 un habitant sur quatre appartiendrait à la tranche d'âge des plus de 65ans. (1)

L'espérance de vie s'allonge mais avec elle apparait une autre notion, celle de dépendance. La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne.(2).

En tant que médecins généralistes nous jouons un rôle primordial dans la coordination des soins et par extension, dans la mise en place d'aides à domicile chez les personnes âgées dépendantes. Cependant nous sommes souvent confrontés à un refus comme le montrent de nombreux articles à ce sujet. (3-7)

Différentes causes de refus ont déjà été identifiées : le refus lié au déni de la maladie ou du handicap, le refus lié au stress face à une situation d'urgence, le refus financier, le refus culturel, le refus en cours d'aide. (5)

Une des principales causes de refus des aides par les personnes âgées identifiées par les médecins généralistes du Limousin serait la méconnaissance des aides financières. (8)

Une thèse menée auprès des aidants de patients Alzheimer montre que seuls 35% des médecins traitants auraient proposé l'instauration d'aides à domicile et moins d'un tiers des aidants a jugé que le médecin traitant avait facilité leur mise en place. (9)

Les médecins généralistes n'informeront donc pas assez leurs patients sur les aides auxquelles ils peuvent prétendre. L'information fournie ou la façon de la transmettre ne serait pas satisfaisante et pourrait participer au refus d'aide.

L'objectif principal de notre étude a pour but de connaître le taux de satisfaction des patients de plus de 65 ans vis-à-vis de l'information fournie concernant les aides à domicile.

Les objectifs secondaires sont d'apprécier le taux de refus d'aides et de connaître le moyen d'information à privilégier.

1. Matériels et méthodes

1.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative multicentrique et rétrospective chez une population de plus de 65 ans partagée en 2 échantillons de taille similaire. L'étude s'est déroulée de février 2023 à juillet 2023.

1.2. Population étudiée

Nous avons choisi d'étudier une population de personnes de plus de 65ans. C'est l'âge correspondant à la définition d'une personne âgée par l'INSEE.

Nous avons décidé de comparer deux échantillons.

- L'un était issu d'une population qui fréquente le milieu médical et paramédical. Nous l'avons nommé échantillon Médical.
- L'autre était issu d'une population s'approchant au plus près de la population générale. Pour cela nous avons décidé d'interroger des personnes fréquentant les supermarchés. Nous l'avons nommé échantillon Supermarché.

1.3. Modalités de recrutement

- Pour l'échantillon Médical : Les questionnaires ont été remis aux patients de plus de 65 ans qui venaient en consultation au cabinet médical par une secrétaire ou un médecin. Les cabinets médicaux concernés étaient ceux de Couhé et Nieul. L'investigateur principal n'a pas remis de questionnaire comme convenu avec la CNIL (cf 1.6. Ethique). Les questionnaires ont également été remis aux patients de plus de 65 ans entrant dans la pharmacie HAZARD de Magnac-Laval. Les questionnaires ont été remis de février à juin 2023.
- Pour l'échantillon Supermarché : les questionnaires ont été réalisés à la sortie de deux supermarchés un à Vivonne et l'autre à Lusignan sur quatre demi-journées en juin et juillet 2023. Pour des raisons de praticité et pour obtenir un meilleur taux de réponse les questions ont été directement posées aux personnes sortant du supermarché concerné qui acceptaient de répondre au questionnaire. La question concernant l'âge était posée en premier afin de sélectionner les personnes de plus de 65 ans. L'investigateur principal jugeait d'abord visuellement les personnes à qui il allait soumettre le questionnaire. Les questionnaires ont été réalisés après ceux de l'échantillon Médical. Le nombre de questionnaires a été adapté à ceux obtenus pour l'échantillon Médical.

1.4. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire comportait initialement 12 questions mais a été retravaillé à 2 reprises suite aux premiers questionnaires remplis (Annexe 1).

Les personnes ne bénéficiant pas d'aides n'avaient pas d'item leur étant dédié initialement. Une partie les concernant a été ajoutée de la question 12 à 15.

A la question 6 l'item « financement personnel » a été rajouté devant la présence de cette réponse manuscrite par plusieurs personnes.

1.5. Méthode analytique

Les résultats des questionnaires ont été saisis dans un tableur Microsoft EXCEL selon l'échantillon auquel ils appartenaient.

Ils ont été ensuite analysés grâce au site de statistique en ligne BiostaTGV. Les calculs réalisés grâce à ce site utilisaient le logiciel R. Les tests statistiques réalisés étaient des tests de Chi 2 avec correction de Yates pour les questions 2, 4 et des tests exacts de Fisher quand les effectifs étaient trop petits pour les questions 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0.05$.

1.6. Ethique

Le référent de la CNIL à l'université de Poitiers a été consulté. Cette étude ne nécessitait pas d'enregistrement auprès de la CNIL si les questionnaires réalisés en milieu médical n'étaient pas remis en main propre à l'investigateur principal.

2. Résultats

L'étude s'est terminée avec 48 questionnaires dans chaque échantillon nommé respectivement Médical et Supermarché.

2.1. Age des populations étudiées

Il y avait plus de personnes âgées de plus de 75 ans qui ont répondu au questionnaire dans l'échantillon Supermarché. Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les deux échantillons ($p = 0.14$). Les résultats sont repris dans le tableau 1.

Tableau 1 : Age des personnes ayant répondu

	Médical (n = 48)				Supermarché (n = 48)			
Age (ans)	65-75	75-85	85-95	>95	65-75	75-85	85-95	>95
Nombre de réponses	20	13	14	1	10	18	19	1
Pourcentage (%)	41.67	27.08	29.17	2.08	20.83	37.50	39.58	2.08

2.2. Répartition hommes femmes

La répartition entre les hommes et les femmes était comparable entre les deux échantillons. ($p = 1$) comme illustré par le tableau 2.

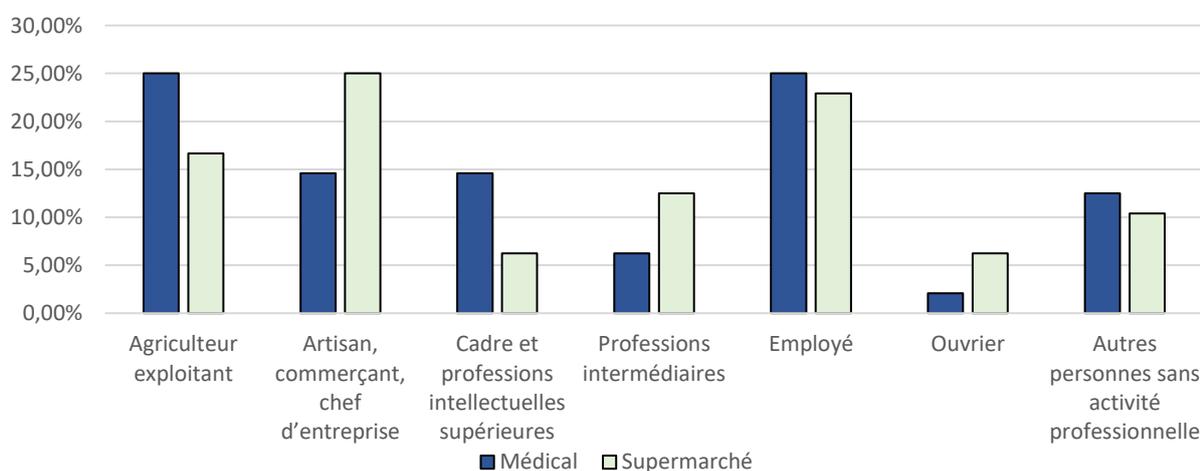
Tableau 2 : Répartition par sexe

	Médical		Supermarché	
	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponses	Pourcentage
Femmes	29	60,4 %	30	62,5%
Hommes	19	39,6 %	18	37,5%

3. Catégories socio-professionnelles

La Figure 1 résumait les différentes catégories socio-professionnelles des personnes ayant répondues au questionnaire.

Figure 1 :
Réponses question 3 : Quelle est ou était votre catégorie socio-professionnelle ?



2.4. Personnes recevant des aides à domicile

Dans l'échantillon médical 18 personnes (soit 38%) bénéficiaient d'aides. Dans l'échantillon Supermarché 19 personnes (soit 41.3%) bénéficiaient d'aides. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p=0.90$).

2.4.1. Personnes apportant l'aide

Les différentes personnes aidant à domicile ont été regroupées dans le Tableau 3 selon le nombre de réponses.

Tableau 3 : Catégories de personnes aidant à domicile

	Médical		Supermarché	
	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponses	Pourcentage
Employés ou membres d'une association	17	73.91%	17	58.62%
Enfants	2	8.70%	7	24.14%
Autres personnes de la famille	3	13.04%	0	0%
Conjoint	1	4.35%	3	10.34%
Voisins	0	0%	2	6.9%

2.4.2. Moyens de financement des aides

Les différents moyens de financement des aides à domicile ont été regroupés dans le Tableau 4. La principale aide évoquée était l'APA.

Tableau 4 : Tableau comparatif des différents types d'aides financières utilisées

	Médical		Supermarché	
	<i>Nombre de réponses</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre de réponses</i>	<i>Pourcentage</i>
APA	7	38.89%	10	45.45%
Chèque CESU	3	16.67%	10	45.45%
Financement personnel	7	38.89%	0	0%
Aide des caisses de retraite	1	5.56%	2	9.09%
Aide des mutuelles	0	0%	0	0%

2.4.3. Personne ayant évoqué les aides à domicile

Concernant les personnes à l'origine des aides, le médecin traitant arrivait en seconde position bien après la famille ou un proche comme illustré par le Tableau 5.

Tableau 5 : Tableau comparatif des différentes personnes ayant évoqué les aides

	Médical		Supermarché	
	<i>Nombre de réponses</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre de réponses</i>	<i>Pourcentage</i>
Un proche	12	66.67%	9	45%
Médecin traitant	4	22.20%	2	15%
Assistante Sociale	1	5.56%	5	25%
Médecin hospitalier	0	0%	2	10%
Infirmière	1	5.56%	1	5%
PTA ou Vienne autonomie conseil	0	0%	0	0%

2.4.4. Satisfaction vis-à-vis de l'information fournie

L'information fournie concernant les aides à domicile a été jugée :

- « Très satisfaisante » pour 5 personnes soit 27.78% de l'échantillon Médical contre 9 personnes soit 47.37% de l'échantillon Supermarché.
- « Satisfaisante » pour 13 personnes soit 72.22% de l'échantillon Médical contre 10 personnes soit 52.63% de l'échantillon Supermarché.
- Les items « Peu satisfaisant » ou « Pas satisfaisant » n'ont pas été cités dans les réponses.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.31$).

2.4.5. Utilité de l'information fournie

Concernant l'utilité de l'information fournie elle a été jugée :

- « Très utile » pour 5 personnes 27.78% de l'échantillon Médical contre 13 personnes soit 72.22% de l'échantillon Supermarché.
- « Utile » pour 13 personnes soit 72.22% de l'échantillon Médical contre 5 personnes soit 27.78% de l'échantillon supermarché.
- Les items « Peu utile » et « Pas du tout utile » n'ont pas été cités dans les réponses.

Il y avait une différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.018$).

2.4.6. Forme de l'information fournie

L'information a été fournie :

- Par voie orale pour 13 personnes soit 72.22% de l'échantillon médical contre 14 personnes soit 77.78% pour l'échantillon Supermarché.
- Par support papier pour 4 personnes soit 27.78% de l'échantillon médical contre 4 personnes soit 22.22% pour l'échantillon Supermarché.

Il n'y avait pas de différence significative ($p = 1$).

2.4.7. Délai d'acceptation des aides

- L'acceptation était immédiate pour 9 personnes soit 50% de l'échantillon Médical contre 4 personnes soit 22.22% pour l'échantillon Supermarché.
- Le délai était d'un mois pour 4 personnes soit 22.22% de l'échantillon Médical contre 11 personnes soit 61.11% pour l'échantillon Supermarché.
- Le délai était de plus de 6 mois pour 4 personnes soit 22.22% de l'échantillon Médical contre 2 personnes soit 11.11% pour l'échantillon Supermarché.
- Le délai était d'un an ou plus pour 1 personne soit 5.56% de l'échantillon Médical contre 1 personne soit 5.56% pour l'échantillon Supermarché.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.097$)

2.5. Personnes n'ayant pas d'aides à domicile

Dans l'échantillon médical 29 personnes soit 62% ne bénéficiaient pas d'aides.

Dans l'échantillon Supermarché 27 personnes soit 59% ne bénéficiaient pas d'aides.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.90$).

2.5.1. Besoin d'aides

Parmi les personnes n'ayant pas d'aides à domicile :

- 5 personnes soit 16.67% de l'échantillon Médical estimaient en avoir besoin contre 6 personnes soit 20% de l'échantillon Supermarché.
- 25 personnes soit 83.33% de l'échantillon Médical estimaient ne pas en avoir besoin contre 24 personnes soit 80% de l'échantillon Supermarché.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 1$).

2.5.2. Proposition d'aides

Une aide a été proposée à 8 personnes soit 26.67% de l'échantillon Médical contre 5 personnes soit 16.7% de l'échantillon Supermarché. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.53$).

Dans l'échantillon Médical, parmi les personnes pensant avoir besoin d'aides il y avait 3 personnes à qui elles avaient été proposées et 3 personnes à qui il n'y avait pas eu de proposition. Une aide avait été proposée à 6 personnes qui pensaient ne pas en avoir besoin soit 21%.

Dans l'échantillon Supermarché, parmi les personnes pensant avoir besoin d'aides il y avait 3 personnes à qui elles avaient été proposées et 3 personnes à qui il n'y avait pas eu de proposition. Une aide avait été proposée à 2 personnes qui pensaient ne pas en avoir besoin soit 7%.

2.5.3. Souhait d'information

11 personnes soit 36.67% de l'échantillon Médical souhaitaient recevoir une information sur les aides contre 13 personnes soit 43.33% de l'échantillon Supermarché. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 échantillons ($p = 0.79$)

12 personnes soit 85.71% de l'échantillon Médical et 11 personnes soit 78.57% de l'échantillon Supermarché souhaitaient qu'elle soit fournie par voie papier contre 2 personnes soit 14.29%

de l'échantillon Médical et 3 personnes soit 21.43% de l'échantillon Supermarché qui souhaitaient qu'elle soit fournie par voie orale.

Les personnes estimant ne pas avoir besoin d'aides étaient celles qui souhaitaient avoir une information à ce sujet. Cela représentait 9 personnes de l'échantillon Médical et 8 personnes de l'échantillon Supermarché.

Des personnes estimant avoir besoin d'aides ne souhaitaient pas avoir d'information à ce sujet. Cela représentait 3 personnes de l'échantillon Médical et 1 personne de l'échantillon Supermarché.

4. Discussion

Dans notre étude, les personnes bénéficiant d'aides à domicile ont jugé l'information fournie concernant la mise en place d'aides à domicile, « très satisfaisante » et « satisfaisante ». Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes Médical et Supermarché. Les autres items de réponses à la question 8 sur la satisfaction de l'information fournie concernant les aides à domicile qui étaient « peu satisfaisant » et « pas satisfaisant n'ont reçu aucune réponse.

Pour la population de cette étude, l'information fournie concernant les aides à domicile au moment de leur mise en place était satisfaisante.

Le refus des personnes âgées pour mettre en place des aides à domicile pourrait ne pas être dû à un manque d'informations à ce sujet.

Un des objectifs secondaires de notre étude était de savoir s'il y avait un moyen à privilégier pour transmettre l'information concernant la mise en place d'aides à domicile.

Pour les personnes bénéficiant d'aides, l'information leur avait été fournie majoritairement par voie orale par un des intervenants évoqués à la question 7 (médecin traitant, médecin hospitalier, infirmière, PTA ou CLIC, assistante sociale, un proche).

Les personnes ne bénéficiant pas d'aides actuellement souhaitaient majoritairement bénéficier d'un support papier. Il serait donc nécessaire dès l'évocation des aides à domicile, d'avoir un support papier avec des informations recensant les personnes à contacter à remettre aux patients. Un exemple de document à remettre est disponible en Annexe 2.

Un support écrit serait d'autant plus utile face aux déficits arrivant avec l'âge : baisse d'acuité visuelle ou auditive. Enfin un papier peut être lu à posteriori au domicile par les proches aidants, personnes étant le plus souvent à l'origine de la démarche et de la mise en place des aides comme le montre notre étude.

Parmi les objectifs secondaires il était prévu d'estimer le taux de refus de mise en place d'aides à domicile.

Pour estimer ce taux de refus à la mise en place d'aides nous nous sommes basés sur les réponses des personnes n'ayant pas d'aides à domicile. Puis nous avons regardé les réponses à la question 12 (Pensez-vous avoir besoin d'aides à domicile ?) et à la question 13 (Vous a-t-on déjà proposé la mise en place d'aides à domicile ?).

Cela nous a permis d'obtenir :

- Dans le groupe Médical un taux de 21% (Une aide avait été proposée à 6 personnes qui pensaient ne pas en avoir besoin).
- Dans le groupe Supermarché un taux de 7% (Une aide avait été proposée à 2 personnes qui pensaient ne pas en avoir besoin).

Mais ces chiffres restent difficilement interprétables. Il est difficile de savoir si l'absence d'aides était due :

- Au refus de la personne d'en avoir
- A des aides en cours d'instauration mais pas encore mises en place
- Au fait que la personne n'en avait vraiment pas besoin.

En pratique courante il est difficile d'estimer le taux de refus de recours aux aides. En 2015 l'enquête Capacités, aides et ressources des séniors (CARE) a été menée chez des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile. Cette enquête avait plusieurs volets. Un de ceux-ci, l'enquête « CARE-Ménages », a essayé de quantifier le taux de non-recours à l'une des principales aides financières, l'APA, sans y parvenir. L'évaluation était complexe devant de multiples variables pouvant intervenir dans la non-perception de l'APA. Ces variables étaient :

- La perception d'une autre allocation non cumulable avec l'APA
- Un écart entre les droits ouverts et le paiement à proprement parlé de l'APA
- Un GIR (Groupe iso-ressources) estimé par l'enquête CARE différent de celui estimé par les professionnels lors d'une évaluation à domicile pour demande d'APA(10).

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Caractéristiques des deux échantillons

4.1.1.1. L'âge

La population de l'échantillon Supermarché comptait plus de personnes dans les tranches d'âge 85-95 ans et 75-85ans ce qui pouvait être expliqué par un critère de sélection. Le choix des personnes en supermarché s'est fait en partie sur un critère visuel et subjectif ce qui a pu être à l'origine d'un biais de sélection. En milieu médical l'âge a pu être vérifié par la secrétaire par exemple avec le logiciel métier.

Selon une étude de l'INSEE en 2015 dans la Vienne les 60-74 ans représentaient 35.5% de la population. Les 75-89 ans représentaient 18.3% de la population. Les plus de 90 ans représentaient 3.1% de la population. (11)

4.1.1.2. Répartition homme femme

Dans notre étude il y avait plus de femmes que d'hommes. Les deux échantillons étaient comparables de ce point de vue.

Cette tendance est comparable à la population de la Vienne de plus de 65 ans en 2015 avec une proportion de 56.9% de femmes contre 43.1% d'hommes (11).

1.1. Aides à domicile

1.1.1. Aides financières

En 2013, 9.4% de la population de la Vienne vivant à domicile bénéficiait de l'APA (12). Ce chiffre concernant la population totale, il est difficile de savoir si les résultats obtenus dans notre étude étaient comparables.

1.1.2. Aides humaines

Dans cette étude l'aide la plus fréquemment évoquée était celle apportée par une association ou un employé. L'aide apportée par les proches arrivait en deuxième position.

Ce résultat diffère de ce qui a pu être mis en évidence dans d'autres publications. Dans une étude de l'enquête CARE, déjà évoquée précédemment, 48% des seniors seraient aidés par leurs proches (13). L'aide est apportée principalement par les conjoints ou les descendants à raison de 80 % (14).

Il y avait moins d'une personne sur dix entre 60 et 74 ans qui déclarait recevoir une aide humaine selon l'enquête CARE (13).

La différence que nous retrouvons dans notre étude est-elle due à un problème d'intitulé ? Au fait que la personne âgée ne considérerait pas sa famille comme une aide car elle ne la payerait pas ? Les personnes interrogées dans notre étude seraient-elles plus isolées et n'auraient-elles pas de proches pour les aider d'où un recours plus important à des professionnels ?

Une autre explication pourrait être une moyenne d'âge plus élevée dans notre étude. L'aide aux activités de la vie de tous les jours augmentant avec l'âge et la perte d'autonomie. Une moyenne d'âge plus élevée dans notre étude expliquerait un recours plus important à des aides autres que celles apportées par la famille.

Comme évoqué précédemment, cela pourrait être le cas dans l'échantillon Supermarché qui a une moyenne d'âge plus élevée. Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les deux échantillons concernant l'âge.

Il y avait plus de personnes de l'échantillon Médical répondant à la question 5 (Cette aide est apportée par ?) « Par une personne d'une association ou que vous employez ». Une moyenne d'âge plus élevée ne peut donc pas expliquer cette différence.

1.1.3. Instauration des aides

Le premier intervenant à l'origine de l'instauration des aides était la famille. Le médecin traitant arrivait en deuxième position avec un taux de 22.2% dans l'échantillon Médical et 15% dans l'échantillon Supermarché.

Une thèse étudiant le rôle du médecin traitant dans la mise en place d'aides chez des patients ayant des troubles cognitifs retrouvait une implication à 35% des médecins traitants (9).

Une étude menée en 2012 chez 383 médecins généralistes des Pays de la Loire rapportait que plus de six fois sur dix le médecin traitant serait à l'origine de la mise en place d'une aide à domicile. Par à l'origine cela sous entendait avoir contacté directement le service d'aide à ce sujet (12 %), ou le conseil à l'entourage de le faire (50 %)(15).

Notre étude retrouve une implication plus faible du médecin traitant. Mais le fait de conseiller l'entourage de contacter un service d'aides à domicile n'est peut-être pas considéré par les patients comme être initiateur de ces aides.

Concernant le rôle de l'assistante sociale il était plus évoqué dans l'échantillon Supermarché que le médecin traitant ou le médecin hospitalier. Il aurait peut-être été intéressant de faire la différence entre l'assistante sociale en lien avec un service hospitalier et celle qui peut appartenir à un réseau de gérontologie. Cela aurait évité un biais de classement.

Le médecin hospitalier était très peu présent dans les réponses. Cependant une partie des aides mises en place après une hospitalisation ont pu être attribuée à l'assistante sociale et pas au médecin hospitalier.

Quand on travaille dans un service de gériatrie ou d'urgences, les hospitalisations pour maintien à domicile difficile (MADD) sont un motif fréquent. Qui dit MADD, sous-entend l'absence d'aides à domicile antérieures ou un plan d'aide insuffisant. On pourrait donc penser que les aides à domicile seraient souvent mises en place suite à une hospitalisation, en tout cas plus que dans notre étude.

Une thèse de 2012 réalisée en région parisienne étudiait les caractéristiques de patients âgés de plus de 75 ans qui étaient hospitalisés pour MADD. Parmi eux 11,4% n'avaient aucune aide à domicile et 86,9% bénéficiaient d'une aide professionnelle au domicile (16).

Une autre étude prospective menée chez des patients hospitalisés pour MADD en court séjour gériatrique à Bayonne et Saint-Jean-de-Luz mettait en évidence que 44,6 % des patients avaient l'APA avant l'hospitalisation donc potentiellement des aides. Pour 41 patients (71,9 %), une demande d'APA ou d'aggravation d'APA a dû être faite pendant l'hospitalisation (17).

Dans notre étude il n'y avait aucune réponse en faveur d'une instauration des aides à domicile grâce aux réseaux de gérontologie (CLIC, PTA, DAC). Ces réseaux sont pourtant très importants et améliorent la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Un travail de thèse a été réalisé sur la pratique des médecins généralistes concernant le maintien à domicile des personnes âgées et l'apport des réseaux de gérontologie à Nice. Il découlait de cette étude : des démarches administratives chronophages, un manque de temps pour bien évaluer la situation à domicile, un manque d'information concernant les aides disponibles et sur les numéros à contacter. L'importance d'un numéro unique à contacter était souligné (18). Ce qui a été mis en place depuis cette étude. Cependant suite à différentes lois, une multitude de dispositifs existent avec chacun un acronyme qui lui est propre.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 (19) a pour but d'harmoniser ces différents dispositifs et crée les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cette harmonisation ne se fait pas à la même vitesse selon les départements et n'a eu lieu que courant 2022-2023 dans la Vienne par exemple d'où la mention PTA et pas DAC dans notre questionnaire.

Nous avons contacté la PTA au début de notre étude fin 2022 pour essayer de clarifier et mettre en place la fiche d'information au patient. L'uniformisation sous forme de DAC était en cours. Il est intéressant de noter que le numéro d'appel reste le même depuis que le changement a eu lieu (20).

Ceci explique le manque de réponses concernant ces dispositifs lors de cette étude. Il sera intéressant de voir si les patients auront plus connaissance des DAC à l'avenir.

1.1.4. Délai d'acceptation

Le délai d'acceptation des aides à domicile se situait entre immédiatement et un mois après. Cela paraît rapide par rapport aux refus d'aides qui sont souvent mentionnés dans de nombreux articles mais qui ne sont pas quantifiés. Nous n'avons pas trouvé d'article mentionnant un délai d'acceptation des aides à domicile. Le point de vue du patient concernant le début des démarches d'acceptation était peut-être différent de celui des proches ou des professionnels. Il pourrait être intéressant d'étudier le délai d'acceptation des aides à domicile entre leur proposition par les professionnels ou la famille et leur acceptation par les personnes âgées.

3.3. Forces et faiblesses de l'étude

3.3.1. Faiblesses de l'étude

Dans cette étude il existe plusieurs biais :

- Un faible échantillon qui peut influencer sur les significativités que nous avons obtenues.
- Un biais de sélection déjà évoqué auparavant pour la sélection des patients en Supermarché.

Certains items du questionnaire auraient pu être retravaillés comme celui de l'assistante sociale à la question 7 qui pouvait porter à confusion.

Le questionnaire aurait pu être plus précis et complet mais le risque était d'avoir un taux de réponse plus faible.

Le taux de refus que nous avons obtenu reste discutable.

3.3.2. Forces de l'étude

La force de cette étude repose dans son originalité. Elle se base sur le ressenti des patients plutôt que sur des réponses obtenues par le biais de leur entourage ou des professionnels de santé.

Certaines données comme le délai d'acceptation n'ont pas été retrouvées dans les recherches bibliographiques que nous avons pu faire.

Il a déjà été rapporté qu'il serait intéressant d'évoquer les aides à domicile avant que les personnes n'en aient besoin. Pourquoi pas lors d'une consultation de prévention par exemple. En incluant des personnes à partir de 65 ans qui n'avaient pas d'aides, nous avons pu étudier leur souhait concernant cette information et notamment la forme pour la transmettre.

Conclusion

La mise en place d'aides à domicile chez les personnes âgées est un sujet complexe. Bien souvent les professionnels de santé ou l'entourage se heurtent à un refus.

Notre étude s'est attachée à explorer une des causes possibles de ce refus : le manque d'information concernant les aides à domicile.

Les patients de cette étude ont jugé recevoir une information satisfaisante à ce sujet.

Ils souhaiteraient cependant recevoir une information par voie papier en plus de celle fournie par voie orale par le médecin traitant. Cela pourrait permettre une meilleure acceptation et faire un lien avec les proches aidants s'ils ne sont pas présents lors des consultations.

Mais pour cela il faut que les patients consultent. Selon les recommandations actuelles un rappel vaccinal pour le tétanos doit être effectué à l'âge de 65 ans puis 75 ans et 85 ans. Pour les personnes consultant peu et ayant peu de comorbidités cela pourrait être l'occasion d'évoquer les aides juste à visée informative et préventive avec l'aide d'un support papier.

Une autre option serait d'envoyer directement au domicile des patients à partir d'un certain âge un feuillet résumant les aides qui existent et les personnes à contacter pour les mettre en place. L'existence d'un numéro unique en France pour joindre les DAC favoriserait cette démarche au niveau national.

Un autre point mis en avant dans cette étude est la méconnaissance des réseaux de gérontologie.

Les dernières lois avec la mise en place des DAC devraient éviter les confusions liées aux différents dispositifs existants pour coordonner les aides à domicile. Mais cela reste une avancée récente encore peu connue du grand public et potentiellement des médecins.

Pourtant une meilleure utilisation de ce dispositif permettrait une meilleure prise en charge des personnes âgées à domicile. Face à la baisse de l'offre médicale et au vieillissement de la population, il est important de faire évoluer nos pratiques concernant ces démarches qui sont généralement chronophages.

La prévention de la perte d'autonomie est une question sociétale. Il est important de déstigmatiser le fait d'avoir besoin d'aides. Certaines organisations comme le CDCA (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie) essaient de faire évoluer les représentations de la société vis-à-vis du vieillissement et de la vieillesse. Cela passe par des actions comme la semaine bleue qui a pour but de valoriser la place des aînés dans notre société.

Dans notre étude comme dans d'autres le taux de refus retrouvé était difficilement interprétable. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude prospective référençant le moment où le médecin traitant évoque les aides puis le moment où elles sont acceptées par la personne âgée. On appréhenderait mieux le délai d'acceptation et le refus.

Le fait de fournir une information papier influencerait-elle ce délai d'acceptation ?

Des progrès restent à faire pour rapprocher aidés, aidants et soignants afin d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées en perte d'autonomie.

Annexe 1 : Questionnaire de thèse concernant les aides à domicile

Bonjour,

Je réalise ma thèse de médecine générale sur la thématique des aides à domicile et plus particulièrement sur les informations qu'on a pu vous fournir à ce propos. Si vous voulez m'aider dans ce travail merci de répondre à ce questionnaire, ça ne vous prendra que quelques minutes. Les réponses sont anonymes et ne seront utilisées que pour cette thèse.

1) Quel âge avez-vous ?

- 65-75
- 75-85
- 85-95
- > 95 ans

2) Etes-vous :

- une femme
- un homme

3) Quelle est ou était votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Autre personne sans activité professionnelle

4) Avez-vous des personnes qui vous aident à domicile (aide-ménagère, portage des repas, aide à la toilette, aide pour les courses, pilulier fait par une infirmière...)?

- Oui
- Non SI vous répondez NON veuillez répondre à partir de la question 12

Si vous avez répondu oui vous pouvez répondre aux questions 5 à 11

5) Cette aide est apportée :

- Par votre conjoint
- Par vos enfants
- Par quelqu'un d'autre de la famille
- Par vos voisins
- Par une personne d'une association (ex : ADMR..) ou que vous employez

6) Pour les personnes que vous employez comment les financez-vous ?

- Chèque CESU (chèque emploi service universel)
- APA (Aide personnalisée d'autonomie)
- Aides des mutuelles
- Aides des caisses de retraite
- Financement personnel

7) Qui vous a parlé des aides ?

- Mon médecin traitant
- Un médecin hospitalier
- Une infirmière
- La plateforme territoriale d'appui à l'autonomie (PTA) ou le CLIC ou Vienne autonomie conseil

- Une assistante sociale
- Un proche

8) Comment avez-vous jugé l'information fournie ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas satisfaisante

9) L'information fournie vous a été :

- Très utile
- Utile
- Peu utile
- Pas du tout utile

10) L'information était fournie par voie :

- Papier
- Orale

11) Sous quel délai avez-vous accepté les aides ?

- Tout de suite
- Au bout d'1 mois
- Au bout de 6 mois
- Au bout d'1 an ou plus

Si vous avez répondu NON à la question 4 vous pouvez répondre aux prochaines questions

12) Pensez-vous avoir besoin d'aides à domicile ?

- Oui
- Non

13) Vous a-t-on déjà proposé la mise en place d'aides à domicile ?

- Oui
- Non

14) Souhaiteriez-vous qu'on vous en parle ?

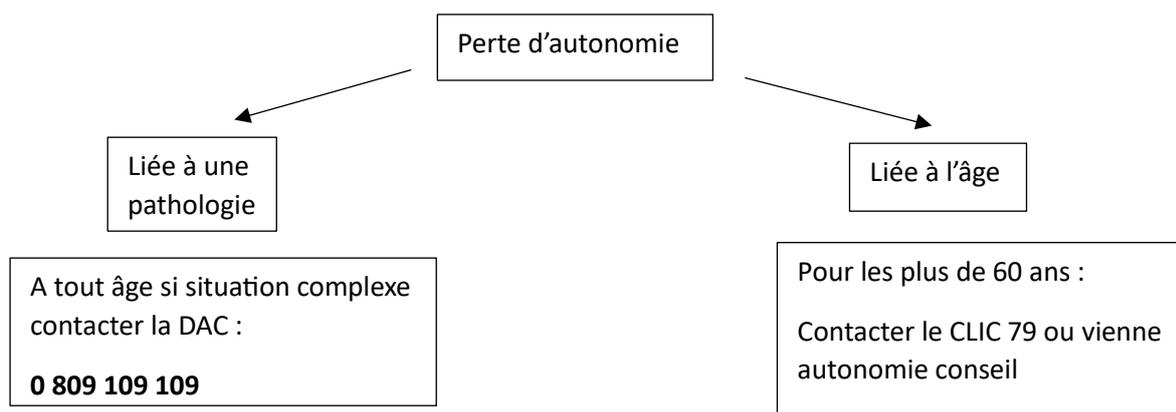
- Oui
- Non

15) Si OUI sous quelle forme ?

- Orale lors d'une consultation
- Papier pour pouvoir la lire tranquillement à domicile

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Annexe 2 : Contact en cas de perte d'autonomie :



Vienne autonomie conseil (VAC) :

MDS DE PROXIMITE DE CIVRAY

Adresse : 11 rue Salvador Allende 86400 CIVRAY

Tél. : 0549870135

Horaires : le lundi : de 8h30 à 12h30

du mardi au jeudi : de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h

le vendredi : de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30

Commune(s) associée(s) : ANCHE, ASNOIS, AVAILLES-LIMOUZINE, BLANZAY, BRION, BRUX, CHAMPAGNE-LE-SEC, CHAMPAGNE-SAINT-HILAIRE, CHAMPNIERS, CHARROUX, CHATAIN, CHATEAU-GARNIER, CHAUNAY, CIVRAY, GENCAY, GENOUILLE, JOUSSE, LA CHAPELLE-BATON, LA FERRIERE-AIROUX, LINAZAY, LIZANT, MAGNE, MAUPREVOIR, PAYROUX, PRESSAC, ROMAGNE, SAINT-GAUDENT, SAINT-MACOUX, SAINT-MARTIN-L'ARS, SAINT-AURICE-LA-CLOUERE, SAINT-PIERRE-D'EXIDEUIL, SAINT-ROMAIN, SAINT-SAVIOL, SAINT-SECONDIN, SAVIGNE, SOMMIERES-DU-CLAIN, SURIN, USSON-DU-POITOU, VALENCE-EN-POITOU, VOULEME, VOULON

MDS DE FONTAINE-LE-COMTE

Adresse : 41 rue du Vercors 86240 FONTAINE LE COMTE

Tél. : 0549005130

Horaires : le lundi : de 8h30 à 12h30

du mardi au jeudi : de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h

le vendredi : de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30

Commune(s) associée(s) : ASLONNES, BERUGES, BIARD, CELLE-LEVESCAULT, CHATEAU-LARCHER, CLOUE, COULOMBIERS, CROUTELLE, CURZAY-SUR-VONNE, DIENNE, FLEURE, FONTAINE-LE-COMTE, GIZAY, ITEUIL, JAZENEUIL, LA VILLEDIEU-DU-CLAIN, LIGUGE, LUSIGNAN, MARCAY, MARIGNY-CHEMEREAU, MARNAY, NIEUIL-L'ESPOIR, NOUAILLE-MAUPERTUIS, ROCHES-PREMARIE-ANDILLE, ROUILLE, SAINT-BENOIT, SAINT-SAUVANT, SANXAY, SMARVES, VERNON, VIVONNE, VOUNEUIL-SOUS-BIARD

CLIC 79 (Deux-sèvres)

Numéro unique : **05 49 06 63 63.**

Bibliographie :

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
3. Balard F, Somme D. Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. *Nouv Prat Soc.* 2011;24(1):85-100.
4. del Alamo S. Le refus de soins de la personne âgée à son domicile. *Aide-Soignante.* janv 2015;29(163):17-9.
5. Milowski O, Maia P. Le refus d'aide des personnes âgées à domicile : comment y faire face ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2020;20(119):275-80.
6. Mauriat C, de Stampa M, Simana F, Jouannet M, Garnier B, Cassou B. Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile. Faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. *Gérontologie Société.* 2009;32-131(4):81-97.
7. Dayez JB. Quand les aînés refusent d'être aidés.... *Anal Énéo.* 25 mars 2013;2013.
8. Rosalie Y. La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides. Thèse médecine générale Université de Limoges ; 2017.
9. Ramage-Delaplace C. Rôle du médecin traitant dans la mise en place des aides à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées dans le pays de Fougères : Université Bretagne Loire ; 2018. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ff20c698-8718-403a-bf1d-b303b9e2a7a9>
10. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-dependantes-vivant-domicile-en-2015-premiers>
11. Dossier complet – Département de la Vienne (86) | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-86>
12. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082#tableau-figure3>
13. Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-senior-domicile-sur-cinq-aide-regulierement-pour-les-taches-du>
14. Sardas JC, Hénaud L, Gandon S. Aider les proches aidants : Comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires Ed. 1 [Internet]. Presses des Mines; 2015. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ressources.univ-poitiers.fr/book/88828609>

15. Loire O (Observatoire régional de la santé) P de la, Loire U (Union régionale des professionnels de santé) médecins libéraux des P de la, ORS (Observatoire régional de la santé) Pays de la Loire. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 7. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2014. 12 p. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2014_PDF/2014_panel2_mg_dependancedomicile_7.pdf
16. Carvalho Olivia, Kogel Dan, Carvalho O. Les patients hospitalisés en gériatrie aiguë pour maintien à domicile difficile : description et comparaison de leurs caractéristiques médico-psycho-sociales en fonction de leur suivi par la filière gériatrique. [S.l]: s.n.; 2012.
17. Hospitalisation pour « Maintien au domicile difficile » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178500/document>
18. Azim NBS. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. Thèse de médecine générale, Université Nice-Sophia-Antipolis ; 2016
19. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
20. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) de Nouvelle-Aquitaine 2023. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-de-nouvelle-aquitaine>

Résumé :

Contexte : La dépendance de la personne âgée et sa prise en charge qui va devenir de plus en plus importante au fil des années avec le vieillissement de la population. Cependant beaucoup de personnes âgées dépendantes refuse la mise en place d'aide.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de connaître le taux de satisfaction vis-à-vis de l'information fournie concernant les aides à domicile.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative multicentrique et rétrospective chez une population de plus de 65 ans partagée en 2 échantillons de taille similaire issu du milieu Médical et en Supermarché.

Résultats : 48 questionnaires ont été analysés dans chaque échantillon (Médical et Supermarché). L'information fournie a été jugée très satisfaisante ou satisfaisante sans différence significative entre les 2 échantillons ($p=0.31$). Les patients souhaitaient majoritairement que l'information le soit aussi fournie par support papier. Le taux de refus était de 7% pour l'échantillon Supermarché et de 21% pour l'échantillon Médical.

Conclusion : L'information fournie concernant les aides à domicile était satisfaisante mais nous devons faire évoluer la façon dont nous la dispensons avec l'ajout d'un support papier. Des progrès restent à faire notamment en impliquant plus les dispositifs d'aide à la coordination.

Mots clés : Refus d'aides à domicile, Personnes âgées dépendantes, Médecins généralistes

Abstract : The dependency of the elderly and its management will become increasingly important over the years with the aging of the population. However, many dependent elderly people refuse home care.

Objective : The main objective of this study was to know the satisfaction rate with the information provided concerning home care.

Methodology : We carried out a multicentre and retrospective quantitative study in a population of more than 65 years divided into 2 samples of similar size from the medical and supermarket environment.

Results : 48 questionnaires were analysed in each sample (Medical and Supermarket). The information provided was considered very satisfactory or satisfactory with no significant difference between the 2 samples ($p=0.31$). The majority of patients wanted the information to also be provided on paper. The refusal rate was 7% for the Supermarket sample and 21% for the Medical sample.

Conclusion : The information provided regarding home care was satisfactory but we need to change the way we provide it with the addition of a paper format. Progress remains to be made, in particular by involving more coordination support program.

Key words : Refusal of home care, Dependent elderly, General practitioners.

Serment d'Hippocrate :

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

