

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**SUIVI DES RECOMMANDATIONS FAITES PAR LE RESEAU DE SOINS
GERONTOLOGIQUES DE LILLE-HELLEMMES-LOMME EN 2012**

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2013

Par Alice MARTIN

Jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur BOULANGER

Monsieur le Professeur DUHAMEL

Directeur de Thèse : Madame le Docteur DELECLUSE

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	8
INTRODUCTION	9
<u>1 ERE PARTIE : RESEAU DE SOINS GERONTOLOGIQUES</u>	11
I - CONTEXTE	11
<i>A - Historique de la prise en charge des personnes âgées</i>	12
<i>B - Mise en place de la filière gériatrique</i>	14
<i>C - Le réseau de soins gérontologiques</i>	16
1 - Mission de coordination.....	17
2 - Évolutions depuis 2002.....	19
<i>D - Le bilan des réseaux de santé est contrasté</i>	20
II - LE RSG DE LHL	20
<i>A - Présentation de l'équipe du RSG de LHL</i>	20
<i>B - Missions du RSG de LHL</i>	21
1 - Prise en charge des patients répondant aux critères d'inclusion.....	22
2 - L'association avec la MAIA.....	24
<i>C - L'évaluation du RSG</i>	25
<i>D - L'activité du RSG en 2012</i>	25
<u>2EME PARTIE : METHODOLOGIE</u>	26
I - TYPE D'ETUDE	
<i>A - Présentation de l'étude</i>	27
<i>B - Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	27

<i>C - Profil de l'étude</i>	28
II - ETUDE DEMOGRAPHIQUE	29
III - ETUDE OBSERVATIONNELLE DU SUIVI DES RECOMMANDATIONS	30
<i>A - Les différents types de propositions</i>	30
1 - Propositions médicales.....	30
2 - Propositions para-médicales.....	30
3 - Propositions sociales.....	31
<i>B- Analyse en sous-groupes</i>	30
<u>3EME PARTIE : RESULTATS</u>	32
I - DEMOGRAPHIE	33
<i>A - Analyse descriptive de la population</i>	33
<i>B - Analyse des facteurs de risque de fragilité</i>	35
II - ACTIVITE DU RESEAU	37
III - PROPOSITIONS DU RESEAU ET LEURS APPLICATIONS	38
<i>A - Analyse globale</i>	38
<i>B - Analyse des propositions médicales</i>	40
<i>C - Analyse des propositions para-médicales</i>	42
<i>D - Analyse des propositions sociales</i>	44
<i>E - Analyse univariée</i>	46
1 - Influence d'une démence sur l'application des propositions.....	47
2 - Influence de la dépendance sur l'application des propositions.....	48
3 - Influence de l'environnement social sur l'application des propositions.....	49

4EME PARTIE : DISCUSSION	50
I – DEMOGRAPHIE	51
<i>A - Analyse de la population</i>	51
<i>B - Analyse des facteurs de fragilité et leurs enjeux en terme de santé publique</i>	52
1 - La dépendance.....	52
2 - La démence.....	53
a - Taux global de démence dans le RSG.....	53
b - Sous-dépistage.....	53
c - Les raisons du sous-dépistage.....	57
3 - la chute.....	59
4 - la dénutrition.....	59
II – METHODOLOGIE	60
<i>A - Discussion sur l'étude démographique</i>	60
<i>B - Discussion sur l'étude des propositions et leurs applications</i>	62
1 - Le devenir des patients.....	65
2 - La qualité de la traçabilité des données.....	63
3 - Une perte d'effectifs importante.....	64
<i>C- Discussion sur l'analyse univariée</i>	64
1 - Le choix des variables.....	64
2 - Le choix du modèle statistique.....	66
III – DISCUSSION SUR L'APPLICATION GLOBALE DES PROPOSITIONS	66
<i>A - Profil général</i>	66
<i>B - Discussion sur le temps d'application</i>	69
<i>C - Analyse des propositions en fonction de leur nature</i>	70
1 - Analyse globale.....	70
2 - Analyse par sous-groupe.....	71

a - Propositions médicales.....	71
b - Propositions para-médicales.....	72
c - Propositions sociales.....	74
3 - Analyse univariée portant sur les facteurs de fragilité.....	75
a - La démence.....	75
b - La dépendance.....	76
c - L'isolement social.....	76
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
ANNEXES.....	85

GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ETP : Equivalent temps plein

RSG : Réseau de Soins Gérontologiques

RSG de LHL : Réseau de Soins Gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

HAD : Hospitalisation à domicile

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

EMS : Evaluation Médico-Sociale

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

PPS : Projet Personnalisé de Soins

VAD : Visite à Domicile

INTRODUCTION

En France, l'évolution démographique entraîne une augmentation importante du nombre de personnes âgées. D'après les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans était de 3,8 % en 1950, de 8,8 % en 2010 et sera de 15,6 % en 2050 [1].

Cette population se caractérise par sa pathologie, des déficits fonctionnels plus ou moins invalidants et une fragilité qui, à partir d'une déficience, accélère la survenue d'incapacités puis de handicaps (selon la séquence de Wood).

C'est dans les années 70, à la suite du rapport LAROQUE, qu'une politique de maintien à domicile a été préconisée. La principale raison invoquée était qu'elle répondait à la meilleure intégration des personnes âgées et qu'elle répondait aux vœux des intéressés. Dès cette époque était évoquée la question du coût. Dans les années 70 et jusqu'aux années 80, on a affirmé que le maintien à domicile était une solution moins onéreuse que l'hébergement en milieu social. Puis, à partir des années 80, on a développé l'idée que le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes coûtait plus cher que l'hébergement. [2]

De cette contradiction, il reste que le désir de la personne âgée de rester à domicile doit être accompagné, pour être réalisé dans des conditions optimales. Un certain nombre de caractéristiques sociales et médicales doivent donc être évaluées pour organiser le maintien à domicile.

Depuis 2007, la loi précise les missions et le cadre d'exercice des réseaux de santé, dont fait partie le réseau de soin gériatrique (RSG), afin d'améliorer la prise en charge du patient au domicile, grâce à la diffusion de recommandations. Ces dernières sont de différentes natures (médicales, paramédicales, sociales) et constituent un plan personnalisé de soins qui fait intervenir la notion de temps (recommandations à court, moyen et long terme).

Le suivi de la mise en œuvre des recommandations est un gage d'efficacité de l'évaluation gériatrique standardisée. La réalisation de ce suivi par le RSG est souhaitable afin d'évaluer les pratiques professionnelles et d'optimiser l'efficacité des interventions.

Le perfectionnement des indicateurs d'évaluation de l'activité des réseaux de santé est nécessaire, mais à ce jour, il n'existe pas de méthode d'évaluation médico-économique applicable à l'ensemble des réseaux de santé.

C'est dans ce contexte que notre étude a été menée. Celle-ci porte sur le réseau de soin gériatrique de Lille-Hellemmes-Lomme et sur son activité pendant l'année 2012.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les recommandations réalisées lors de l'évaluation gériatrique et d'évaluer leur taux de suivi, de manière rétrospective.

Les objectifs secondaires sont d'établir le profil socio-démographique et gériatrique des patients vus par le RSG et d'évaluer l'impact de certains facteurs de fragilité (démence, dépendance, isolement social) sur le suivi des recommandations.

1 ÈRE PARTIE :

RESEAU DE SOINS GERONTOLOGIQUES

I – CONTEXTE

A - Historique de la prise en charge des personnes âgées

La question de la prise en charge des personnes âgées a toujours concerné les domaines juridiques, sociaux, médicaux. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la législation et les grandes orientations ont placé la personne âgée comme objet de prise en charge médicale et sociale à part entière.

D'après les informations de la Fédération Nationale de Gérontologie, voici quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques concernant les personnes âgées depuis cette période [3] :

1945 : Ordonnance portant sur l'organisation de la Sécurité Sociale

1951 : Campagne nationale en faveur des vieillards

1955 : Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés

1956 : Fonds National de Solidarité, mise en place du minimum vieillesse

1957 : Loi sur les Logements-Foyers pour personnes âgées dans le parc H.L.M.

1962 : Publication du rapport LAROQUE « Politique vieillesse »

1969 : Création des Centres d'Information Départementaux pour les Personnes Âgées

1971 : Allocation de logement pour les personnes âgées

1972 : Circulaires sur le Maintien à Domicile

1977 : Circulaire sur « favoriser le maintien à domicile des personnes âgées »

1985 : « Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes », Rapport Daniel BENOIST, Conseil Économique et Social

1986 : Loi adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé

1991 : « Rapport relatif au soutien à domicile des familles et des personnes âgées », Inspection

Générale des Affaires Sociales

1993 : Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations

1997 : Loi sur la Prestation Spécifique Dépendance, aide sociale versée en nature sous conditions de ressources par le département à toute personne lourdement dépendante âgée d'au moins 60 ans. L'évaluation du degré de dépendance et des besoins d'aide de la personne âgée est réalisée par une équipe médico-sociale, composée de médecins, d'infirmiers et de travailleurs sociaux.

1999 : Année Internationale des Personnes Âgées

2000 : Circulaire relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination

2001 : Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation d'autonomie

2002 : Loi relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé du 4 mars 2002

Circulaire relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui s'est substituée à la Prestation spécifique dépendance (PSD) et à une part des prestations prises en charge par les caisses de retraite. Elle vise à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante.

Maltraitance : grande cause nationale

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à la filière gériatrique

2003 : Programme d'action pour une politique de la longévité et de la solidarité entre les générations

Programme Bien Vieillir

1er Plan Canicule

2004 : Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes

handicapées

Loi instituant une journée de solidarité

Plan Solidarité et Vieillesse

2007 : Plan National Bien Vieillir 2007 – 2014

Circulaire DHOS 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique

2008 : Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

« Rapport d'activité 2008 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ».

La prise en charge de la personne âgée s'inscrit donc dans un contexte historique, avec des encadrements législatifs progressifs à mesure que cette question est considérée comme enjeu de société.

B- Mise en place de la filière gériatrique

Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adapté à leurs besoins.

Dans la **circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques**, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière gériatrique. [4]

Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique. Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique. Il joue donc un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique. Il s'appuiera également sur la structure de

proximité que constitue l'hôpital local dont il peut être partie prenante, et sur un réseau de soins gériatriques, lorsqu'il existe.

Le **Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Régional de Santé 2012-2016** [4] présente certaines orientations, en ce qui concerne les soins aux personnes âgées :

- inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale, sur la base de « référentiels d'organisation des soins », dans chaque zone de proximité, en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif ;

- affirmer « le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes » qui peut favoriser des partenariats ;

- consolider les liens avec la ville pour les retours à domicile.

L'axe 3 du **Plan solidarité grand âge de 2007** propose les mesures permettant la poursuite de cette politique. Ces mesures visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières. [5]

Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, définissant l'établissement support de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), et les soins de longue durée. Les partenariats du réseau de santé relatifs à la personne âgée se composent de l'HAD, le médecin traitant, et les partenaires médico-sociaux que sont le CLIC (centres locaux d'information et de coordination) et le SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement.

La valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes âgées.

C- Le réseau de soins gérontologiques

Le réseau de santé, défini par la **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades** [6] et à la qualité du système de santé, est l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. Cette loi décrit ainsi ses missions :

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;

- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ;

- participer à des actions de santé publique ;

- procéder à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

La circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » [7] a précisé les dispositions de 2002 :

Ses missions :

- permettre aux personnes âgées concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux aux besoins de santé et médico-sociaux ;

- prise en charge au domicile privilégiée : maintien au domicile ou aide au retour à domicile ;

- coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux,

sociaux et médico-sociaux ;

- ne pas se substituer pas à l'offre de soins existante, mais viser à en améliorer l'efficience et contribue à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes concernées.

Ses objectifs opérationnels :

- assurer le repérage de la population gériatrique ;
- établir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire :
 - assurer un diagnostic complet diagnostic psychomédico-social qui concerne les pathologies, la dépendance, le contexte économique, relationnel et psychologique et enfin l'habitat ;
 - proposer le plan d'intervention le plus adapté ;
 - apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels ;
- mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques ;
- définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services.

1 - Mission de coordination

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la **coordination** des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique).

La **coordination des soins** se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en terme d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et

thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la **coordination du parcours de santé**.

Elle confère donc au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation des soins. Le médecin traitant doit savoir proposer aux proches d'une personne âgée le recours aux services de soutien à domicile le plus tôt possible. La prise en compte de l'organisation des aides et des soins à domicile est de sa responsabilité. Il doit pouvoir se situer comme référent dans un processus où la famille et les aidants naturels tiennent une place prépondérante. Il doit savoir mettre en œuvre les aides professionnelles.

Néanmoins, pour les patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs, le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation, dans les meilleures conditions).

Le renforcement de la coordination des soins constitue donc un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé d'autant plus nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins tel que l'interaction ville/hôpital, et pour les patients en situation complexe.

C'est dans cette logique que le RSG est utile à la filière gériatrique, et au médecin traitant.

Le plan personnalisé de santé (PPS) est le principal outil de la coordination.

L'annexe thématique « Réseaux de santé » du Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Régional de Santé 2012-2016 annonce qu'à l'inclusion du patient, le réseau procède systématiquement à une Évaluation Médico-Sociale (EMS) ainsi qu'à une Évaluation

Gérontologie Standardisée (EGS) dans l'objectif d'une réponse adaptée aux besoins de la personne en cause.

Ces évaluations permettent alors de décrire dans un document, en référence au PPS élaboré par la HAS, les informations relatives au malade, les problèmes identifiés, les objectifs de l'appui à la coordination, les professionnels et acteurs intervenants, les difficultés liées au contexte de vie.

Le PPS préparé par le coordonnateur d'appui est validé par le médecin généraliste de premier recours.

2 - Évolutions depuis 2002

Le Ministère de la Santé a édité en septembre 2012 un **Guide Méthodologique** [8] à destination des ARS pour améliorer la coordination des soins et les réseaux de santé. Ce travail revient sur les changements intervenus dans l'environnement des réseaux de santé.

En effet, depuis la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé, les orientations nationales relatives aux réseaux de santé n'ont pas été modifiées.

Or, l'environnement dans lequel ils conduisent leurs missions a connu des transformations significatives :

- la loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation du suivi et de la coordination de son parcours ;

- plusieurs autres acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les CLIC, les SSIAD, les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques ;

- d'autres organisations destinées à renforcer l'intégration des interventions des acteurs autour des patients ont été expérimentées, par exemple les MAIA actuellement en cours de déploiement ;

- la contrainte économique se renforce, et impose un effort accru d'efficience.

Il est établi que le réseau ne doit en aucun cas se substituer à l'offre de soins existante. Néanmoins, une évolution de leurs missions est nécessaire afin de les inscrire dans le nouveau paysage de la coordination et de répondre aux besoins du médecin généraliste et des équipes de soins de premiers recours.

D- Le bilan des réseaux de santé est contrasté

La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé préconisait de ne « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ».

Or, selon le Guide Méthodologique édité par le Ministère de la Santé, malgré les importants efforts consentis depuis 2007 pour conforter l'évaluation, « force est de constater que l'allocation des ressources aux réseaux de santé demeure insuffisamment corrélée à l'évaluation du service rendu.

Cette situation s'explique en partie par :

- le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact sur le parcours des patients d'une intervention des réseaux de santé.

- un nombre de patients inclus dans le réseau très variable. Par exemple, pour les réseaux de santé gériatriques, la moyenne est de 292 patients inclus mais l'éventail va de 25 à 1605 patients, avec un plancher prévu de 150 patients. »

II - LE RSG DE LHL

En 2012, ce sont sept réseaux gériatriques qui sont en fonctionnement dans la région Nord-Pas-de-Calais. De ce fait, il n'y a qu'environ 30% de la population qui réside sur un territoire couvert par un réseau gériatrique. Le financement de l'ARS pour le RSG de LHL existe depuis 2004.

A- Présentation de l'équipe du RSG de LHL

Le RSG a pour porteur juridique l'hôpital du GHICL (Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille), un président élu tous les deux ans, avec un comité de pilotage tous les deux mois, et une assemblée générale annuelle. Les réseaux gérontologiques du Nord-Pas-de-Calais se réunissent de façon trimestrielle dans le cadre du Groupement Régional des Réseaux de Santé (G2RS), groupe Gérontologie (avec pour médecin référent le Dr FOURNIER Patrick) pour harmoniser ses pratiques de façon régionale.

Les réunions de concertation avec le CLIC Seniors Lille-Hellemmes-Lomme, tous les 2 mois, permet l'étude de 60 dossiers de patients en cours de suivi. Le fonctionnement est identique avec le CCAS de Lomme, permettant l'étude de 10 dossiers. Ces réunions s'inscrivent dans le cadre de l'articulation avec le secteur médico-social, selon les directives de l'ARS.

Le comité de pilotage du RSG en 2012 est composé de différents professionnels et représentants d'institution :

G.H.I.C.L. : Mr DELABY

C.H.R.U. : Pr PUISIEUX Président du réseau

Santélylys : Me DUBREUCQ

La Ville de Lille – Hellemmes – Lomme : Me STANIEC

Centre de Soins et Services de Soins à domicile : Me PENNEL

A.D.E.R. : Dr REHBY

Associations d'aide à domicile : Mr LOISON

Professionnels de santé libéraux adhérents à titre individuel à *pourvoir*

Etablissements d'hébergement : Mr BISBROUCK

Autres membres associés : Dr SERVENT

Représentants des usagers : Me DUFRENE.

La **cellule de coordination** se déplace à la demande du professionnel de santé au domicile de la personne âgée. C'est une équipe pluri-professionnelle de 4.6 ETP avec 1 ETP Gériatre, 1 ETP IDE coordinatrice, 1 ETP IDE, 0,2 ETP Psychologue, 0,3 ETP Ergothérapeute, 0.1 ETP Diététicienne, 1 ETP Secrétaire, 0,1 ETP Cadre gestionnaire.

B- Missions du RSG de LHL

1 - Prise en charge des patients répondant aux critères d'inclusion

La cellule de coordination réalise à domicile une évaluation gériatrique globale dans un contexte social appréhendé de manière plus précise par le CLIC de Lille-Hellemmes-Lomme.

Cette évaluation définit le plan personnalisé de soins avec le médecin traitant afin de favoriser un maintien à domicile adapté.

La Circulaire de mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » définit l'action d'un RSG, et donc celle du RSG de LHL.

Ainsi, un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de soixante-quinze ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations :

- de patients gériatriques « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique », rendant critique

le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation ;

- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social ; cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance « d'aidants », d'intervenants professionnels, ou de tout autre facteur qui rend le maintien à domicile difficile.

Les critères d'inclusion des patients dans le RSG de LHL sont plus précisément :

- patients de plus de 60 ans,
- résidant sur les communes de Lille, Hellemmes ou Lomme,
- dits « fragiles »,
- en accord avec le médecin traitant
- en appui du CLIC de Lille-Hellemmes-Lomme.

La visite à domicile se fait pour la 1ère fois conjointement avec le gériatre et l'IDE référente. Par la suite, les visites de contrôle sont assurées presque exclusivement par l'IDE, sauf situation complexe nécessitant une nouvelle intervention du gériatre. Ainsi, l'équipe opérationnelle du réseau assure, en collaboration avec le médecin traitant et avec le CLIC le suivi régulier de la personne âgée.

L'objectif de ce suivi est multiple :

- évaluer la réalisation du plan d'aide et du plan de soins ;
- étudier l'évolution de l'autonomie de la personne âgée ;
- analyser l'adéquation entre les prestations apportées et les besoins de la personne âgée ;
- s'assurer de la qualité du service rendu et de la satisfaction de la personne âgée.

Ce suivi repose sur :

- une visite à domicile dans le mois suivant la réunion d'élaboration du plan d'intervention personnalisé ;

- un contact téléphonique avec la personne âgée (ou son représentant) et les différents intervenants au minimum toutes les six semaines ; une réévaluation complète du plan d'intervention personnalisé, au minimum tous les six mois, incluant des revues d'ordonnance éventuelles ;

- des visites régulières de l'infirmière coordinatrice à domicile ou en cours d'hospitalisation afin de préparer la sortie. Ces visites peuvent aussi avoir lieu ponctuellement à la demande du bénéficiaire ou des professionnels.

2.- L'association avec la MAIA

Le réseau de santé « Lille-Hellemmes-Lomme » est l'un des sept réseaux développés au sein de la région Nord-Pas-de-Calais, et qui est co-porteur de la MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration pour les malades d'Alzheimer) de Lille-Agglomération depuis 2012, avec le CLIC des Weppes et de Lille.

L'annexe thématique « Réseaux de santé » du Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Régional de Santé 2012-2016, Nord-Pas-de-Calais précise que cette association s'adresse prioritairement aux personnes de plus de 75 ans se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire, atteintes d'une pathologie neurodégénérative ou souffrant de polypathologies à l'origine d'une dépendance. [4]

Ces réseaux ont vocation à évoluer vers des réseaux de santé « personnes âgées » ou à être intégrés dans un réseau de santé « personnes âgées ».

C- L'évaluation du RSG

L'évaluation des réseaux de santé « personnes âgées » doit répondre aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé. Il existe déjà des indicateurs généraux d'évaluation des réseaux de santé, mais pas d'objectif de suivi des recommandations faites par le RSG, ou d'évaluation sur la mortalité.

D- L'activité du RSG en 2012

Sur l'année 2012, il y a eu 262 signalements. Les patients réellement inclus en 2012 étaient au nombre de 174, soit environ 15/mois. Cette année-là, il y avait donc une file active de patients, alors que l'ARS fixe le minimum à 200.

	DOSSIERS en suivi	Nouveaux dossiers	FILE ACTIVE annuelle	Dossier sortis	File active au 31-12
2004	---	97	97	30	67
2005	67	184	251	123	128
2006	128	200	328	101	227
2007	227	179	406	124	282
2008	282	181	463	185	278
2009	278	175	453	257	196*
2010	196*	191	387	210	177
2011	177	197	374	210	164
2012	164	174	338	145	193

Le délai d'inclusion moyen est de 19 jours, alors que l'ARS fixe le délai à 21 jours.

En moyenne, un patient est pris en charge en réseau sur une durée d'un an.

Les motifs d'entrée étaient à 80% pour maintien à domicile, et pour 20% la sortie d'hospitalisation.

2EME PARTIE :

METHODOLOGIE

I - TYPE D'ETUDE

A - Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée sur les 174 patients inclus au sein du RSG pendant la période du 1er janvier au 31 décembre 2012, et pour lesquels des recommandations ont été émises.

Les données étaient extraites du dossier médico-social du patient, comprenant :

- le courrier adressé au médecin traitant, retraçant le PPS proposé par le RSG à partir de l'évaluation gériatrique globale réalisée au cours de la 1ère visite à domicile ;
- les compte-rendus colligés au retour des visites à domicile de contrôle ou après conversation téléphonique avec le médecin généraliste référent.

Ces données ont été analysées sur une période de 4 mois après la dernière inclusion de 2012, soit du 1er janvier 2013 au 1er mai 2013, en suivant la liste chronologique des inclusions. Ainsi, les données du dernier patient inclus étaient étudiées à distance, permettant au RSG d'effectuer la 1ère VAD (visite à domicile) et la 1ère VAD-contrôle, et permettant aussi de diminuer le risque d'obtenir un nombre important de données non interprétables pour cause de « suivi en cours ».

B- Critères d'inclusion et d'exclusion :

Le critère d'inclusion était donc : tout patient inclus dans le RSG durant 2012.

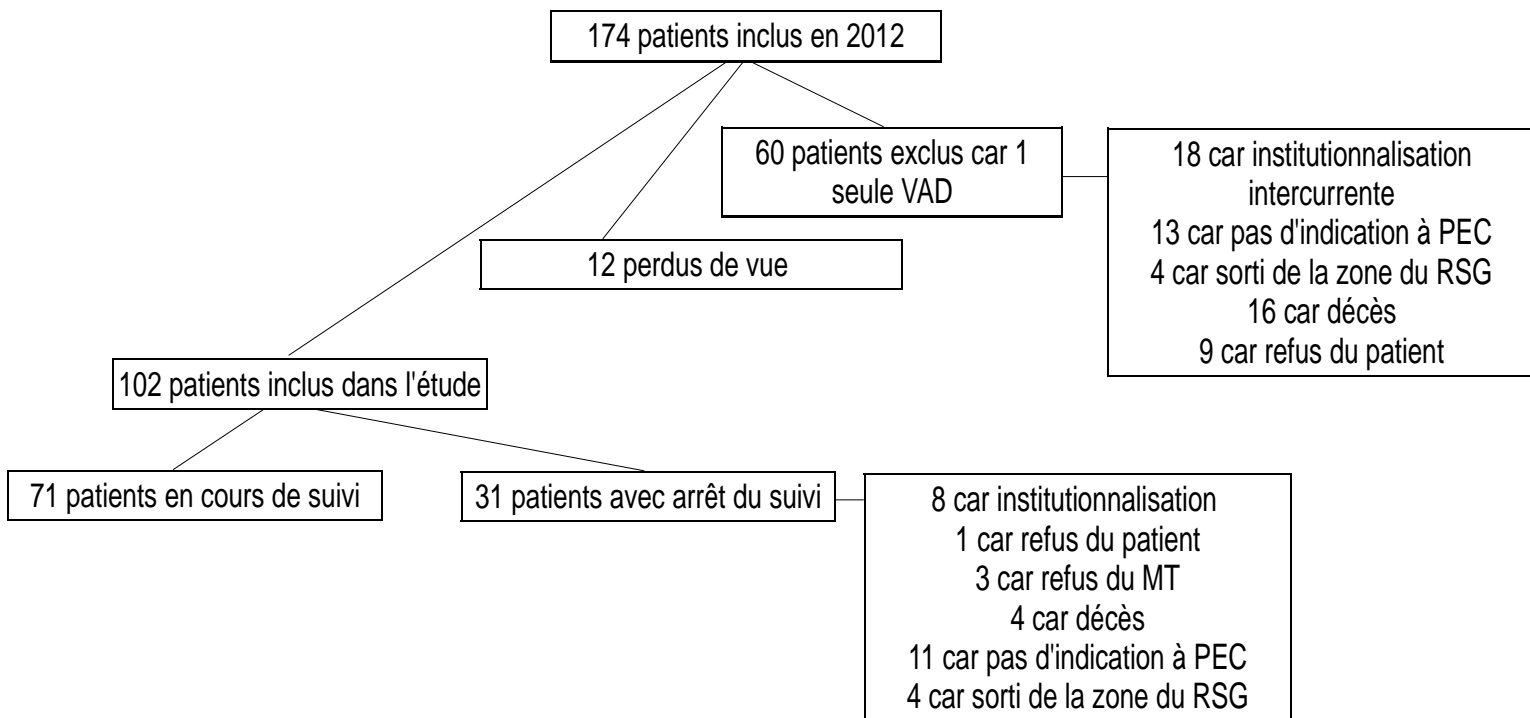
Au total, 174 patients ont été inclus dans cette étude.

Les critères d'exclusion sont : les patients n'ayant eu qu'une seule visite à domicile, puisque l'évaluation du suivi n'est alors pas possible, soit 60 patients.

C - Profil de l'étude :

Les patients inclus en 2012 étaient 174 au total, les perdus de vue étaient 12, et il y a eu 60 patients exclus devant l'existence d'une seule VAD.

L'étude a donc portée sur les 102 patients inclus avec au moins 1 VAD-contrôle, avec 71 patients en cours de suivi au moment du recueil de données et 31 patients avec arrêt du suivi.



II - ETUDE DEMOGRAPHIQUE

Une première partie de l'étude est une analyse descriptive de cette population, reposant sur des critères démographiques et l'existence de facteurs de fragilité.

Les critères étudiés étaient donc :

- l'âge,
 - le sexe,
 - l'existence d'un aidant au domicile ou dans l'entourage,
 - l'antériorité d'un suivi médical spécialisé, social ou para-médical,
 - le type de demande de suivi : pour maintien à domicile ou émanant de l'hôpital,
 - l'existence de comorbidités évaluée par l'échelle de CHARLSON,
 - le nombre de visites à domicile par le gériatre, l'IDE, la psychologue, l'ergothérapeute, l diététicienne, et le nombre d'appels,
 - hospitalisation intercurrente,
 - le devenir du patient :
 - arrêt de suivi car : institutionnalisation, refus patient, refus du médecin généraliste, décès, stabilité, sorti de la zone,
 - suivi en cours,
 - l'existence de troubles cognitifs connus, le score au MMSE,
 - l'existence d'antécédents de chute et le risque de chute évalué par le test du Get up and Go,
 - la dépendance évaluée grâce à la grille AGGIR,
- l'existence d'un risque de dénutrition évalué par le score au MNA, le dosage de l'albumine, le poids, l'Indice de Masse Corporelle.

III - ETUDE OBSERVATIONNELLE DU SUIVI DES RECOMMANDATIONS

A - Les différents types de propositions

La deuxième partie de l'étude est une analyse observationnelle concernant les propositions faites par le RSG à l'occasion de la 1ère visite, et leur suivi, à partir de la 1ère visite de contrôle.

Les propositions étaient de 3 natures différentes.

1 - Propositions médicales

- consultations spécialisées : cardiologique, gériatrique
- bilan en hôpital de jour : évaluation de la chute, de la mémoire
- modification thérapeutique : traitement à visée cardiologique, neurologique
- sevrage alcoolique
- dosage biologique de l'albumine, de la 25-OH-vitamine D,
- projet d'institutionnalisation,
- protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle.

2 - Propositions para-médicales

- prise en charge en kinésithérapie,
- prise en charge diététique,
- prise en charge en ergothérapie, adaptation du logement,
- prise en charge par une auxiliaire de vie,
- prise en charge en pédicurie,
- portage des repas à domicile,

- mise en place d'une chaise percée, lit médicalisé, téléalarme.

3 - Propositions sociales

- mise en place ou réévaluation de l'APA, prise en charge à 100%,
- intervention du SSIAD, du CLIC,
- fréquentation de l'accueil de jour.

B- Analyse en sous-groupes :

Les propositions ont par la suite étaient étudiées en analyse univariée grâce à un modèle linéaire, pour évaluer l'influence de certains facteurs de fragilité sur le suivi. La question posée était : est-ce que l'existence d'une démence, d'une dépendance, d'un isolement social, peuvent modifier le respect des propositions ?

Comme il s'agit de **mesures répétées**, le nombre de propositions à appliquer pour chaque patient à T2 dépend du nombre de propositions qu'il avait à appliquer à T1, etc.

Il faut alors introduire un effet aléatoire "sujet" qui est une sorte d'ajustement qui tient compte du fait que les mesures ne sont pas indépendantes pour un même sujet.

Le modèle final était donc : « *nombre_proposition_à_appliquer ~ numéro_visite*groupe + effet aléatoire sujet* ».

Si le petit p est significatif, on peut dire que le groupe influence la différence du nombre de propositions restant à appliquer.

3EME PARTIE :

RESULTATS

I - DEMOGRAPHIE

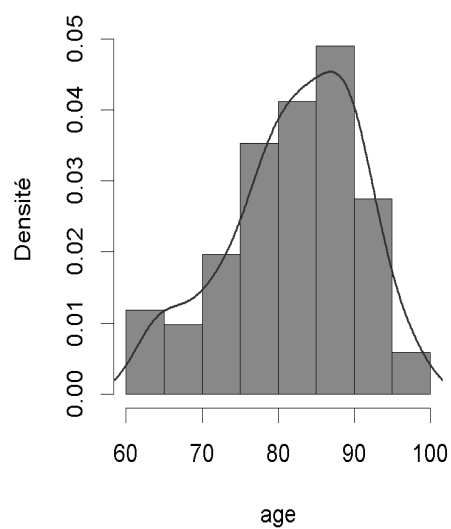
A- Analyse descriptive de la population

Au total, les dossiers de 102 patients ont été analysés.

a) Age :

L'âge moyen est de 82 ans.

	valeur
Effectif	102
Moyenne	82.225
Ecart.type	8.553
Minimum	62
Quartile.1	78
Mediane	83.5
Quartile.3	89
Maximum	98
Manquante	0



b) Sexe :

Les patients sont en majorité des femmes.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
femme	71	70	[59.59-78.12]
homme	31	30	[21.88-40.41]
Total.valides	2	100	-

c) Environnement social :

L'isolement social est constaté dans un tiers des cas.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
aucun	30	29	[21.02-39.38]
aidant présent dans l'entourage	38	37	[28.05-47.44]
aidant présent au domicile	34	33	[24.5-43.44]
Total.valides	102	100	-

d) Suivi antérieur :

Les patients étaient antérieurement suivis à 50% par des médecins spécialistes, dans un tiers des cas par un réseau social (CLIC ou SSIAD), et avaient une IDE à domicile dans 55% des cas.

e) comorbidités :

Les trois quarts des patients sont polypathologiques, c'est-à-dire qu'ils présentent plus de trois comorbidités, selon l'échelle de CHARLSON.

f) Devenir :

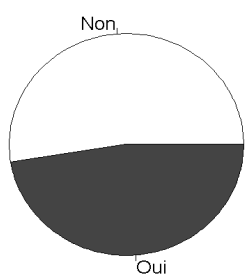
Devenir	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
arrêt de suivi (institutionnalisation)	8	8	[3.69-15.32]
refus du patient	1	1	[0.02-5.34]
refus du MT	3	3	[0.61-8.36]
décès	4	4	[1.08-9.74]
arrêt de suivi (stable)	11	11	[5.77-18.87]
sorti de la zone	4	4	[1.08-9.74]
suivi en cours	71	70	[59.59-78.12]
Total.valides	102	100	-

Au moment du recueil de données, 70% des patients étaient encore en cours de suivi, presque 10% étaient institutionnalisés, et pour près d'un quart le suivi a été interrompu (dont 4% pour décès, 11% pour stabilité permettant la fin de la prise en charge, 4% qui sont sortis de la zone de suivi).

B -Analyse des facteurs de risque de fragilité

a) Trouble cognitif

Les patients présentaient une démence connue avant la prise en charge par le RSG pour environ la moitié d'entre eux.



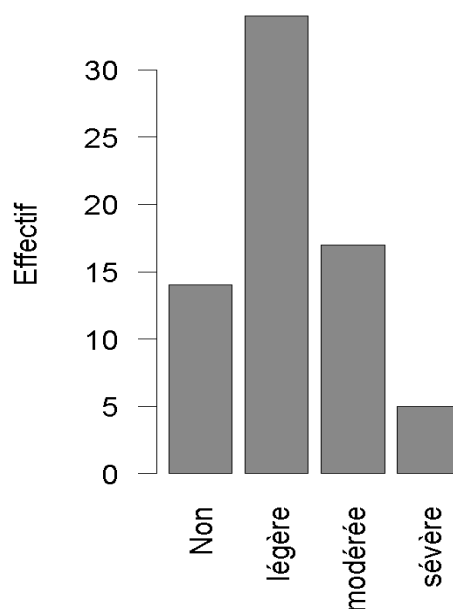
oui à : 48%
non à : 52%

La moyenne du score au MMSE, utilisé pour le dépistage d'un syndrome démentiel, est de 21 dans l'ensemble de la population suivie par le RSG.

La classification des stades de sévérité de la démence qui a été utilisée dans notre étude reprend celle du Pr Pasquier F. dans « Classification des démences: critères cliniques et fondamentaux ». [9]

Il existe une démence dans 80% des cas après évaluation par le RSG, légère dans 50% des cas, modérée dans 25% des cas, et sévère dans 7% des cas.

	valeur
Effectif	70
Moyenne	21.257
Ecart.type	6.628
Minimum	2
Quartile.1	18
Mediane	21
Quartile.3	26
Maximum	30
Manquante	32



b) Dénutrition

Le dosage de l'albumine était normal dans 43% des cas, pathologique dans 57% des cas, avec des données manquantes pour 56 patients.

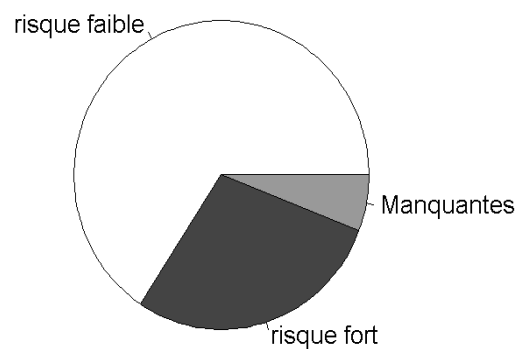
L' IMC était normal dans 75% des cas, inférieur à 21 kg/m² dans 10% des cas, pouvant faire évoquer une dénutrition, avec des données manquantes pour 71 patients.

Le MNA, test de dépistage d'une dénutrition, est pathologique pour 62% des patients.

	valeur
Effectif	67
Moyenne	20.179
Ecart.type	8.376
Minimum	2
Quartile.1	15
Mediane	20
Quartile.3	30
Maximum	30
Manquante	35

c) Risque de chute

Il existe des antécédents de chute pour un quart des patients, selon le Test du Get up and Go, utilisé pour dépister un risque élevé de chute, avec des données manquantes dans 75% des cas.



La population du RSG est touchée par ce syndrome gériatrique aux conséquences multiples avec 25% de « chuteurs » si l'on examine les antécédents de chute, relativement bien corrélé au risque de chute selon le Test du Get Up And go, évalué à 30%, et des chutes à répétition dans 25% des cas.

d) Dépendance

Le taux de patients avec un GIR 1, 2, 3 ou 4, c'est-à-dire dépendants, est de 2/3.

Le taux de patients en ALD est de 62%.

II – ACTIVITE DU RESEAU

Le nombre de patients inclus en 2012 était de 174.

Les deux tiers inclus dans l'année ont eu 1 VAD-contrôle, un tiers en eu deux, et 10% en ont eu 3 ou plus.

Les médecins du réseau ont réalisé plus de 90% des premières visites.

Voici les interventions réalisées par les partenaires paramédicaux :

- pour l'IDE : 1 VAD-contrôle à 50% des cas, 2 VAD-contrôle à 30%, 3 et plus à 10% ;
- psychologue : intervention à 20% ;
- ergothérapeute : intervention à 25% ;
- diététicienne : intervention à 10% ;

Il est à noter une très bonne corrélation avec les ETP des postes.

Le nombre d'appels est en moyenne de 6, avec un écart-type de 4 appels.

Les lieux d'intervention sont à Lille pour 60% des patients, à Lomme pour 25%, et à Hellemmes pour 5%.

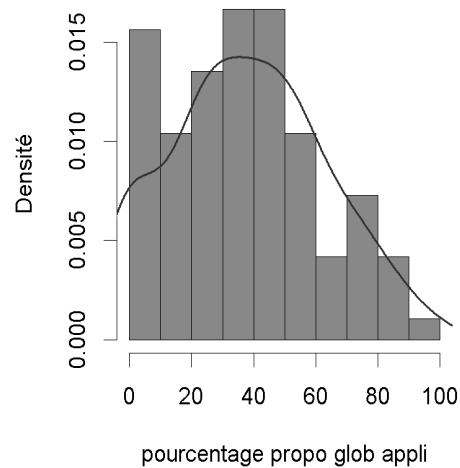
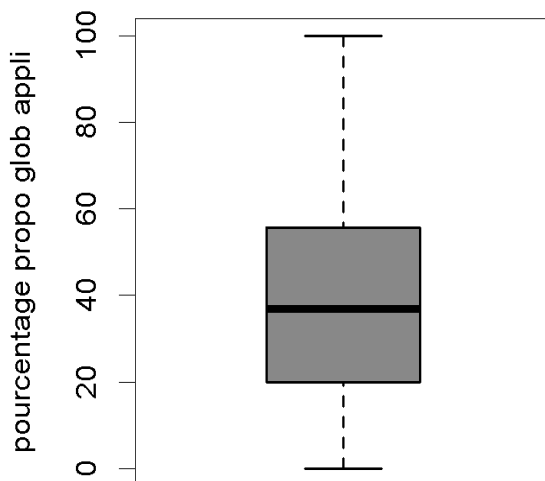
III – PROPOSITIONS DU RESEAU ET LEURS APPLICATIONS

A - Analyse globale

Globalement, 7 propositions sont faites en moyenne par patient (avec un écart-type de 3).

	valeur
Effectif	96
Moyenne	7.323
Ecart.type	3.1
Minimum	1
Quartile.1	5
Mediane	7
Quartile.3	9.25
Maximum	15
Manquante	6

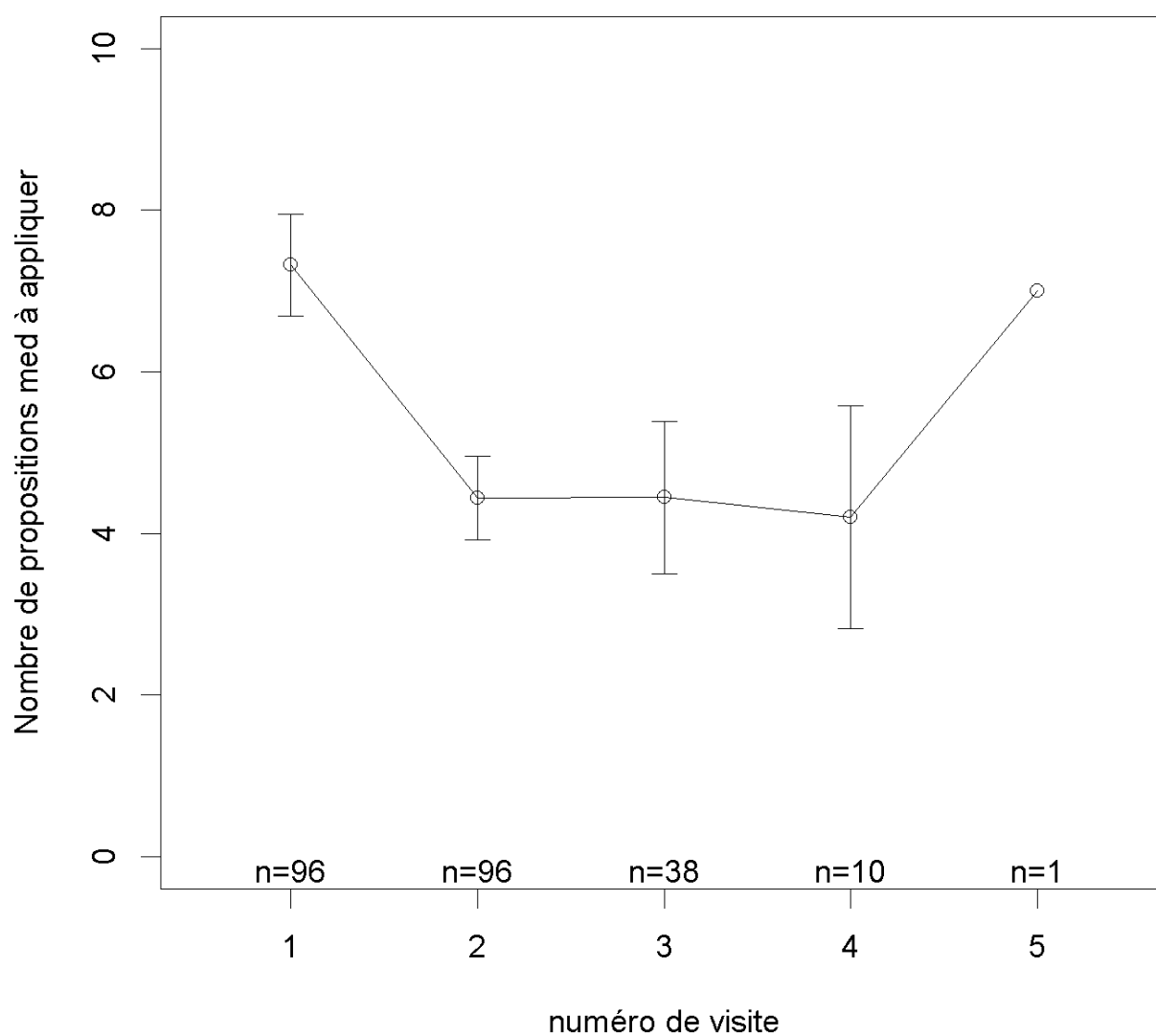
Le profil d'application est d'allure gaussienne entre les sous groupes de patients qui ont 1, 2, 3, 4 ou 5 propositions appliquées, centré sur 3 ou 4 propositions appliquées.



En moyenne 40% des propositions sont appliquées, avec un indice de confiance de 33 à 43.

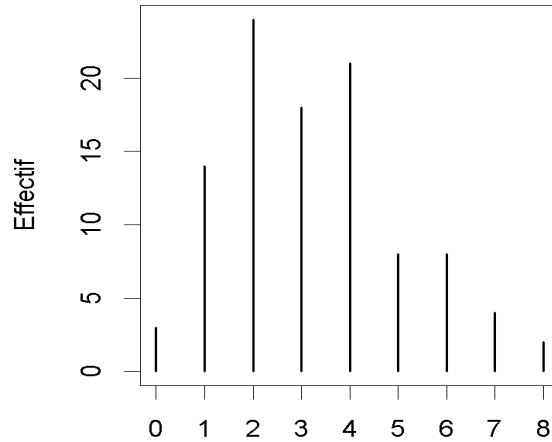
	valeur
Effectif	96
Moyenne	38.135
Ecart type	24.822
IC 95%	[33.105 ; 43.164]
Minimum	0
Quartile 1	20
Mediane	37
Quartile 3	56
Maximum	100
Manquante	0

Par ailleurs, les propositions sont quasi unanimement réalisées dès la 1ère visite (à presque 100%).



B - Analyse des propositions médicales

En moyenne 3 propositions médicales sont faites par patient, majoritairement 2, 3 ou 4.

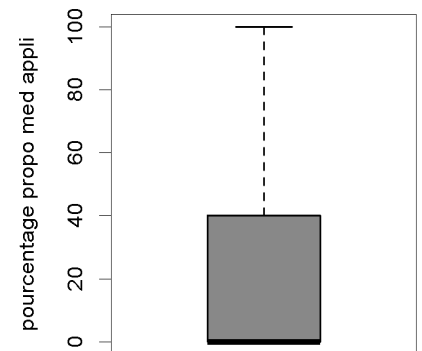
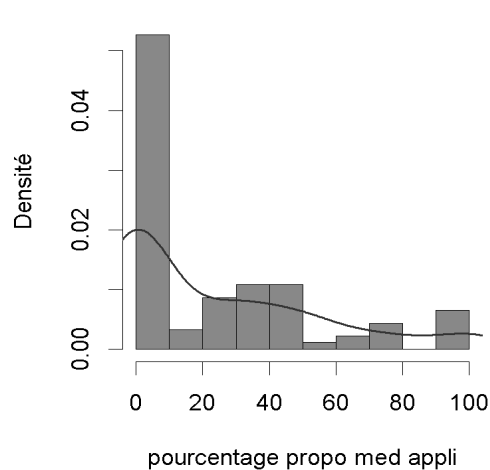


Si on exclut le facteur temps, en moyenne, moins d'un quart des propositions médicales sont appliquées (23%).

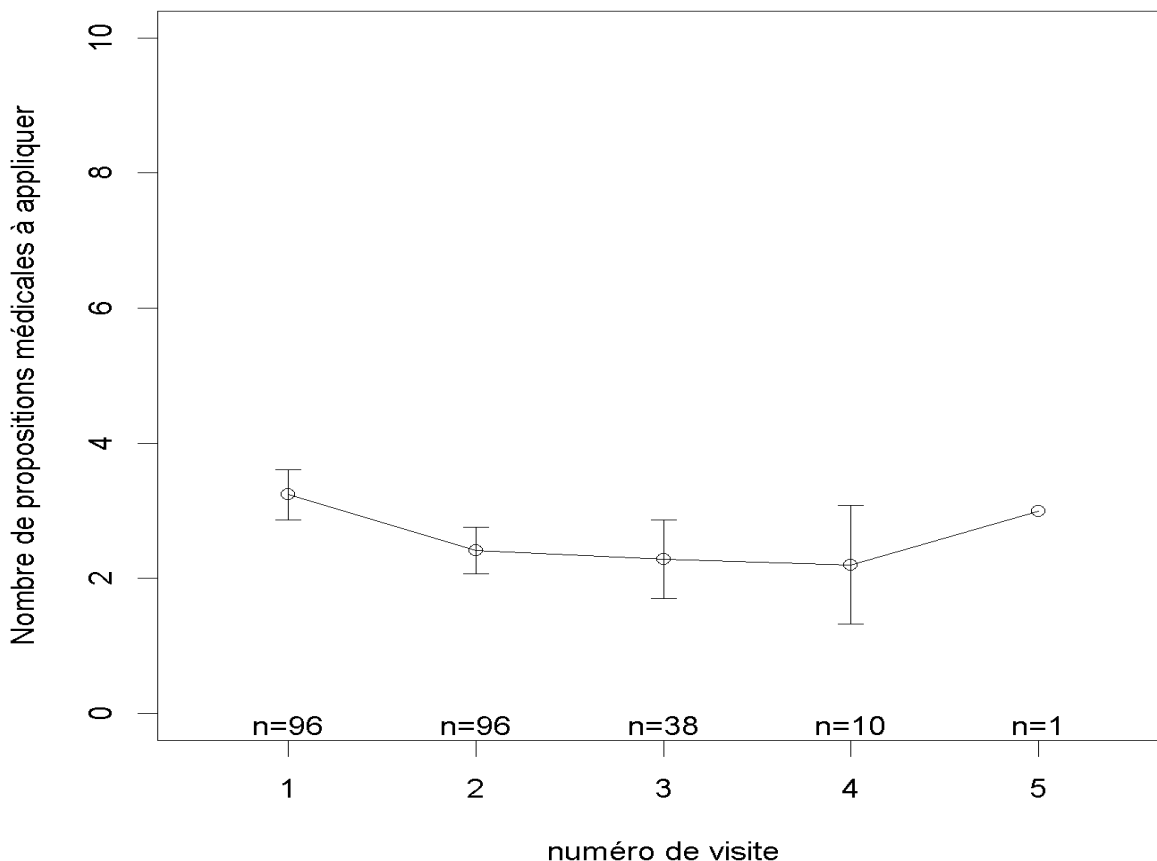
Pour 50% des patients, aucune proposition n'est appliquée.

L'objectif d'une proposition sur 2 n'est atteint que dans 40% des cas.

	valeur
Effectif	93
Moyenne	23.651
Ecart type	30.735
IC 95%	[17.321 ; 29.981]
Minimum	0
Quartile 1	0
Mediane	0
Quartile 3	40
Maximum	100
Manquante	3



Si on étudie l'application des propositions en fonction des VAD-contrôle : 100% des propositions sont appliquées dès la 1ère VAD-contrôle.



Pour les propositions concernant le domaine en cardiologie :

- consultation en cardiologie : proposition faite dans 15% des cas, appliquée à 20%.
- modification du traitement cardiologique : proposition à 20%, appliquée à 30%.

Pour les propositions concernant le domaine en neurologie :

- consultation mémoire : proposition faite dans 50% des cas, appliquée à 50%. 50% de données manquantes sur le suivi.
- Hôpital De Jour Mémoire : proposition faite dans 40% des cas, appliquée à 40%, dont 90% dès la 1ère VAD-contrôle. 50% de données manquantes sur le suivi.
- modification du traitement neurologique : proposition à 30%, appliquée à 30%.

Pour la proposition d'arrêt de l'alcool : la proposition est faite à 10%, appliquée dans 1 cas sur 3.

Pour les dosages biologiques :

- Albumine : la proposition est faite un cas sur trois, est appliquée à 10%, non réalisée à 15% avec 75% de données manquantes.
- Vitamine D : la proposition est faite dans deux cas sur trois, appliquée à 10%, avec un délai important, puisque de façon équitable à la 1ère et 2è visites de contrôle, non réalisée à 20%, avec 75% de données manquantes.

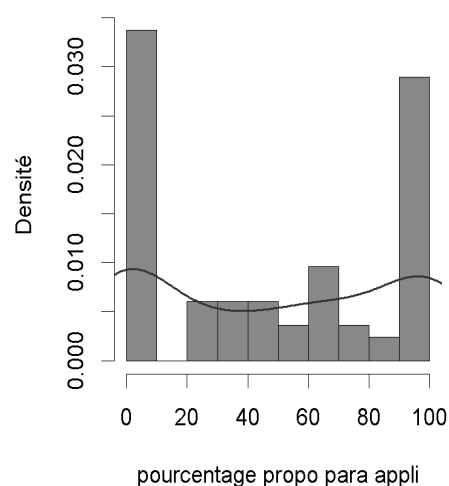
C - Analyse des propositions para-médicales

En moyenne, il existe 1, 2 ou 3 propositions paramédicales faites par patient.

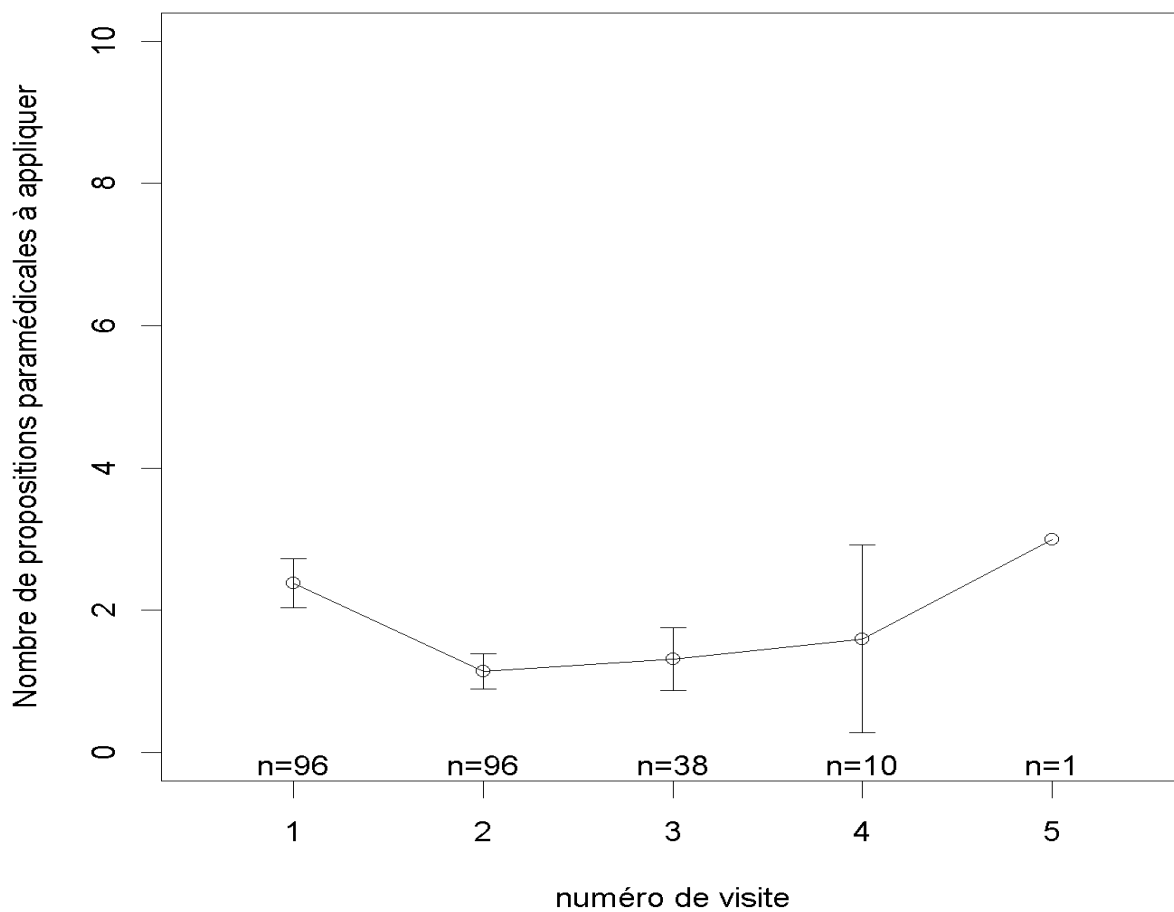
Si on exclut le facteur temps, en moyenne, environ la moitié des propositions paramédicales sont appliquées, IC [39 ; 57].

Pour 1/4 des patients, aucune proposition n'est appliquée, et pour un autre quart, toutes le sont.

	valeur
Effectif	83
Moyenne	48.838
Ecart type	41.516
IC 95%	[39.773 ; 57.903]
Minimum	0
Quartile 1	0
Mediane	50
Quartile 3	100
Maximum	100
Manquante	13



Si on étudie l'application des propositions en fonction des VAD-contrôle : 100% des propositions sont appliquées dès la 1ère VAD-contrôle.



Pour la proposition de kinésithérapeute : la proposition est faite dans 15% des cas, avec une application 1 cas sur 2, dans les $\frac{3}{4}$ des cas dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'un ergothérapeute : la proposition est faite dans 30% des cas, avec une application dans $\frac{3}{4}$ des cas, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'une aide-auxiliaire : la proposition est faite dans 20% des cas, avec une application dans $\frac{2}{3}$ des cas, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'une IDE : la proposition est faite dans 40% des cas, avec une application dans 80% des cas, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'une pédicure : la proposition est faite dans 25% des cas, avec une application dans 1cas sur 2, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'une diététicienne : la proposition est faite dans 15% des cas, avec une application dans 1cas sur 3, dès la 1ère VAD-contrôle.

C - Analyse des propositions sociales

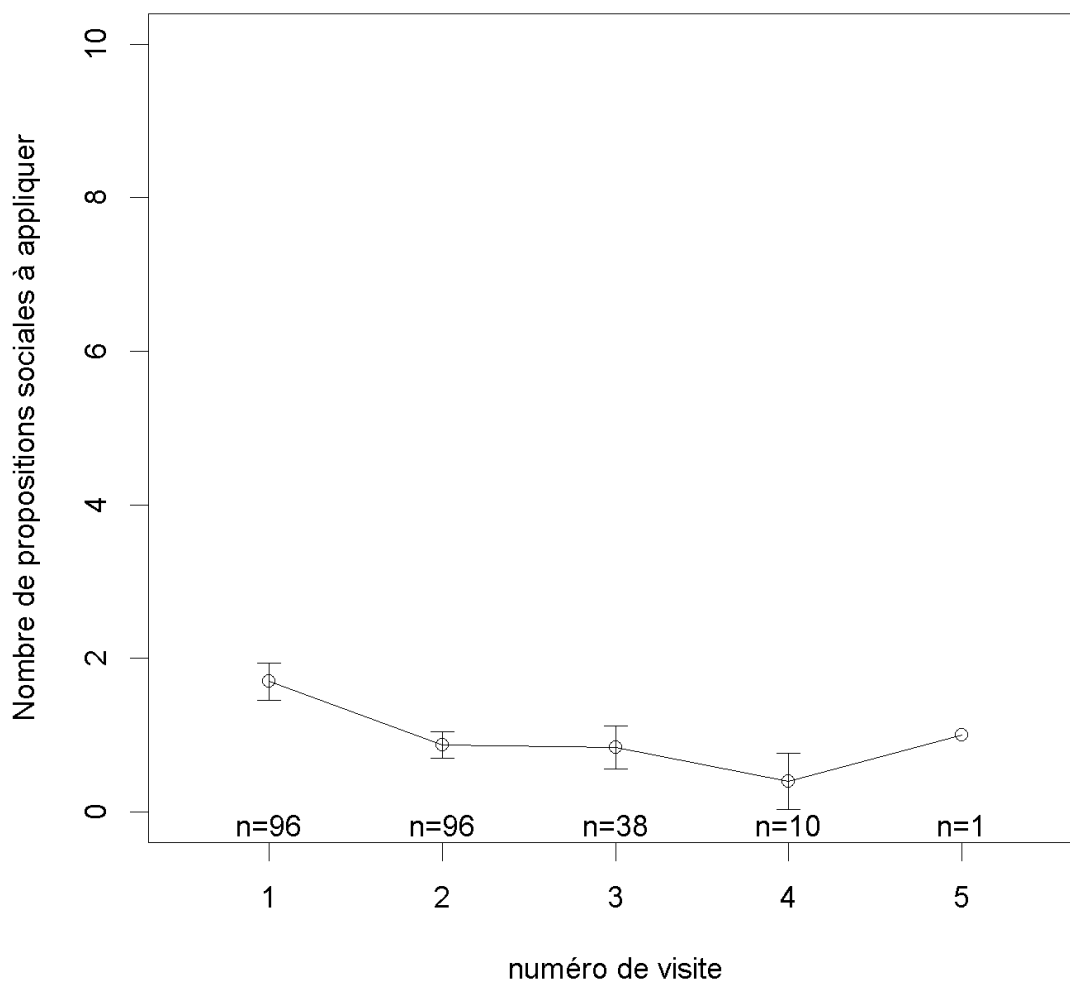
Il existe majoritairement 1 ou 2 propositions sociales faites par patient.

Si on exclut le facteur temps, en moyenne, environ la moitié des propositions sociales sont appliquées, IC [38 ; 56].

Pour 1/4 des patients, aucune proposition n'est appliquée, et pour un autre quart, toutes le sont.

	valeur
Effectif	79
Moyenne	47.068
Ecart type	39.928
IC 95%	[38.124 ; 56.011]
Minimum	0
Quartile 1	0
Mediane	50
Quartile 3	100
Maximum	100
Manquante	17

Si on étudie l'application des propositions en fonction des VAD-contrôle : environ 80% des propositions sont appliquées dès la 1ère VAD-contrôle, et la moitié des propositions restant non appliquées le seront à la 3è.



Pour la proposition d'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : la proposition est faite dans 45% des cas, avec une application dans 2 cas sur 3, dans les 3/4 dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'intervention du SSIAD : la proposition est faite dans 15% des cas, avec une application 3 fois sur 4, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'intervention du CLIC : la proposition est faite dans 2 cas sur 3, avec une application à 80%, dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition d'Accueil de jour : la proposition est faite dans 2 cas sur 3, avec une application à 50%, à 90% dès la 1ère VAD-contrôle.

Pour la proposition de protection juridique : la proposition est faite dans 13% des cas, avec une application dans environ la moitié des cas, dans 2 cas sur 3 à la 1ère VAD-contrôle et dans 1 cas sur 3 à la 2è.

Pour la proposition d'institutionnalisation : la proposition dans 13% des cas, avec une application dans 1 cas sur 4, dès la 1ère VAD-contrôle.

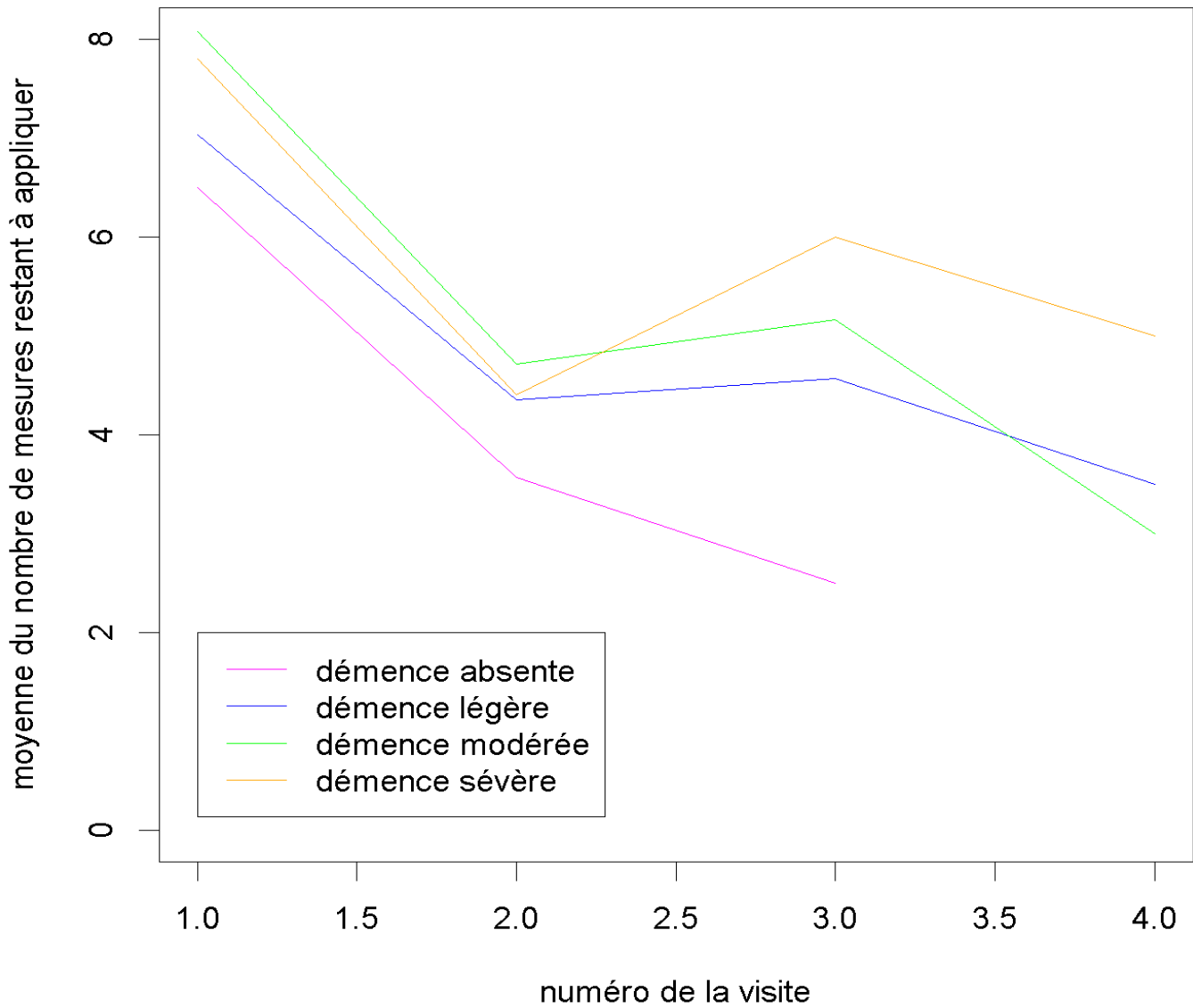
D - Analyse univariée

Nous avons recherché des associations entre la cinétique d'application des propositions et certaines variables à l'aide de modèles linéaires.

Les variables choisies correspondaient à quelques-uns des syndromes gériatriques telle que la sévérité de la démence, en fonction du taux de MMS, la perte d'autonomie en fonction du score GIR, et l'isolement social, en fonction de la présence d'un aidant au domicile, dans l'entourage, ou non.

1 - Influence d'une démence sur l'application des propositions totales

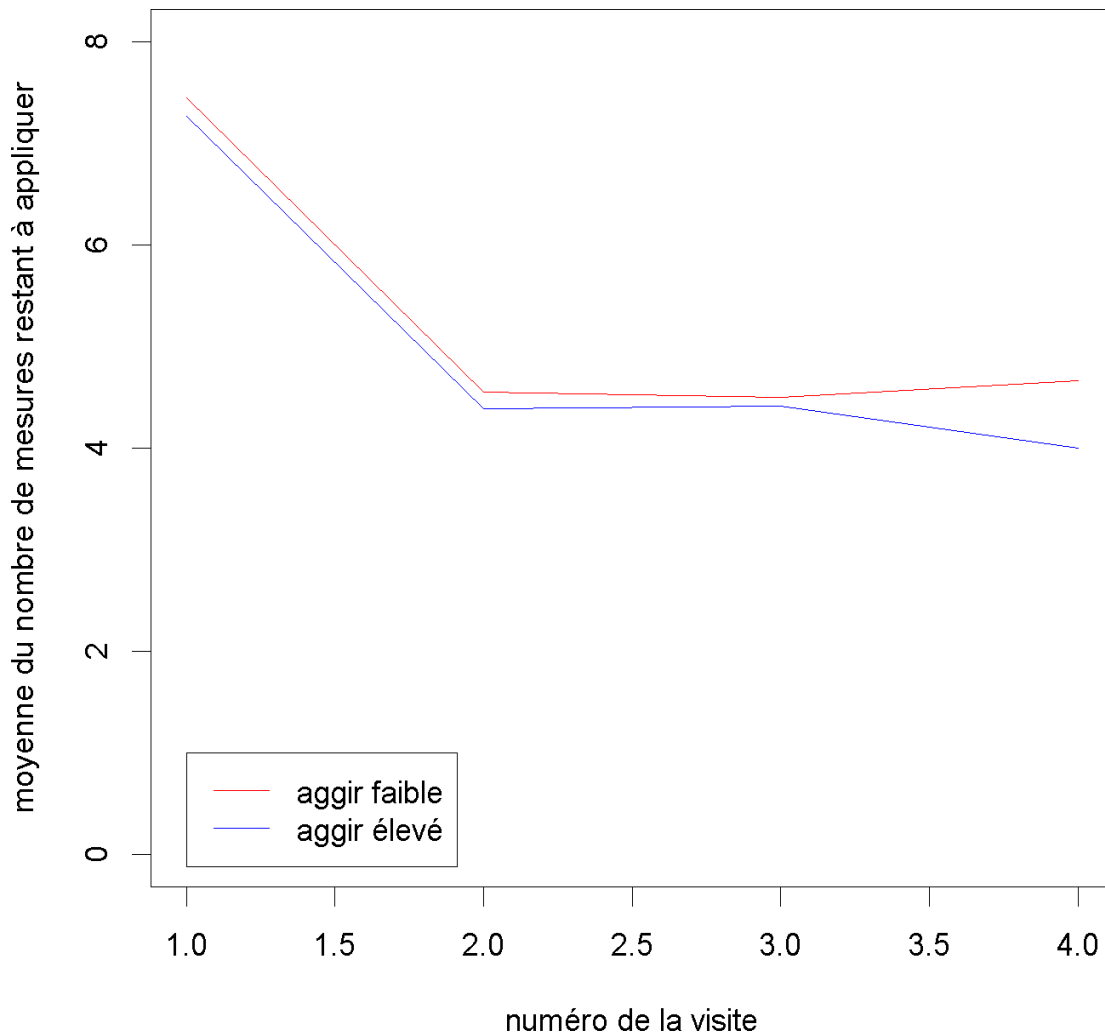
moyennes du nombre de propositions à appliquer, selon la visite



Il ne semble donc pas exister de corrélation entre l'appartenance à un sous-groupe et une différence dans le nombre d'application des propositions faites.

2- Influence de la dépendance sur l'application des propositions

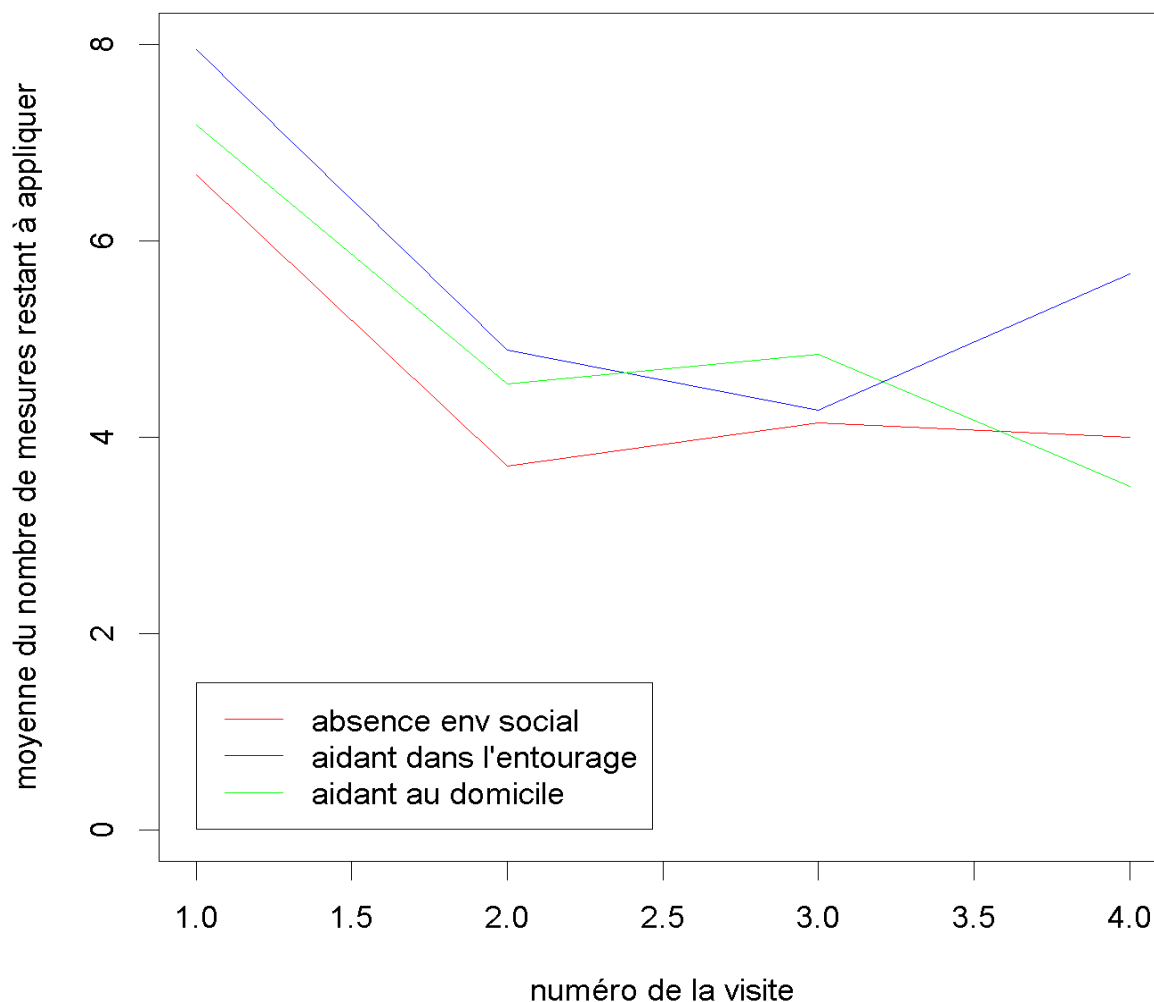
moyennes du nombre de propositions à appliquer, selon la visite



Il ne semble donc pas exister de corrélation entre l'appartenance à un sous-groupe et une différence dans le nombre d'application des propositions faites.

3 - Influence de l'environnement social sur l'application des propositions

moyennes du nombre de propositions à appliquer, selon la visite



Il ne semble donc pas exister de corrélation entre l'appartenance à un sous-groupe et une différence dans le nombre d'application des propositions faites.

La même analyse concernant l'application des propositions uniquement médicales selon les mêmes sous-groupes ne retrouve pas non plus de différence significative.

4^{ème} PARTIE :

DISCUSSION

I – DEMOGRAPHIE

A - Analyse de la population

La population du RSG en 2012 est comparable à l'échelle d'autres réseaux et à l'échelle nationale, sur plusieurs points :

- même prévalence de maladies chroniques avec 60% de personnes âgées en ALD, identique à l'échelle nationale ou à celle du réseau de Brest (étude de mars 2006 à décembre 2009) ;
- même ratio femme/homme avec trois quarts de femmes (comme pour le réseau Bretois, ou le réseau AGEF de l'Est Parisien) ;
- même taux de maintien à domicile dans la file active soit 70%, comparable à celui du réseau de Brest et de l'Est Parisien.

Mais la population du Nord-Pas-de Calais présente, selon le Projet Régional de Santé du Nord-Pas-de Calais pour 2012/2016 basée sur les projections de l'INSEE étudiant les perspectives 2005-2020, quelques différences avec le reste de la population française. La comparaison doit donc être nuancée, par l'existence de disparités territoriales : la part des personnes âgées de plus de 75 ans est moins importante dans la région que sur la France entière (7,2% contre 8,4%) avec le taux le plus bas dans la Métropole-Flandre Intérieure. [10]

Ces similitudes dans les critères uniquement démographiques, avec la population générale d'une part, et avec celle d'autres réseaux d'autre part, confirment une réelle représentativité de la population du RSG.

Celle-ci permet une interprétation pertinente des résultats, car ils sont comparables à ceux d'autres réseaux, et garantit une certaine fiabilité des conclusions de cette étude.

B - Analyse des facteurs de fragilité et leurs enjeux en terme de santé publique

La population du RSG apparaît, sur plusieurs points de comparaison, comme plus fragile que la population générale ou que celle d'autres réseaux.

1 -La dépendance

Dans notre étude, le patient est dans 2 cas sur 3 considéré comme dépendant.

En comparaison à la population générale, et pour citer à nouveau le Projet Régional de Santé du Nord-Pas-de Calais pour 2012/2016 [10], la population de cette région présente une plus forte dépendance, plus tôt et plus gravement, avec des plans d'aide qui sont plus nombreux, avec des montants plus élevés (115 ‰ des personnes de plus de 60 ans bénéficiant d'un plan d'aide en Pas-de-Calais, 95 ‰ dans le Nord, contre 85 ‰ au niveau national, dont le montant est de 15 % supérieur à la moyenne nationales, selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Des projections de données issues du Programme de Médicalisation du Système d'Information montrent les évolutions que devraient connaître les Catégories Médicales de Diagnostic en France entre 1997 et 2020. Au total, l'évolution démographique conduirait à une hausse d'environ 19 % du nombre de séjours d'hospitalisation complète, dont +8 % au titre de l'évolution des effectifs et +10% au titre du vieillissement de la population. [10]

L'enquête nationale "Handicaps, Incapacités, Dépendance" [11] a permis de réaliser des estimations nationales du nombre de personnes âgées dépendantes en s'appuyant sur la grille AGGIR. Au total, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 23 % sur la période 2000-2020.

Les personnes âgées seront donc demain plus nombreuses, et amenées à être plus hospitalisées.

L'action du RSG est donc d'une importance incontestable, en s'inscrivant dans la filière gériatrique et en permettant la mise en œuvre de moyens pour prévenir la dépendance, dans un but à la fois

individuel de qualité de vie, et global en terme de santé publique. Il est essentiel d'anticiper les évolutions futures qui concerneront les personnes âgées et les mutations dans leur prise en charge, et le RSG est un acteur incontournable dans cette démarche.

2 - La démence

a - Taux global de démence dans le RSG

Si l'on compare à la population d'autres réseaux, il existe dans la population de LHL un plus grand taux de démence, tout âge confondu, soit 85% (10% de plus que le réseau de Brest). Les sous-groupes se répartissent comme suit : 49% à un stade léger, 24% à un stade modéré, 7% à un stade sévère.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la prévalence de la démence est de 72 %, dont 80 % sont des maladies d'Alzheimer : 21 % à un stade léger, 36 % à un stade modéré, 43 % à un stade sévère.

Il est surprenant de constater que la prévalence de la démence à domicile dépasse celle de l'institution, mais le dépistage des troubles cognitifs étant systématique dans le cadre de l'EGS, il est donc possible que cette systématisation conduise à un dépistage plus précoce.

Nos chiffres apparaissent plus importants encore que ceux d'autres réseaux, et suggèrent que parallèlement à la dépendance, la démence soit également un marqueur de fragilité qui apparaisse plus prépondérant dans la région Nord-Pas-de-Calais que dans les autres régions.

b - Sous-dépistage

On retrouve effectivement dans notre étude une sous-estimation de la démence, avec :

- 63% des patients présentent un score de MMS < 24, alors qu'il n'existe des troubles cognitifs

connus que chez 50% des patients.

- la prévalence des troubles cognitifs, si l'on se base sur un score de MMS < 27, est de 80%.
- MMS moyen à la 1ère consultation de 21.

Il existe un sous-dépistage important, puisque 50% des patients qui ont un MMS < 25 n'avaient pas de trouble cognitif connu : la moitié seulement est diagnostiquée.

Comparaison aux autres réseaux de soins gériatriques :

Il semble que cette insuffisance de dépistage soit également une réalité présente dans d'autres réseaux :

- tel que celui de Brest, qui retrouve des troubles cognitifs chez 73% des patients, avec un sous-dépistage dans 2/3 des cas ;
- ou celui de l'Est Parisien (AGEP), qui a fait l'objet d'une thèse en 2005 avec une étude rétrospective des 340 premiers patients âgés, fragiles, à domicile, du réseau gériatrique et le constat est similaire : parmi les patients qui ne présentent pas de diagnostic antérieur de trouble cognitif ou psycho-comportemental, le MMSE est inférieur à 27 pour la moitié d'entre eux. Par ailleurs, en dehors de toute symptomatologie comportementale, 50% des patients ont un MMS < 24. Enfin, le MMS est inférieur à 27 pour 70% des patients.

Comparaison avec la médecine ambulatoire :

Dans un travail de thèse sur les troubles cognitifs chez les personnes âgées en ambulatoire en 2003, les résultats sont équivalents : il existe un défaut diagnostique par les médecins traitants du syndrome démentiel évalué à plus de 50%. Seulement 56% des patients présentant une maladie d'Alzheimer étaient reconnus comme tels par leur médecin traitant. [12]

Le diagnostic de troubles mnésiques par les médecins traitants est satisfaisant dans 85% des cas mais la mise en évidence de tels troubles ne s'accompagne pas systématiquement d'une évaluation

des fonctions cognitives (50%). [12]

Le constat est déjà fait en 2005, dans une revue de la littérature [13], puisqu'il apparaît que les pathologies démentielles sont sous-diagnostiquées : ainsi 50 % des cas ne sont pas diagnostiqués chez les sujets ambulatoires en France [14] et moins de 50 % des patients sont actuellement repérés précocement [15]. Outre-Atlantique la situation n'est guère plus brillante puisque, en pratique ambulatoire, seulement 65 % des malades déments sont diagnostiqués [16].

Cette sous-estimation des troubles cognitifs étaient déjà mise en évidence dans l'étude PAQUID, avec une proportion semblable.

L'étude PAQUID (personne âgée quid) est une cohorte constituée en 1988 pour suivre à très long terme (depuis 24 ans) 3777 sujets âgés de 65 ans et plus dans 75 villes et villages de Gironde et de Dordogne. L'objectif principal de PAQUID était l'étude épidémiologique du vieillissement cognitif et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques et d'étudier notamment l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il s'agissait également d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible.

Dans la cohorte de PAQUID, 91% des patients ont un MMSE inférieur à 24.

Ce chiffre est supérieur à celui de notre étude. On peut le comprendre dans la mesure où l'étude PAQUID comporte un suivi sur plus de 10 ans des mêmes patients, avec une incidence qui augmente avec l'âge ; quant à notre étude, il s'agit d'une étude observationnelle avec des inclusions sur un an.

Dans un article en 2012, Dartigues et al développent les informations importantes de l'étude de la cohorte PAQUID. [14]

« L'étude Paquid a trois intérêts majeurs.

En 1er lieu, cette cohorte a permis d'étudier l'histoire naturelle de la phase prodromale de la maladie d'Alzheimer sur plus de dix ans. Or, en France comme dans le monde entier, 50% des cas de démence ne font pas l'objet de procédures diagnostiques spécifiques avec confirmation par un spécialiste [15]. De plus, les cas diagnostiqués le sont très tardivement, avec un score moyen de 19 au MMS lors de la première consultation [16], ce qui fait que beaucoup de malades ne consultent jamais un spécialiste.

En raison de leur âge, ils décèdent souvent avant tout recours au soin pour raison cognitive avec un stade léger à modéré de démence. Les sujets consultant un spécialiste sont plus jeunes, de plus haut niveau d'étude, de plus haut revenu, plus souvent marié et ayant plus souvent un antécédent familial de démence. Ils sont aussi différents sur le plan clinique avec une maladie en moyenne plus agressive, plus évolutive avec plus de troubles du comportement. Le biais de sélection est donc très important.

Le deuxième intérêt majeur de PAQUID est la durée du suivi des sujets avant le diagnostic de démence. Il est donc possible, vingt ans avant la date de diagnostic de la démence, de décrire l'histoire naturelle de la maladie. Nous pouvons aussi décrire l'impact des déterminants des démences à tous les stades de cette histoire naturelle.

Le troisième intérêt est d'avoir étudié dès le début de la cohorte à la fois le vieillissement cognitif et le vieillissement fonctionnel des sujets de la cohorte. L'autonomie a été analysée avec des échelles anciennes mais très performantes. L'échelle des IADL de Lawton [17] permet de mettre en évidence un retentissement très minime d'un déclin cognitif.

PAQUID a montré que les démences étaient de loin la cause principale de dépendance du sujet âgé. »

D'autres articles ont montré la précocité des troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer (MA), plus de dix ans avant le stade de démence [18;19]. L'apparition des troubles a une séquence

d'apparition débutant par la diminution de la vitesse d'exécution des tâches, l'atteinte des fonctions exécutives et de la mémoire sémantique, avant l'atteinte de la mémoire épisodique, puis de l'efficacité cognitive globale. La plainte mnésique apparaît alors, environ 7 ans avant le début de la phase démentielle, contemporaine d'une majoration des symptômes dépressifs. L'atteinte des IADL apparaît de façon subtile dans les activités les plus complexes 5 à 6 ans avant la démence.

L'une des questions que soulève la comparaison de notre étude avec l'étude PAQUID, qui a été initiée en 1988, est de constater un sous-dépistage de la démence relativement similaire, d'environ 50%.

Les efforts déployés depuis par les campagnes d'information, l'existence de consultations dédiées, les dépistages systématiques lors des hospitalisations seraient-ils improductifs ?

c - Les raisons du sous-dépistage

Le sous-dépistage des syndromes démentiels peut en partie s'expliquer par l'absence de consultation en raison d'une certaine anosognosie des troubles.

Une étude menée en 2008 à partir de la cohorte des 3 Cités, sur 498 patients de plus de 65 ans, a mis en évidence que 35% des sujets déments ne consultaient pas pour leurs problèmes cognitifs et que seulement 31% avaient consulté un spécialiste. Le recours à la consultation en soins primaires était principalement dépendant de l'âge et de la prise de conscience des troubles. Les facteurs associés à la consultation en soins secondaires étaient l'âge plus jeune, un niveau scolaire élevé, un niveau élevé de réalisation des activités instrumentales dans la vie quotidienne et la sensibilisation du patient à ses troubles cognitifs, qui prévoit des consultations plus fréquentes. Le niveau de performance cognitive a eu peu d'influence sur les soins primaires et aucune sur les soins secondaires. Il apparaît donc que la consultation en lien avec la démence, en particulier des praticiens de soins secondaires, est souvent sous-exploitée chez les sujets âgés. [20]

Si le patient consulte peu pour ce motif, il incombe d'autant plus aux médecins généralistes, et aux spécialistes, de rester attentifs aux signes prodromaux de la démence, maintenant mieux connus.

Une étude menée par Amieva et al en 2008, à partir d'un échantillon de la cohorte PAQUID, a permis d'évaluer la chronologie des détériorations cognitives, fonctionnelles et des échelles de dépression sur une durée de 14 ans. [19]

La première baisse des performances cognitives est apparue dès 12 ans avant la démence, suivie d'une augmentation des troubles de la mémoire et des symptômes dépressifs. Environ 2 ans plus tard, à la suite d'un dysfonctionnement cognitif, les sujets ont commencé à devenir un peu plus dépendants et à présenter des troubles fonctionnels.

Il serait possible, pour le médecin généraliste, d'évaluer la perte d'autonomie avec l'utilisation de l'échelle des IADL, facile en ambulatoire. Il a en effet été démontré que l'atteinte de la gestion des finances était de façon significative décrite 5 ans avant un diagnostic de maladie d'Alzheimer, et que de façon globale l'échelle IADL était discriminante 5 à 6 ans avant le diagnostic. [21]

Détecter les symptômes pseudo-dépressifs tels que l'isolement social, le repli sur soi, qui apparaissent en moyenne 7 ans avant le diagnostic [21], pourrait également être un moyen facile à développer en médecine générale, peut-être plus aisément que la réalisation du test MMS, très peu utilisé en ambulatoire.

Ces comparaisons peuvent amener au constat que ce facteur de fragilité est largement sous-estimé par les médecins généralistes, sans nette amélioration depuis plusieurs années.

L'enjeu est important puisqu'un diagnostic positif de syndrome démentiel rapide permettrait une prise en charge précoce du patient et de son entourage.

Or, les conséquences sont lourdes, sur le plan individuel d'une part, puisque nous savons aujourd'hui que le retard de diagnostic pour la maladie d'Alzheimer peut être encore en moyenne de 3 à 5 ans, et sur le plan sociétal d'autre part, car cette maladie encore trop ignorée expose à une inégalité d'accès aux soins et aux services.

Ces inégalités sont liées aux revenus mais aussi au milieu socioculturel.

J.L. Dartigues développe dans un article l'idée d'une inégalité liée à l'éloignement des centres experts et l'intérêt variable des soignants pour la maladie et sa prise en charge alors que l'efficacité de l'information et du soutien aux aidants, particulièrement au stade précoce, est maintenant indiscutable. [22]

Une progression de la prévention est à l'évidence nécessaire.

La formation et la sensibilisation à cet enjeu majeur de santé publique apparaissent donc indispensables auprès des médecins généralistes. L'une des missions du RSG étant entre autres la diffusion de la culture gériatrique, l'un des axes forts pourrait être de promouvoir l'utilisation à plus large échelle de ces outils d'évaluation de l'autonomie.

3 – la chute

Notre étude met en évidence un risque de chute de 30%, selon les résultats au Get up and Go test. Il s'agit là d'une forte prévalence de ce facteur de fragilité, pourtant peu détecté par les médecins généralistes. Les consultations sont en effet peu réalisées pour ce motif, la chute n'étant pas associée pour le patient ou son entourage à un marqueur de fragilité. Il incombe donc au RSG, dans le cadre de l'EGS, de rechercher systématiquement le risque de chute pour mettre en place une prise en charge multifactorielle le plus souvent de ce risque.

4 – la dénutrition

Dans notre étude, il existe un taux important de risque de dénutrition avec 62% de MNA révélant un risque de dénutrition (score inférieur à 24).

Il existe une malnutrition réelle dans 32% des cas, avec un MNA inférieur à 17.

En comparaison avec la seule donnée disponible pour un autre RSG, celui de Brest, le taux de notre étude est plus grand, puisque le MNA à Brest est trouvé <24 dans 45% des cas.

II – METHODOLOGIE

A - Discussion sur l'étude démographique

Il s'agissait d'une étude observationnelle, effectuée sur un échantillon de 174 patients inclus sur toute l'année de 2012.

Cet échantillon a pu être analysé dans le cadre de l'étude descriptive concernant les caractéristiques de la population, sauf pour les 12 patients perdus de vue.

Il pourrait donc s'agir d'un biais de sélection, mais les caractéristiques démographiques dans cette analyse descriptive apparaissent comparables aux données d'autres réseaux, et comparables à celles de la population générale, ce qui suggère que la taille de notre échantillon est satisfaisante pour ce point de l'étude.

Il semble également que l'adhésion des patients aux évaluations par le RSG, guidées par l'Évaluation Gériatrique Standardisée, soit forte, avec une bonne compliance à la réalisation des principaux tests, en moyenne à 75% :

- le MMS a été réalisé dans 60% des cas ;
- le MNA, dans 67% des cas ;
- le poids, dans 85% des cas ;
- le GIR, dans 100% des cas ;
- le Get up and Go dans 96% des cas.

Il existe en revanche un taux insuffisant d'évaluation de l'IMC, car non réalisé dans 70% des cas, et intégralement suite à un manque d'information sur la taille. Il pourrait être judicieux de s'équiper d'une toise, qui permettrait une recherche systématique et reproductible de ces critères, importants pour le suivi des patients et le dépistage d'une dénutrition. Le RSG s'est déjà équipé d'une balance pour augmenter le taux des données concernant le poids.

La comparaison avec les données d'autres réseaux est difficile car les études sur les réseaux de soins gériatologiques sont rares. Le réseau de soin de l'Est Parisien (AGEP) a fait l'objet d'une thèse de médecine en 2010, qui retrouve des taux de réalisation de ces tests tout à fait similaires pour le MMS, MNA, GIR, avec à l'inverse une meilleure recherche de l'IMC, à 90%, mais une piètre réalisation du test de Tinetti, à 10%.

En terme de réalisation des tests liés à l'EGS on peut donc estimer que le RSG est d'efficacité comparable à ce réseau parisien, ce qui est très encourageant pour le développement de la culture gériatrique en ambulatoire.

En dehors de l'étude des propositions faites par le RSG au médecin traitant, il est en effet intéressant de constater que l'EGS soit autant réalisée.

Il s'agit là d'une recommandation de la circulaire de mars 2007, qui définit les missions d'un RSG, mais son application en pratique aurait pu être entravée par un manque de données important, soit lié à un refus de la part du patient, soit par manque d'outil de mesure (comme l'albumine ou un poids antérieur). Les refus initiaux sont la plupart du temps liés à une certaine méfiance du patient vis-à-vis des membres du RSG et les informations sont finalement obtenues après plusieurs visites.

L'activité du réseau peut donc être une aide précieuse pour le médecin généraliste :

- grâce à l'acquisition de connaissances par le biais des formations transversales,
- en allégeant le temps passé par le médecin traitant à réaliser l'évaluation gériatrique globalement.

B – Discussion sur l'étude des propositions et leurs applications

S'il semble que l'échantillon ait été suffisant pour l'analyse démographique, il apparaît que pour l'analyse des propositions, plusieurs éléments ont provoqué une perte d'information importante, ce qui réduit considérablement la taille de l'échantillon étudiée et donc la précision de l'étude.

Les explications possibles en sont les suivantes :

1 - le devenir des patients

En effet, 71 patients étaient encore en cours de suivi au moment du recueil des données. Il n'était donc pas possible de les prendre en compte dans l'analyse statistique concernant l'application éventuelle des applications, puisqu'on ne pouvait conclure avant la fin du suivi si ces propositions finiraient ou non par être mises en œuvre. Ceci écarte 70% des patients, et laisse un échantillon de 30 patients.

Pour plus de pertinence, une taille plus importante d'échantillon aurait été judicieuse, mais ceci impliquait d'autres choix, avec d'autres biais : l'inclusion des patients sur l'année 2011 et non 2012, aurait permis l'analyse de quasiment tous les patients inclus dans l'année. Néanmoins le RSG n'était alors pas constitué de tous les intervenants para-médicaux, qui sont tous arrivés dans l'année 2011, et les propositions para-médicales n'auraient alors pas pu être évaluées avec la même méthode sur toute l'année, si on suppose que la proposition est influencée par l'existence d'un professionnel dans l'équipe.

Il aurait été également possible de fixer un délai dans l'application des recommandations, en estimant que passés 6 mois par exemple, la majorité des propositions auraient dues être appliquées. Néanmoins, le suivi étant d'un an en moyenne, cette coupure arbitraire aurait peut-être écarté des cas pour lesquels le suivi aurait abouti avec un délai plus long. Il serait donc envisageable d'analyser nos données en fixant une date limite, et ainsi augmenter le nombre de recommandations analysables.

2 - la qualité de la traçabilité des données

De nombreuses informations concernant l'application des propositions étaient manquantes dans les dossiers des patients. Il est difficile d'estimer la part de ce biais dans la perte d'information, d'une part à cause de sa variabilité entre les différentes propositions, d'autre part à cause de l'incertitude liée à ce manque d'information : est-ce parce que la proposition n'a pas été réalisée, ou parce que ce n'est pas tracé ?

Il semble pour autant que cette qualité de traçabilité ait affecté environ 1 patient sur 3, puisqu' on peut étudier 38 patients avec informations complètes à la 1ère VAD-contrôle, alors que l'échantillon en comporte 59.

Il est donc possible que le taux d'application des propositions ait été sous-estimé.

Par ailleurs, l'analyse des données manquantes est intéressante, puisqu'il semble que les propositions médicales soient moins tracées que celles du secteur para-médical ou social.

On peut écarter l'explication du délai d'application puisqu'on constate que ces propositions sont appliquées, lorsqu'elles le sont, quasiment immédiatement, surtout dans le domaine médical. Et un RDV médical pris est considéré comme l'équivalent d'une proposition appliquée.

On peut alors poser l'hypothèse d'une influence de la nature de la proposition sur son application : les VAD de contrôle étant réalisées par les IDE, n'existerait-il pas un biais de sélection dans la vérification des propositions restant à réaliser ? L'IDE ne serait-elle pas plus sensible à l'application de mesures touchant plus à son domaine de connaissances, de compétences, qu'au domaine médical ?

Par exemple, pour la proposition « bilan de mémoire », les données manquantes concernent 50% des patients.

Des réflexions sont en cours pour améliorer la traçabilité des informations :

- l'acquisition possible d'un ordinateur portable à emporter au domicile, permettant l'accès rapide au dossier du malade, aux informations manquantes, aux propositions faites, celles qui sont appliquées et les autres, et permettant également la modification des données au fur et à mesure.
- la relecture plus systématique des dossiers des patients serait une mesure utile pour diminuer le nombre de données manquantes.

3 - une perte d'effectifs importante

Il apparaît en effet que la perte d'effectif est précoce, dès la 2^e visite de contrôle, et forte, presque de 40%. Ceci est lié à un manque d'homogénéité des sous-groupes liés aux nombre de visites de contrôle (1 VAD-contrôle : 100% des patients, 2 VAD-contrôle : 60% des patients , 3 VAD-contrôle : 30%, 4 VAD-contrôle et plus : 10%).

Ainsi, pour l'analyse des propositions globalement appliquées, et selon leur nature médicale, paramédicale ou sociale, l'interprétation doit se limiter aux VAD avec des effectifs suffisants. Le sous-groupe de 4 VAD-contrôle et plus étant constitué d'un seul individu, doit être écarté. Son manque de fiabilité semble être confirmé par son profil contradictoire avec les autres sous-groupes.

Là encore, une taille d'échantillon plus grande au départ aurait permis d'éviter ce type de résultat aberrant, mais il reste quand même une similitude des profils, sur le taux d'application en fonction du temps, qui permet d'accorder un certain crédit à ses résultats.

C – Discussion sur l'analyse univariée

1 - le choix des variables

L'un des objectifs était de rechercher des associations entre la cinétique d'application des

propositions et certaines variables, à l'aide de modèles linéaires. Les différentes variables que nous souhaitions étudier étaient liées à différents facteurs de fragilité.

Nous avons ainsi choisi d'étudier 3 variables :

- la démence, dont la sévérité était définie par le score du MMSE,
- la perte d'autonomie en fonction du GIR,
- l'isolement social, en fonction de la présence d'un aidant au domicile, dans l'entourage, ou non.

Certaines difficultés apparaissaient d'emblée, avec en premier lieu l'utilisation du score MMSE pour étudier la démence.

Le MMSE est le test le plus largement utilisé dans le but de dépister et de quantifier une détérioration cognitive. Néanmoins, beaucoup d'auteurs ont pointé certaines faiblesses.

Il est en effet admis que la sévérité de la démence n'est pas en corrélation linéaire avec la perte de points au test :

- il existe d'une part une faible sensibilité pour reconnaître précocement la maladie démentielle [23], ainsi que dans les atteintes du système exécutif [24] ;

- il dénote d'autre part d'une faible spécificité lors d'un score bas, qui peut être lié à un bas niveau culturel, une anxiété lors du test, une affection cérébrale organique, un syndrome dépressif. [25]. Il conduit par exemple à des faux positifs en excès chez les patients de plus de 60 ans dès lors qu'ils ont moins de 9 années d'éducation.

- il est également biaisé lorsque le malade a une compétence verbale élevée.

Ce lien entre démence et perte de points au MMS est donc contestable , mais en l'absence d'autre test de pratique courante, nous avons donc choisi ce test pour différencier les patients en sous-groupes de démence.

2 - le choix du modèle statistique

L'une des limites de cette analyse tient au fait que normalement, dans ce genre de modèles, la variable visite est temporelle (nombre de mois ou de jours). Ici il s'agit juste d'un numéro de visite et on a fait l'hypothèse forte que les délais sont relativement constants entre deux visites, ce qui n'est probablement pas tout à fait le cas.

III – DISCUSSION SUR L'APPLICATION GLOBALE DES PROPOSITIONS

A - Profil général

Globalement, 7 propositions sont faites en moyenne par patient, et 4 sont appliquées, soit 40%.

Une comparaison est possible avec :

- l'application des propositions en médecine générale : l'adhésion aux propositions en médecine ambulatoire est en moyenne de 50%, proche de notre étude qui se rapporte également à des propositions faites en dehors du secteur hospitalier, où le refus du patient est moins exprimé.

[26]

- l'application des propositions dans un autre RSG : il n'existe aucune donnée dans la littérature actuelle, en France ou à l'étranger. Notre travail sur le suivi des recommandations faite par un RSG étant le premier, notre étude ne peut pas être comparée à une autre portant sur le même fonctionnement.

- l'application des propositions en Equipe Mobile de Gériatrie : son action se situe en hospitalier, aux urgences ou dans les services conventionnels, ce qui limite la comparaison des deux actions. Néanmoins, il s'agit également d'un travail pluridisciplinaire, avec une EGS en hospitalier et les études s'y intéressant permettent quelques réflexions sur le suivi de leurs recommandations.

Ainsi, un travail de thèse sur l'EMG du CHRU de Lille [27], en 2008, concernant l'application des recommandations faites aux services hospitaliers, a mis en évidence qu'en moyenne par patient il y avait 5 propositions faites. Le taux d'application était en moyenne de 61%.

Dans ce travail de thèse en 2008, il apparaissait que les recommandations étaient mieux appliquées lorsqu'elles étaient adressées à l'ensemble de l'équipe médicale et para-médicale, ce qui diminuait le nombre de propositions jugées inadaptées.

Par ailleurs, les premières études réalisées sur le suivi des propositions d'équipe mobile, en 1986 [28], sur le suivi des recommandations faites par une équipe mobile de consultation gériatrique, sur 175 patients, relevaient plusieurs critères d'influence. L'adhésion était améliorée par la discussion des recommandations avec l'équipe soignante, leur nombre limité, et le suivi fréquent du patient. Le taux d'application global des propositions était de 70%, mais il s'agissait d'une étude comparative avec un groupe interventionnel qui effectuait des visites régulières dans les services hospitaliers. On peut donc supposer que le patient avait « double chance » d'être suivi, par l'équipe soignante conventionnelle et par l'EMG.

Il existe également quelques études sur le devenir des patients ayant été évalués par une EMG, après retour à domicile.

L'étude d'Esmail et al [29], en 2000, observationnelle et rétrospective, portant sur 81 patients suivis un mois après une EGS réalisée en hospitalier, mettait également en évidence un meilleur pourcentage d'application lorsque les propositions étaient moins nombreuses, avec un OR de 0,23. Le taux global d'application des propositions était de 65%. Pour 90% des patients, il y avait moins de 5 propositions.

L'étude de Morin et al, en 2012, sur 151 patients suivis à mois d'une EGS réalisée par une EM, montre que l'application est maximale lorsque il existe 4 propositions, et diminue nettement au delà de 6 et plus. Il existe en moyenne 7 propositions par patients, dont 5,5 sont suivies, soit 78% , tout type de proposition confondue. [30]

Dans la littérature concernant l'EMG, il existe une grande hétérogénéité sur le plan de la qualité du suivi des recommandations, avec un taux qui peut varier entre 57 et 80 % [31].

Les recommandations de l'EMG sont mieux suivies quand :

- leur nombre est réduit (4 à 5 maximum) ;
- elles sont hiérarchisées ;
- il existe une bonne communication entre les équipes des EMG et des services ;
- un suivi régulier pendant l'hospitalisation est réalisé.

La conception de ces études est plus proche du fonctionnement du RSG, puisque le patient était retourné au domicile après l'EGS, mais il est difficile de comparer les taux de suivi entre les deux structures.

Le passage en hospitalier a pu influencer la mise en œuvre des propositions, avec une possible prise de conscience du patient ou de son entourage de la sévérité de la situation.

Par ailleurs, les populations sont différentes, comme le décrit Morin et al [30] : l'étude des sous-groupes des patients initialement vus par l'EMG hospitalisés *versus* retournés à domicile n'ont pas le même profil démographique. Les patients à domicile sont significativement moins âgés, plus déments, plus autonomes. Néanmoins, le taux de suivi est identique selon ces deux sous-groupes. Les auteurs concluent donc à une prise en charge extra-hospitalière performante, avec une alliance efficace avec le médecin traitant.

Les différences de suivi entre EMG et RSG peuvent aussi s'expliquer par une accessibilité plus aisée en hospitalier aux moyens techniques. Ainsi la préconisation de biologie est respectée dans 88% des cas dans l'étude sur l'EMG, car réalisée dans le milieu hospitalier, alors qu'elle l'est à 10% dans notre étude. Toutes les propositions sont évaluées sans pondération selon leur importance, même si l'impact d'un bilan mémoire ou un bilan de chute ne sera pas identique à celui d'une fréquentation d'accueil de jour. Les propositions moins faciles à mettre en œuvre en extra-hospitalier font donc diminuer la moyenne globale du suivi par le RSG.

Nous n'avons pas étudié dans ce travail l'influence du nombre de propositions sur leur application, mais il s'agit vraisemblablement d'un axe de réflexion prometteur. Il existe en moyenne 7 propositions par patient pour le RSG. Le courrier initial adressé au médecin traitant après le bilan fait au domicile pourrait contenir que les quelques propositions semblent prioritaires, et laisser l'opportunité lors des visites de contrôle de faire d'autres propositions jugées moins indispensables, du moins en terme de rapidité d'exécution.

L'existence d'une influence par le fait d'informer l'équipe soignante, qui cerne alors mieux l'enjeu de la proposition et s'efforce plus de la mettre en œuvre, est difficilement évaluable dans notre étude. Au RSG, l'interlocuteur est toujours le médecin traitant, contrairement à l'EMG qui peut s'adresser à l'assistante sociale, l'interne, ou l'infirmière. Néanmoins, l'explication semble tenir une place importante dans la réussite de l'application des recommandations, et pourrait être développée davantage au sein du RSG.

B - Discussion sur le temps d'application

Dans notre étude, il apparaît que les propositions sont quasi unanimement appliquées dès la 1ère visite de contrôle. La question du suivi à long terme peut donc se poser. Il existe pourtant des situations qui demandent à être évaluées dans le temps, dans le cadre d'un accompagnement ou de conseils face à des maintiens à domicile difficiles. Il n'y a donc pas de proposition réelle, mais les visites répétées peuvent parfois améliorer ou maintenir un équilibre dans ce maintien à domicile.

S'agissant de l'EMG, l'étude de Devor et al met en évidence une meilleure application au fil du temps. [32]

Il n'existe pas d'autre étude dans la littérature faisant référence au facteur temps, puisque la plupart sont rétrospectives, avec évaluation du suivi après un temps donné, sans analyse intermédiaire.

Il serait intéressant de connaître le suivi des patients dont la prise en charge est encore en cours pour augmenter la puissance de l'étude et vérifier l'influence du temps sur les applications.

Le temps de suivi du RSG, qui est en moyenne d'un an, pourrait peut-être se raccourcir dans les situations « classiques », en réalisant 1 ou 2 visites de contrôles maximum, et garder un suivi plus long pour les cas plus litigieux. Ceci permettrait d'augmenter la file active et suivre plus de patients, tout en maintenant un taux d'application identique.

C - Analyse des propositions en fonction de leur nature

1 - Analyse globale

Dans notre étude, les propositions pour le domaine médical sont réalisées à 23%, pour le domaine para-médical à presque 50%, et pour le domaine social à presque 50%.

Le travail de thèse de 2008 sur l'EMG du CHU de Lille mettait en évidence un profil inverse ; avec une distribution respectivement de 63%, 56% et 61%, les propositions d'ordre médical étant donc les mieux respectées. [27]

Des études similaires, réalisées auprès de 139 et 150 patients, 3 mois après une EGS, respectivement en 1996 et 1997, mettaient également en évidence un taux d'application meilleur lorsque les propositions étaient d'ordre médical. [33;34]

L'étude de Morin en 2012 quant à elle ne distingue pas de différence dans l'application des recommandations en fonction de leur nature médicale ou sociale. [30]

Au sein de l'EMG du CHU de Lille, le respect des recommandations semble être moindre lorsque les recommandations touchent un autre domaine de compétence que celui de l'appelant.

Or, bien que la première visite à domicile soit réalisée par le RSG conjointement par le Médecin Gériatre et l'IDE, le suivi est quasi unanimement poursuivi par l'IDE.

Ceci corrobore l'idée que l'on est davantage sensible au bon suivi des propositions qui touchent à son domaine de connaissances.

L'étude des données manquantes sur l'application ou non de la proposition, dans notre étude, semblent en faveur de l'hypothèse de cette influence inconsciente, puisqu'elles sont plus apparentes dans le domaine médical que para-médical. Par exemple, il existe 50% de données manquantes lorsqu'une proposition de bilan mémoire est faite, ou 85% lorsqu'il s'agit d'une modification du traitement cardiologique, alors qu'elles sont que de 17% en ce qui concerne l'intervention d'une IDE, ou de 29% pour la télé-alarme.

L'accent sur les propositions faites par le Gériatre devrait donc être mis prioritairement sur les propositions importantes du point de vue médical, auprès du médecin généraliste bien sûr, mais également auprès de l'équipe para-médicale du RSG. Il semble du moins essentiel d'améliorer la traçabilité de leurs applications.

2 - Analyse par sous-groupe

a- Propositions médicales

Il apparaît que 23% des propositions médicales sont appliquées. A lère vue il s'agit d'un taux bien en-deçà des taux décrits dans la littérature, comme nous l'avons décrit plus haut, mais il existe en réalité une grande disparité entre les différentes propositions.

Le meilleur taux concerne les syndromes gériatriques, avec 50% de réalisation des consultations mémoires, 40% des HDJ mémoire, 65% des bilans de chute. Les adaptations thérapeutiques sont en seconde position, avec environ 30% d'application concernant les traitements cardiologiques, neurologiques (incluant antidépresseur et médicaments utilisés dans la maladie d'Alzheimer). Enfin, les propositions de biologie ne sont respectées que dans 10% des cas.

L'étude de ces propositions dans l'EMG de Morin et al [30] obtient des résultats similaires en ce qui concerne la sphère cognitive, avec une réalisation à 62%, mais nettement plus importants pour les

traitements, à 92%, et la biologie, à 88%.

Le fait d'être en secteur hospitalier favorise bien sûr les prises de rendez-vous pour les imagerie, les bilans biologiques ainsi que les modifications thérapeutiques qui sont immédiates, réalisées par les médecins des services, puis communiquées au médecin traitant par l'intermédiaire du courrier de sortie. Le médecin traitant renouvelle alors le traitement précédemment modifié, contrairement au fonctionnement du RSG, qui suggère le changement mais ne le réalise pas.

Il existe par ailleurs une corrélation insuffisante entre le taux de proposition de bilan de chute, pour 10% des patients, et celui des patients à haut risque de chute, qui est de 30% selon le test du Get up and Go. On peut supposer que le RSG a alors déjà réalisé le bilan de chute au domicile, avec des propositions concernant la prévention des chutes, et ne juge alors pas encore nécessaire de réaliser un bilan complet.

On connaît l'importance de l'exercice dans la diminution du risque de chute. Une étude menée par Robertson et al en 2009 mettait en évidence que les interventions de prévention des chutes à domicile étaient efficaces si elles s'intégraient dans une prise en charge multifactorielle, et ciblées sur les patients à haut risque de chute. [35]

En 2011, Kim et al réalisaient une étude interventionnelle prospective sur l'impact d'exercices physiques sur le déclin fonctionnel, sur une population de femmes âgées japonaises présentant de multiples syndromes gériatrique. Une amélioration nette de l'incontinence urinaire et du déclin fonctionnel a été observée dans le groupe d'intervention, contrairement au groupe témoin. La vitesse de marche était significativement associée à cette amélioration. Ces résultats suggèrent que l'exercice physique est une stratégie efficace pour réduire certains des syndromes gériatriques. [36]

b- propositions para-médicales

Le taux moyen d'application des propositions d'ordre para-médical est de 48%. Là encore, il existe

une grande hétérogénéité des résultats, avec l'intervention d'une IDE dans 80% des cas, d'une ergothérapeute dans 75% des cas, alors que pour la diététicienne ce n'est que dans 30% des cas, pour la psychologue dans 40% des cas. Pourtant tous ces intervenants, hormis l'IDE, appartiennent au RSG.

Il est surprenant alors que plus de la moitié de leur demande d'intervention ne soit pas réalisée, alors que la proposition de kinésithérapeute, qui est un intervenant extérieur, est appliquée dans des taux voisins à 50% des cas. S'agit-il d'un biais dans la traçabilité des données ? Ou des refus de la part du patient, puisque la raison de la non-réalisation des propositions n'est pas détaillée ?

Il est en effet possible que le patient ou le médecin généraliste ne cerne pas parfaitement l'enjeu d'une prise en charge d'une éventuelle dénutrition, ou d'un syndrome dépressif.

Il est également possible d'envisager qu'au sein même du RSG, les mesures entourant la prise en charge de la dénutrition ne soient pas encore assez développées. On peut en effet supposer l'existence d'une corrélation entre cette intervention faible de la part de la diététicienne qui fait partie intégrante du RSG, et le taux faible de mesure de la taille ou du poids, et donc de l'IMC, et du MNA. Ces mesures, qui font partie de l'EGS, sont celles qui souffrent le plus de données manquantes, dans 70% des cas pour la taille, donc pour l'IMC, et dans 25% des cas pour le MNA. Néanmoins, l'intervention de la diététicienne a débuté au cours de l'année 2012, et certaines propositions n'ont donc pu être satisfaites avant son arrivée.

Il apparaît essentiel d'axer l'information auprès des partenaires des gériatres, le médecin traitant comme les intervenants du RSG, sur l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoce d'une dénutrition, syndrome gériatrique insuffisamment connu et pourtant facteur de mauvais pronostic indépendant.

En effet, l'insuffisance des apports alimentaires entraîne des carences nutritionnelles, et il en résulte un métabolisme immunitaire altéré. [37]

L'intensité du déficit immunitaire est alors corrélée à celle de la malnutrition [38].

Dans une étude réalisée par Corti et al, sur des sujets de 75 ans, autonomes à domicile, le taux d'albumine sérique était corrélé à la mortalité à 5 ans [39].

Une des complications majeures de la dénutrition chez le sujet âgé est la diminution de masse musculaire, associée à une diminution de force musculaire. [40]

Chang et al s'est intéressé, dans une étude prospective menée en 2010, sur plus de 1000 patients âgés de plus de 65 ans dans 12 hôpitaux, sur les résultats en rapport avec les syndromes gériatriques. Le critère principal était la détérioration fonctionnelle. En analyse multivariée, l'âge élevé, un score faible au MMS et au MNA étaient des facteurs prédictifs de la détérioration fonctionnelle. [41]

La sarcopénie, associée ou compliquant la dénutrition, a été associée à une augmentation du risque de chutes, un déclin fonctionnel accéléré conduisant à la dépendance et à la mort. [42;43] Pour les degrés les plus sévères de sarcopénie, le risque de développer une dépendance fonctionnelle chez les plus de 65 ans est multiplié par deux chez les hommes et par trois chez les femmes. [43]

Les risques de morbidité infectieuse, de mortalité, de chute, de dépendance, sont donc étroitement corrélés à la malnutrition.

Il est donc essentiel que les partenaires du RSG intègrent l'importance du dépistage et de la prise en charge précoce de la dénutrition, qui est peut-être le moins « visible » des syndromes gériatriques, mais peut-être également celui qui est le plus réversible.

Dans l'étude de Chang et al, la plupart des patients âgés suivis par le groupe interventionnel à l'hôpital ont effectivement maintenu ou augmenté leur capacité fonctionnelle. [41]

c- propositions sociales

En moyenne, les propositions sont appliquées dans 47% des cas.

L'écart est également important entre les différentes propositions, avec les propositions les mieux appliquées pour l'intervention du SSIAD, à 75%, pour le CLIC, à 80%, pour une évaluation de l'APA, à 66%.

On peut donc souligner la performance du travail entre le RSG et les partenaires sociaux.

La recommandation d'une institutionnalisation n'est réalisée que dans 25% des cas mais on peut comprendre que la proposition du RSG précède la prise de conscience du patient ou de son entourage, et qu'elle soit faite en anticipation d'une dégradation des conditions à domicile prévisible.

L'étude de Morin et al, auprès d'une EMG, trouvait un taux plus important de réalisation d'une telle proposition, à 44%, après seulement 3 mois de l'EGS. [30]

La différence est probablement à relier aux profils de population non comparables, avec des patients plus dépendants en hospitalier, dont le devenir était, pour 12% d'entre eux, une entrée directe en institutionnalisation, ce qui laisse supposer que la proposition s'imposait.

La protection juridique est réalisée dans 45% des cas, alors qu'elle est de 31% dans l'étude de Morin. [30]

3 – Analyse univariée portant sur les facteurs de fragilité

a - la démence

Il semble que le fait d'être atteint d'une démence, quel que soit son stade, ou non, n'affecte pas la mise en œuvre des propositions.

Le travail de thèse réalisé en 2008 auprès de l'EMG du CHU de Lille [27] mettait également en évidence l'absence de lien entre trouble cognitif et le suivi des recommandations, quelle que soit sa nature.

Il est possible d'expliquer ce résultat par une meilleure attention portée par l'entourage, familial ou médical, au suivi des recommandations auprès de la personne démente, car apparaissant plus fragile. Cette attention équilibrerait les éventuelles difficultés liées aux troubles cognitifs (moindre compliance au suivi des consultations, repli social...)

b - la dépendance :

L'application des recommandations ne semble pas non plus être influencée par le fait d'être plus ou moins dépendant.

Ce facteur de fragilité semble lui aussi compensé par une mise en œuvre rapide et adaptée de moyens humains et techniques pour permettre un maintien à domicile optimal. Probablement que le médecin généraliste est plus attentif aux propositions faites lorsque la dépendance est forte, et qu'il peut s'appuyer sur un entourage souvent présent. En effet, si le patient dépendant reste à domicile, il existe fréquemment un soutien logistique autour important et efficace.

La comparaison avec d'autres études portant sur l'influence de ces facteurs de fragilité sur le suivi des recommandations fait apparaître des conclusions divergentes.

D'un côté, certaines études [32;33] confirment que les difficultés fonctionnelles, physiques ou mentales influencent positivement le jugement des traitements prescrits et donc l'adhésion aux propositions.

De l'autre, il semblerait que les patients qui ont un statut fonctionnel conservé aient un taux d'adhésion aux recommandations plus élevé, mais le statut cognitif n'a pas été étudié dans cette étude, qui se basait uniquement sur l'échelle ADL. [34]

c - L'isolement social :

De même que pour les autres variables étudiées, il semble que le fait d'être entouré par un aidant à domicile ne soit pas un facteur favorisant l'application des propositions. Ce résultat est étonnant dans le sens où l'aidant principal est souvent le conjoint, qui a la charge d'organiser les soins.

L'absence d'avantage d'un aidant à domicile peut s'expliquer par une organisation efficiente de la part du Réseau, qui sollicite fréquemment l'aide de ses partenaires sociaux, du SSAS et du CLIC.

Les réunions entre ces différentes organisations permettent une réactivité dans la mise en place rapide d'aides à domicile, et de gérer les démarches comme pourrait le faire l'aidant principal. La

gestion des RDV médicaux, les modifications thérapeutiques sont laissées au jugement seul du médecin généraliste, qui reste le 1er demandeur d'intervention du RSG et que l'on peut donc supposer être subjectif quant à l'intérêt de l'intervention du RSG.

L'étude de Hill et al, en 2008, sur le caractère multifactoriel des chutes et leur prévention par une EGS, menée auprès de 254 patients suivis 6 mois, mettait en évidence que la présence d'un aidant améliorait significativement la réalisation des recommandations. [44]

En 2004, l'étude de Bogardus et al, sur le rôle des aidants dans le suivi des recommandations révélait que l'adhésion est deux fois plus importante lorsque l'aidant donne son accord. [45]

L'étude d'Esmail et al de 2000 [29] mettait en évidence une meilleure application des propositions lorsque l'aidant à domicile était fiable, et lorsque l'autonomie était préservée, avec respectivement un OR de 0,21 et 0,12. Les auteurs soulignaient néanmoins le lien possible entre ces deux variables, puisque si le patient est dépendant à domicile, cela suppose souvent un aidant à ses côtés.

Le rôle de l'aidant semble important dans ces études mais l'absence de lien dans la nôtre pourrait signifier que le RSG prend le relais auprès du patient dépendant dépourvu d'aidant dans l'entourage.

Pour autant, la tendance future pose la question du rôle de l'aidant et de ses limites.

En effet, selon l'INSEE, les aidants familiaux principaux des personnes dépendantes sont aujourd'hui le conjoint dans la moitié des cas et l'un des enfants dans un tiers des cas. Dans 8 cas sur 10, il s'agit d'une personne qui a entre 50 et 79 ans. Or, dans les prochaines décennies, les effectifs de cette classe d'âge augmenteront de manière beaucoup moins importante que le nombre de personnes âgées dépendantes.

A ces évolutions démographiques peuvent s'ajouter d'autres facteurs comme l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes, la plus grande implication éventuelle des fils dans l'aide, l'éloignement géographique entre enfants et parents âgés, les choix personnels des conjoints ou

enfants de s'investir plus ou moins dans le rôle d'aidant.

Cette tendance conforte la nécessité de développer les services de soins et d'aide à domicile mais aussi d'inciter et de reconnaître davantage l'aide aux aidants.

Il est tout à fait satisfaisant de constater qu'il n'existe pas de « mauvais profil » d'application des recommandations, au moins sur les critères choisis ici. Le patient dément, dépendant, ou isolé ne présente pas selon notre étude de perte de chance de bon suivi des propositions.

Cela suggère une exploitation efficace du travail en partenariat avec les organisations sociales et avec le médecin généraliste.

CONCLUSION

L'évolution démographique est telle que la question de la prise en charge des personnes âgées prend une place prépondérante dans les questions relatives à la santé. La législation évolue depuis de nombreuses années pour encadrer de façon optimale la prise en charge, y compris au domicile, notamment en définissant la filière gériatrique, dont fait partie le Réseau de Soins Gérontologiques. Ces missions de coordination visent à améliorer le maintien au domicile de la personne âgée, en partenariat avec le médecin généraliste, qui est défini comme le pivot de cette organisation des soins. Des recommandations sont ainsi réalisées par le Réseau auprès du médecin généraliste après une première évaluation gériatrique standardisée et une évaluation sociale au domicile. Or, même si le cadre légal délimite l'action du Réseau, en décrivant ses principales missions et le type de population éligible, il ne définit pas son évaluation.

Notre étude portait donc sur le suivi des recommandations réalisées dans le RSG de LHL, avec la recherche d'une éventuelle influence de certains facteurs de fragilité sur ce suivi.

Il s'agit de la première étude réalisée sur un RSG concernant le suivi des recommandations, mais d'autres structures telles que les EMG pouvaient apporter quelques éléments de comparaison.

Cette évaluation, en terme de suivi dans le temps, apparaît comme novatrice dans la littérature et les pratiques courantes, mais semble indispensable afin d'optimiser l'action du RSG. L'analyse du suivi est indispensable à la réflexion sur l'amélioration des pratiques, et certains éléments ressortent de notre étude. Les recommandations sont nombreuses, et principalement appliquées tôt dans le suivi, sans influence de l'existence d'une démence, d'une dépendance, ou d'un isolement social. Les écarts entre les applications sont importants, en fonction de leur nature médicale ou non, et entre propositions de même nature. La moyenne du suivi ne reflète donc pas parfaitement le suivi.

Cette étude a par ailleurs permis de décrire la population suivie par le RSG, avec des facteurs de

fragilité fortement présents, tels que la dénutrition, la dépendance, la démence, le risque de chute, ou l'isolement social.

Ce premier travail ouvre donc la voie à l'auto-évaluation de l'action du RSG, avec une méthodologie perfectible, et une analyse envisageable des raisons du non-suivi des propositions, avec par exemple un questionnaire type à soumettre aux médecins généralistes.

Cette évaluation des pratiques s'inscrit dans une volonté d'améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile, mais également de conforter l'idée que le RSG occupe une place incontestable dans la filière gériatrique et les réseaux de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. ROBERT-BOBÉE, Isabelle. principal: Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050: la population continue de croître et le vieillissement se poursuit. 2006
2. corpus de gériatrie, organisation gérontologique, chups jussieu, 2000
http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/13_organisation_gerontologique.pdf
3. Quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques vieillesse, Centre de documentation de la Fédération Nationale de Gérontologie et Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées, 28 février 2011
http://www.fng.fr/html/documentation/doc_news/pdf/Politiques_Vieillesse.pdf
3. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, Direction Générale de la Santé
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
4. Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Régional de Santé 2012-2016, Nord-Pas-de-Calais
http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/MAJ_avril2013/SROS_NPDC_corps_mars2013_avenant_n_6_.pdf
5. Plan solidarité grand âge de 2007
http://archives.gouvernement.fr/villepin/information/actualites_20/plan_solidarite_grand_age_5636_1.html
6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Legifrance.gouv.fr
7. circulaire n°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
8. Guide Méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », Direction générale de l'offre de soins, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 28 septembre 2012
9. Pasquier F. Classification des démences: critères cliniques et fondamentaux. In Neuropsychologie clinique des démences: évaluation et prise en charge, F Eustache & A Agniel. Eds Solal, Marseille, 1995:pp19-33
10. Projections INSEE perspectives 2005/2020 en Nord Pas de Calais, Schéma régional de prévention du Nord-Pas-de-Calais pour 2012-2016
11. Mormiche, Pierre. L'enquête HID de l'INSEE. Gérontologie et société, 2001, no 4, p. 57-77.
12. Weisser, I. . Troubles cognitifs chez des patients âgés: Identification et caractérisation par les médecins généralistes comparées à l'évaluation gériatrique, a propos de 60 cas (Doctoral dissertation). 2003

12. Dartigues JF, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, Orgogozo JM, Commenges D, Jacqmin-Gadda H, Richard-Harston S, Delva F, Foubert-Samier A, Barberger-Gateau P. Paquid 2012: illustration and overview. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Sep 1;10(3):325-331.
13. Thomas JM. Early screen of the Alzheimer's disease by the general practitioner. Review of the literature. *Rev Med Brux*. 2005 Sep;26(4):S279-88.
14. Dartigues JF, Gagnon M, Michel P, Letenneur L, Commenges D, Barberger-Gateau P, et al. Le programme de recherche Paquid sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux. *Rev Neurol (Paris)* 1991 ; 147 : 225-30.
15. Helmer C, Peres K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, et al. Primary and secondary care consultations in elderly demented individuals in France. Results from the Three-City Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008 ; 26 : 407-415.
16. Rondeau V, Allain H, Bakchine S, Bonet P, Brudon F, Chauplannaz G, et al. General practice based intervention to suspect and to detect dementia in France : a cluster randomised controlled study. *Dementia* 2008 ; 7 : 433-450.
17. Lawton MP, Brody E.M. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-186.
18. Amieva H, Jacqmin-Gadda H, Orgogozo JM, Le Carret N, Helmer C, Letenneur L, et al. The 9 year cognitive decline before dementia of the Alzheimer type : a prospective population-based study. *Brain* 2005 ; 128 : 1093-1101.
19. Amieva H, Le Goff M, Millet X, Orgogozo JM, Peres K, Barberger-Gateau P, et al. Prodromal Alzheimer's disease : successive emergence of the clinical symptoms. *Ann Neurol* 2008 ; 64 : 492-498.
20. Helmer C, Péres K, Pariente A, Pasquier F, Auriacombe S, Poncet M, Portet F, Rouaud O, Ritchie K, Tzourio C, Dartigues JF. Primary and secondary care consultations in elderly demented individuals in France. Results from the Three-City Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):407-15. doi: 10.1159/000164692. Epub 2008 Oct 22.
21. Amieva H, Le Goff M, Millet X, Orgogozo JM, Péres K, Barberger-Gateau P, Jacqmin-Gadda H, Dartigues JF. Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *Ann Neurol*. 2008 Nov;64(5):492-8. doi: 10.1002/ana.21509.
22. Dartigues JL, ORS Midi-Pyrénées. Vieillir en Midi-Pyrénées. Toulouse. 2002. 87 pages + annexes.
23. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R et al : Un nouvel instrument de dépistage de la démence chez la personne âgée, le Gpcog. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2006 ; 4 (1) : 69-77

24. Schenk F, Leuba G, Büla C, Schenk F, Leuba G, Büla C. Neurosciences et cognition. Bruxelles : De Boeck, 2004.
25. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R et al : Un nouvel instrument de dépistage de la démence chez la personne âgée, le Gpcog. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006 ; 4 (1) : 69-77
26. Meichenbaum D, Turk D, eds. Facilitating treatment adherence, a practitioner's guidebook. New York: Plenum Press, 1987.
27. Antrope, C. Suivi des recommandations de l'Equipe mobile de gériatrie au sein des services du CHRU de Lille (Doctoral dissertation). 2008
28. Allen CM, Becker PM, McVey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations. JAMA. 1986 May 16;255(19):2617-21.
29. Esmail R, Brazil K, Lam M. Compliance with recommendations in a geriatric outreach assessment service. Age Ageing. 2000 Jul;29(4):353-6.
30. Morin, T., Lanièce, I., Desbois, A., Amiard, S., Gavazzi, G., & Couturier, P. . Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 2012 ;10(3), 285-293.
31. Baechler, P., Castel Kremer, E., Dittscheid, C., Fernandez, C., Geist, C., & Heitz, D. Comment assurer le suivi et le respect des recommandations des patients vus en Unité Mobile de Gériatrie. Paris, Congrès SFGG. 2007
32. Devor M, Wang A, Renvall M, Feigal D, Ramsdell J. Compliance with social and safety recommendations in an outpatient comprehensive geriatric assessment program. J Gerontol. 1994 Jul;49(4):M168-73.
33. Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC, Oakes AM, Siu AL, Hays RD. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. Am J Med. 1996 Apr;100(4):444-51.
34. Frank JC, Hirsch SH, Chernoff J, Wallace SP, Abrahamse A, Maly R, Reuben DB. Determinants of patient adherence to consultative comprehensive geriatric assessment recommendations. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997 Jan;52(1):M44-51.
35. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD007146.
36. KIM, Kyung Hwan, SEKIGUCHI, Kazuhiko, KUDO, Shinji, et al. Characteristics of Atmospheric Elemental Carbon(Char and Soot) in Ultrafine and Fine Particles in a Roadside Environment, Japan. Aerosol and Air Quality Resarch, 2011, vol. 11, no 1, p. 1-12.
37. Mazari L, Lesourd B. Nutritional influences on immune response in healthy aged persons. Mech Ageing Develop 1998; 100:17-32.

38. Lesourd B.M, Moulias R, Favre-Berrone M, Rapin CH. Nutritional influences on immune responses in elderly. Dans "Nutrition and Immunology", Chandra RK Ed, ARTS Biomedical, St John's 1992:211-23.
39. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorkin JD. Serum Albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. JAMA 1994; 272:1036-42.
40. Brown M, Sinacore DR, Host HH. The relationship of strength to function in the Older Adult. J Gerontol 1995; 50A:55-9.
41. Chang, H. H., Tsai, S. L., Chen, C. Y., & Liu, W. J.. Outcomes of hospitalized elderly patients with geriatric syndrome: report of a community hospital reform plan in Taiwan. Archives of gerontology and geriatrics, 2010, 50, S30-S33.
42. Janssen I. Influence of sarcopenia on the development of physical disability : The Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc 2006;54:56-62.
43. Gros J, Manceau M, Thome V, Marcelle C. A common somitic origin for embryonic muscle progenitors and satellite cells. Nature 2005;435:954-8.
44. 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. 2008 Apr;56(4):600-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01626.x. Epub 2008 Feb 7.
45. Bogardus ST Jr, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT, Inouye SK. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. J Am Geriatr Soc. 2004 Jan;52(1):99-105.

ANNEXES

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)
TRADUIT EN MINI MENTAL SCORE (MMS)**

Ce test ne permet pas de faire un diagnostic étiologique. Il explore les fonctions cognitives.

Test	Question ou instruction	cotation	Nombre maximum de points	
Orientation dans le temps	Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? (jour mois année) Si incomplet demander : - année ; saison ; mois ; jour du mois ; jour de la semaine	5 points si date complète ou 1 point par bonne réponse à chaque question	5	
Orientation dans l'espace	Demander : - nom du cabinet - de la ville - du département - de la région - étage	1 point par bonne réponse	5	
Répéter 3 mots	Cigare, fleur, porte (ou citron, clé, ballon)	1 point par mot répété correctement au premier essai	3	
Soustraction de 7	Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois	1 point par soustraction exacte (arrêter au bout de 5)	5	Retenir uniquement le meilleur des deux score
Si le patient n'obtient pas 5 à l'épreuve de la soustraction	Epeler MONDE à l'envers	1 point par lettre correctement inversée	5	
Répéter les 3 mots	Cigare, fleur, porte (ou citron, clé, ballon)	1 point par mot	3	
Nommer un objet	Montrer un crayon, une montre et demander au patient de nommer ces objets sans les prendre en main	1 point par réponse exacte	2	
Répéter une phrase	Répéter la phrase "Pas de MAIS, de SI, ni de ET"	1 point si la réponse est entièrement correcte	1	
Obéir à un ordre en 3 temps	Prenez mon papier dans la main droite, pliez-le en deux, jetez-le par terre	1 point par item correctement exécuté	3	
Lire et suivre une instruction	Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit "fermez les yeux" et demander au patient de faire ce qui est marqué	1 point si l'ordre est exécuté	1	
Ecrire une phrase	Voulez-vous m'écrire une phrase entière.	1 point si la phrase comporte un sujet et un verbe	1	
Reproduire un dessin	Montrer au patient un dessin de 2 pentagones qui se recourent sur 2 côtés et lui demander de recopier	1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents	1	
TOTAL maximum 30 points				

Les fonctions cognitives sont altérées si le score est inférieur à

- 19** pour les patients ayant bénéficié de **0 à 4** ans de scolarité ;
- 23** pour les patients ayant bénéficié de **5 à 8** ans de scolarité ;
- 27** pour les patients ayant bénéficié de **9 à 12** ans de scolarité ;
- 29** pour les patients ayant le **baccalauréat**.

AGGIR

Évaluation des activités

La grille Aggir "autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources" est une grille d'évaluation des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités.

Pour chaque activité, les capacités de la personne âgée sont évaluées selon 3 modalités :

- fait seule, totalement, habituellement et correctement,
- fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement,
- ne fait pas.

Cette évaluation permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée. En fonction de son degré de dépendance, elle est classée dans l'un des 6 "groupes iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Principe

La grille Aggir évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives.

Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le Gir dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations pour l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités corporelles et mentales discriminantes

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

Activités domestiques et sociales illustratives

- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Rattachement à un groupe Gir

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à l'un groupe iso-ressources (Gir). Il existe 6 Gir. Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa. La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide-ménagère.

Tableau 1 relatif à la fiche F1229

Gir Degrés de dépendance	
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

Le « Get Up and Go » test : dépistage du risque de chute

Test validé chez le sujet âgé, le «Get Up and Go » test est plus rapide et simple à faire passer que le test de Tinetti.

Son déroulement est le suivant : le patient doit se lever d'un fauteuil avec accoudoirs, marcher sur une distance de 3 mètres, faire demi-tour, revenir vers le fauteuil, en faire le tour et s'asseoir.

Les résultats sont exprimés en fonction d'une échelle très peu précise cotée de 1 à 5.

Cotation :
1- aucune instabilité
2- très légèrement anormal ; lenteur à l'exécution de la consigne
3- moyennement anormal : hésitation, mouvement compensateur des membres supérieurs et du tronc
4- anormal : le patient trébuche
5- très anormal : risque permanent de chute.

Un score supérieur ou égal à 3 à chaque question traduit un risque important de chute et doit amener s'alerter du risque de chute.

Une version chronométrée de ce test est également possible : si le temps de passation est inférieur à 20 seconde, on considère le test comme normal, témoignant d'une bonne autonomie motrice. Un temps supérieur à 30 secondes au contraire dénote d'une certaine dépendance motrice nécessitant une possible prise en charge adaptée. Enfin les sujets qui réalisent le test en plus de 20 secondes et moins de 30 secondes ont des aptitudes motrices incertaines.

Au total, ce test permet une évaluation rapide des capacités de mouvement.

MNA : Mini Nutritional Assesment, dépistage de la dénutrition

Nom :			Prénom :		
Sexe :	Âge :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :	
Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.					
Dépistage					
A. Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation					<input type="checkbox"/>
B. Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids					<input type="checkbox"/>
C. Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile					<input type="checkbox"/>
D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non					<input type="checkbox"/>
E. Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique					<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / taille)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23					<input type="checkbox"/>
Si l'IMC n'est pas disponible, remplacer la question F1 par la question F2 Merci de ne pas répondre à la question F2 si la question F1 a été complétée					
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31					<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points) 12-14 points : état nutritionnel normal 8-11 points : risque de malnutrition 0-7 points : malnutrition avérée					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SCORE DE CHARLSON, calcul des comorbidités

Nombre de points attribués	Conditions
1 point	Infarctus myocardique Insuffisance cardiaque Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébro-vasculaire Démence Maladie pulmonaire chronique Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuse Hépatopathies Diabète
2 points	Hémiplégie Maladie rénale modérée à sévère Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
3 points	Hépatopathie modérée à sévère
6 points	Tumeurs solides métastatiques SIDA

AUTEUR : MARTIN Alice

Date de Soutenance : 31 octobre 2013

Titre de la Thèse : Suivi des recommandations faites par le Réseau de Soins Gériatologiques de Lille-Hellemmes-Lomme en 2012

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : filière gériatrique, réseau de soins gériatologiques, recommandations, suivi, domicile

Résumé : En France, l'évolution démographique entraîne une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Cette population se caractérise par certains syndromes gériatriques et facteurs de fragilité. Le réseau de soins gériatologiques, s'intégrant dans la filière gériatrique, travaille en partenariat avec le médecin généraliste pour améliorer la prise en charge du patient au domicile, grâce à la diffusion de recommandations. Ces dernières sont de différentes natures (médicales, para-médicales, sociales) et constituent un plan personnalisé de soins proposé au médecin généraliste, à la suite d'une première visite au domicile. Or le suivi de la mise en œuvre des recommandations est un gage d'efficacité de l'évaluation gériatrique standardisée. Le réseau réalise des visites de contrôle à domicile pour évaluer leur application.

Cette étude porte sur le réseau de soin gériatologique de Lille-Hellemmes-Lomme.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les recommandations réalisées lors de l'évaluation gériatrique et d'évaluer leur suivi, de manière rétrospective, pendant l'année 2012.

Les objectifs secondaires sont d'établir le profil socio-démographique et gériatrique des patients vus par le réseau et d'évaluer l'impact de certains facteurs de fragilité (démence, dépendance, isolement social) sur le suivi des recommandations.

Cette étude révèle que les recommandations sont suivies presque entièrement dès la première visite. Les propositions sont en moyenne de 7 par patients, et suivies de façon inégale, selon qu'elles touchent le domaine médical, para-médical ou social mais il existe une disparité également à l'intérieur de chaque domaine.

Il apparaît également que le suivi ne diffère pas selon que le patient présente ou non une démence, une dépendance ou un isolement social.

Les patients suivis par le réseau présentent un profil socio-démographique très varié, et l'absence de « profil de patient » selon ces critères déterminant la qualité du suivi est en faveur d'une pratique performante du réseau de soin gériatologique en lien avec le médecin généraliste.

Le travail du réseau de soins gériatologiques s'inscrit donc tout à fait dans la mission d'un réseau de santé, au sein de la filière gériatrique, en proposant des recommandations pour optimiser le maintien à domicile. Les missions d'information et de coordination qui incombent au réseau devront continuer à développer l'adhésion à ces propositions, dans cet objectif de prise en charge gériatrique globale pour maintien à domicile adéquat.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur BOULANGER

Monsieur le Professeur DUHAMEL

Directeur de thèse : Madame le Docteur DELECLUSE

