

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1



UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNEE 2017

N° 201

Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière du Groupement Hospitalier Lyon Nord (EMEH-G)

Enquête rétrospective évaluant le suivi des propositions effectuées par
l'EMEH-G auprès des médecins traitants

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 19 septembre 2017

en vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Amélie GINER

Née le 14 juin 1989 à Aix-en-Pce

Sous la direction du docteur Nathalie MICHEL-LAAENGH
et du docteur Clothilde MOINDROT

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducarf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fournieret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - première classe

Médecine interne, option gériatrie

UFR Lyon Sud

Membres assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe VANHEMS,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - première classe

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

UFR Lyon Est

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Professeur des Universités

Médecine générale

UFR Lyon Est

Madame le Docteur Nathalie MICHEL LAAENGH

Praticien Hospitalier – chef de service de gériatrie du GHN

Gériatre

Madame le Docteur Clotilde MOINDROT

Praticien Hospitalier

Gériatre

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante pour le temps que vous m'avez consacré pour relire mon travail et pour vos conseils.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Philippe VANHEMS,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail et j'espère qu'il vous apportera un éclairage pour votre pratique quotidienne.

Madame le docteur Nathalie Michel Laaengh,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail et de m'avoir fait confiance. Merci pour le temps passé, pour l'aide et pour les éclairages que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

Madame le docteur Clothilde Moindrot,

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail et de m'avoir accompagnée. Merci pour le temps que tu as passé à me relire et me conseiller. Cela a été un plaisir et a confirmé mon intérêt pour la gériatrie et plus particulièrement ce sujet.

A Marine, merci pour le temps passé à relire ma thèse. Merci pour ton aide, ton soutien, tes conseils précieux et ton amitié.

A mes parents, merci pour ce que vous m'avez transmis, pour votre soutien tout au long de ces années de médecine et de m'avoir supportée dans « tous mes états » ! Merci aussi pour la relecture précieuse de ce travail.

A mes sœurs, qui m'ont soutenue pendant ces années d'étude ! Merci pour votre aide et votre présence si importante.

A Alexis, qui m'a apporté une aide précieuse, un soutien solide, une présence constante et un calme nécessaire. Merci de m'avoir supportée, surtout dans les moments plus difficiles. Heureusement que tu étais là !

Aux médecins qui ont été pour moi un exemple, une référence, et grâce à qui je progresse tous les jours.

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

ADPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHLS : Centre Hospitalier Lyon Sud

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSG : Court Séjour Gériatrique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMEH-G : Equipe Mobile ExtraHospitalière de Gériatrie du groupement hospitalier nord

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

ETP : Equivalent Temps Plein

GHN : Groupement Hospitalier Nord (comprend l'hôpital Dugoujon et de la Croix-Rousse)

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

HEH : Hôpital Edouard Herriot

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMS : Mini Mental State

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

RSG : Réseau de Soins Gérontologiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. MISE AU POINT SUR LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE	3
A. Textes fondateurs	3
1. Création des équipes mobiles intrahospitalières	3
2. Evolution vers l'extrahospitalier	4
B. Etat des lieux des équipes mobiles de gériatrie en France.....	5
C. Création des équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en Rhône Alpes.....	6
D. EMEH-G du GHN	6
1. Ses missions	7
2. Sa composition.....	7
3. Origine des demandes	7
4. Information des médecins traitants	8
5. Organisation des interventions.....	8
E. Evaluation de la personne âgée à l'étranger	9
1. En Europe.....	9
2. Dans le monde.....	10
II. MATERIELS ET METHODE.....	12
A. Objectif	12
B. Type d'étude	12
C. Caractéristiques des demandes d'interventions étudiées	12
D. Méthode d'intervention	12
1. Envoi du questionnaire.....	12
2. Satisfaction des médecins traitants	13
E. Méthode d'évaluation : le questionnaire.....	13
1. Travail préalable : élaboration et évaluation d'un premier questionnaire.....	13
2. Elaboration du questionnaire définitif.....	13
F. Analyse statistique.....	14
G. Recherche bibliographique	14
1. Base de données	14
2. Mots clés	14
III. RESULTATS	15
A. Taux de participation à l'étude	15

B.	Nature et fréquence des propositions.....	16
C.	Suivi des propositions.....	17
1.	Analyse globale.....	17
2.	Suivi des propositions médicamenteuses :.....	17
3.	Suivi des propositions para-médicales.....	18
4.	Suivi des propositions sociales	18
5.	Suivi des propositions d'hébergement	18
6.	Suivi des propositions d'orientation vers une autre spécialité.....	19
7.	Suivi des propositions d'articulation avec un réseau	19
8.	Suivi des propositions d'adaptation de l'environnement.....	19
D.	Difficultés à l'application des propositions	20
E.	Typologie des patients concernés	21
1.	Définition des niveaux de complexité.....	21
2.	Caractéristiques.....	21
3.	Répartition des patients par médecin traitant.....	22
F.	Typologie des médecins traitants	22
1.	Caractéristiques.....	22
2.	Médecins traitants et gériatrie	24
G.	Satisfaction des médecins traitants à propos de l'intervention de l'EMEH-G	25
IV.	DISCUSSION	26
A.	Application des propositions de l'EMEH-G.....	26
1.	Des propositions peu nombreuses mais bien suivies	26
2.	Propositions les plus appliquées	27
3.	Propositions les moins appliquées	29
4.	Adhésion du médecin traitant	29
5.	Communication entre EMG et médecins généralistes	29
B.	Difficultés des médecins traitants à l'application des propositions.....	30
	Refus de la part des patients	30
C.	Population de patients.....	31
1.	Niveau de dépendance du patient et complexité des situations	31
2.	Entourage du patient	31
3.	Bénéfices d'une intervention au domicile sur la prise en charge à long terme.....	32
D.	Population de médecins traitants	33
1.	Médecins traitants instigateurs d'une demande d'intervention.....	33
2.	Connaissance de l'EMEH-G.....	34
3.	Satisfaction des médecins traitants à propos de l'intervention de l'EMEH-G	34
E.	Forces et faiblesses de l'étude	35
1.	Forces de l'étude	35
2.	Faiblesses de l'étude	36

F. Changement des pratiques et perspectives	37
1. Connaissance de l'EMEH-G	37
2. Application des propositions.....	37
3. Adhésion des médecins traitants	38
4. Nouvelle étude à mettre en place	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	46
Annexe 1. La filière de soins gériatriques	46
Annexe 2. Appel à projet ARS Rhône Alpes	47
Annexe 3. Grille de propositions établie par l'EMEH-G	49
Annexe 4. Echelle d'autonomie ADL (Katz)	51
Annexe 5. Questionnaire	52
Annexe 5. Grille AGGIR (Autonomie Gériatrique Groupes Iso-Ressources)	61

INTRODUCTION

L'évolution démographique gériatrique en France est à la hausse. Selon l'INSEE, les personnes de plus de 75 ans représentent 7.2% de la population en 2010, 9.3% en 2016, 16.2% en 2060 (1). Dans cette population vieillissante, les pathologies liées à l'âge se développent et on dénombre de plus en plus de patients polypathologiques et fragiles (2). Les pathologies psychiatriques, d'incidence croissante, présentent des spécificités et requièrent une prise en charge adaptée. Enfin, le souhait largement exprimé de rester à domicile d'une part, l'isolement social d'autre part, s'ajoutent aux problématiques médicales et contribuent aux situations complexes bien connues de la gériatrie.

La hausse du nombre de personnes âgées, les évolutions de la société, les changements du modèle de santé, plus orienté vers une médecine de parcours, nécessitent un décloisonnement entre les différents acteurs de la gérontologie. Pour plus de pertinence et de cohérence des soins, une action coordonnée s'impose entre les 3 secteurs : sanitaire, social et médico-social.

En secteur sanitaire, le contour des filières hospitalières gériatriques a été précisé dès 2002 pour proposer des soins permettant de préserver la qualité de vie et l'état fonctionnel des personnes âgées : en pratique, faciliter l'accès aux soins de proximité, favoriser les filières courtes, améliorer l'aval de l'hospitalisation. C'est une organisation qui articule plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique hospitalière (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité de consultation, hôpital de jour, soins de suite et réadaptation, soins longue durée). (*annexe 1*)

Inscrites dans cette organisation, les *équipes mobiles gériatriques intra hospitalière* sont alors développées. Elles interviennent à la demande des services hospitaliers pour dispenser un avis gériatrique nécessaire à la prise en charge de la personne âgée fragilisée et pour diffuser les bonnes pratiques.(3)

Dans cette dynamique d'activité transversale, des modèles innovants sont initiés telle l'exportation de l'expertise gériatrique en dehors des murs de l'hôpital. Le ministère de la santé a ainsi soutenu dès 2007 le projet expérimental *d'équipe mobile extrahospitalière gériatrique*.(4)

C'est en février 2013 que l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes lance un appel à projet pour la création *d'équipes mobiles extrahospitalières gériatriques à compétences psychiatriques* (*annexe 2*).

Ces équipes s'appuient sur les filières gérontologiques de l'ARS qui intègrent autour des acteurs sanitaires et médico-sociaux, ceux de la filière Alzheimer, de l'accompagnement à domicile, les professionnels paramédicaux et médicaux libéraux, la psychiatrie ainsi que des représentants des usagers.

En réponse à cet appel à projet, l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du Groupement Hospitalier Lyon Nord (GHN) débute son activité en janvier 2014.

Elle a pour mission d'évaluer une situation médico-psycho-sociale le plus souvent complexe, en situation écologique (EHPAD ou domicile), et d'en repérer les fragilités gériatriques. Elle aide à l'orientation du patient âgé dans son parcours de soins et favorise une trajectoire adaptée et cohérente entre gériatrie et psychiatrie, si nécessaire.

Le médecin traitant et la famille sont associés à cette évaluation et reçoivent des propositions pour la prise en charge du patient.

Le développement de cette activité nouvelle doit faire l'objet d'évaluation du service rendu à la personne et aux professionnels qui l'accompagnent, dont le médecin traitant est l'acteur central. Un des critères d'évaluation de l'activité des équipes mobiles est le taux d'application des propositions par les médecins traitants (5). Cet indicateur est défini principalement pour les équipes mobiles intrahospitalières.

L'objectif principal de ce travail est de reprendre cet indicateur pour l'activité de cette équipe extrahospitalière : analyse du taux d'application des différentes propositions de l'équipe mobile extrahospitalière gériatrique du GHN (EMEH-G) par les médecins traitants.

I. MISE AU POINT SUR LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE

A. Textes fondateurs

1. Création des équipes mobiles intrahospitalières

Partie intégrante de la filière de soins gériatriques, les équipes mobiles de gériatrie délivrent des avis gériatriques et permettent une articulation entre le médico-social et le sanitaire (HAD, hôpital, réseau de soin).

L'équipe mobile de gériatrie est une unité fonctionnelle hospitalière, pluridisciplinaire, qui intervient auprès des patients âgés polypathologiques et fragiles (6). La prise en charge de ces patients se doit d'être globale, notamment médico-psycho-sociale.

- Les équipes mobiles de gériatrie intrahospitalières sont apparues dans les années 1990 au sein d'équipes pionnières, telles que Orléans, Grenoble, Strasbourg ou Niort. La **circulaire nationale DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002** relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques les a officialisées (3):

- Elles sont décrites uniquement en intrahospitalier et permettent de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée dans l'ensemble des services de l'établissement.
- Composition : un médecin gériatre, une infirmière, un assistant social et une secrétaire.

- Le **plan national « Urgences » 2004-2007** (7) mis en place par JF MATTEI, ministre de la santé, a permis d'accélérer leur développement. Il représente un plan de financement de 500 millions d'euros et a pour objectif la création de 160 équipes mobiles de gériatrie en 4 ans.

- **Rapport national IGAS 2005 : Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins** (Dr Anne-Chantal ROUSSEAU et Dr Jean-Paul BASTIANELLI). (5)

La mission rapporte la création de nombreuses EMG depuis la circulaire de 2002, présentant une grande variété de fonctionnement et des missions diverses. Certaines auraient même un champ d'action au-delà des textes, en extrahospitalier.

Elle propose :

- Une évaluation des EMG intrahospitalières sur trois catégories d'indicateurs : de moyens, de fonctionnement, de résultats ;
- Des propositions en vue d'une pérennité et une utilité des EMG.

2. Evolution vers l'extrahospitalier

- Avril 2006 : « **un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir** » (rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités, et Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille) (8):
 - Il insiste sur l'instauration d'un label de filière de soins gériatriques avec la création, au sein de chaque plate-forme gériatrique de référence, d'une équipe mobile de gériatrie.
 - La cinquième recommandation incite cette équipe **à intervenir à l'extérieur de l'hôpital** « afin d'étendre sa mission au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD, ...) ».
- 27 juin 2006 : **Plan Solidarité Grand Age 2007-2012** (par Philippe BAS) (9):
 - Il réaffirme l'importance de l'équipe mobile au sein de la filière gériatrique (mesure : « Adapter l'hôpital aux personnes âgées ») ;
 - Projet de « *créer 86 équipes mobiles hospitalière, à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile)* ».
- 28 mars 2007 : la **circulaire nationale DHOS/02 n°2007-117**, relative à la filière de soins gériatriques, vient renforcer les dispositions de la précédente circulaire et en particulier pose les bases de **l'équipe mobile extrahospitalière** (4):
 - Ses modalités d'intervention : Elle intervient dans un cadre expérimental dans les EHPAD pour conseiller les professionnels dans la gestion des situations complexes. La prise en charge médicale du patient restant sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé ou du médecin traitant.
 - Ses missions :
 - « Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique »
 - « Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ».
 - « Conseiller, informer et former les équipes soignantes ».
 - « Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ».

- Ses moyens :

« Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatrie et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social. L'ensemble de l'équipe doit être formée spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique ».

- **2012 : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?** (DGOS). Guide national proposé aux ARS afin qu'elles puissent choisir parmi plusieurs modalités pour accompagner au mieux les réseaux de soins (10).

Trois priorités sont mises en avant par la DGOS :

- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours ;
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, famille) auprès du patient ;
- Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée/sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

B. Etat des lieux des équipes mobiles de gériatrie en France

A la suite de la circulaire DHOS de 2002, de nombreuses EMG intrahospitalières ont été créées en France.

Fin 2004, la DHOS a recensé, en métropole, 96 EMG intrahospitalières installées et 7 en projet. Elles ne respectent pas toutes les règles établies par la circulaire de 2002 qui précise qu'elles ne peuvent être créées que dans un établissement avec un CSG (lequel est conseillé d'être créé uniquement s'il y a un SAU) : 6 équipes ont été créées dans un établissement avec CSG mais sans SAU et 40 dans des structures ne comportant ni SAU ni CSG. (5)

En 2007, 225 unités étaient déclarées dont environ 30 avec activité extrahospitalière (11), soit la création de 204 équipes entre 2004 et 2007 (l'objectif fixé par le plan « urgences » était de 160).

En 2011, à la suite des 2èmes journées des EMG, a été créé un groupe de travail, au sein de la SFGG, afin d'uniformiser les pratiques des EMG en France et promouvoir leur place au cœur du parcours de santé des personnes âgées (12). Celle-ci porte sur les EMG intrahospitalières.

En 2013, dans le cadre du projet « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a élaboré un outil de suivi et d'analyse de l'activité des EMG permettant de générer un rapport d'activité socle pouvant être commun à chacune d'elles sur le territoire national. A l'heure actuelle, seulement quelques régions sont financées pour ce plan (13).

En 2016, à la suite des 7èmes journées des EMG de la SFGG, il est apparu qu'un état des lieux des **équipes mobiles extrahospitalières de gériatrie** était nécessaire en France. Celles-ci sont en effet très hétérogènes. Ainsi, une étude a été menée, sous forme d'un questionnaire à remplir, jusqu'en octobre 2016.

C. Création des équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en Rhône Alpes

Selon une enquête DHOS, en 2004, en Rhône Alpes, il existait 7 EMG intrahospitalières (5).

Devant la réalité démographique et la nécessité de prise en charge de la personne âgée, l'ARS Rhône Alpes a lancé un appel à projet en février 2013 pour la création d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières à compétence psychiatrique.

Ces équipes mobiles interviennent au domicile ou en EHPAD à la demande de membres de la filière gériatrique. Elles sont pluridisciplinaires.

Leur objectif est de repérer et prendre en charge précocement les situations médico-psycho-sociales gériatriques les plus complexes grâce à une articulation ville-hôpital plus fluide. *« Elles permettront de proposer une réponse adaptée avec une programmation d'un séjour hospitalier si nécessaire tout en évitant le passage aux urgences ».* (annexe 2)

Actuellement, à Lyon, il existe 5 équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières à compétence psychiatrique :

- 3 aux HCL : HEH, CHLS, GHN
- 1 dépendant du CH de Fourvière-St Luc St Joseph
- 1 dépendant du CH des Monts d'Or.

D. EMEH-G du GHN

En réponse à l'appel à projet de l'ARS, a été créée en janvier 2014 cette EMG extrahospitalière à compétence psychiatrique. Elle s'inscrit dans une filière de soins gériatriques complète, comprenant un Court Séjour Gériatrique, un Soins de Suite et Réadaptation, une Unité de Soins de Longue Durée, une Consultation Mémoire, une Consultation de Gériatrie, une Equipe Mobile Intra Hospitalière, un Hôpital de Jour et une Hotline téléphonique (un gériatre est directement joignable tous les jours via un numéro unique).

Elle est basée à l'hôpital gériatrique du Dr Frédéric Dugoujon, au sein du GHN des HCL et est adossée au CHU de la Croix-Rousse, doté d'un service d'urgences.

Elle est nommée EMEH-G.

1. Ses missions

L'EMEH-G a pour missions :

- Évaluer globalement une situation médico-psycho-sociale et repérer les fragilités gériatriques, que ce soit en EHPAD ou au domicile
- Aider à l'orientation du patient âgé dans la filière de soins gériatriques en limitant aux seules indications paraissant nécessaires, les hospitalisations complètes et les hospitalisations en urgence,
- Favoriser un parcours de soin adapté et cohérent du patient entre gériatrie et psychiatrie, en mobilisant l'ensemble des structures de ces deux disciplines,
- Conseiller sur la base de propositions de prises en charge prédéfinies de façon structurée par l'équipe, (*annexe 3*)
- Informer, former, soutenir les professionnels prenant en charge le patient,
- Diffuser les bonnes pratiques de la prise en charge gériatrique.

L'EMEH-G ne se substitue en aucun cas au médecin traitant, celui-ci reste à tout moment le référent.

Il est entendu que l'EMEH-G n'est pas un dispositif d'urgence. Le médecin de l'équipe n'est pas prescripteur.

2. Sa composition

- un ETP de médecin gériatre,
- un ETP d'infirmière coordinatrice,
- un 0.5 ETP de secrétaire.

Le choix a été fait de ne pas intégrer d'assistant social à l'équipe afin de favoriser la collaboration avec les acteurs sociaux de secteur.

3. Origine des demandes

Les demandes d'intervention proviennent de diverses origines. Les demandes les plus fréquentes proviennent de la gériatrie.

Tableau 1 Origines des demandes d'intervention en 2014-2015

Origine de la demande	2014 n=133 (%)	2015 n=193 (%)
Hot line	56 (42)	69 (36)
Services spécialisés (hors urgences)	7 (5)	3 (1.5)
Gériatrie	68 (51)	116 (60)
Urgences	2 (1,5)	5 (2.6)

Les demandes via la hotline sont majoritairement faites par les médecins généralistes, et ensuite les EHPAD.

4. Information des médecins traitants

Le secteur d'intervention, dépendant de la filière gériatrique Lyon Nord, regroupe plusieurs cantons : 69004, Caluire, Montluel, Miribel, Rillieux la Pape, Neuville sur Saône.

Les médecins généralistes de cette filière gériatrique ont été informés de la création de l'EMEH-G et du numéro de téléphone de la hotline de l'hôpital Dugoujon par un courrier des HCL.

Une réunion d'information générale concernant l'organisation de la prise en charge des patients âgés sur l'hôpital F. Dugoujon a permis également une rencontre directe de l'équipe avec les médecins généralistes de proximité.

5. Organisation des interventions

Pour chaque situation, si le médecin traitant n'est pas directement l'instigateur de la demande, il est contacté par l'équipe mobile, conformément au projet de l'ARS prévoyant « *de ne pas se substituer à lui et de considérer centrale sa place dans la prise en charge du patient* ». Les informations médicales sont recueillies et il est proposé au médecin traitant de participer à l'intervention.

En amont de l'intervention, le patient est informé et son accord est recueilli par l'équipe. La famille, ainsi que les professionnels intervenant auprès de la personne âgée, sont souvent sollicités par l'infirmière coordinatrice.

L'intervention de l'EMEH-G peut se faire avec d'autres acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. En 2014, l'EMEH-G intervenait seule dans 42% des cas, contre 29% en 2015.

Tableau 2. Accompagnement de l'EMEH-G en intervention

Acteurs accompagnant l'EMEH-G	Interventions en 2014	Interventions en 2015
	(%)	(%)
Famille ou aidant principal	43	50
Assistante sociale	7	8
Médecin traitant	4	8
Infirmière à domicile	4	5

A la suite de l'intervention, le médecin traitant reçoit un compte-rendu avec des propositions de prise en charge.

Dans le cadre du suivi à 2 mois prévu par l'ARS, le patient, son entourage ou le personnel para-médical est joint par l'infirmière coordinatrice. Si besoin est, celle-ci interpelle à nouveau les médecins de l'EMEH-G.

E. Evaluation de la personne âgée à l'étranger

Il existe plusieurs types d'évaluation gériatrique complète, selon le patient, sa situation, son état de santé :

- l'évaluation en unité gériatrique spécialisée (hospitalisation de courte durée),
- l'évaluation gériatrique pour des patients hospitalisés dans d'autres services de spécialité ou aux urgences,
- l'évaluation à domicile,
- l'évaluation à domicile pour des patients récemment sortis d'hospitalisation,
- l'évaluation en ambulatoire (équivalent hôpital de jour).

Dans la littérature, un réel souci de la prise en charge préventive de la personne âgée et de la préservation de son autonomie a été retrouvé en Europe comme dans le monde entier. De nombreux programmes ont été mis en place, que cela soit expérimental ou de façon pérenne. Cependant, il semble que le service rendu aux personnes âgées soit difficilement évaluable.

1. En Europe

En Grèce, des « centres de soins ouverts pour les personnes âgées » (KAPI) existent afin de prévenir leur isolement. Ils représentent un centre intégré de prévention, de promotion de la santé et d'intégration sociale (14).

Aux Pays-Bas, une évaluation expérimentale de visites à domicile préventives est réalisée en 2014 : programme [G]OLD (« Getting OLD the healthy way »). Cela consiste en une visite à domicile par une infirmière formée qui réalise une évaluation gériatrique de la santé et de la qualité de vie du patient. Elle établit ensuite un plan de soins personnalisé, une prise en charge multi disciplinaire du patient et un suivi. Les résultats ne montrent pas d'amélioration majeure de la qualité de vie des patients et de leur autonomie mais le programme a été très apprécié par les infirmières et les médecins généralistes. (15)

En Angleterre, entre 2001 et 2005, le modèle « evercare » a été testé. Les personnes de plus de 65 ans à risque d'admission aux urgences reçoivent une évaluation gériatrique complète avec examen physique par une infirmière. Celle-ci établit ensuite un plan de soin individualisé (en accord avec le médecin traitant et le patient) et s'occupe de la coordination des soins, de l'éducation sanitaire et des soins au domicile. Cela n'aurait eu aucun effet sur la mortalité, l'admission aux urgences ni les « journées urgences » sur la population de plus de 65 ans à haut risque. Cependant, cela aurait permis une amélioration de l'autonomie, de la qualité de vie et du nombre d'hospitalisations. Ce programme a été jugé comme positif par le gouvernement mais il ne semble pas qu'il ait donné suite. (16)

Au Danemark, les personnes de plus de 75 ans se voient proposer deux visites à domicile par an. Réalisées par un « visiteur » formé, elles sont basées sur un contact constant avec le même interlocuteur qui va établir un suivi, une évaluation gériatrique globale, un plan de soin personnalisé qui sera modifié au fur et à mesure du suivi. Tout au long de ce suivi, les modifications sont notées et peuvent être communiquées aux professionnels de santé, y compris les médecins généralistes. (17) (18)

En Allemagne, des études cout-efficacité sont en cours afin de savoir si une visite à domicile préventive permettrait réellement une réduction du nombre d'entrées en EHPAD et une réduction des coûts de la prise en charge des patients âgés au domicile.

Ces visites sont réalisées par un personnel formé (nursing scientist, psychologist or sociologist) qui établit une évaluation gériatrique. Chaque cas est ensuite discuté en réunion multidisciplinaire (nursing scientist, psychologist, geronto-psychiatrist, nutritionist, social worker) puis des recommandations sont proposées au patient et à sa famille. Ensuite, le niveau d'adhésion aux recommandations est suivi. Cela a diminué les entrées en EHPAD mais de façon non significative. De plus, au niveau du coût, cela ne s'est pas avéré rentable. (19)

2. Dans le monde

Quebec

A Montréal, au sein de l'institut universitaire de gériatrie, le premier centre ambulatoire gériatrique a été créé en 2010. Il permet la continuité des soins et des services pour les patients âgés en perte d'autonomie mais dont la situation ne nécessite pas d'hospitalisation.

Habituellement, les patients ont recours à ces services après un avis médical.

L'institut se compose d'équipes interdisciplinaires, où peuvent intervenir : ergothérapeute, intervenant en physiothérapie, intervenant en soins spirituels, nutritionniste, pharmacien, récréologue, technicien en diététique, technicien en loisir, travailleur social.

De plus, il existe une équipe de travail SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) avec une activité en télésanté qui permet une expertise sur d'autres territoires. (20)

USA :

Il existe des programmes de visites à domicile pour les bénéficiaire d'un programme de santé précis. Cela a été le cas en Arkansas, Géorgie, Missouri, Caroline du Sud et au Texas. Les personnes bénéficiant du régime « Medicare advantage » bénéficient d'une visite à domicile par un clinicien pour une évaluation gériatrique complète.

Le patient est ensuite renvoyé vers les professionnels adéquats pour la suite de la prise en charge. Cela a permis une réduction d'admissions dans les hôpitaux et un risque plus faible d'admission dans les EHPAD (21).

Dans l'Indiana, a été créé en 1999, en partenariat avec le centre universitaire de l'université de l'Indiana, l'équipe « House Calls for Seniors » (dans le cadre du programme Seniors Care at Wishard).

Elle se compose de gériatres, d'infirmières formées en gériatrie, d'assistantes sociales, d'un assistant de service pour les patients et d'un responsable pratique.

L'objectif du programme est de fournir, à la suite d'une évaluation gériatrique complète réalisée par le gériatre, un plan de soin personnalisé et des soins à domicile. Ensuite, tous les 3 à 4 mois, des visites de routine sont réalisées par les gériatres. Les visites intermédiaires urgentes sont effectuées par les infirmières formées en gériatrie.

En parallèle, le Wishard Hospital, met à disposition un numéro permettant de joindre les gériatres. Les patients « urgents » sont vus dans les 48h. En parallèle de la prise en charge médicale, les acteurs sociaux établissent une liste de besoins (22).

Au Japon, il a été étudié un système de visites à domicile par une infirmière ou un gestionnaire de soins tous les 3 mois pendant 24 mois. Au cours de ces visites, était effectué une évaluation systématique des besoins de soins de la personne afin de prévenir la perte d'autonomie. Ces visites permettraient de maintenir une autonomie dans la vie quotidienne : échelle ADL (*annexe 3*) et d'éviter une augmentation du niveau de soins nécessaires.

Cette étude étant récente, nous ignorons si cette mesure a été étendue à tout le Japon. (23)

II. MATERIELS ET METHODE

A. Objectif

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux d'application des différentes propositions de l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du GHN (EMEH-G), par les médecins traitants demandeurs d'intervention, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2015.

Les objectifs secondaires :

- Identifier les éventuelles difficultés à la mise en place de ces propositions
- Evaluer le niveau de satisfaction des médecins traitants à propos de l'intervention de l'EMEH-G.

B. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête de pratiques : étude descriptive rétrospective monocentrique.

C. Caractéristiques des demandes d'interventions étudiées

Les critères d'inclusion :

- Toute demande d'intervention par les médecins traitants pour au moins un de leurs patients sur une période de 2 ans (2014-2015).

Les critères de non -inclusion :

- Demande d'intervention n'ayant pas abouti à une visite à domicile
- Demande d'intervention hors du secteur d'intervention.

Les critères d'exclusion :

- Les médecins traitants n'ayant pas donnés suite à la prise de contact ;
- Les médecins n'ayant pas reçu de compte rendu de l'EMEH-G.

D. Méthode d'intervention

1. Envoi du questionnaire

Du 10 février au 30 mars 2017, les médecins traitants concernés ont été contactés une première fois par téléphone. Le sujet de l'étude était exposé.

A la suite de cet entretien :

- Soit le questionnaire était rempli informatiquement au cours d'un nouvel entretien
- Soit le questionnaire était envoyé par mail.

Après 7 jours, les médecins n'ayant pas répondu étaient à nouveau contactés.

Un nouveau RDV était proposé. En cas de non disponibilité, un renvoi du questionnaire par mail était réalisé.

2. Satisfaction des médecins traitants

Durant le premier entretien, des questions de satisfaction au sujet de l'intervention de l'EMEH-G leur étaient posées. Ces questions ont été établies à partir de travaux de thèse sur le même sujet (24) (25) :

- Le délai d'intervention de l'EMEH-G (délai entre demande du médecin et date de la visite au domicile) était-il satisfaisant ?
- Selon eux, les interventions de l'EMEH-G permettent-elles d'éviter une hospitalisation ?
- L'EMEH-G a-t-elle répondu à la question posée ?
- Le délai de réception du compte rendu à la suite de la visite était-il satisfaisant ?
- La communication entre vous et l'EMEH-G était-elle satisfaisante ?
- Seriez-vous prêts à refaire appel à l'EMEH-G pour un autre patient ?
- Aimeriez-vous avoir un appel systématique de la part de l'EMEH-G après chaque visite ?
- Souhaiteriez-vous que l'EMEH-G ait un rôle prescripteur ?
- Avez-vous des remarques pour que l'EMEH-G améliore ses prises en charge ?

Leurs réponses étaient rapportées dans une grille établie à l'avance.

E. Méthode d'évaluation : le questionnaire

1. Travail préalable : élaboration et évaluation d'un premier questionnaire

Un questionnaire informatisé a été établi une première fois avec Google Forms durant le mois de janvier 2016, en lien avec l'EMEH-G.

Il a été évalué par six médecins traitants qui ne rentraient pas dans la population cible.

Il est apparu que ce questionnaire n'était pas optimal car trop long à remplir et complexe dans sa mise en forme.

2. Elaboration du questionnaire définitif

Un nouveau questionnaire a été élaboré avec le logiciel Qualtrics, en lien avec l'EMEH-G et des médecins traitants n'appartenant pas à notre population cible :

- Il ne comportait que des questions fermées.
- Il reprenait chaque proposition de l'EMEH-G adressée au médecin traitant pour son patient, sa mise en place ou pas, et les raisons de non application
- Une deuxième partie permettait la caractérisation des médecins traitants.

Une sélection a été faite avec l'EMEH-G dans la grille de propositions de l'équipe (*annexe 3*), afin d'analyser celles qui relèvent de la mise en place par le médecin traitant.

Pour les raisons de non suivi des propositions, nous avons repris celles citées dans la littérature : le refus du médecin traitant, le refus du patient, le refus de l'entourage/famille ou le refus de équipe soignante (25) (24) (26). Un commentaire libre était permis.

Un questionnaire par intervention (donc par patient concerné) devait être rempli (*annexe 5*).

F. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par le service de biostatistiques du CHLS.

Du fait du faible effectif, nous avons raisonné en valeurs absolues.

Le taux de suivi d'une recommandation se définit par le ratio : nombre de patients pour lesquels la recommandation a été appliquée sur le nombre de patients pour lesquels la proposition a été faite (résultat en pourcentage).

G. Recherche bibliographique

1. Base de données

Les recherches ont été majoritairement réalisées par le biais des moteurs de recherche sur internet : Google, Google Scholar, Doc Cismef, et bases de données : Medline, Pubmed, Sudoc, BU Lyon 1, CAIRN, EM Premium, ...

2. Mots clés

En français, les mots clés utilisés : équipe mobile de gériatrie extrahospitalière, filière gériatrique, suivi de propositions, évaluation gériatrique, médecins généralistes.

En anglais: comprehensive geriatric assessment, home care services, mobile geriatric units, healthier services for the ages.

III. RESULTATS

A. Taux de participation à l'étude

Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2015, **59 demandes d'interventions** ont été formulées par des médecins traitants.

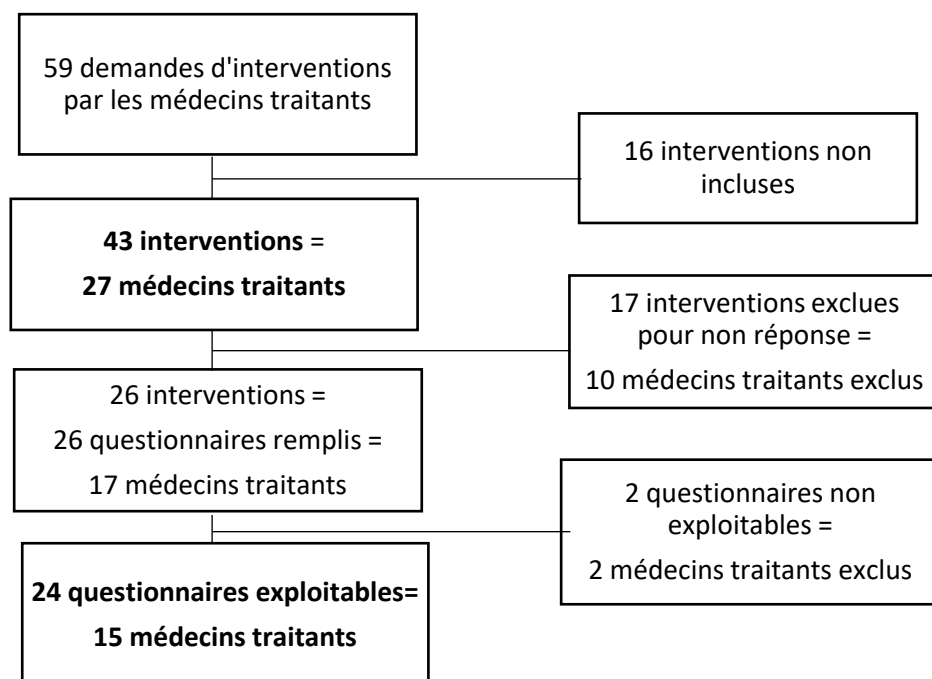
N'ont pas été inclus dans l'étude :

- 11 demandes pour cause de non intervention : le travail de liaison téléphonique a suffi pour gérer la situation,
- 5 demandes hors territoire d'intervention.

Entre le 10 février et le 30 mars 2017, **17 médecins (63%)** sur les **27 concernés** ont accepté de répondre au questionnaire.

4 médecins (14.8%) ont accepté un rendez-vous à leur cabinet pour remplir le questionnaire.

2 médecins (7%) n'ont pas reçu de compte-rendu de l'EMEH-G et ont donc été exclus.



Au total, **24 questionnaires étaient exploitables (55.8%)** sur les 43 interventions incluses dans l'étude.

B. Nature et fréquence des propositions

Les propositions de l'EMEH-G ont été regroupées en sous-groupe selon leur thème.

La fréquence des propositions était calculée à partir des 24 interventions incluses au final dans l'étude.

Tableau 3. Nature des mesures proposées et fréquence de proposition par l'EMEH-G

Nature des mesures		Fréquence de proposition n(%)
Médicamenteuses		14 (58.3)
Para-médicales	Kinésithérapeute	2 (8.3)
	Infirmière à domicile	5 (20.8)
	Orthophoniste	0
	Prise en charge nutritionnelle	7 (29.1)
Sociales	Création dossier ADPA	1 (4.1)
	Contact CCAS	5 (20.8)
	Contact entourage	5 (20.8)
	Révision plan d'aide	8 (33.3)
Hébergement	Accueil de jour	3 (12.5)
	Hébergement temporaire	2 (8.3)
	Création dossier EHPAD	6 (25)
Avis autre spécialité	Avis autre spécialiste	5 (20.8)
	Avis CMP	5 (20.8)
Articulation avec un réseau	HAD	1 (4.1)
	ESAD	2 (8.3)
Adaptation environnementale	Matériel spécialisé	5 (20.8)
	Environnement intérieur	3 (12.5)

La prise de contact avec l'entourage ou la famille comprend le soutien et l'accompagnement des familles.

La proposition de prescription de matériel spécialisé comprend par exemple la prescription d'un lit médicalisé, fauteuil coque, cadre de marche, téléalarme, salle de bain adaptée.

La modification de l'environnement intérieur du domicile du patient peut concerner par exemple le retrait de tapis, la modification d'agencement des pièces, la modification de la luminosité.

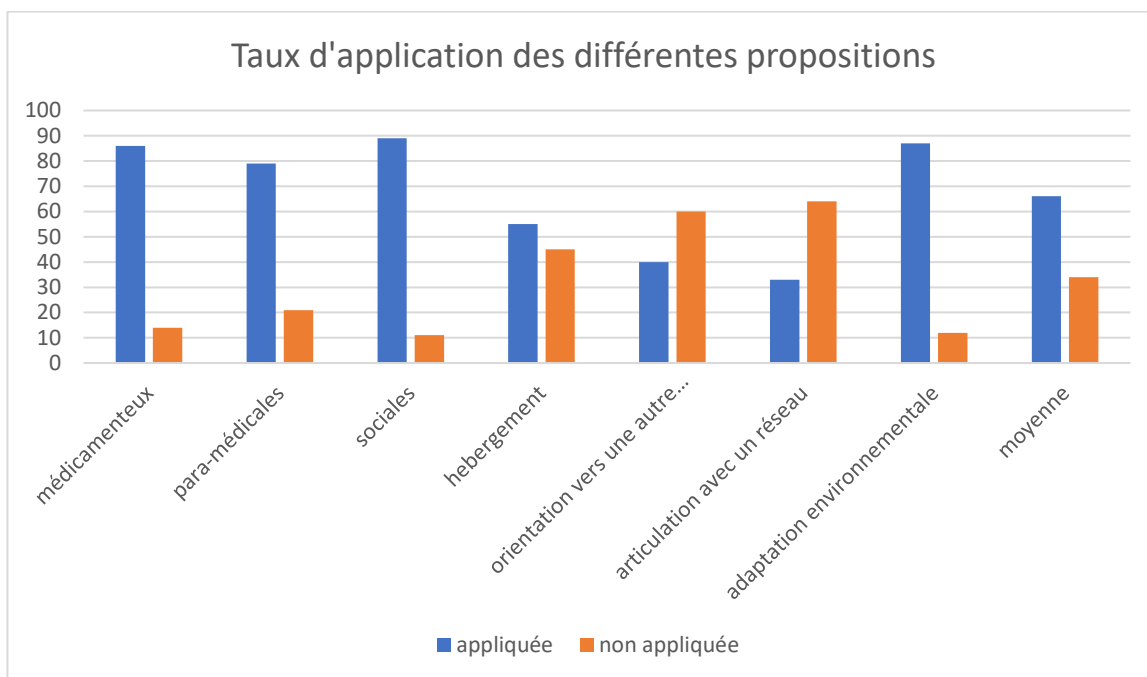
L'ESAD (Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile) est une équipe pluridisciplinaire intervenant à domicile, après prescription médicale, auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

C. Suivi des propositions

1. Analyse globale

Les propositions ont été appliquées en moyenne dans **67% des cas**.

En moyenne, **3 propositions** par patient applicables par le médecin traitant étaient faites suite à l'intervention de l'EMEH-G.



2. Suivi des propositions médicamenteuses :

Une modification du traitement médicamenteux a été proposée 14 fois, soit dans 58% des cas. C'était la proposition la plus fréquente faite par l'équipe.

Cette modification a été appliquée 12 fois, soit dans **86%** des cas.

3. Suivi des propositions para-médicales

Tableau 4. Suivi des propositions para- médicales par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
Kinésithérapeute	2	2	100
Infirmière au domicile	5	4	80
Orthophoniste	0	0	0
Prise en charge nutritionnelle	7	5	71
Total	14	11	78.5

Les propositions para-médicales ont été suivies dans 78.5% des cas.

4. Suivi des propositions sociales

Tableau 5. Suivi des propositions sociales par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
ADPA	1	1	100
CCAS	5	5	100
Contact entourage	5	5	100
Révision plan d'aide	8	6	75
Total	19	17	89.4

Les propositions sociales ont été suivies dans 89.4% des cas.

5. Suivi des propositions d'hébergement

Tableau 6. Suivi des propositions d'hébergement par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
Accueil de jour	3	2	66.7
Hébergement temporaire	2	1	50
Dossier EHPAD	6	3	50
Total	11	6	54.5

Les propositions d'hébergement ont été suivies dans 54.5% des cas.

6. Suivi des propositions d'orientation vers une autre spécialité

Tableau 7. Suivi des propositions d'orientation vers un spécialiste par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
Avis spécialiste	5	3	60
Avis CMP	5	1	20
Total	10	4	40

Les propositions d'orientation vers une autre spécialité ont été suivies dans 40% des cas.

7. Suivi des propositions d'articulation avec un réseau

Tableau 8. Suivi des propositions d'orientation vers un réseau par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
HAD	1	0	0
ESAD	2	1	50
Total	3	1	33

Les propositions d'orientation vers un réseau ont été suivies dans 33% des cas.

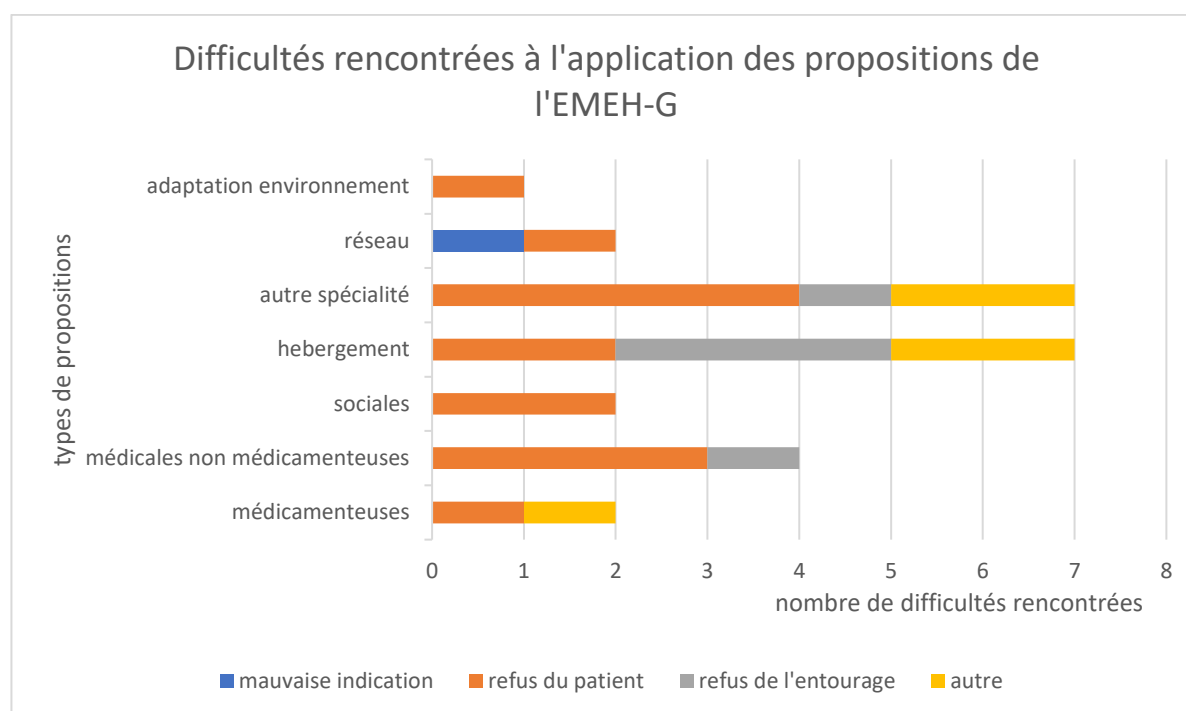
8. Suivi des propositions d'adaptation de l'environnement

Tableau 9. Suivi des propositions d'adaptation de l'environnement du patient par les médecins traitants

Types de propositions	Proposées	Suivies	Taux de suivi
	n		(%)
Matériel spécialisé	5	5	100
Environnement intérieur	3	2	66.6
Total	8	7	87.5

Les propositions d'adaptation de l'environnement ont été suivies dans 87.5% des cas.

D. Difficultés à l'application des propositions



Un refus de la part du patient, rencontrée dans 56% des cas, est la principale difficulté rencontrée par les médecins traitants. Il y a ensuite le refus de l'entourage. Les refus de patients et/ou de l'entourage représentent 76% des difficultés rencontrées par les médecins traitants.

Les « autres » causes de non-application des propositions rapportées par les médecins traitants étaient :

- Un manque de place « a priori » dans les structures (proposition d'hébergement)
- Deux hospitalisations rapides du patient (proposition d'hébergement, avis d'une autre spécialité),
- Une mauvaise indication (articulation avec un réseau non appropriée : une indication d'hospitalisation a finalement été retenue),
- Des mesures déjà mises en place par le médecin traitant avant la visite (une mesure médicamenteuse, l'avis d'une autre spécialité).

Certains médecins ont pu rencontrer simultanément plusieurs difficultés pour la mise en place de la même proposition : en effet, dans 3 cas, le refus du patient était accompagné d'un refus de l'entourage.

E. Typologie des patients concernés

1. Définition des niveaux de complexité

Cette définition a été mise en place par l'EMEH-G.

Les cas complexes sont caractérisés par au moins deux des items suivants :

- 2 pathologies chroniques évolutives
- 1 syndrome gériatrique
- Troubles cognitifs
- Pathologie psychiatrique
- GIR 1 ou 2
- Situation socio-environnementale instable.

Il existe 3 niveaux de complexité, selon le nombre d'items :

NIVEAUX de COMPLEXITE		
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
2 items	3 items	4 items ou plus

2. Caractéristiques

24 questionnaires ont été exploitables, soit 24 interventions, concernant 24 patients.

Tableau 10. Typologie des patients

		Femmes n=17 (%)	Hommes n=7 (%)
Age moyen		87.1	85.8
Lieu de vie	Domicile	10 (59)	7 (100)
	EHPAD	7 (41)	0
Présence aidant	OUI	15 (88)	7 (100)
	NON	2 (12)	0
GIR (<i>annexe 5</i>)	1	3 (18)	1 (14)
	2	8 (47)	2 (28.5)
	3	2 (12)	3 (43)
	4	2 (12)	1 (14)
	5	2 (12)	0
Niveau de complexité	1	2 (12)	0
	2	2 (12)	0
	3	13 (76)	7 (100)

L'âge moyen des 24 patients était de 86,4 ans, avec 71% de femmes. La plupart des patients vivaient à leur domicile au moment de la visite de l'EMEH-G.

La majorité des patients est GIR 2 et avec un niveau de complexité 3, donc des patients en situation complexe et dépendants.

3. Répartition des patients par médecin traitant

La majorité des 27 médecins traitants concernés par l'étude n'ont demandé une intervention que pour un seul de leurs patients.

Tableau 11. Répartition des patients par médecins traitants

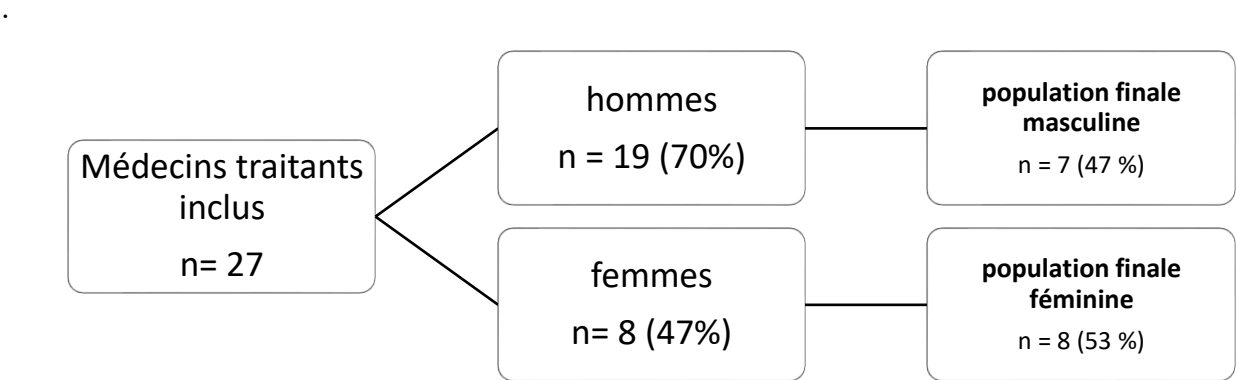
Nombre de patients concernés	Nombre de Médecins traitants n(%)
par médecin traitant	
1	18 (64%)
2	6 (21.5%)
3	2 (7%)
7	1 (3.5%)

F. Typologie des médecins traitants

1. Caractéristiques

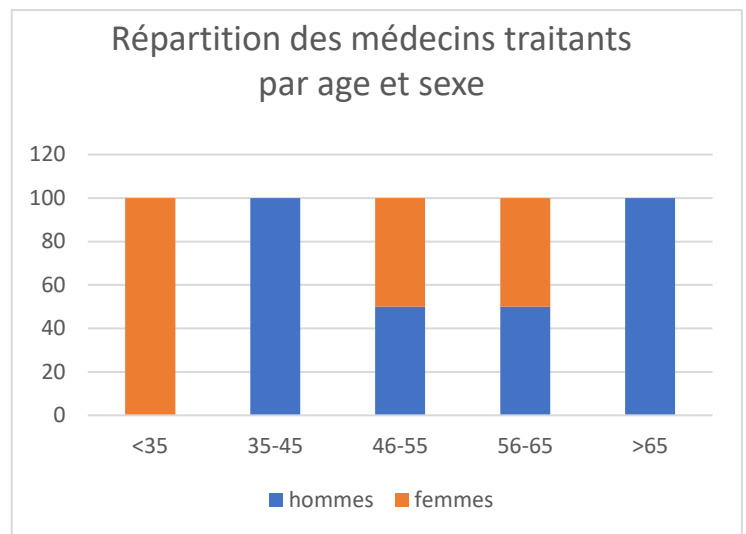
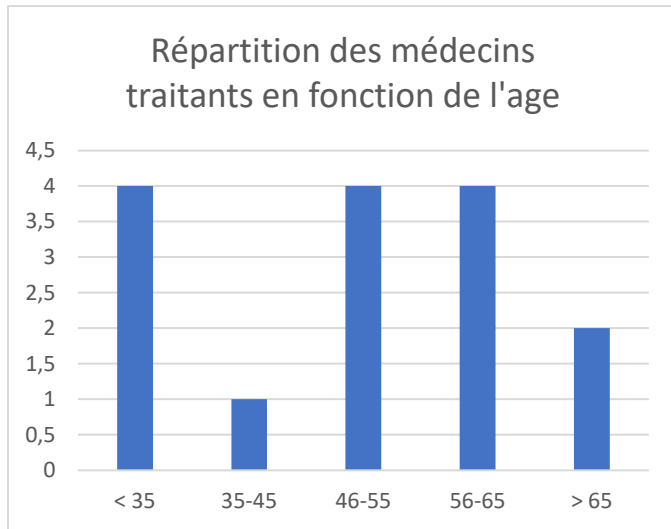
a) Sexe

Plus d'hommes que de femmes ont été interrogés et les femmes ont plus participé que les hommes. Le taux de participation des femmes était de 100% alors que celui des hommes était de 47%. 2 médecins traitants hommes ont été exclus car ils n'ont pas reçu de compte rendu. La population finale comprenait 53% de femmes contre 47 % d'hommes.



b) Age

Les femmes sont plus jeunes que les hommes.



c) Durée et zone d'exercice

La majorité des 15 médecins inclus exerce depuis plus de 15 ans, en zone urbaine et n'est pas maître de stage.

Tableau 12. Caractéristiques des médecins traitants

Médecins traitants interrogés n (%)		
Durée d'exercice	< 5 ans	4 (26.7)
	5-10 ans	1 (6.7)
	>15 ans	10 (66.7)
Zone d'exercice	Urbain	12 (80)
	Semi rural	3 (20)
Maître de stage	oui	3 (20)
	non	12 (80)

2. Médecins traitants et gériatrie

La nette majorité des médecins traitants : 11 sur 15 (73.3%) interviennent en EHPAD au cours de leur pratique.

En fonction de leur relevé RIAP (relevé individuel d'activité et de prescription), 13 médecins sur 15 ont renseigné la proportion de leurs patients qui ont plus de 70 ans.

La plupart des médecins ont 11 à 25% de leur patientèle âgée de plus de 70 ans.

Tableau 13. Proportion de patients >70 ans par médecin traitant

Taux de patients de plus de 70 ans	Médecins traitants
(%)	n (%)
0-10	3 (23.1)
11-25	7 (53.8)
26-50	1 (7.7)
51-75	0
>75	2 (15.4)

Les médecins traitants ont pris connaissance de l'existence de l'EMEH-G par des moyens différents.

Tableau 14. Différents moyens de connaissance de l'EMEH-G

Moyen de connaissance de l'EMEH-G	Médecins traitants
	n (%)
Information des HCL	6 (40)
Information par un confrère	5 (33)
Intervention à la suite d'une hospitalisation	1 (7)
Intervention demandée par un confrère libéral	3 (20)

G. Satisfaction des médecins traitants à propos de l'intervention de l'EMEH-G

19 médecins (68%) ont accepté de répondre aux questions de satisfaction par téléphone. Pour les autres, soient ils n'étaient pas joignables, soit ils refusaient pour cause de manque de temps.

Tableau 15. Enquête téléphonique de satisfaction

	Avis des médecins traitants n (%)	Remarques de la part des médecins
Délai d'intervention	Satisfaits : 18 (95)	
Intervention permet d'éviter une hospitalisation	OUI : 16 (84)	
Réponse à la question posée	OUI : 19 (100)	
Délai de réception du compte-rendu	Satisfaits : 14 (74)	
Communication médecin traitant- EMEH-G	Satisfaits : 14 (74)	Hotline très appréciée avec facilité à joindre l'EMEH-G via celle-ci
Refaire appel à EMEH-G	OUI : 19 (100)	
Appel systématique après une intervention	OUI : 5 (26)	Refus par manque de temps pour 4 médecins
Rôle prescripteur de l'EMEH-G	OUI : 1 (5) NON : 12 (63) Sans avis : 6 (31)	Utile surtout dans les situations compliquées

Un des médecins a exprimé le souhait de pouvoir faire les visites avec l'EMEH-G (cela est systématiquement proposé) mais qu'il était difficile de trouver un moment en commun.

IV. DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était de déterminer le taux d'application des propositions de l'équipe mobile extrahospitalière du GHN, par les médecins traitants. Une enquête descriptive rétrospective monocentrique par questionnaire a été réalisée du 10 février au 30 mars 2017 auprès de 27 médecins généralistes demandeurs d'une intervention de l'EMEH-G pour un ou plusieurs de leurs patients en 2014-2015. L'analyse porte sur 43 interventions.

Cette EMG a été créée à la suite de l'appel à projet de l'ARS Rhône Alpes de 2013. Elle a pour objectif une amélioration de l'articulation entre les médecins traitants, la gériatrie, la psychiatrie et les autres professionnels de la filière gériatrique. Ainsi, l'EMEH-G constitue un maillon déterminant pour préserver la qualité de vie et l'état fonctionnel du patient, et permettre une plus grande accessibilité aux soins aux personnes âgées en situation fragile ou déjà complexe.

Les médecins traitants sont les acteurs centraux dans la prise en charge de cette population. Il est donc indispensable de renforcer la coordination avec ceux-ci et leur satisfaction vis-à-vis du dispositif afin que les patients âgés bénéficient de la meilleure prise en charge possible et que le médecin traitant ne se sente pas « dépossédé » de ses patients.

A. Application des propositions de l'EMEH-G

1. Des propositions peu nombreuses mais bien suivies

Selon les rapports d'activité de 2014-2015, l'EMEH-G a fait en moyenne 5 propositions par patient et par visite. Toutes ne sont pas à réaliser par le médecin traitant, certaines le sont par l'entourage, les paramédicaux, les services sociaux...

Dans notre étude, seules les propositions à mettre en œuvre par le médecin traitant ont été retenues et analysées. Elles sont au nombre de **3 propositions** par intervention et par patient en moyenne.

Dans la littérature, les études rapportent en moyenne **7 propositions** faites lors de la première visite de l'équipe mobile de gériatrie, au sein d'un service hospitalier, en EHPAD ou à domicile. (27) (25) (28). Comparativement, notre équipe formule donc moins de propositions, ce qui est un facteur de meilleur suivi de celles-ci.

Parmi les travaux de la littérature, seul un travail de thèse porte sur le suivi des recommandations pour des patients à domicile : celui du Réseau de Soins Gériatrique de Lille (propositions formulées par un gériatre puis relayées par des infirmières) (28). Les autres études portent sur des EMG intra hospitalières (27) ou des EMG intervenant uniquement en EHPAD (25).

Or, notre équipe intervient surtout au domicile des patients : 87% des patients vivent à leur domicile selon les rapports d'activité contre 71% dans notre étude (cette différence vient du fait qu'un des médecins traitants ayant participé à l'étude suit de nombreux patients vivant en EHPAD). Ces contextes différents rendent les comparaisons difficiles.

Lorsqu'une EMG intervient dans un service d'hospitalisation, on conçoit que la complexité de la situation médicale peut conduire à des propositions plus nombreuses. De plus, les propositions, mêmes nombreuses, peuvent être plus faciles à mettre en place dans une institution type hôpital ou EHPAD, avec des acteurs multiples, au sein d'une dynamique d'équipe pluridisciplinaire. Enfin, les interventions réalisées par un réseau de soins gériatrique, structure de coordination pluriprofessionnelle et intégrant les médecins traitants, ne sont pas strictement comparables à celle d'une EMG.

Il a été mis en évidence dans plusieurs études que les recommandations étaient d'autant plus appliquées que leur nombre était réduit (27) et davantage suivies si elles étaient hiérarchisées (29).

Il est donc intéressant de souligner que l'EMEH-G propose des mesures ciblées et peu nombreuses.

Dans notre étude, **le taux d'application moyen des propositions par les médecins traitants est de 67%**, ce qui correspond aux taux d'application retrouvés dans la littérature française. (27) (24) (26) Ces taux d'application varient en fonction du type de proposition.

2. Propositions les plus appliquées

En se penchant sur les sous-groupes, il ressort de notre étude que les propositions les plus appliquées sont les **mesures médicamenteuses (86%)**, **para-médicales (78.5%)**, **sociales (89.4%)** et les **adaptations environnementales (87.5%)**. L'interprétation de ces taux élevés est à nuancer par le caractère déclaratif et a posteriori des médecins

Sur le plan de la mise en place des modifications de traitement médicamenteux et des mesures para-médicales, nos résultats sont concordants avec les données de la littérature (26) (27).

Dans notre étude, tous les médecins traitants étaient en accord avec les conseils de l'EMEH-G. Les propositions non appliquées le sont à cause d'un refus de l'entourage et/ou du patient. Un médecin n'a pas mis en place une modification thérapeutique, celle-ci ayant déjà été mise en place avant le passage de l'EMEH-G.

Le bon taux d'application de ces propositions peut s'expliquer par le fait que, si le médecin traitant est en accord avec les conseils de l'EMG, elles sont facilement mises en place, par une prescription le plus souvent : acte médical par définition. Le médecin traitant possède aussi la plupart du temps la compétence pour juger de l'utilité, de la pertinence et de la faisabilité de ce type de mesures pour son patient, mesures qui sont très fréquentes en médecine générale.

En ce qui concerne les mesures sociales, elles peuvent être classées en deux groupes : prise de contact avec l'entourage ou les acteurs sociaux (CCAS) et mise en place d'un dossier ADPA ou révision d'un plan d'aide.

La prise de contact avec l'entourage ou le CCAS a été réalisée à chaque fois que cela a été proposé par l'EMEH-G. Cela montre l'implication du médecin traitant, malgré son emploi du temps souvent surchargé, et son rôle pivot dans la prise en charge de ses patients âgés.

Il est difficile de comparer nos résultats à ceux de la littérature car le terme « mesures sociales » ne regroupe pas toujours les mêmes propositions. L'unique proposition qui est commune à toutes les études en ce qui concerne le social est la mise en place d'un dossier ADPA ou la révision d'un plan d'aide. Dans notre étude, cela était proposé dans 37% des interventions et appliqué à 77%, ce qui correspond aux données de la littérature (27) (26) (28). Cette proposition est donc fréquemment proposée et appliquée. Elle représente en effet une mesure indispensable pour le maintien à domicile d'un patient âgé. Les médecins traitants en sont bien conscients.

Pour les adaptations environnementales (prescription de matériel spécialisé et modification de l'environnement intérieur), cette proposition est fréquemment mise en place par les médecins traitants. Concernant le matériel spécialisé, cela peut s'expliquer car il s'agit le plus souvent d'une simple prescription puis c'est au patient ou à l'entourage de prendre contact avec le fournisseur.

Pour la modification de l'environnement intérieur, la formulation dans le questionnaire « avoir mis en place la proposition » est sans doute insuffisamment précise : nous ne savons pas comment l'a interprété le médecin traitant :

- Est-ce qu'il a parlé des changements nécessaires à son patient et à son entourage et qu'il les a laissés faire ?
- Est-ce qu'il est allé en visite à domicile et a fait une liste des modifications à faire au patient pour que d'autres acteurs se sont chargés des changements ?
- A-t-il vérifié ensuite que les modifications ont été faites ?

Une analyse plus détaillée aurait été intéressante.

Une seule étude détaillant cette proposition a été retrouvée. La proposition y est peu appliquée (27). Il s'agit d'une EMG intrahospitalière, les médecins traitants sont donc sûrement moins informés des mesures qui ont été proposées par l'EMG au cours de l'hospitalisation.

3. Propositions les moins appliquées

Dans notre étude, les propositions les moins appliquées étaient la **demande d'un avis spécialisé** (40%) et **l'articulation avec un réseau** (HAD ou ESAD) (33%).

Nous pouvons trouver plusieurs explications à cela :

- Pour être appliquées, ces propositions nécessitent du temps : appeler les personnes concernées, remplir des dossiers, présenter son patient et la problématique à des confrères.
- La mise en place de l'intervention de l'HAD est extrêmement complexe.
- L'ESAD est un dispositif très peu connu des médecins traitants, alors même qu'il s'agit d'une simple prescription.

C'est ici que l'on s'aperçoit que la prise en charge pluridisciplinaire et en réseau des personnes âgées est indispensable car cela apporte la compétence de chacun pour une prise en charge optimale.

Aucune donnée n'est rapportée dans la littérature pour ce type de propositions. Cela est probablement dû au fait que les études retrouvées traitent peu des EMG extrahospitalières intervenant au domicile du patient.

4. Adhésion du médecin traitant

Il apparaît évident qu'un médecin généraliste appliquera d'autant plus les conseils d'une EMG qu'il adhère à ceux-ci. Selon la littérature, l'adhésion d'un médecin serait plus importante s'il existe :

- Une perception du bénéfice de la recommandation
- Une facilité d'exécution de la recommandation
- La perception d'une éventuelle responsabilité médico-sociale en cas de non-respect de la proposition (30).

Effectivement, comme vu plus haut, les propositions les plus appliquées par les médecins traitants sont souvent des conseils faciles et rapides à mettre en place (par exemple, une simple prescription). En revanche, nous n'avons pas étudié dans notre travail la perception, par les médecins traitants, du bénéfice des recommandations ni la perception d'une éventuelle responsabilité médico-sociale en cas de non-application.

5. Communication entre EMG et médecins généralistes

Dans la littérature, il a été mis en évidence que l'application des propositions est d'autant meilleure que la communication entre l'EMG intrahospitalière et les services concernés est bonne (31). On peut donc supposer que cela puisse s'extrapoler au lien ville-hôpital et donc à la communication EMEH-G - médecins traitants.

Cependant, dans notre étude, les médecins traitants n'ont pas exprimé le souhait d'être appelés systématiquement après chaque visite et donc d'avoir plus de contact direct avec l'EMEH-G. Le fonctionnement de la hotline leur convient : pouvoir joindre un médecin gériatre sur un numéro unique en cas de besoin. Ils appellent donc le plus souvent sur la hotline quand un patient pose problème et non en prévention de situation complexe.

Cependant, il semble qu'une articulation entre l'EMEH-G et les médecins traitants, basée sur une communication facilitée par des outils communs (à l'image des fonctionnements de réseau) permettrait que le médecin traitant se sente mieux épaulé dans le suivi des patients âgés. Une prise en charge optimale pour les patients serait ainsi mise en place.

B. Difficultés des médecins traitants à l'application des propositions

Refus de la part des patients

Les médecins sont globalement en accord avec les conseils de l'EMEH-G et ils seraient prêts à les mettre en place mais ils se heurtent à une difficulté dont la résolution ne dépend pas d'eux.

En effet, dans notre étude, **le refus de la part des patients et/ou de leur entourage** est la plus grande difficulté rencontrée par les médecins à l'application des propositions. Ces refus représentent en effet 76% des difficultés rencontrées par les médecins traitants.

Nous restons vigilants car notre étude est déclarative.

Peu d'études ont été publiées sur ce sujet, la plupart ayant un faible effectif ou sont réalisées en EHPAD. Dans ces études, le refus des patients et/ou de leur entourage revient systématiquement dans les difficultés rencontrées par les médecins traitants. (26) (25) (24).

On peut s'interroger sur les causes de ces refus :

- Est-ce que les médecins rencontrent des difficultés à motiver les bénéfices qu'apporterait tel ou tel changement ?
- Est-ce secondaire à un déni de la part des patients de leur maladie et de leurs problèmes ?
- Les patients renoncent-ils à se faire prendre en charge car ils se considèrent comme « trop malades » ?
- Est-ce en lien avec une possible présence de démence, de dépendance importante (GIR) ou d'isolement social ?

Du fait de leur âge, les patients sont plus vulnérables à toute rupture avec leur environnement habituel, qui pourrait entraîner des difficultés à changer leurs habitudes de vie.

Malheureusement, du fait de notre faible effectif, nous n'avons pas pu étudier cela car nous aurions eu des résultats non significatifs et possiblement aberrants.

L'association entre le niveau de démence (MMSE) ou de perte d'autonomie (GIR) des patients et l'application des recommandations par les médecins généralistes a été étudié dans un travail de thèse.

(28) Aucune corrélation n'a été mise en évidence.

C. Population de patients

1. Niveau de dépendance du patient et complexité des situations

Les patients impliqués dans la présente étude sont surtout des femmes (73%), d'âge moyen 86 ans, le plus souvent de GIR 2 et de niveau de complexité 3.

Cette population est comparable à l'ensemble de la population sur laquelle est intervenue l'EMEH-G en 2014 et 2015 pour l'âge (85 ans de moyenne), le sexe et le niveau de complexité (niveau 3).

Elle n'est pas comparable pour le GIR : les patients pour lesquels l'EMEH-G est intervenue en 2014 et 2015 sont majoritairement GIR 3, donc moins dépendants.

Les médecins traitants font donc appel à l'EMEH-G pour des patients plus dépendants que lorsque c'est la gériatrie qui prend l'initiative de la visite. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ne demandent pas d'aide quand la situation apparaît relativement stable.

Or le gériatre, par sa compétence, repère plus en amont les situations de fragilité et à risque de perte d'autonomie. Cela permet une prise en charge préventive, avant que la situation du patient ne devienne complexe. L'évaluation en milieu écologique, moins fréquente en exercice libéral, apporte un éclairage déterminant pour une prise en charge adaptée à chaque patient. Ainsi, l'EMEH-G apporte la pluridisciplinarité et la disponibilité sur une évaluation qui requiert un temps dont ne dispose pas le médecin traitant.

2. Entourage du patient

Dans notre étude, 91.6% des patients bénéficiaient de la présence d'un aidant, ce qui représente un atout. Pour le patient qui jouit d'un entourage porteur (cela comprend la présence d'un aidant ou d'une personne ressource), les recommandations sont mieux appliquées. (27) (32) (33).

Le proche relaie les explications de l'EMG et du médecin traitant, puis il assure le suivi auprès d'une population aux capacités d'adaptation réduites et, résistante aux changements. Il est donc important de rechercher une personne de confiance dans l'entourage des patients.

Parfois, l'entourage peut à l'inverse empêcher la mise en place de certaines propositions, souvent par mauvaise compréhension des enjeux, surprotection de la personne âgée, ou autre problématique personnelle ou relationnelle.

3. Bénéfices d'une intervention au domicile sur la prise en charge à long terme

Afin d'augmenter le taux d'application des propositions d'une EMG extrahospitalière par les médecins traitants et de convaincre le patient et son entourage des améliorations que vont apporter cette prise en charge, il convient de reconnaître les bénéfices qu'une prise en charge par une EMG extrahospitalière apporte au patient.

Dans notre étude, selon les médecins traitants interrogés, l'intervention de l'EMEH-G permet une diminution des hospitalisations en urgence.

La même conclusion a été rapporté dans un travail de thèse (24). Dans ce travail, les médecins traitants déclarent en effet que l'intervention d'une EMG permet de diminuer les hospitalisations, aide au partage des connaissances dans des situations difficiles, développe le travail en réseau ville-hôpital et apporte une aide diagnostique et thérapeutique.

On pourrait donc penser que plus les propositions d'une EMG extrahospitalière sont suivies, plus le maintien à domicile sera possible et plus les situations complexes et urgentes seront anticipées et donc évitées.

Cette hypothèse n'est pas confirmée selon une étude du Pr Couturier. Le taux de suivi des recommandations n'est pas associé à la l'évitement d'évènements majeurs (mortalité, réhospitalisation, institutionnalisation). (27) Cependant, cette étude est réalisée en intrahospitalier, dans un contexte d'instabilité de l'état de santé non comparable à la situation du domicile que nous étudions.

Plusieurs méta analyses ont été réalisées sur le bénéfice des visites à domicile préventives pour les personnes âgées (34) (35). Les résultats sont discordants.

Si certaines ont montré un effet bénéfique sur l'autonomie des patients, l'évitement des institutionnalisations et des hospitalisations, aucun effet positif concernant la mortalité, la qualité de vie, ni les troubles psychiatriques n'a été mis en évidence.

Les patients avec troubles cognitifs ou dépendants ont été exclus de ces études. Or, dans la patientèle de l'EMEH-G, de nombreux patients présentent des troubles cognitifs et une dépendance (GIR 2 ou 3 le plus souvent).

Les résultats retrouvés ne peuvent donc pas être extrapolés à nos équipes puisqu'actuellement, l'EMEH-G n'intervient pas en préventif.

D. Population de médecins traitants

Notre population de médecins traitants est comparable en plusieurs points à la population de médecins traitants en Rhône Alpes et au niveau national :

- Elle comprenait plus d'hommes (70%) que de femmes (30%). Les femmes ayant plus participé que les hommes, notre population finale comprenait donc 53% de femmes pour 47% d'hommes. Les femmes sont apparues plus jeunes que les hommes. C'est ce que l'on retrouve dans la population des médecins généralistes de Rhône Alpes (36)
- Selon le relevé RIAP des médecins traitants, la majorité avait entre 11 et 25% de patients de plus de 70 ans. Cela est comparable aux données nationales retrouvées dans une étude DREES de 2014. (37)

Cela permet que nos résultats soient comparables à ceux d'autres études.

1. Médecins traitants instigateurs d'une demande d'intervention

Le nombre de médecins interrogés dans la présente étude est relativement faible. En effet nous avons fait le choix d'inclure uniquement les médecins qui avaient demandé l'intervention de l'équipe mobile sans inclure ceux qui avaient bénéficié de recommandations de l'équipe à la suite d'une demande d'un autre professionnel.

Depuis la mise en place de cette équipe mobile de gériatrie en 2014, peu de médecins traitants demandent eux-mêmes une intervention pour leurs patients : en 2014 et 2015, ils représentent **59 demandes sur 326 demandes (18%)** et 248 interventions.

Les autres interventions sont faites, pour la plupart, à l'initiative de la filière gériatrique et non du médecin traitant.

De plus, **64%** des médecins ont demandé une intervention seulement pour **un patient**.

Dans la littérature, dans des travaux portant sur des patients résidents en EHPAD, l'origine des demandes varie beaucoup : les médecins traitants sont instigateurs de 15% (25) à 60% (24) des demandes. Ces variations s'expliquent par les organisations très différentes d'un EHPAD à l'autre, où le rôle du médecin coordonnateur peut être déterminant.

La méconnaissance de l'existence et du rôle de l'EMEH-G par les médecins traitants concernés est également en cause. Cette équipe étant récente, il est possible et probable qu'il ne soit pas automatique pour les médecins traitants de faire appel à elle. De plus, ont-ils vraiment intégré ses rôles et fonctions et ne font-ils pas appel à l'EMEH-G uniquement dans l'urgence et pour des cas très complexes qu'ils n'arrivent plus à gérer seuls ? La mission de l'EMEH-G est aussi d'intervenir en amont afin de prévenir les situations complexes.

2. Connaissance de l'EMEH-G

Dans notre travail, la majorité des médecins ont connaissance de l'existence de cette équipe par une information des HCL (60%).

Un courrier leur a été adressé et ils ont été conviés à une réunion d'information organisée à l'hôpital Dugoujon pour les acteurs de la filière gériatrique dont les médecins libéraux.

Le système du bouche à oreille fonctionne bien puisqu'ensuite, c'est soit par un confrère, soit parce qu'un de leur patient a bénéficié d'une visite à la demande d'un autre confrère ou à la sortie d'une hospitalisation qu'ils ont pris connaissance de l'existence et du rôle de l'EMEH-G.

Peut-être serait-il judicieux de mettre en place une nouvelle campagne d'information auprès des médecins traitants concernés ? Elle permettrait de mieux faire connaître l'EMEH-G, de présenter son rôle et les bénéfices qu'elle apporte aux patients ainsi que les premiers résultats et avis des médecins. Le champ d'action serait ainsi élargi.

3. Satisfaction des médecins traitants à propos de l'intervention de l'EMEH-G

Les médecins étaient dans l'ensemble très satisfaits de l'intervention de l'EMEH-G : satisfaits par le délai d'intervention, la réponse à leur question, le délai de réception du compte rendu. Tous sont prêts à refaire appel à celle-ci pour de nouveaux patients.

Ils apprécient la facilité avec laquelle ils peuvent joindre les gériatres, notamment par le biais de la hotline.

Les EMG interviennent à titre consultatif. Peu de médecins pensent que l'EMEH-G doit avoir un rôle prescripteur et beaucoup n'ont pas d'avis sur le sujet.

Les résultats de plusieurs études sur la satisfaction des médecins traitants est bien concordante avec nos conclusions. (25) (24) (26) Il semble donc important de poursuivre et de développer l'étude des EMG extrahospitalières.

E. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

a) Taux de participation

Une des forces de notre étude est le taux de participation des médecins traitants : 63% des médecins interrogés ont répondu au questionnaire, dont 100% des femmes. De plus, tous les questionnaires ont été remplis correctement.

Ce fort taux de participation met en évidence que les médecins généralistes se sentent concernés par la prise en charge des patients âgés, que cette prise en charge leur demande du travail donc du temps et que l'intervention de l'EMEH-G les a marqués. Il révèle aussi que notre questionnaire a été facile à utiliser, donc bien construit.

b) Thème de l'étude

Selon le rapport IGAS 2005, le taux d'application des mesures proposées par une EMG représente un indicateur d'efficacité et de qualité de service rendu d'une EMG. (5) Nous pouvons considérer que notre étude est utile à l'évaluation de cette équipe mobile de gériatrie en particulier. Elle permet d'analyser et d'évaluer la qualité du travail réalisé par l'EMEH-G au domicile du patient et l'impact qu'il a sur les médecins traitants et leur prise en charge des patients âgés.

c) Etude novatrice

A notre connaissance, il existe peu d'études relatives aux EMG extrahospitalières (intervenant au domicile et en EHPAD) qui rapportent le taux d'application de ses propositions par les médecins traitants.

De même, peu d'études rapportent les difficultés rencontrées par les médecins traitants pour mettre en place ces propositions.

La plupart de ces études disposent d'un effectif faible ou ne se basent que sur une population de patients vivant en EHPAD. (26) (25) (24)

d) Type de l'étude adapté

Pour répondre à l'objectif, les informations n'étant pas disponibles dans le recueil de données, il était nécessaire d'interroger les médecins traitants. En effet, au moment de ce travail, il n'existe pas systématiquement d'autre visite ou de contact avec le médecin traitant à distance de la première visite. Il est donc apparu que la forme d'une enquête de pratiques rétrospective avec un questionnaire était adaptée, même si nous connaissions le risque d'avoir un faible taux de participation et des erreurs liées au caractère déclaratif.

Le questionnaire construit était clair, répondant à l'objectif, simple et rapide à remplir, composé de questions fermées, informatisé, n'imposant aucune contrainte de renvoi de courrier pour les médecins traitants.

Le faible effectif a permis d'informer les praticiens par téléphone individuellement. J'ai pu ainsi me présenter, apprécier la satisfaction de chaque médecin à propos de l'intervention de l'EMEH-G pour ses patients.

2. Faiblesses de l'étude

a) Effectif

La principale limite de l'étude est le faible effectif de la population d'étude. Ainsi, malgré une population de médecins traitants et de patients globalement comparable à la population nationale, il n'était pas possible d'extrapoler nos données sans créer de biais. Nos résultats ne peuvent donc pas aller au-delà du descriptif. Si nous avions voulu créer des liens entre les variables, nous aurions probablement obtenu des résultats ininterprétables et possiblement aberrants.

b) Biais de mesure

Nous avons probablement créé un biais de mesure/information du fait de notre méthode de recueil. En effet, il existait deux méthodes :

- soit le médecin était seul devant son ordinateur,
- soit nous avons pris rendez-vous donc j'étais présente lors du remplissage du questionnaire (tout de même informatisé).

Même si, durant les rendez-vous, j'ai été attentive à ne pas les influencer pendant qu'ils remplissaient le questionnaire, je leur ai rappelé des explications que les autres médecins avaient eues uniquement par téléphone et qu'ils auraient pu oublier si le questionnaire n'était pas rempli rapidement. Seulement 4 médecins (23.5%) ont accepté que je me déplace à leur cabinet, ils n'étaient en effet pas à l'aise avec l'informatique ou alors n'étaient pas du tout informatisés.

c) Biais de mémorisation

Nous avons pris le risque de créer un biais de mémorisation car notre étude est rétrospective. Elle est déclarative et s'appuie donc uniquement sur le dire des médecins traitants. Pour pallier à cela, il aurait fallu faire une étude en prospectif : appeler systématiquement tous les médecins traitants 2 mois après la visite à domicile, afin d'évaluer ce qui a été mis en place ou pas, comme cela est recommandé dans la circulaire nationale de 2007.

d) Analyse des données

Nous avons décidé d'analyser nos données d'application des propositions sur un mode binaire pour simplifier au maximum le questionnaire et permettre aux médecins de le remplir rapidement et facilement. Ainsi, ils n'avaient pas le choix d'une application partielle d'une proposition.

En réalité, en discutant avec eux au téléphone ou en rendez-vous, je me suis rendue compte que certains pouvaient commencer une démarche puis la stopper pour telle ou telle raison.

Le mode binaire n'était peut-être pas le plus adapté.

F. Changement des pratiques et perspectives

1. Connaissance de l'EMEH-G

Une meilleure connaissance de l'EMEH-G par les médecins traitants, ainsi que ses indications d'interventions, représentent un challenge pédagogique et de communication nécessaire au développement et à l'optimisation de cette activité. Cela permettrait des interventions plus précoces et donc sur des situations moins complexes, voire même des interventions préventives.

Il semble donc important de recontacter tous les médecins généralistes sur le territoire de la filière gérontologique et de leur faire parvenir une nouvelle circulaire avec le rôle, les modalités d'intervention, les bénéfices de l'EMEH-G, ainsi que rappeler le numéro de la hotline.

La formation fait partie des missions de l'EMG. Le repérage de la fragilité, expliqué aux médecins traitants, doit permettre d'améliorer l'efficacité des interventions.

2. Application des propositions

L'EMEH-G se doit d'aider au mieux les médecins traitants dans l'application des propositions. Nous avons vu que la principale difficulté rencontrée par ceux-ci était le refus de la part des patients.

Il serait intéressant que l'EMEH-G, durant sa visite, essaie d'insister sur ce qui va être proposé afin de préparer le patient et son entourage aux changements qui seront proposés par le médecin traitant. Il est souvent difficile pour un patient âgé d'accepter de l'aide extérieure et de laisser entrer un étranger dans son intimité. On peut penser qu'une information adaptée en amont pourrait lui faire réaliser les bénéfices qu'il tirerait des soins proposés. Cela pourrait le convaincre à accepter la proposition sans tarder.

De plus, pour les propositions les moins appliquées, type demande d'HAD ou d'ESAD, on pourrait se demander s'il ne serait pas intéressant que l'EMEH-G aide les médecins traitants à les mettre en place car ceux-ci peuvent vite manquer de temps ou ne pas savoir comment procéder pour une telle prise en charge.

On pourrait aussi imaginer la présence d'un coordinateur qui s'assure de l'application des propositions, de l'intervention d'une infirmière « spécialisée » ou d'une plate-forme qui accompagnerait cette application (comme ce qui est prévu dans le plan PAERPA).

3. Adhésion des médecins traitants

Il a été mis en évidence dans certaines études que le suivi des propositions était meilleur si le médecin traitant adhère à celles-ci. Cette adhésion n'a pas été évaluée dans notre travail mais on peut penser qu'un lien médecins traitants/EMEH-G plus étroit ne pourrait que la renforcer.

Ainsi, un contact systématique avec le médecin traitant 2 mois après chaque prise en charge serait utile. Un contact systématique est en effet déjà établi à 2 mois avec le patient, son entourage ou le personnel paramédical.

Comme cela est ressorti dans notre étude, les médecins traitants n'ont malheureusement pas le temps d'avoir plus de contact direct avec l'EMEH-G et elle a aussi souvent du mal à les joindre.

Il nous semble qu'établir une relation de confiance avec le médecin traitant est primordial, afin d'intervenir le plus précocement possible auprès des patients et ainsi éviter les situations urgentes et complexes.

On pourrait se demander si cela ne pourrait pas s'améliorer avec SISRA, le Système d'Information en Santé de la région Rhône Alpes ou avec un dossier médical partagé.

Il existe déjà au niveau national un système d'information initié par le projet PAERPA (38).

De plus, un compte rendu avec des propositions hiérarchisées serait utile pour une meilleure application des propositions par les médecins traitants.

4. Nouvelle étude à mettre en place

Afin d'être extrapolables et utilisables par d'autres équipes mobiles de gériatrie, nos résultats doivent être associés à ceux d'autres travaux.

Dans un premier temps, nous pourrions comparer et associer nos résultats à des travaux de thèse en cours de réalisation sur les EMG extrahospitalières d'autre CH (Villefranche sur Saône, CHLS).

Dans un second temps, il serait intéressant de réaliser un nouveau travail de recherche, en prospectif, commun aux 3 équipes mobiles extrahospitalières du CHU de Lyon. Ce travail se pencherait sur toutes les interventions et pas seulement celles demandées par le médecin traitant. Cela permettrait de comparer le taux d'application en fonction des demandeurs, de confirmer nos résultats, d'augmenter la puissance de ceux-ci et d'en diminuer les biais.

CONCLUSION

L'EMG extrahospitalière du GHN (EMEH-G) a été créée en janvier 2014 en réponse à l'appel à projet de l'ARS Rhône-Alpes. Elle s'inscrit dans une filière de soins gériatriques hospitalière complète. Elle intervient sur des situations médico-psycho-sociales gériatriques complexes au domicile ou en EHPAD, en vue de permettre une coordination et un meilleur accès aux soins.

L'objectif de cette étude est de déterminer le taux d'application par les médecins traitants des différentes propositions de l'EMEH-G. L'identification des freins à l'application de ces propositions et la satisfaction globale des médecins traitants en sont des objectifs secondaires. L'étude a consisté en une enquête rétrospective menée auprès des médecins traitants par l'intermédiaire d'un questionnaire et portant sur les deux premières années d'activité. Les médecins traitants sont tous à l'origine de la demande de l'intervention de l'EMEH-G.

Dans cette étude, un fort taux de participation est observée, 63%, ainsi qu'un taux élevé d'application globale des propositions par les médecins traitants à 67%. Les propositions les plus fréquemment formulées par l'EMEH-G concernent les modifications du traitement médicamenteux. Ce sont les mieux suivies à 86%. Le suivi des autres mesures est difficilement exploitable car étudié sur de petits échantillons. Ces mesures regroupaient des actions variées, dont les plus appliquées étaient les para-médicales, sociales et d'adaptations environnementales. Le refus du patient est déclaré comme principal frein à l'application des propositions par les médecins traitants. Le fort taux d'application des propositions et la satisfaction des médecins traitants sont en faveur d'une reconnaissance de l'expertise gériatrique de cette équipe.

Cependant, ce travail s'apparente plus à une étude préliminaire. Les faibles effectifs analysés, le caractère rétrospectif et déclaratif sont autant de biais limitant l'interprétation des résultats. Il sera intéressant de le poursuivre par une étude prospective, commune aux 3 équipes mobiles extrahospitalières de l'Institut du Vieillissement des Hospices Civils de Lyon, afin de confirmer les résultats, d'augmenter la puissance de ceux-ci et d'en limiter les biais.

Peu d'études ont été publiées concernant les résultats des EMG extrahospitalières compte-tenu de leur mise en place récente. Le nombre de patients vus, le nombre de recommandations proposées, la mise en application des propositions sont des indicateurs validés de l'évaluation d'une EMG intrahospitalière. La pertinence de ces indicateurs sur les EMG extrahospitalières reste à vérifier et d'autres indicateurs

sont peut-être à définir, en particulier sur le service rendu, la réponse aux médecins traitants et le soutien à ceux-ci dans les situations complexes.

Plus largement, l'ambulatoire, les articulation ville-hôpital, les réseaux sont en développement et font l'objet de nombreuses expérimentations, soit sur initiative régionale, soit par des programmes nationaux comme les PAERPA. L'ouverture de la gériatrie vers la ville, à laquelle contribuent pleinement les EMG extrahospitalières, s'inscrit dans cette lignée. La pertinence et la performance de ces équipes sont amenées à s'accroître avec SISRA, le Système d'Information en Santé de la région Rhône Alpes. Leur offre de soin est amenée à évoluer pour des interventions réalisées plus en amont des situations complexes. Ainsi, une évolution de la recherche conjointe aux soins primaires et à la gériatrie est à accompagner.

Nom, prénom du candidat : GINER Amélie

CONCLUSIONS

L'EMG extrahospitalière du GHN (EMEH-G) a été créée en janvier 2014 en réponse à l'appel à projet de l'ARS Rhône-Alpes. Elle s'inscrit dans une filière de soins gériatriques hospitalière complète. Elle intervient sur des situations médico-psycho-sociales gériatriques complexes au domicile ou en EHPAD, en vue de permettre une coordination et un meilleur accès aux soins.

L'objectif de cette étude est de déterminer le taux d'application par les médecins traitants des différentes propositions de l'EMEH-G. L'identification des freins à l'application de ces propositions et la satisfaction globale des médecins traitants en sont des objectifs secondaires. L'étude a consisté en une enquête rétrospective menée auprès des médecins traitants par l'intermédiaire d'un questionnaire et portant sur les deux premières années d'activité. Les médecins traitants sont tous à l'origine de la demande de l'intervention de l'EMEH-G.

Dans cette étude, un fort taux de participation est observée, 63%, ainsi qu'un taux élevé d'application globale des propositions par les médecins traitants à 67%. Les propositions les plus fréquemment formulées par l'EMEH-G concernent les modifications du traitement médicamenteux. Ce sont les mieux suivies à 86%. Le suivi des autres mesures est difficilement exploitable car étudié sur de petits échantillons. Ces mesures regroupaient des actions variées, dont les plus appliquées étaient les para-médicales, sociales et d'adaptations environnementales. Le refus du patient est déclaré comme principal frein à l'application des propositions par les médecins traitants. Le fort taux d'application des propositions et la satisfaction des médecins traitants sont en faveur d'une reconnaissance de l'expertise gériatrique de cette équipe.

Cependant, ce travail s'apparente plus à une étude préliminaire. Les faibles effectifs analysés, le caractère rétrospectif et déclaratif sont autant de biais limitant l'interprétation des résultats. Il sera intéressant de le poursuivre par une étude prospective, commune aux 3 équipes mobiles extrahospitalières de l'Institut du

Vieillessement des Hospices Civils de Lyon, afin de confirmer les résultats, d'augmenter la puissance de ceux-ci et d'en limiter les biais.

Peu d'études ont été publiées concernant les résultats des EMG extrahospitalières compte-tenu de leur mise en place récente. Le nombre de patients vus, le nombre de recommandations proposées, la mise en application des propositions sont des indicateurs validés de l'évaluation d'une EMG intrahospitalière. La pertinence de ces indicateurs sur les EMG extrahospitalières reste à vérifier et d'autres indicateurs sont peut-être à définir, en particulier sur le service rendu, la réponse aux médecins traitants et le soutien à ceux-ci dans les situations complexes.

Plus largement, l'ambulatoire, les articulations ville-hôpital, les réseaux sont en développement et font l'objet de nombreuses expérimentations, soit sur initiative régionale, soit par des programmes nationaux comme les PAERPA. L'ouverture de la gériatrie vers la ville, à laquelle contribuent pleinement les EMG extrahospitalières, s'inscrit dans cette lignée. La pertinence et la performance de ces équipes sont amenées à s'accroître avec SISRA, le Système d'Information en Santé de la région Rhône Alpes. Leur offre de soin est amenée à évoluer pour des interventions réalisées plus en amont des situations complexes. Afin d'accompagner les évolutions de la prise en charge des personnes âgées à domicile, une évaluation des actions menées est nécessaire pour améliorer les pratiques existantes.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD

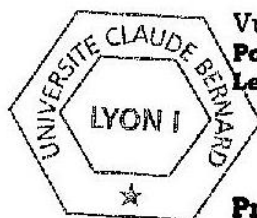
B. W. S. M.
Centre Hospitalier Lyon Sud
20027 Pierre Bénite Cedex
Service de Médecine Gériatrique
Pavillon 4E - Michel Perret

W. L.
Vu :

Professeur Marc BONNEFOY

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



G. R.
Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le **30 JUIN 2017**

BIBLIOGRAPHIE

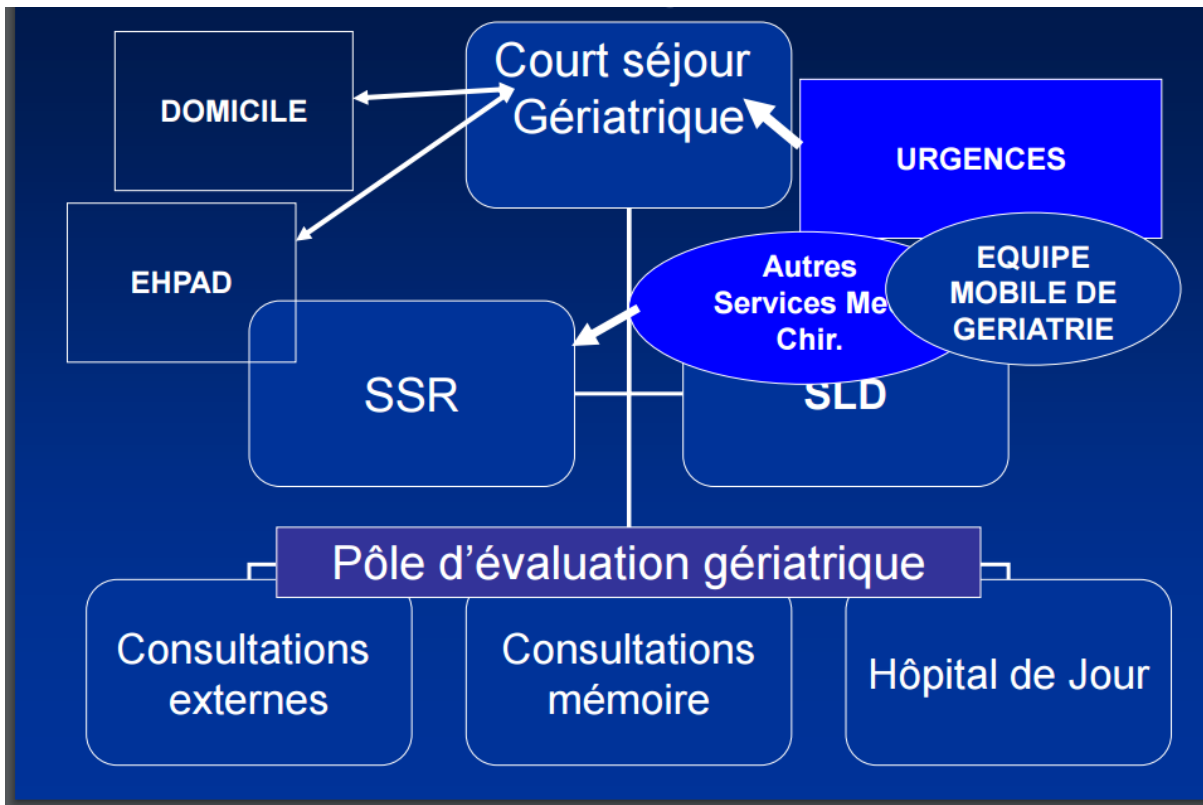
1. INSEE - Population par âge: tableaux de l'Économie Française
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
2. HAS - Note méthodologique polypathologie de la personne âgée -
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
3. Bulletin Officiel n°2002-14 relatif à l'amélioration de la filière gériatrique-
Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
4. Bulletin Officiel N°2007-4 relatif à la filière de soins gériatriques
Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
5. rapport-IGAS-2005 Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins.
Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/11/rapport-IGAS-2005.pdf>
6. COUTURIER P. - Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. La Revue Gériatrie. 2004;29(9):703-12.
7. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES -
Circulaire relative à la prise en charge des urgences
Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
8. JEANDEL, C., PFITZENMEYER, P., VIGOUROUX, P. - Un programme pour la gériatrie :
5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique
gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir.-
Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000419.pdf>
9. MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX
PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE - Plan solidarité grand âge 2008
Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
10. MARIE-ALINE BLOCH, LEONIE HENAUT, JEAN-CLAUDE SARDAS, SEBASTIEN GAND
-La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et
dynamiques professionnelles.2011 -
Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01064426/document>
11. PASCAL COUTURIER, LIONEL TRANCHANT, ISABELLE LANIECE, THOMAS MORIN,
ANNIE GROMIER, CHANTAL SALA, BRIGITTE LO-STRAUSS - Fonctionnement des unités
mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU
de Grenoble - *Ann Gérontol*, vol. 1, n° 1, octobre 2008 -
Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/11/annales-de-g%C3%A9rontologie.pdf>
12. NATHALIE SALLES - Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie
en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG - *La revue de
gériatrie*, Tome 37, N9 novembre 2012
13. ANAP -Outil de suivi de l'activité d'une EMG

14. LEICHSENKING K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:e10.
15. STIJNEN MMN, JANSEN MWJ, DUIJEL-PEETERS IGP, VRIJHOEF HJM. - Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract*
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213477/>
16. GRAVELLE H, DUSHEIKO M, SHEAFF R, SARGENT P, BOADEN R, PICKARD S, ET AL. - Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 6 janv 2007;334(7583):31.
17. EKMANN A, VASS M, AVLUND K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community*. nov 2010;18(6):563-71.
18. VASS M, AVLUND K, HENDRIKSEN C, PHILIPSON L, RIIS P. Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*. août 2007;40(4):209-16.
19. BRETTSCHEIDER C, LUCK T, FLEISCHER S, ROLING G, BEUTNER K, LUPPA M, ET AL. Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC Health Serv Res*. 3 avr 2015;15:141.
20. INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GERIATRIE DE MONTREAL - Centre ambulatoire gériatrique
Disponible sur: <http://www.iugm.qc.ca/soins/centre-ambulatoire.html>
21. MATTKE S, HAN D, WILKS A, SLOSS E. Medicare Home Visit Program Associated With Fewer Hospital And Nursing Home Admissions, Increased Office Visits. *Health Aff Proj Hope*. déc 2015;34(12):2138-46.
22. BECK RA, ARIZMENDI A, PURNELL C, FULTZ BA, CALLAHAN CM. House Calls for Seniors: Building and Sustaining a Model of Care for Homebound Seniors. *J Am Geriatr Soc*. juin 2009;57(6):1103-9.
23. KONO A, IZUMI K, YOSHIYUKI N, KANAYA Y, RUBENSTEIN LZ. Effects of an Updated Preventive Home Visit Program Based on a Systematic Structured Assessment of Care Needs for Ambulatory Frail Older Adults in Japan: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. déc 2016;71(12):1631-7.
24. DECELLE GAEL - Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy -
Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620686/document>
25. BRAGA CHARLOTTE - Equipe Mobile Externe de Gériatrie de l'hôpital Bretonneau : enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4671_BRAGA_these.pdf

26. CANALI C, ET AL. -Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative - *Neurol psychiatr gériatr* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2015.07.008>
27. MORINT, LANIECE I, DESBOIS A, AMIARD S, GAVAZZI G, COUTURIER P - Evaluation du suivi des recommandations a 3 mois apres prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière - *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(3):285-93
doi:10.1684/pnv.2012.0359
28. MARTIN ALICE - Suivi des recommandations faites par le reseau de soins gerontologiques de lille-hellemmes-lomme en 2012
Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7d01bc76-cf4e-426f-b6ff-d86c1671337a>
29. REUBEN DB, MALY RC, HIRSCH SH, FRANK JC, OAKES AM, SIU AL, ET AL. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *Am J Med.* avr 1996;100(4):444-51.
30. MALY RC, LEAKE B, FRANK JC, DIMATTEO MR, REUBEN DB. Implementation of consultative geriatric recommendations: the role of patient-primary care physician concordance. *J Am Geriatr Soc.* août 2002;50(8):1372-80.
31. AMINZADEH F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age Ageing.* sept 2000;29(5):401-7.
32. HILL KD, MOORE KJ, DOREVITCH MI, DAY LM. Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions. *J Am Geriatr Soc.* avr 2008;56(4):600-8.
33. BOGARDUS ST, BRADLEY EH, WILLIAMS CS, MACIEJEWSKI PK, GALLO WT, INOUE SK. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc.* janv 2004;52(1):99-105.
34. VAN HAASTREGT JC, DIEDERIKS JP, VAN ROSSUM E, DE WITTE LP, CREBOLDER HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ.* 18 mars 2000;320(7237):754-8.
35. MAYO-WILSON E, GRANT S, BURTON J, PARSONS A, UNDERHILL K, MONTGOMERY P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 2014;9(3):e89257.
36. URPS - Démographie de la médecine libérale en Rhône-Alpes [Internet]. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/medecins-generalistes/>
37. DREES - La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Février 2014.
Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
38. ANAP - Initier un système d'information PAERPA sur son territoire.
Disponible sur: <http://www.calameo.com/read/0023953311ea7aae8af37>

ANNEXES

Annexe 1. La filière de soins gériatriques



Elle se compose de :

- Un court séjour gériatrique
- Une unité de soins de suite et réadaptation (SSR),
- Une unité de soins longues durée (SLD),
- Une équipe mobile de gériatrie,
- Une unité de consultations,
- Un hôpital de jour.

Elle est en lien direct avec :

- Les patients à domicile et leurs médecins traitants,
- Les EHPAD,
- Les urgences,
- Les autres services hospitaliers.



COMMUNIQUE

Lyon, vendredi 8 mars 2013

Création d'équipes mobiles gériatriques et renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène

> L'ARS Rhône-Alpes lance 2 appels à candidatures pour améliorer le parcours des personnes âgées dans le système de santé

L'ARS poursuit son action pour aider à la structuration des filières gériatriques, faciliter et améliorer le parcours des personnes âgées dans le système de santé.

Elle a lancé le 26 février, deux appels à candidature ; le premier pour la création d'équipes mobiles gériatriques avec un renforcement en compétence psychiatrique et le second pour le renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène afin de prévenir les risques infectieux associés aux soins auprès des personnes âgées dépendantes.

Création d'équipes mobiles gériatriques

L'Agence régionale de santé Rhône-Alpes lance un premier appel à candidature auprès des centres hospitaliers établissements de référence de la filière gériatrique pour la création d'Equipe mobile gériatrique avec un renforcement en compétence psychiatrique.

Ces équipes seront régulées par une astreinte, assurée par un ou des médecins gériatres, qui se met progressivement en place dans chacun des 30 territoires gériatriques de la région Rhône-Alpes, suite à l'appel à candidature lancé également par l'ARS en juillet 2012.

Elles se déplaceront à domicile ou en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur demande des médecins traitants ou des médecins coordonnateurs des EHPAD.

Astreinte et Equipe mobile extra hospitalière s'inscrivent pleinement dans la mise en œuvre du Projet régional de santé Rhône-Alpes, sur l'enjeu de la fluidité des prises en charge et des accompagnements pour prévenir la rupture dans le parcours de la personne âgée.

Elles permettront de proposer une réponse adaptée avec une programmation d'un séjour hospitalier si nécessaire tout en évitant le passage aux urgences.

Chaque territoire de filière gériatrique sera ainsi doté de moyens pour répondre à cette exigence. Cette décision fait suite aux résultats de l'expérimentation développée à partir de 2010 (sur deux ans) sur la réponse téléphonique et l'équipe mobile extra hospitalière et au financement octroyé pour les Equipes mobiles gériatriques-psychiatriques.

Siège
129 rue Servient
69 418 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00

www.ars.rhonealpes.sante.fr

Cet appel à candidature sera financé par les Missions d'intérêt général (MIG), à hauteur de 4,7 millions d'euros.

Renforcer les équipes opérationnelles d'hygiène

Parallèlement, l'ARS Rhône-Alpes engage aujourd'hui une action sur la prévention du risque infectieux associé aux soins en EHPAD en lançant **un appel à candidature** pour le renforcement des Equipes opérationnelles d'hygiène qui sont implantées dans des centres hospitaliers de la région.

Ces équipes opérationnelles sont amenées à se déplacer dans les Etablissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ont comme principales missions **l'information, la diffusion des protocoles de bonnes pratique**, et répondre aux éventuels besoins de ces établissements en cas de situation à risque.

Cette action répond à une des orientations développées dans le [projet régional de santé](#) sur la prévention du risque infectieux en réponse aux risques environnementaux.

Les moyens seront déployés dans toute la région pour couvrir l'ensemble de près de 700 EHPAD (environ 54 000 places), suivant les constats faits lors d'une expérimentation menée sur plusieurs années avec les équipes du centre hospitalier de Valence (26) et avec celles du centre hospitalier de Villefranche sur Saône (69).

Cet appel à candidature sera quant à lui financé par le Fonds d'intervention régional (FIR) géré par l'Agence régionale de santé, à hauteur de 2,8 millions d'euros.

Contact presse

Service information et communication

04 27 86 55 55

ars-rhonealpes-presse@ars.sante.fr

L'Agence régionale de santé Rhône-Alpes a été créée le 1^{er} avril 2010. Cet établissement public, constitué de **830 personnes**, est un opérateur de l'Etat et de l'Assurance Maladie. L'Agence regroupe donc les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie en région et se **substitue** aux pôles santé des DDASS et DRASS, à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), aux pôles organisation des soins de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et de la Direction régionale du service médical (DRSM), au Groupement régional de santé Publique (GRSP), et à la Mission régionale de santé (MRS). Créée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, l'ARS met en œuvre au niveau régional la politique de santé publique selon trois grandes missions : la protection et la promotion de la santé, la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, l'appui à l'efficacité des établissements et des services sanitaires et médico-sociaux. L'Agence régionale de santé Rhône-Alpes est présente dans les 8 départements de la région. Son siège se situe à Lyon. Elle dispose de délégations territoriales à Bourg-en-Bresse, Privas, Valence, Grenoble, Saint-Etienne, Chambéry et Annecy.



Annexe 3. Grille de propositions établie par l'EMEH-G

Grille de propositions structurées et suivi de celles-ci. Elle est remplie par l'EMEH-G après chaque intervention.

	Proposé Cocher (0 = non ; 1 = oui)	Réalisé Cocher 0 = non ; 1= oui
ORIENTATION GERIATRIQUE		
CS mémoire		
CS gériatrique		
HDJ de diagnostic		
HDJ de prise en charge		
Hospitalisation Court séjour Gériatrique		
consultation UCC / Hospitalisation UCC		
Hospitalisation SSR		
EMMA / autre équipe mobile extra hospitalière		
Nouvelle VAD		
ORIENTATION autre		
Consultation spécialisée (dont équipe mobile soins pallia et rééducation)		
Hospitalisation service de spécialité dont urgence		
ORIENTATION psychiatrique		
Hospitalisation		
CMP		
GUIDANCE		
EMEOPSA		
Consultation Spécialisée/psychologue		
Hôpital de Jour psychiatrique		
PROPOSITIONS MEDICALES		
Examens complémentaires		
Traitement psychotrope		
Thérapeutique médicamenteuse autre		
PEC nutritionnelle		
Kinésithérapeute		
PEC IDEL / SSIAD		
Orthophoniste		
PEC psychomotricienne		
PEC plaies et escarres (conseil en soins)		
Directives anticipées / personne de confiance		
Niveau de soin		
Concertation pluridisciplinaire		
Thérapeutiques non médicamenteuses (musicoT / ArtT...)		
PROPOSITIONS SOCIALES		
Evaluation sociale (AS EMG / MDR / CCAS)		
Mise en place d'aides à domicile / ADPA		
Protection juridique / signalement/ Procuration		
RESEAU		
ESAD		
Plateforme de répit		
MAIA		
HAD		
Associatif		
CORES0 (CORMADOM / SOURCE / SPIRO)		
HEBERGEMENT		
ACCEUIL DE JOUR		
HEBERGEMENT TEMPORAIRE		

Définitif (EHPAD/ Unité protégée / EHPA / USLD / UHR)		
PROPOSITIONS ADAPTATION ENVIRONNEMENTALE		
Prise en charge ergothérapeute (orientation)		
Mise en place de matériel		
Contention physique (mise en place / Arrêt / réadaptation...)		
Adaptation de l'environnement		
Soutien et accompagnement à l'utilisation du matériel		
Soutien et accompagnement des équipes (dont APC EMMA)		
Soutien et accompagnement des familles (dont réunion famille)		
Formation formelle		
Total Nb de propositions proposées/réalisées		
<i>Nb de contact à la clôture</i>		

Annexe 4. Echelle d'autonomie ADL (Katz)

Echelle d'autonomie des activités de base de la vie quotidienne. Elle permet d'évaluer l'autonomie fonctionnelle du patient afin de mettre en place des aides adaptées.

Un score supérieur à 3 signe une dépendance.

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 5. Questionnaire

➤ Mail envoyé avec le questionnaire :

Cher confrère,

Médecin généraliste remplaçante, je réalise mon travail de thèse avec l'équipe mobile extrahospitalière gériatrique (EMEHG) de l'hôpital Dugoujon/ CHU de la Croix Rousse.

Comme convenu avec vous par téléphone, je me permets de vous adresser par mail mon questionnaire de thèse à propos de la prise en charge de l'équipe mobile pour votre patient en 2014/2015.

L'objectif de ma thèse est d'améliorer les prises en charge de l'équipe mobile de gériatrie en s'adaptant au mieux aux demandes et aux contraintes des médecins traitants.

Pour cela, le questionnaire informatisé reviendra sur chaque proposition de l'équipe mobile pour votre patient puis il y aura une autre partie à propos de vous.

Il prend environ 5 minutes à remplir. Pour cela, vous avez besoin compte rendu envoyé par l'équipe mobile à la suite de sa visite.

Si vous n'avez pas reçu le compte rendu, merci de tout de même remplir le questionnaire, cela servira pour nos statistiques afin que vous le receviez correctement pour un autre patient.

Si vous avez plusieurs patients concernés, merci de remplir un questionnaire pour chaque patient.

En vous remerciant par avance du temps passé et de l'aide que vous apporterez à mon travail,

Je vous souhaite une très bonne journée.

Confraternellement,

Amélie Giner

06.60.70.33.12

amelieginermail.com

Retour sur les différentes propositions de l'équipe mobile extrahospitalière de gériatrie pour votre patient, dans le cadre d'un travail de thèse

Vous recevez ce questionnaire car, durant l'année 2014 ou 2015, vous avez fait appel à l'équipe mobile de gériatrie pour un ou plusieurs de vos patients.
Merci de vous munir du **compte-rendu** que vous avez reçu.

Afin de répondre au questionnaire, je vous invite à vous reporter au paragraphe "**propositions**", à la fin du **compte rendu**, comme cela est indiqué sur le compte-rendu ci dessous, pris pour exemple:



Avez-vous reçu le compte-rendu de l'équipe mobile de gériatrie?

OUI

NON

Revenons sur les différentes propositions de l'équipe mobile pour votre patient:

Vous a-t-on conseillé une modification de traitement médicamenteux?

OUI

NON

Vous a-t-on conseillé une prise en charge par un kinésithérapeute?

OUI

NON

Vous a-t-on conseillé une prise en charge par un orthophoniste ?

OUI

NON

Vous a-t-on conseillé l'intervention d'une infirmière à domicile ?

OUI

NON

Une prise en charge nutritionnelle était-elle conseillée?

(compléments alimentaires, régime adapté, horaires de repas, etc...)

OUI

NON

➤ Questionnaire complet en format word

Retour sur les différentes propositions de l'équipe mobile extrahospitalière de gériatrie p

Q148 Retour sur les différentes propositions de l'équipe mobile extrahospitalière de gériatrie pour votre patient, dans le cadre d'un travail de thèse

Q150 Vous recevez ce questionnaire car, durant l'année 2014 ou 2015, vous avez fait appel à l'équipe mobile de gériatrie pour un ou plusieurs de vos patients. Merci de vous munir du compte-rendu que vous avez reçu. Afin de répondre au questionnaire, je vous invite à vous reporter au paragraphe "propositions", à la fin du compte rendu, comme cela est indiqué sur le compte-rendu ci dessous, pris pour exemple:

Q149



Q1 Avez-vous reçu le compte-rendu de l'équipe mobile de gériatrie?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q152 Revenons sur les différentes propositions de l'équipe mobile pour votre patient:

Q2 Vous a-t-on conseillé une modification de traitement médicamenteux?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q12 Vous a-t-on conseillé une mise en place ou une révision d'un plan d'aide? (le plan d'aide regroupe tous les intervenants professionnels au domicile: auxiliaire de vie, aide ménagère, portage de repas, etc)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q13 Un accueil de jour était-il conseillé?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q14 Un hébergement temporaire était-il conseillé ?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q15 Vous a-t-on conseillé de remplir des dossiers en vue d'une entrée en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q16 Vous a-t-on conseillé de solliciter l'HAD (hospitalisation à domicile) pour prendre en charge votre patient?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q17 Une prise en charge en CMP (centre médico-psychologique) était-elle conseillée ?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q139 Vous a-t-on conseillé de demander l'avis d'un médecin d'une autre spécialité?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q153 Parmi les conseils donnés par l'équipe mobile pour votre patient:

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une modification de traitement médicamenteux? OUI est sélectionné

Q19 Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une prise en charge par un kinésithérapeute? OUI est sélectionné

Q20 Avez-vous prescrit la prise en charge par un kinésithérapeute?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q3 Vous a-t-on conseillé une prise en charge par un kinésithérapeute?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q4 Vous a-t-on conseillé une prise en charge par un orthophoniste ?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q5 Vous a-t-on conseillé l'intervention d'une infirmière à domicile ?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q146 (Q130) Une prise en charge nutritionnelle était-elle conseillée? (compléments alimentaires, régime adapté, horaires de repas, etc...)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q6 Vous a-t-on conseillé la mise en place de matériel spécialisé au domicile? (par exemple lit médicalisé, salle de bain adaptée, fauteuil coque, cadre de marche, téléalarme etc...)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q7 Vous a-t-on conseillé une articulation avec une ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q8 Vous a-t-on conseillé une modification de l'environnement intérieur du domicile? (agencement des pièces, retrait de tapis, modification de la luminosité, etc; cela concerne ce qu'il y a déjà dans le domicile, pas la prescription de matériel médical)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q9 Vous a-t-on conseillé une prise de contact avec l'entourage/ la famille? (cela comprend le soutien et l'accompagnement des familles et des aidants)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q10 Vous a-t-on conseillé de créer un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Q11 Vous a-t-on conseillé une prise en charge en centre d'action social (CCAS)? (notamment rencontre avec l'assistante sociale de secteur)

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une prise en charge par un orthophoniste ? OUI est sélectionné

Q21 Avez-vous prescrit la prise en charge par un orthophoniste?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé l'intervention d'une infirmière au domicile ? OUI est sélectionné

Q22 Avez-vous prescrit la prise en charge par une infirmière à domicile?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Une prise en charge nutritionnelle était-elle conseillée? OUI est sélectionné

Q131 Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé la mise en place de matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? (pa... OUI est sélectionné

Q23 Avez-vous prescrit le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on conseillé une articulation avec une ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? OUI est sélectionné

Q24 Avez-vous prescrit la prise en charge par l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une modification de l'environnement à l'intérieur du domicile de votre patient(e)? (agencement des pièces, retrait de tapis, modification de la luminosité, etc; ne comprend pas l... OUI est sélectionné

Q25 Avez-vous modifié l'environnement intérieur du domicile de votre patient?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une prise de contact avec l'entourage de votre patient(e)? OUI est sélectionné

Q26 Avez-vous eu un contact avec l'entourage/ la famille de votre patient?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé de créer un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? OUI est sélectionné

Q27 Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une prise en charge en centre d'action social (CCAS)? (notamment rencontre av... OUI est sélectionné

Q28 Avez-vous réalisé la prise en charge en CCAS (centre d'action social)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une mise en place ou une révision d'un plan d'aide? (il regroupe tous les int... OUI est sélectionné

Q29 Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Un accueil de jour était il proposé pour votre patient(e)? OUI est sélectionné

Q30 Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Un hébergement temporaire était il proposé pour votre patient(e)? OUI est sélectionné

Q31 Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé un placement en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépen... OUI est sélectionné

Q32 Avez-vous rempli les dossiers en vue d'une entrée en EHPAD?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on proposé une prise en charge en HAD (hospitalisation à domicile) pour votre patient(e)? OUI est sélectionné

Q33 Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Une prise en charge en CMP (centre médico-psychologique) était-elle proposée pour votre patient? OUI est sélectionné

Q34 Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Vous a-t-on conseillé de demander l'avis d'un médecin d'une autre spécialité? OUI est sélectionné

Q140 Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité?

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux? NON est sélectionné

Q36 Vous n'avez pas mis en place ou modifié le traitement médicamenteux, c'est...

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux? NON est sélectionné

Q38 parce que l'indication vous paraissait mauvaise

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux? NON est sélectionné

Q39 par refus de l'entourage/famille

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux? NON est sélectionné

Q40 par refus du patient

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place ou modifié le traitement médicamenteux? NON est sélectionné

Q47 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un kinésithérapeute? NON est sélectionné

Q41 Vous n'avez pas prescrit de prise en charge par un kinésithérapeute, c'est...

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un kinésithérapeute? NON est sélectionné

Q42 parce que l'indication vous paraissait mauvaise

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un kinésithérapeute? NON est sélectionné

Q43 par refus de l'entourage/famille

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un kinésithérapeute? NON est sélectionné

Q44 par refus du patient

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un kinésithérapeute? NON est sélectionné

Q45 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un orthophoniste? NON est sélectionné

Q48 Vous n'avez pas prescrit de prise en charge par un orthophoniste, c'est...

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un orthophoniste? NON est sélectionné

Q49 parce que l'indication vous paraissait mauvaise

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un orthophoniste? NON est sélectionné

Q50 par refus de l'entourage/famille

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un orthophoniste? NON est sélectionné

Q51 par refus du patient

- ☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:

Si Avez-vous mis en place la prise en charge par un orthophoniste? NON est sélectionné

Q52 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge par une infirmière au domicile? NON est sélectionné
Q53 Vous n'avez pas prescrit l'intervention d'une infirmière à domicile, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge par une infirmière au domicile? NON est sélectionné
Q54 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge par une infirmière au domicile? NON est sélectionné
Q55 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge par une infirmière au domicile? NON est sélectionné
Q56 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge par une infirmière au domicile? NON est sélectionné
Q58 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle? NON est sélectionné
Q132 Vous n'avez pas mis en place la prise en charge nutritionnelle, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle? NON est sélectionné
Q147 (Q133) parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle? NON est sélectionné
Q148 (Q134) par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle? NON est sélectionné
Q149 (Q135) par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place la prise en charge nutritionnelle? NON est sélectionné
Q136 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q59 Vous n'avez pas prescrit le matériel spécialisé au domicile de votre patient, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q60 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q62 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q63 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place le matériel spécialisé au domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q65 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place l'articulation avec l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? NON est sélectionné
Q66 Vous n'avez pas prescrit de prise en charge par l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place l'articulation avec l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? NON est sélectionné
Q67 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place l'articulation avec l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? NON est sélectionné
Q68 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place l'articulation avec l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? NON est sélectionné
Q69 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place l'articulation avec l'ESAD (équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile)? NON est sélectionné
Q70 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous modifié l'environnement du domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q71 Vous n'avez pas modifié l'environnement intérieur du domicile de votre patient(e), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous modifié l'environnement intérieur du domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q137 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous modifié l'environnement du domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q72 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous modifié l'environnement du domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q73 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous modifié l'environnement du domicile de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q75 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous pris contact avec l'entourage de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q76 Vous n'avez pas eu de contact avec l'entourage de votre patient(e), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous pris contact avec l'entourage de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q77 parce qu'il était injoignable
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous pris contact avec l'entourage de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q78 par refus de l'entourage/famille de vous rencontrer
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous pris contact avec l'entourage de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q79 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous pris contact avec l'entourage de votre patient(e)? NON est sélectionné
Q80 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? NON est sélectionné
Q82 Vous n'avez pas créé de dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? NON est sélectionné
Q83 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? NON est sélectionné
Q84 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? NON est sélectionné
Q85 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous créé un dossier ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)? NON est sélectionné
Q87 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si pour une autre raison, précisez Cliquez pour écrire Choix 2 est sélectionné
Q88 Vous n'avez pas mis en place de prise en charge en CCAS (centre d'action social), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous pu réaliser la prise en charge en CCAS (centre d'action social)? NON est sélectionné
Q89 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si pour une autre raison, précisez Cliquez pour écrire Choix 2 est sélectionné
Q90 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous pu réaliser la prise en charge en CCAS (centre d'action social)? NON est sélectionné
Q91 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous pu réaliser la prise en charge en CCAS (centre d'action social)? NON est sélectionné
Q93 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide? NON est sélectionné
Q94 Vous n'avez mis en place ou révisé le plan d'aide, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide? NON est sélectionné
Q95 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide? NON est sélectionné
Q96 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide? NON est sélectionné
Q97 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place ou révisé le plan d'aide? NON est sélectionné
Q98 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour? NON est sélectionné
Q99 Vous n'avez pas mis en place de prise en charge en accueil de jour, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour? NON est sélectionné
Q100 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour? NON est sélectionné
Q101 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour? NON est sélectionné
Q102 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en accueil de jour? NON est sélectionné
Q103 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire? NON est sélectionné
Q104 Vous n'avez pas mis en place de prise en charge en hébergement temporaire, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire? NON est sélectionné
Q105 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire? NON est sélectionné
Q106 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire? NON est sélectionné
Q107 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place une prise en charge en hébergement temporaire? NON est sélectionné
Q108 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous organisé rapidement un placement en EHPAD? NON est sélectionné
Q109 Vous n'avez pas rempli les dossiers d'entrée en EHPAD, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous organisé rapidement un placement en EHPAD? NON est sélectionné
Q111 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé rapidement un placement en EHPAD? NON est sélectionné
Q114 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé rapidement un placement en EHPAD? NON est sélectionné
Q115 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé rapidement un placement en EHPAD? NON est sélectionné
Q117 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q126 Vous n'avez pas organisé de prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q127 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q128 par refus de l'équipe d'HAD de prendre en charge votre patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q129 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q130 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous organisé une prise en charge par l'HAD (hospitalisation à domicile)? NON est sélectionné
Q151 (Q131) pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q132 Vous n'avez pas mis en place de prise en charge en CMP (centre médico-psychologique), c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q133 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q134 par refus du CMP (manque de place, mauvaise indication ou autre)
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q135 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q136 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous mis en place un suivi par le CMP (centre médico-psychologique)? NON est sélectionné
Q150 (Q137) pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Display This Question:
Si Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité? NON est sélectionné
Q141 Vous n'avez pas demandé l'avis d'un médecin d'une autre spécialité, c'est...

Display This Question:
Si Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité? NON est sélectionné
Q142 parce que l'indication vous paraissait mauvaise
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité? NON est sélectionné
Q143 par refus de l'entourage/famille
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité? NON est sélectionné
Q144 par refus du patient
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Display This Question:
Si Avez-vous orienté votre patient vers un médecin d'une autre spécialité? NON est sélectionné
Q145 pour une autre raison, précisez s'il vous plaît

Q138 A propos de vous

qm1 (Q139) Quel âge avez-vous?
☐ moins de 35 ans (1)
☐ 35-45 ans (2)
☐ 46-55 ans (3)
☐ 56-65 ans (4)
☐ plus de 65 ans (5)

qm2 (Q140) Vous êtes
☐ un homme (1)
☐ Une femme (2)

Qm3 (Q141) Depuis combien de temps exercez-vous?
☐ moins de 5 ans (1)
☐ 5 à 10 ans (2)
☐ 10 à 15 ans (3)
☐ plus de 15 ans (4)

qm4 (Q142) Quel est votre milieu d'exercice?
☐ urbain (1)
☐ semi-rural (2)
☐ rural (3)

qm5 (Q138) Intervenez-vous en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)?
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Qm6 (Q143) Etes-vous universitaire/maître de stage?
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

(Q144) Comment avez-vous connu l'équipe mobile de gériatrie?
☐ par une information des HCL (Hospices Civils de Lyon) à propos de la hotline gériatrique (1)qm7
☐ par une information des HCL (Hospices Civils de Lyon) à propos de l'équipe mobile de gériatrie (5) qm8
☐ par un confrère qui vous en a parlé (2) qm9
☐ un de vos patients a bénéficié d'une visite de l'équipe mobile à la suite d'une hospitalisation (3) qm10
☐ un de vos patients a bénéficié d'une visite de l'équipe mobile à la demande d'un autre médecin libéral (4) qm11
☐ autre, précisez s'il vous plaît (6) qm 12 _____

qm 14 (Q146) Quelle est la proportion de vos patients gériatriques (patients de 70 ans et plus) à partir de votre RIAP (relevé individuel d'activité et de prescriptions)?
☐ 0 à 10 % (1)
☐ 11 à 25 % (2)
☐ 26 à 50 % (3)
☐ 51 à 75 % (4)
☐ plus de 75% (5)

qm 15 (Q147) Souhaitez-vous être tenu au courant des principaux résultats?
☐ OUI (1)
☐ NON (2)

Qp1 GIR
Qp2 aidant : OUI (1); NON (2)
Qp3 niveau complexité

Annexe 5. Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)

La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée.

GRILLE AGGIR							
NOM et Prénom de la personne âgée :			Date de passation de la grille :				
Adresse :							
VARIABLES DISCRIMINANTES							
Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	H	C	AB C	OBSERVATIONS
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir							
DEPLACEMENTS INTERIEURS avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant							
TOILETTE Hygiène corporelle	HAUT : visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains						
	BAS : régions intimes, les membres inférieurs et les pieds						
ELIMINATION Assurer l'hygiène et rester propre	URINAIRE						
	ANALE						
HABILLAGE Savoir choisir, préparer et enlever	HAUT : choix vêtements, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête /les bras						
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles						
	BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures						
ALIMENTATION	SE SERVIR : un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper						
	MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons						
ALERTE Communication à distance							
DEPLACEMENTS EXTERIEURS A partir de la porte d'entrée sur la rue							
ORIENTATION	TEMPS : se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)						
	ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux						
COHERENCE	COMMUNICATION communication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne						
	COMPORTEMENT agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude						
VARIABLES ILLUSTRATIVES							
GESTION							
CUISINE							
MENAGE							
TRANSPORT							

• Il faut cocher les cases, quand la personne ne fait pas

S = Spontanément (il n'y a pas d'incitation ou de stimulation)

T = Totale (l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé)

H = Habituellement (fait référence au temps et à la fréquence de réalisation)

C = Correctement (recouvre la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et des autres)

Les patients sont classés en 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) :

Gir 1	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, • Ou personne en fin de vie
Gir 2	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

GINER Amélie**Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière du groupement hospitalier Lyon nord (EMEH-G)****Enquête rétrospective évaluant le suivi des propositions effectuées par l'EMEH-G auprès des médecins traitants**

RESUME

L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du groupement hospitalier Lyon Nord (EMEH-G) a été créée en janvier 2014 en réponse à l'appel à projet de l'ARS Rhône-Alpes. Elle s'inscrit dans une filière de soins gériatriques hospitalière complète. Elle intervient sur des situations médico-psycho-sociales gériatriques fragiles ou complexes, en milieu écologique, en vue d'améliorer la coordination des 3 secteurs (sanitaire, médico-social et social) et ainsi l'accès aux soins des personnes âgées.

Afin d'évaluer cette nouvelle équipe, l'objectif de cette étude est de déterminer le taux d'application par les médecins traitants des différentes propositions de l'EMEH-G. L'identification des freins à l'application de ces propositions et la satisfaction globale des médecins traitants en sont des objectifs secondaires.

Une enquête descriptive rétrospective monocentrique par questionnaire informatisé a été réalisée du 10 février au 30 mars 2017 auprès de 27 médecins généralistes (43 interventions) portant sur les deux premières années d'activité (2014-2015). Tous les médecins étaient demandeurs d'une intervention de l'EMEH-G pour un ou plusieurs de leurs patients.

Un fort taux de participation à 63% est noté dans cette étude. Il est apparu que les propositions les plus appliquées étaient les modifications thérapeutiques (86%), les mesures para-médicales (79%), sociales (89%) et d'adaptations environnementales (87%). La principale difficulté à l'application des propositions était un refus de la part du patient, voire de son entourage. Les médecins sont, dans l'ensemble, satisfaits du délai d'intervention, de la réponse à leur problème, de la communication avec l'EMEH-G et sont tous prêts à refaire appel à elle. Ces résultats sont à relativiser du fait du faible effectif.

Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières sont récentes et peu d'études ont été publiées à leur propos. Le fort taux d'application des propositions et la satisfaction des médecins traitants sont en faveur d'une reconnaissance de l'expertise gériatrique de cette équipe et montrent le service rendu dans la prise en charge des patients âgés.

MOTS CLES : Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière ; gériatrie ; filière gériatrique ; médecins généralistes ; suivi de propositions ; Lyon.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe VANHEMS

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Madame le Docteur Nathalie MICHEL-LAEENGH

Madame le Docteur Clothilde MOINDROT

DATE DE SOUTENANCE : 19 septembre 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 13 place de trion 69005 LYON

E MAIL : amelie.giner@hotmail.fr
