



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année:2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La gériatrie hors les murs : étude descriptive d'une cohorte de patients ayant
bénéficié d'une évaluation gériatrique extra-hospitalière sur le territoire du Douaisis.**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 2018 à 18h00

Au Pôle Formation

Par Johann SCHALON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Delphine DERVAUX

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Sophie MASSART

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes
traditionnels.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai jamais de faire usage de mes connaissances contre les lois de
l'humanité.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.1
I – INTRODUCTION	p.2
1 - Vieillessement de la population	p.2
2 - Offres de soins en médecine générale	p.2
3 - Situation sociale de la commune de Douai : un profil social défavorable	p.4
4 - Organisation de l'offre de soins en gériatrie et le dispositif SANT'ALLIAGE	p.5
4.1 - Offre de soins intra-hospitalière	p.5
4.2 - le dispositif SANT'ALLIAGE	p.6
4.3 - L'Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière (EMGEH)	p.6
5 - Objectif principal de l'étude	p.8
II – MATÉRIELS ET MÉTHODES	p.9
1 – MATÉRIELS	p.9
1.1 - Population de l'étude	p.9
1.2 - Modalités de l'intervention de l'EMGEH	p.10
1.3 - Variables recueillies	p.11
1.4 - Variables calculées	p.13
1.5 - Questionnaire de satisfaction des médecins généralistes	p.14
2 – MÉTHODES	p.14
2.1 - Analyses statistiques univariées	p.14
2.2 - Analyses statistiques bivariées	p.14
2.3 - Analyse des réponses au questionnaire	p.14
2.4 - Cadre réglementaire	p.15
III – RÉSULTATS	p.16
1 - Analyse univariée	p.16
1.1 - Population de l'étude et caractéristiques principales	p.16

1.2 - Modes d'intervention de l'EMGEH (intervention au domicile versus intervention en MSP)	p.17
1.3 - Délai d'intervention	p.17
1.4 - Origine de la demande d'intervention	p.17
1.5 - Motifs d'intervention	p.18
1.6 - Chutes et facteurs de risque	p.19
1.7 - Caractéristiques morphologiques et statut nutritionnel	p.20
1.8 - Evolution du poids à 6 mois	p.21
1.9 - Iatrogénie	p.22
1.10 - Iatrogénie à 6 mois	p.23
1.11 - Devenir à 6 mois	p.23
1.12 - Recommandations de l'EMGEH	p.24
2 - Analyse bivariée	p.24
2.1 - Impact des recommandations nutritionnelles	p.24
2.2 - Impact des recommandations médicamenteuses	p.25
3 - Questionnaire de satisfaction	p.25
IV – DISCUSSION	p.28
1 - Place des EMGEHs en France et à l'étranger	p.28
2 - Discussion des résultats de l'étude	p.30
2.1 - Effectif de la population de l'étude	p.30
2.2 - Profil du patient gériatrique de l'étude	p.30
2.3 - Autonomie	p.30
2.4 - Mode d'intervention au domicile versus MSP	p.31
2.5 - Délai et demande d'intervention	p.32
2.6 - Motifs d'intervention	p.33
2.7 - La chute, un syndrome gériatrique	p.34

2.8 - Statut nutritionnel et impact des recommandations nutritionnelles	p.36
2.9 - Iatrogénie et impact des recommandations médicamenteuses	p.37
2.10 - Recommandations de l'EMGEH	p.38
2.11 - Devenir à 6 mois	p.39
3 - Intérêt pour les médecins généralistes	p.39
4 - Rôle de coordination de l'EMGEH SANT'ALLIAGE	p.41
5 - Les limites de l'étude	p.42
6 - Perspectives de l'étude	p.43
V – CONCLUSION	p.45
VI – BIBLIOGRAPHIE	p.46
VII – ANNEXES	p. 51
Annexe n° 1 : Typologie sociale des communes des Hauts de France	p.51
Annexe n° 2 : Feuille de repérage des patients âgés fragiles	p.52
Annexe n° 3 : Échelle A.D.L (Activities of Daily Living)	p.53
Annexe n° 4 : Échelle I.A.D.L (Instrumental Activities of Daily Living)	p.54
Annexe n° 5 : Score d'évaluation du risque de chute de la personne âgée	p.55
Annexe n° 6 : Mini Mental Status (MMS)	p.56
Annexe n° 7 : Test des 5 mots de Dubois et Test de l'horloge	p.57
Annexe n° 8 : Échelle de Dépression Gériatrique (GDS)	p.59
Annexe n° 9 : Échelle de Dépression Gériatrique miniGDS	p.60
Annexe n° 10 : Questionnaire MNA (Mini Nutritionnal Assessment)	p.61
Annexe n° 11 : Questionnaire de satisfaction auprès des médecins généralistes	p.63
Annexe n° 12 : Récépissé déclaration à la CNIL	p.64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living
AGEP	Association Gériatrique de l'Est Parisien
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CHD	Centre Hospitalier de Douai
CLICs	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNO	Compléments Nutritionnels Oraux
DMO	Densitométrie Minérale Osseuse
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
EMGEH	Équipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière
EVA	Échelle Visuelle Analogique (d'évaluation de la douleur)
EVS	Échelle Verbale Simple
GDS	Échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale)
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IC	Intervalle de Confiance
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
miniGDS	Mini Geriatric Depression Scale
MMS	Mini Mental State
MNA	Mini Nutritional Assessment
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PPS	Plan Personnalisé de Santé

INTRODUCTION

1 - Vieillesse de la population

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), en 2015, l'espérance de vie à 60 ans est de 78,9 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes⁽¹⁾.

Au 1^{er} janvier 2018, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 9% de la population française totale⁽²⁾.

L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2070 avec une population âgée de 75 ans ou plus qui serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions)⁽³⁾.

En 2070, l'espérance de vie pour un homme devrait avoisiner 91,1 ans et 93 ans pour une femme⁽³⁾.

L'allongement de l'espérance de vie, l'avancée en âge des générations du baby boom et le vieillissement de la population ont pour conséquence une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes^(4,5).

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), le nombre de personnes âgées dépendantes en 2060 sera deux fois plus important qu'en 2010. En 2060, 2,3 millions de personnes seraient ainsi dépendantes, contre 1,1 million en 2010⁽⁶⁾. Il apparaît donc nécessaire et primordial de dépister les patients âgés fragiles avant qu'ils ne deviennent dépendants.

La Haute Autorité de Santé insiste sur la nécessité de repérer la fragilité en ambulatoire⁽⁴⁾. L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire le risque de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD^(4, 7, 8, 9).

2 - Offres de soins en médecine générale

Dans ce contexte, le médecin généraliste sera de plus en plus concerné par le repérage des

patients âgés fragiles en ambulatoire⁽⁴⁾. Il joue le rôle de coordonnateur de cette prise en charge. Il est aidé dans cette démarche par des partenaires de soins sur lesquels il peut s'appuyer (professionnels de santé, famille, intervenant social, etc...).

Il peut également avoir recours à une expertise gériatrique via un réseau de santé gériatrique ou une consultation spécialisée en intégrant la filière hospitalière gériatrique. Une hospitalisation directe en service de gériatrie hospitalier peut-être proposée afin d'éviter un recours aux urgences souvent délétère sur le plan fonctionnel chez ces patients âgés et fragiles.

Selon le Conseil National Professionnel de Gériatrie⁽¹⁰⁾, les équipes mobiles de gériatrie (EMG) interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs (Centres Locaux d'Information et de Coordination), les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) et les réseaux gériatriques. Elles assistent les différents partenaires de soins spécifiques ou non de gériatrie dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés en apportant un avis spécialisé.

L'équipe mobile gériatrique se compose habituellement d'un médecin gériatre, d'un(e) infirmier(e) formé(e) à la prise en charge gériatrique, d'un assistant social. Peuvent y être intégrés des psychologues (et/ou neuropsychologues), ergothérapeutes, diététiciens et secrétaires.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a choisi de proposer de nouvelles offres de soins en ambulatoire à destination des médecins généralistes prenant en charge des patients âgés fragiles.

C'est ainsi qu'en 2010, l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a soutenu la mise en place d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge de patients âgés fragiles ou dépendants dans un contexte médico-psycho-social complexe⁽¹¹⁾.

En effet, une étude réalisée en région Rhône-Alpes sur les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées établit le constat suivant : si les

médecins traitants jugent être les mieux placés pour assurer la coordination à domicile, ils considèrent que les équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières seraient une réponse possible à leurs difficultés en assurant une évaluation gériatrique, une aide au diagnostic et à l'orientation dans la filière⁽¹²⁾.

Selon cette même étude, les principales difficultés rencontrées en soins de ville concernent la gestion des troubles cognitifs et psycho-comportementaux, la perte d'autonomie, les chutes, les situations de soins palliatifs ou de fin de vie au domicile⁽¹²⁾.

Dans cette optique et pour permettre une meilleure prise en charge en ambulatoire de cette population, le Centre Hospitalier de Douai sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-De-France a mis en place des dispositifs similaires d'évaluation et d'aide à destination des médecins généralistes pour la prise en charge extra-hospitalière des patients âgés fragiles ou dépendants.

3 - Situation sociale de la commune de Douai : un profil social défavorable

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) nouvellement installée à Douai - Faubourg de Béthune - réunit plusieurs professionnels de santé primaire (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins généralistes, sages-femmes,...) dans un quartier de 12 000 habitants. Plus encore que la moyenne des Douaisiens, les habitants de ces quartiers affichent des indicateurs de santé préoccupants en matière de diabète, de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de cancers, d'addictions diverses ou de non-recours à la prévention.

Les personnes en situation de vulnérabilité cumulent bien souvent des difficultés sociales (logement, insertion professionnelle et sociale, etc...) avec différentes problématiques de santé (addictions, souffrances psychiques, maladies chroniques, dépendances...).

Comme le rappelle le Projet Régional de Santé des Hauts-De-France et notamment le PRAPS, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2018-2023⁽¹³⁾, près de 40 % des habitants des Hauts-de-France résident dans une

commune ayant un profil social défavorable.

La ville de Douai figure parmi cette catégorie de communes (Annexe n°1).

La part de personnes âgées a tendance à y être plus élevée ; aussi l'indice de vieillissement est à un niveau intermédiaire (54,4) au regard de celui de la région, mais est bien en deçà du niveau national (73,6). L'indice de grand vieillissement (47,4) est en revanche proche du national (47,6) et maximal pour cette classe.

C'est également dans cette classe que l'on retrouve la plus faible espérance de vie et la mortalité maximale. Le gain d'espérance de vie depuis 1979-1986 est le plus faible de la région : +6,7 ans pour les hommes et +5,5 ans pour les femmes (contre respectivement 7,3 ans et 5,8 ans en France et 7,1 ans et 5,9 ans en région Hauts-de-France). En outre, cette classe présente les plus forts taux de mortalité pour les principales causes de décès. Il est à noter un différentiel fortement élevé pour les pathologies en lien avec la consommation d'alcool (+101 % versus +68 % en région par rapport au taux national). Les taux d'admission en ALD (Affection de Longue Durée) pour diabète de type 2 (+37 %) et pour pathologies en lien avec la consommation d'alcool (+55 %) sont également les maxima des classes.

Cependant la densité en médecins généralistes libéraux est supérieure au niveau national dans ces zones (+ 16 %). La situation n'en demeure pas moins préoccupante puisque la part de ces médecins âgés de 55 ans ou plus est élevée : 54,4 % contre 53,2 % au niveau national.

4 - Organisation de l'offre de soins en gériatrie et le dispositif SANT'ALLIAGE

4.1 - Offre de soins intra-hospitalière

La filière gériatrique du Centre Hospitalier de Douai comporte un pôle d'expertise et d'évaluation gériatrique au sein duquel on retrouve un hôpital de jour, un service de court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de soins de suite et de réadaptation, une unité d'hébergement renforcée (UHR) ; cette dernière elle même incluse dans un établissement

hébergeant des personnes âgées dépendantes. Des consultations spécialisées gériatriques et des consultations mémoire sont également en place. Depuis 2014, une équipe d'orthogériatrie a complété la filière.

4.2 - Le dispositif SANT'ALLIAGE

Depuis 2004, une équipe mobile gériatrique intra-hospitalière intervenait sur le CHD. En 2016, une EMGEH à orientation psychogériatrique intervenant dans les EHPAD du Douaisis venait compléter l'offre de soins. Secondairement, en 2017, l'EMGEH a élargi ses missions au domicile. Le dispositif SANT'ALLIAGE était né. Il rassemble les trois modes d'interventions de l'équipe mobile gériatrique : à l'hôpital, en EHPAD et à domicile.

4.3 - L'Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière (EMGEH)

Sous l'égide de l'ARS, le Centre Hospitalier de Douai (CHD) situé à Dechy a externalisé ses compétences en médecine gériatrique pour mettre à disposition de la médecine de ville un avis et une prise en charge spécialisés en dehors de ses murs.

Initialement, deux modes d'intervention en ambulatoire étaient mis en place :

- L'intervention de l'**Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière (EMGEH)** au domicile du patient, destinée à l'ensemble des médecins généralistes de l'arrondissement de Douai. Elle consiste au repérage et à la prise en charge des personnes âgées fragiles au domicile par l'intermédiaire d'une évaluation gériatrique standardisée. L'EMGEH du dispositif SANT'ALLIAGE a été présenté par l'équipe de Gériatrie du Centre Hospitalier de Douai à la fois aux médecins généralistes de la MSP mais également à l'ensemble des médecins généralistes de l'arrondissement de Douai. L'ensemble des partenaires concerné par la prise en

charge des personnes âgées de 75 ans et plus à domicile (médecins traitants; IDE (Infirmières Diplômées d'État) ou structures de soins (MAIA, CLICs,...) avec l'accord du médecin traitant) pouvait contacter SANT'ALLIAGE afin de bénéficier d'un avis spécialisé gériatrique réalisé par une Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière au domicile du patient. Le signalement s'effectuait par l'intermédiaire d'un appel à un standard téléphonique mis en place pour ce dispositif.

- L'intervention de l'**Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière (EMGEH) en Maison de Santé Pluriprofessionnelle** proposée aux médecins généralistes de la MSP du Faubourg de Béthune située à Douai. Le but est de proposer une consultation d'évaluation gériatrique de proximité au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Celle-ci est menée par une infirmière formée à la gériatrie et un médecin gériatre. Le repérage des patients pouvant tirer bénéfice de cette consultation avancée est effectué par les professionnels de santé de la MSP (médecins traitants, IDE (Infirmières Diplômées d'État) libérales). Pour cela, ils remplissent un questionnaire simple (Annexe n° 2) reprenant les principaux syndromes gériatriques : *dépression, chute, iatrogénie et nutrition. (antécédent d'hospitalisation dans les 6 derniers mois; polypathologie ($n \geq 3$) ou insuffisance d'organe sévère (cardiaque, respiratoire, rénale) ou une polymédication ($n \geq 10$); un antécédent de chute; troubles cognitifs, thymiques, comportementaux; problèmes socio-économiques (isolement, problème d'accès aux soins..)).* Les patients ainsi identifiés bénéficient alors d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) au sein de la MSP. Cette évaluation débouche sur un Plan Personnalisé de Santé. Le binôme médecin gériatre-infirmière travaille en partage de compétences. La consultation avancée de gériatrie permet de travailler en proximité directe du patient. Ce lien peut potentialiser l'adhésion au PPS (Plan Personnalisé de Santé).

5 - Objectif principal de l'étude

L'objectif principal est de détailler les caractéristiques générales et motifs de recours des patients de plus de 75 ans adressés pour une évaluation gériatrique par l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière du dispositif SANT'ALLIAGE mise en place par le Centre Hospitalier de Douai sur le territoire de l'arrondissement de Douai. Deux modes d'intervention sont ainsi évalués, l'intervention au domicile du patient et l'intervention en Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

MATÉRIELS

1 - Population de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, longitudinale réalisée sur l'arrondissement de Douai.

Le recueil des données a été réalisé de manière rétrospective, à partir des dossiers médicaux des patients, sur une période de six mois entre le 19 Juillet 2017 et le 29 janvier 2018.

Les critères d'inclusion étaient : patients âgés de 75 ans ou plus, adressés pour une évaluation de l'Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière du dispositif SANT'ALLIAGE par l'intermédiaire de deux modes d'intervention : au domicile du patient ou en Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

L'objectif principal était de détailler les caractéristiques générales et motifs de recours des patients de plus de 75 ans adressés pour une évaluation gériatrique par l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière du dispositif SANT'ALLIAGE mise en place par le Centre Hospitalier de Douai sur le territoire de l'arrondissement de Douai. Deux modes d'intervention étaient ainsi évalués : l'intervention au domicile du patient et l'intervention en Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'une part d'étudier un lien potentiel entre les recommandations nutritionnelles émises par l'EMGEH (Equipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière) et l'évolution du poids à 6 mois.
- d'autre part d'analyser l'effet potentiel des recommandations médicamenteuses de l'EMGEH sur le nombre de médicaments prescrits six mois plus tard.

2 - Modalités de l'intervention de l'EMGEH

Suite à la demande d'intervention de l'EMGEH, l'IDE spécialisée en gériatrie réalisait une EGS (Évaluation Gériatrique Standardisée) basée sur l'utilisation d'outils validés pour l'exploration des différentes dimensions de la personne âgée.

Les informations suivantes étaient recueillies dans le dossier :

- Antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Évaluation de l'autonomie : échelles ADL (Activities of Daily Living - Annexe n°3) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living - Annexe n°4).
- Évaluation sensorielle : repérage des troubles auditifs et/ou visuels.
- Évaluation de la douleur : EVS (échelle verbale simple) ou Algoplus.
- Évaluation des troubles de la marche : nombre de chutes, le Timed Up and Go test, utilisation d'aide technique à la marche, score d'évaluation du risque de chute (Annexe n°5).
- Évaluation cognitive : MMS (Mini Mental State - Annexe n°6), test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge (Annexe n°7).
- Évaluation de la dépression : échelle GDS (Geriatric Depression Scale - Annexe n°8) et miniGDS(Annexe n°9).
- Évaluation nutritionnelle : caractéristiques morphologiques (poids (en Kilogrammes-kg), taille (en mètres-m), IMC (Indice de Masse Corporelle - en kg/m²), échelle MNA (Mini Nutritional Assessment - Annexe n°10), marqueurs biologiques (albuminémie (en g/L - gramme par litre), pré-albuminémie (en g/L - gramme par litre)).
- Iatrogénie (détail des médicaments présents sur l'ordonnance)

Lors de deux réunions hebdomadaires, l'IDE de l'EMGEH présentait les dossiers au médecin gériatre. Si besoin, le médecin gériatre se déplaçait au domicile des patients.

Le binôme IDE-médecin gériatre élaborait un PPS (Plan Personnalisé de Santé) dans lequel figuraient les différentes préconisations élaborées par l'EMGEH reposant sur les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé)⁽¹⁴⁾.

Les recommandations pouvaient être : la demande d'un suivi médical spécialisé, la demande d'un examen paraclinique, des recommandations de modifications des prescriptions médicamenteuses, la demande de prescription d'un appareillage, la mise en place de mesures nutritionnelles, la mise en place d'aides sociales.

Ce PPS et les recommandations étaient ensuite adressés par courrier uniquement au médecin traitant référent du patient.

A 6 mois de l'évaluation initiale, lors d'un entretien téléphonique avec le patient ou son entourage, une prise d'informations était réalisée concernant différents critères :

- Nombre d'hospitalisations depuis l'évaluation.
- Nombre de chutes depuis l'évaluation.
- Poids.
- Nombre de médicaments prescrits.
- Devenir (maintien au domicile ou institutionnalisation).
- Décès.

3 - Variables recueillies

Dans le cadre de cette étude, pour chaque patient respectant les critères d'inclusion, les données suivantes ont été recueillies dans un tableur Excel à partir du dossier de l'EMGEH :

- Caractéristiques du patient : âge, sexe, score de comorbidités de Charlson, données morphologiques (poids (en Kilogrammes-kg), taille (en mètres-m), IMC (en kg/m²), état nutritionnel (albuminémie (en g/L), pré-albuminémie (en g/L), Échelle MNA(/30)).
- Motif de l'intervention et personne ou structure à l'origine de la demande.
- Évaluation cognitive : MMS, test de l'horloge, existence d'un trouble cognitif et type si connu (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, mixte,..), Test des 5 mots de Dubois, évaluation de l'autonomie (ADL, IADL), syndrome dépressif (miniGDS, GDS).
- Existence de troubles de la marche : nombre de chutes au cours des 6 derniers mois, Timed Up and Go test.
- Iatrogénie (nombre de médicaments prescrits avec détail du nombre d'analgiques, d'antihypertenseurs, de psychotiques, d'anticholinergiques, d'AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens)).
- Prise en charge non médicamenteuse proposée lors de l'évaluation (kinésithérapeute, orthophonie, ergothérapeute).
- Présence de matériel médical au domicile (lit médicalisé, chaise percée, fauteuil roulant).
- Utilisation d'aide technique à la marche (cane, déambulateur).
- Proposition de recommandations médicamenteuses afin de limiter la iatrogénie.
- Existence de recommandations non médicamenteuses (proposition de réalisation de dosage de l'albuminémie, dosage de Vitamine D ou réalisation d'une DMO (Densitométrie Minérale Osseuse).
- Présence de recommandations nutritionnelles (aide à la prise des repas, enrichissement, instauration ou poursuite des compléments nutritionnels oraux).
- Proposition d'aménagement du domicile après expertise de l'environnement (lit médicalisé, chaise percée,...)
- Proposition d'aide technique adaptée à la marche (cane, déambulateur...)

- Recommandations sociales émises (mise en place ou majoration d'aides au domicile).
- Recommandations proposées de séances de kinésithérapie (mise en place ou poursuite de séances au domicile).
- Suivi spécialisé proposé (demande de consultation spécialisée (ophtalmologique, diabétologique, neurologique...) en ambulatoire ou en hospitalier.

A 6 mois de l'évaluation initiale, lors d'un entretien téléphonique avec le patient ou son entourage, une prise d'informations était réalisée concernant différents critères :

- Nombre d'hospitalisations depuis l'évaluation.
- Nombre de chutes depuis l'évaluation.
- Poids.
- Nombre de médicaments prescrits.
- Devenir (maintien au domicile ou institutionnalisation).
- Décès.

4 - Variables calculées

La variable « ordonnance comportant plus de 5 médicaments prescrits à 6 mois » a été créée en binarisant les résultats en deux sous-catégories selon un seuil de 5 médicaments.

De la même façon, la variable « prise ou stabilité de poids à 6 mois » a été créée en regroupant les patients n'ayant pas perdu de poids à 6 mois.

5 - Questionnaire de satisfaction des médecins généralistes

A 6 mois de l'inclusion du dernier patient de l'étude, une prise de contact était réalisée avec les médecins généralistes à l'origine des demandes d'interventions. Ce contact pouvait être

téléphonique et/ou l'envoi d'un mail. Une enquête de satisfaction était ainsi réalisée sous la forme d'un questionnaire de 5 ou 6 questions selon que le médecin généraliste exerçait ou non dans la MSP (Annexe n°11 : questionnaire de satisfaction).

MÉTHODES

1 - Analyses statistiques univariées

Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif, leur fréquence et l'intervalle de confiance à 95% associé à chacune de leur modalité.

Les variables quantitatives continues ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type dans le cas de la normalité de leur distribution. Dans le cas contraire, elles étaient définies par leur médiane et leur intervalle interquartile.

2 - Analyses statistiques bivariées

L'association entre les recommandations nutritionnelles et la prise et/ou stabilité du poids à 6 mois a été évaluée au moyen d'un test exact de Fisher.

L'association entre les recommandations médicamenteuses et les ordonnances contenant plus ou moins de 5 médicaments a été étudiée au moyen d'un test exact de Fisher.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec le logiciel R (version 3.4.3). Les tests étaient considérés comme significatifs au risque de première espèce alpha de 5% (soit $p < 0,05$).

3 - Analyse des réponses au questionnaire

L'analyse des réponses au questionnaire de satisfaction a consisté au calcul d'un taux de réponse des médecins généralistes interrogés secondairement pondéré au nombre de patients adressés. Un calcul des fréquences des réponses a ensuite été réalisé lorsque les questions étaient

fermées (OUI / NON). Lorsque les questions étaient ouvertes, les réponses étaient retranscrites et des occurrences étaient recherchées.

4 - Cadre réglementaire

Les données récoltées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Annexe n°12).

RÉSULTATS

1 - Analyse univariée

1.1 - Population de l'étude et caractéristiques principales

Trente et un patients âgés de 75 ans ou plus ont été inclus dans cette analyse sur une période de six mois entre le 19 Juillet 2017 et le 29 Janvier 2018.

Description de la population

Caractéristiques générales et comorbidités

Age (années)	85,06 +/- 5,56
Sexe Féminin (%)	77,42 %
Score de Charlson (moyenne +/- DS)	5,48 +/- 2,89
Chirurgie récente (<1an) (%)	12,9 %
Ostéoporose (%)	16,13 %
Troubles neurosensoriels (surdité, baisse d'acuité visuelle) (%)	100 %
Douleur (%)	43,33 %

Évaluation gériatrique

Mini Mental Test (moyenne +/- DS)	20,52 +/- 6,80
Activities of Daily Living (moyenne +/- DS)	4,03 +/- 1,60
Instrumental Activities of Daily Living (moyenne +/- DS)	2,93 +/- 1,44
Score ADL inférieur à 3 (%)	27,59 %
Score IADL supérieur à 2 (%)	66,67 %
Mini Geriatric Depression Scale (moyenne +/- DS)	0,81 +/- 1,36
Geriatric Depression Scale (moyenne +/- DS)	7,5 +/- 2,88
Test de Dubois (moyenne +/- DS)	7,79 +/- 2,70
Test de l'horloge (moyenne +/- DS)	4,61 +/- 1,38
Absence de trouble cognitif (%)	22,58 %
Trouble cognitif non exploré (%)	54,84 %
Maladie d'Alzheimer (%)	9,68 %
Démence vasculaire (%)	6,45 %
Démence à corps de Lewy (%)	3,23 %
Démence mixte (%)	3,23 %

Tableau 1 : Description des caractéristiques principales de la population étudiée

Il existait des données manquantes concernant la date de l'appel sur les trois premiers mois de l'étude (20 patients), la réévaluation à 6 mois (1 seul patient n'a pas pu être joint par téléphone), le poids (1 patient ne possédait pas de balance au domicile ; pas de balance en possession de l'EMGEH).

1.2 - Modes d'intervention de l'EMGEH (intervention au domicile versus intervention en MSP)

100 % des patients ont bénéficié d'une évaluation par l'Équipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière au domicile. Aucune demande d'intervention en MSP n'a été réalisée.

1.3 - Délai d'intervention

Le délai entre la date de l'appel et la date de l'intervention n'a pu être calculé que pour 11 des 31 patients car, pour la période allant de Juillet à Octobre 2017, la date d'appel n'était pas relevée dans les informations du dossier. Le délai d'intervention moyen était de 8,72 +/- 5,10 jours avec des délais allant de 2 à 15 jours. On note que le délai d'intervention a raccourci suite à la mise en place du dispositif : au mois de novembre et décembre 2017, il était de 12 +/- 2,94 jours contre 3 +/- 0,82 jours en janvier 2018.

1.4 - Origine de la demande d'intervention

Dans 3/4 des cas (74,19 %), c'était sur la demande du médecin traitant que l'intervention au domicile avait lieu.

Onze médecins généralistes différents étaient à l'origine de l'intervention de l'EMGEH (3 médecins appartenant à la MSP et 8 médecins de l'arrondissement de Douai).

On retrouvait une moyenne de 2,09 (+/- 2,70) patients adressés par médecin généraliste.

Le quart de patients restants étaient adressés à l'EMGEH par : la MAIA (9,68 %), le CLIC (3,23 %), un médecin hospitalier (6,45 %) appartenant au Centre Hospitalier de Douai, une IDE (3,23 %) et enfin la famille (3,23 %).

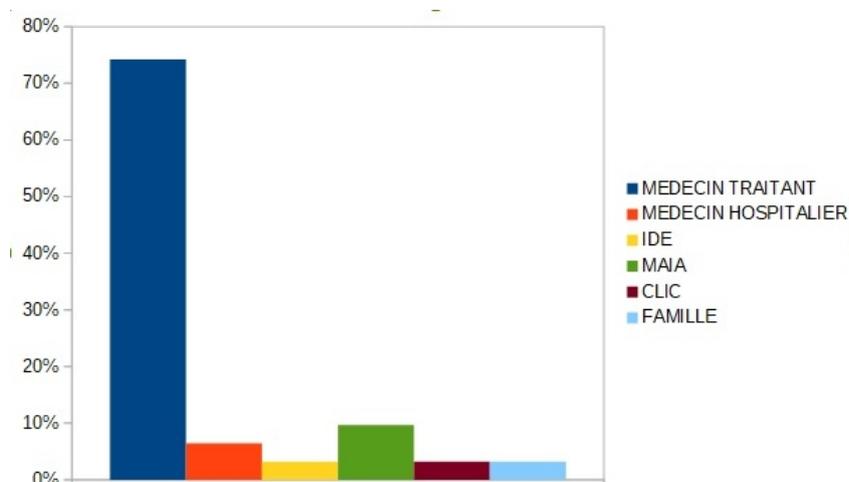


Figure 2 : Personne ou structure de soins à l'origine de la demande d'intervention

1.5 - Motifs d'intervention

Le maintien au domicile difficile était dans 22,58 % des cas le motif d'intervention. Pour ces patients, six mois après l'intervention, 71,43 % vivaient encore au domicile, 14,29 % étaient institutionnalisés en EHPAD et 14,29 % étaient décédés.

Un avis gériatrique sur la prise en charge motivait l'intervention dans 32,26 % des cas. Environ un quart (25,81 %) des demandes concernaient *une suspicion de troubles cognitifs avec ou sans troubles du comportement*. Suite à l'évaluation gériatrique, 3/4 des patients présentaient un trouble cognitif. Pour la majorité d'entre eux (62,5 %), celui-ci n'était pas connu jusqu'alors ; dans les 12,5 % des cas restants une démence vasculaire était connue.

Une perte d'autonomie récente avec la demande d'évaluation d'un plan d'aide au domicile concernait 16,13 % des patients. Pour 80 % d'entre-eux, la proposition d'un plan d'aide au domicile

était formulée. Pour les autres 20 %, après évaluation de l'EMGEH, le plan d'aide au domicile était adapté et aucune recommandation n'était émise ; la demande initiale émanait d'un médecin hospitalier.

Enfin, 3,23 % des motifs d'intervention étaient relatifs à l'existence de *chutes répétées au domicile*.

1.6 - Chutes et facteurs de risque

Le nombre moyen de chutes au moment de l'évaluation initiale (sur les 6 mois précédents) était calculé à 2,16 +/- 2,91 chutes par patient.

Six mois après l'évaluation de l'EMGEH, le nombre moyen de chutes calculé était de 0,76 +/- 0,93 chutes par patient sur les 6 mois écoulés.

Le tableau suivant reprend les différents caractéristiques concernant la population d'étude de manière globale puis de manière séparée en deux sous-catégories : "patients non chuteurs" (regroupant les patients n'ayant présenté aucune chute sur les six derniers mois) et "patients chuteurs" (regroupant les patients ayant présenté au moins une chute sur les six derniers mois).

Caractéristiques, Facteurs de risque	Population globale	Patients non chuteurs	Patients chuteurs
Effectif (en %)	100 %	32,26 %	67,74 %
Nombre moyen de chutes (moyenne ± DS)	2,16 +/- 2,91	0	3,19 +/- 3,04
Timed Up and go Test moyen (moyenne ± DS)	19,67 +/- 22,15	19,67 +/- 8,69	32,29 +/- 24,63
Nombre moyen de médicaments (moyenne ± DS)	8,16 +/- 2,92	8,7 +/- 3,47	7,90 +/- 2,66
Au moins un psychotrope (en %)	54,84 %	40 %	61,90 %
Trouble neurosensoriel (en %)	100 %	100 %	100 %
Aide technique à la marche (en %)	70,00 %	66,67 %	71,43 %
Trouble cognitif (en %)	77,42 %	60 %	85,71 %
Indice de masse corporelle moyen (en kg/m ²) (moyenne ± DS)	24,21 +/- 5,00	22,59 +/- 5,94	24,94 +/- 4,50
Score moyen échelle évaluation du risque (/20) (moyenne ± DS)	12,3 +/- 1,25	10 +/- 2,90	12,56 +/- 1,01

Tableau 2 : Chute et facteurs de risque de la population d'étude

Un peu plus d'un tiers des patients (35,48 %) bénéficiaient déjà de séances de kinésithérapie au domicile.

Environ 30% des patients ont été invités à poursuivre les séances, 41 % s'en sont vus prescrire.

Pour ces patients « chuteurs » ayant bénéficié d'une recommandation de kinésithérapie, le nombre moyen de chutes était de $0,92 \pm 0,76$ chute à 6 mois contre $4,08 \pm 3,59$ avant le passage de L'EMGEH.

1.7 - Caractéristiques morphologiques et statut nutritionnel

Le poids moyen a été chiffré à $59,86 \pm 13,15$ kg : $70,21 \pm 9,90$ kg pour les hommes et $56,56 \pm 12,46$ kg pour les femmes.

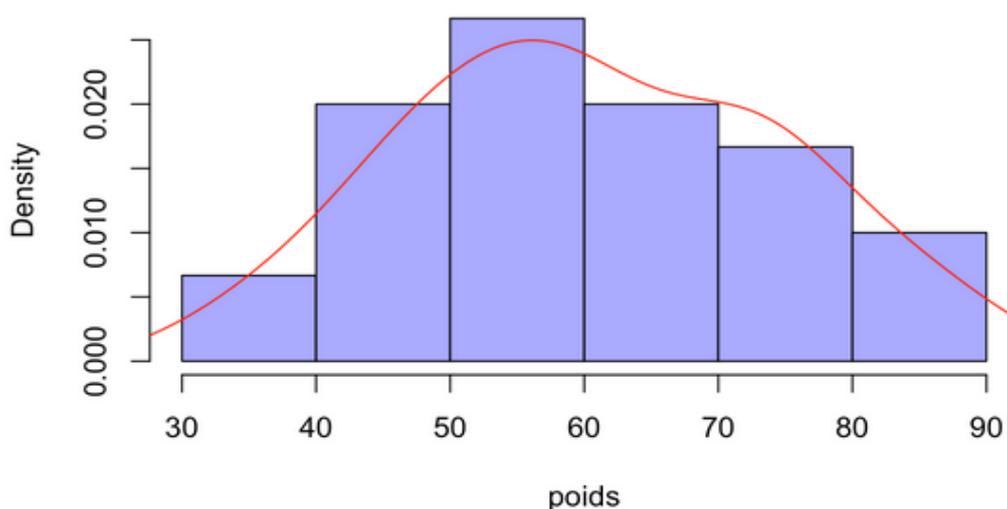


Figure 3 : Répartition de la population de l'étude selon le poids

La taille moyenne était calculée à $1,58$ m $\pm 0,08$: les hommes mesuraient en moyenne $1,65$ m $\pm 0,05$ et les femmes $1,56$ m $\pm 0,08$.

L'IMC (Indice de Masse Corporelle) moyen était calculé à $24,21 \pm 5,00$ kg/m² avec pour les hommes un IMC moyen à $25,85 \pm 4,48$ kg/m² et pour les femmes un IMC moyen à $23,14 \pm 4,56$ kg/m². Environ un quart des patients présentaient un IMC < 21 kg/m² et trois pour cent avaient un

IMC < 18 kg/m².

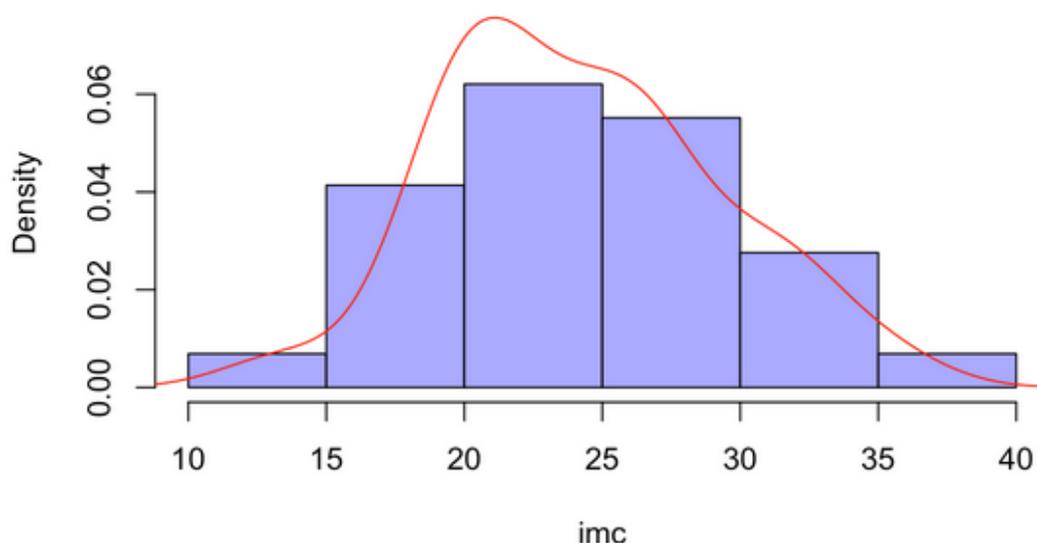


Figure 4 : Répartition de la population selon l'IMC

L'albuminémie moyenne (n=19) était chiffrée à 37,29 +/- 3,88 g/L. Un tiers des dosages de l'albuminémie était compris entre 30 et 35 g/L.

Le MNA (Mini Nutritionnal Assessment) moyen était calculé à 18,55 +/- 3,99 sur 30 avec un minimum à 10/30 et un maximum à 27/30.

Un MNA inférieur à 17/30 était noté pour 29 % des patients.

Presque la moitié des patients étaient considérés comme dénutris suivant la définition de l'HAS⁽¹⁵⁾ regroupant un IMC inférieur à 21 kg/m² et/ou un MNA inférieur à 17/30 et/ou une albuminémie inférieure à 35 g/L. Chez ces patients dénutris, 6,67 % avaient un statut de dénutrition sévère défini par l'HAS par un IMC inférieur à 18 kg/m².

Des recommandations nutritionnelles étaient émises pour 87% des patients dénutris : instauration (38 %) ou poursuite (62 %) de CNO (Compléments Nutritionnels Oraux).

1.8 - Evolution du poids à 6 mois

A 6 mois, le poids moyen était calculé à 61,91 +/- 12,17 kg : en moyenne les patients avaient

pris 700g. La prise de poids était plus conséquente pour les hommes (+ 1,5 kg vs + 0,47 kg pour les femmes).

A 6 mois, deux tiers des patients (soit 66,67 % (IC95% = [44,68 ; 84,37])) présentaient une stabilité ou une prise de poids. La proposition de recommandations nutritionnelles avait permis une prise de poids moyenne de 0,912 kg contre 0,083 kg pour les patients n'en ayant pas bénéficié.

1.9 – Iatrogénie

Iatrogénie, caractéristiques	
Nombre moyen de médicaments (moyenne ± DS)	8,16 +/- 2,91
Nombre minimum de médicaments	2
Nombre maximum de médicaments	17
Patients avec plus de 5 médicaments (en %)	83,87 %
Au moins un psychotrope prescrit (en %)	54,84 %
Deux psychotropes prescrits (en %)	29,03 %
Au moins un antalgique prescrit (en %)	61,29 %
Deux antalgiques prescrits (en %)	16,13 %
Anticholinergique prescrit (en %)	9,68 %
AINS prescrit (en %)	16,13 %
Au moins un antihypertenseur (en %)	80,65 %
Un antihypertenseur (en %)	19,35 %
Deux antihypertenseurs (en %)	35,48 %
Trois antihypertenseurs (en %)	19,35 %
Quatre antihypertenseurs (en %)	6,45 %
Recommandation médicamenteuse émise (en %)	77,42 %
Patients avec plus de 5 médicaments bénéficiant d'une recommandation médicamenteuse (en %)	76,92 %

Tableau 3 : Iatrogénie : données recueillies lors de l'évaluation initiale

1.10 - Iatrogénie à 6 mois

A 6 mois de l'évaluation, le nombre moyen de médicaments était de 6,08 +/- 2,60

médicaments par patient avec un minimum à 1 et un maximum à 12. Suite aux recommandations émises par l'EMGEH, on observe à 6 mois une diminution moyenne de 2,12 (IC 95%=[-2,96 ; -1,28]) médicaments par patient.

A 6 mois, 52 % des patients avaient plus de 5 médicaments sur leur ordonnance (soit une diminution d'environ 40 %).

1.11 - Devenir à 6 mois

On déplorait environ 17 % de décès à 6 mois. 66,67 % des patients vivaient encore au domicile et 16,67 % des patients avaient intégré un EHPAD.

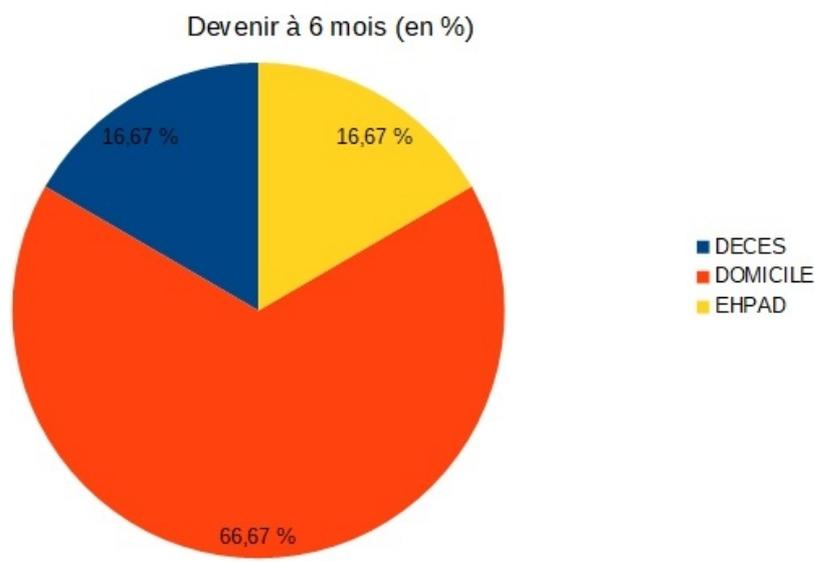


Figure 5 : Devenir à 6 mois

Le nombre moyen d'hospitalisations sur les 6 mois écoulés était de 0,56 +/- 0,65 hospitalisation par patient ; la moitié (52 %) n'avait pas été hospitalisée.

1.12 - Recommandations de l'EMGEH

Recommandations réalisées	
Recommandation médicamenteuse	77.42 %
Recommandation de dosage de l'albuminémie	77,42 %
Recommandation sociale	90.32 %
Recommandation de mise en place de séances de kinésithérapie	70.97 %
Recommandation nutritionnelle	74,19 %
Recommandation d'appareillage (lit médicalisé, chaise percée, aide technique à la marche, téléalarme, aménagement du domicile)	74,19 %
Recommandation de suivi spécialisé	83,87 %
- spécialiste (ophtalmologiste, cardiologue, pneumologue,..)	74,19 %
- neurologique en ville dans contexte de troubles cognitifs	12,90 %
Suivi gériatrique spécialisé (EMG, HDJ, consultation mémoire, hospitalisation, consultation douleur)	51,61 %
Recommandation concernant l'ostéoporose (prescription DMO ^a)	38,71%

a : Densitométrie Minérale Osseuse

Tableau 4 : Recommandations émises par l'EMGEH

2 - Analyse bivariée

2.1 - Impact des recommandations nutritionnelles

Deux groupes de patients ont été créés selon qu'ils avaient reçus (17) ou non (7) des recommandations nutritionnelles.

	Effectif	Nombre de patients sans perte de poids à 6 mois	p.overall
Recommandations nutritionnelles	17	14 (82.4%)	0.021 (n=24)
Absence de recommandation nutritionnelle	7	2 (28.6%)	

Tableau 5 : Impact des recommandations nutritionnelles (Analyse statistique)

Il existe une différence significative entre les deux groupes de patients sans perte de poids à 6 mois (recommandation nutritionnelle versus absence de recommandation).

Les recommandations nutritionnelles émises par L'EMGEH permettent aux patients en ayant bénéficié de stabiliser leur poids voire d'en prendre.

2.2 - Impact des recommandations médicamenteuses

Deux groupes de patients ont été créés selon qu'ils avaient reçus (19) ou non (6) des recommandations médicamenteuses.

	Effectif	Nombre d'ordonnances à 6 mois		p.overall
		≤ 5 médicaments	> 5 médicaments	
Recommandations médicamenteuses	19	10 (52.6%)	9 (47,4%)	0.645 (n=25)
Absence de recommandation médicamenteuse	6	2 (33.3%)	4 (66,7 %)	

Tableau 6 : Impact des recommandations médicamenteuses (Analyse statistique)

Nous ne pouvons pas conclure à une différence significative concernant le nombre d'ordonnance contenant plus de 5 médicaments à 6 mois entre le groupe ayant reçu initialement des recommandations versus le groupe de patients n'en ayant pas reçu.

3 - Questionnaire de satisfaction

Sur les onze médecins contactés, cinq ont répondu au questionnaire (45,5%) ce qui représentait néanmoins 73,9% des patients adressés.

Les trois médecins appartenant à la MSP ayant adressé des patients ont tous répondu au questionnaire. Parmi les six médecins n'ayant pas répondu au questionnaire, un médecin était en

retraite, un autre en arrêt maladie et les quatre derniers n'ont pas donné suite.

Question n°1 : Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge proposée par l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière ? Et si non, pourquoi ?

La majorité des médecins généralistes (80%) a répondu OUI. Un médecin généraliste (20%) a répondu "partiellement satisfait" avec comme raison donnée une absence de réponse au questionnaire principal qui était un contexte géronto-psychiatrique avec des troubles du comportement au domicile.

Question n°2 : Comment avez-vous connu ce dispositif de soins ?

Un médecin le connaissait depuis l'instauration du dispositif car présent lors de l'élaboration du projet, un médecin l'avait connu en appelant le secrétariat de gériatrie pour avoir un avis gériatrique sur la prise en charge de son patient. Les trois derniers médecins ont connu ce dispositif par la présentation faite à leur cabinet par l'équipe de gériatrie du CHD.

Question n°3 : Feriez-vous de nouveau appel à l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière ?

La totalité des médecins généralistes a répondu OUI (100%).

Question n°4 : Avez-vous reçu les Plans Personnalisés de Santé de l'ensemble des patients pour lesquels une évaluation avait été demandée ?

La totalité des médecins généralistes a répondu OUI (100%).

Question n°5 : Pensez-vous à des axes d'amélioration du dispositif ?

Deux médecins généralistes (40%) ne proposaient pas d'axes d'amélioration.

Un médecin généraliste (20%) souhaitait que l'évaluation réalisée par l'EMGEH ait une valeur d'expertise concernant les mesures de protection juridique.

Un autre médecin généraliste (20%) souhaitait une réévaluation à 6 mois ou 1 an systématique afin d'acter les modifications mises en place mais aussi d'acter dans les dossiers médicaux les refus et les résistances de la personne ou de la famille.

Le dernier médecin généraliste souhaitait une intervention conjointe médecin généraliste-EMGEH afin de pouvoir orienter l'évaluation selon la problématique à l'origine de la demande (géronto-psychiatrie ou autre).

6) Pourquoi avoir adressé votre patient(e) à l'évaluation de l'Équipe Gériatrique Mobile Extra-Hospitalière SANT'ALLIAGE au domicile plutôt qu'en MSP ? (Question destinée uniquement aux médecins généralistes de la MSP)

Les trois médecins généralistes de la MSP ont répondu que l'évaluation au domicile était la plus adaptée selon eux par rapport à une évaluation au sein de la MSP : elle permet de prendre en compte le patient âgé dans sa globalité avec l'évaluation de son lieu de vie, son mode de vie, de connaître les aidants.

De plus, un médecin généraliste ajoutait que la plupart de ces patients étaient vus au domicile lors de visites par le médecin traitant en raison de leur autonomie limitée et que l'évaluation au domicile par l'EMGEH était plus adaptée.

DISCUSSION

1 - Place des EMGEHs en France et à l'étranger

La gériatrie hors les murs en France est encore peu développée. Même si le rôle des EMGEH en EHPAD est en plein essor, l'intervention d'EMGEH au domicile reste marginale.

Il existe peu d'études réalisées en France concernant la description de la population des sujets âgés adressée à une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière intervenant au domicile. Plusieurs études ont été néanmoins réalisées dans d'autres pays montrant un intérêt de ce type d'intervention.

En 2008, une méta-analyse publiée dans *The Lancet* regroupant des essais comparatifs randomisés évaluant des interventions au domicile des personnes âgées (âge moyen d'au moins 65 ans) a montré une réduction du nombre d'institutionnalisations, du risque d'hospitalisations, d'hospitalisations au domicile et de chutes. Il n'y avait cependant aucun impact significatif sur la mortalité. Un effet bénéfique sur l'autonomie des patients était également retenu⁽⁷⁾.

En effet, plusieurs études ont été réalisées sur des interventions au domicile des patients de 75 ans et plus. Différents modes d'intervention ont été testés. Au Danemark, pays pionnier en la matière, depuis le début des années 1980, des visites répétées à domicile sont réalisées par des infirmières^(16,17). Un dispositif d'intervention similaire a été étudié au Canada⁽¹⁸⁾ dans les années 2000. En Suisse, à Berne, une étude a été réalisée sur l'impact de l'intervention d'un binôme IDE-géronte au domicile⁽¹⁹⁾. En 2012, en Allemagne, ce sont des étudiants en médecine qui réalisaient au domicile de patients de plus de 70 ans une Évaluation Gériatrique Standardisée⁽⁸⁾. Plus récemment,

en 2018, le Gérotopôle de Toulouse a évalué un modèle expérimental de dépistage et de prise en charge des personnes âgées fragiles sur la base d'un auto-questionnaire, avec si besoin une évaluation au domicile par une IDE spécialisée⁽²⁰⁾.

Ces études montraient pour les patients bénéficiant de ce type d'intervention au domicile, une diminution significative du nombre d'admissions à l'hôpital, de la mortalité⁽¹⁶⁾ (estimée à 20 % selon une étude⁽⁸⁾) et du taux d'admission en EHPAD⁽⁸⁾. L'intervention au domicile permettait aussi de retarder la perte d'autonomie chez des patients présentant une autonomie conservée lors de l'évaluation initiale⁽¹⁹⁾. Cependant la rentabilité des visites au domicile réalisées au Danemark par des IDE (rapport coût/efficacité (efficacité définie dans cette étude par le maintien de l'autonomie)) n'avait été pas établie⁽¹⁷⁾. Au Canada, les auteurs concluaient à l'absence de bénéfice en terme de qualité de vie, d'utilisation et de coût de soins, d'autonomie et de mortalité⁽¹⁸⁾.

Le dispositif expérimental étudié à Toulouse permettait une identification des personnes âgées fragiles dans la population, assurant leur évaluation et suivi clinique pour maintenir leurs capacités⁽²⁰⁾.

Les résultats d'une autre méta-analyse publiée en 2014 retrouvaient des résultats discordants avec la méta-analyse sus-citée du *Lancet*. Elle regroupait des essais comparatifs randomisés incluant des patients vivant au domicile sans démence âgés de plus de 65 ans et bénéficiant d'une intervention à domicile par un professionnel de la santé. Les auteurs concluaient à l'absence de différence significative en terme de mortalité ou de perte d'autonomie tout en n'excluant pas que certains protocoles d'interventions au domicile pouvaient être bénéfiques⁽²¹⁾. Cependant, cette méta-analyse portait sur des patients de plus de 65 ans sans démence pouvant expliquer la discordance de ces résultats.

2 - Discussion des résultats de l'étude

2.1 - Effectif de la population de l'étude :

Une des limites de cette étude est le nombre de patients inclus (31) ce qui représente un faible effectif. Cependant, cette étude a été réalisée lors de la mise en place des dispositifs de soins SANT'ALLIAGE au domicile et nécessite du temps pour permettre aux médecins généralistes de connaître ce dispositif et de l'utiliser.

De plus, le dispositif SANT'ALLIAGE est basé sur 1 ETP IDE et 0,2 ETP médecin gériatre ce qui limite forcément le nombre de patients pouvant bénéficier de cette évaluation.

2.2 - Profil du patient gériatrique de l'étude (tableau 1)

L'âge moyen d'un patient type de l'étude est de 85.06 +/- 5.56 ans. Principalement, le patient est de sexe féminin (77,42%). Le score de Charlson est à 5,48 +/- 2,89 soit un profil polypathologique. Le MMS moyen est chiffré à 20.52 +/- 6.80 sur 30. Après l'évaluation par l'EMGEH, il existe des troubles cognitifs chez 77,42 % des patients.

Ce profil de patient est superposable au profil des patients du réseau de soins gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme lui même superposable au réseau de Brest et au réseau AGEF de l'Est Parisien⁽²²⁾.

2.3 - Autonomie

Il est intéressant de noter que toutes les EMG utilisent l'échelle ADL et IADL pour évaluer l'autonomie des patients⁽²³⁾.

En ce qui concerne l'autonomie des patients de l'étude, plus du quart des patients (27,59 %) étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne avec un score ADL inférieur à 3 et deux tiers (66,67 %) des patients étaient dépendants pour les activités de la vie domestique avec un score

IADL supérieur à 2. Selon l'étude du Pr. Salles, une enquête nationale sur les pratiques des Équipes Mobiles de Gériatrie (intra-hospitalières) en France concernant l'autonomie des patients évalués (selon les mêmes scores), 15,8% des patients étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne et 18,1% patients étaient dépendants pour les activités de la vie domestique⁽²³⁾. La population de notre étude est donc une population plus dépendante que la population évaluée par des EMG intra-hospitalières.

En effet, cela pourrait s'expliquer par deux raisons :

- L'intervention de l'EMGEH pourrait être trop tardive, le patient âgé approchant déjà les limites du maintien au domicile. Elle serait plus pertinente si elle pouvait être réalisée dans un but préventif avant l'apparition des premières difficultés.
- L'étude a été réalisée sur l'arrondissement de Douai qui selon le PRAPS est une zone à niveau social défavorable. On peut penser comme l'ont déjà mis en évidence des études espagnoles, danoises et américaines^(24,25,26) qu'il existerait un lien entre niveau socio-éducatif et risque de dépendance chez les sujets âgés.

2.4 - Mode d'intervention au domicile versus MSP

La totalité des interventions de l'EMGEH SANT'ALLIAGE a été réalisée au domicile des patients. Aucune demande d'intervention en MSP n'a été sollicitée par le médecin généraliste.

A partir des réponses au questionnaire de satisfaction formulées par les médecins généralistes de la MSP, la différence observée en matière de mode d'intervention s'explique pour différentes raisons :

- l'évaluation au domicile paraissait plus adaptée en raison de sa dimension globale incluant le lieu de vie, le mode de vie, le réseau de soutien (aidants,...).
- les patients évalués par l'EMGEH sont âgés fragiles dépendants. Compte tenu de leur autonomie

limitée, l'évaluation au domicile semblait alors plus appropriée que l'évaluation en MSP. De plus, certains patients pouvaient être réticents à se déplacer en MSP ou à l'hôpital.

Dans ce contexte, l'évaluation en MSP pourrait prendre sa place pour des patients âgés avec une autonomie préservée pour lesquels l'organisation au domicile ne nécessite pas de mise en place d'aide particulière. Elle pourrait alors se focaliser sur une problématique précise ; une évaluation des fonctions supérieures avec une évaluation par le neuropsychologue par exemple ou une problématique de chutes répétées au domicile.

2.5 - Délai et demande d'intervention

Malheureusement, le délai moyen d'intervention de l'EMGEH n'a pu être calculé que pour les trois derniers mois de l'étude car la date de l'appel n'était initialement pas consignée dans les dossiers. Le délai d'intervention moyen était de 8,72 +/- 5,10 jours avec une disparité entre les mois de Novembre-Décembre 2017 où il était de 12 +/- 2,94 jours alors qu'il était de 3 +/- 0,82 jours sur le mois de Janvier 2018. Une thèse parue en 2017 retrouve un délai moyen d'intervention semblable à celui de l'étude avec 9.71 jours +/- 5.15⁽²⁷⁾. Une Enquête nationale sur les pratiques des Équipes Mobiles de Gériatrie intra-hospitalières en France publiée par le Pr Salles en 2012 dans la *Revue de gériatrie*⁽²³⁾ retrouvait un délai moyen d'intervention à 7,7 superposable également à celui de l'étude.

Cette différence entre le délai d'intervention des mois de Novembre-Décembre 2017 et le mois de Janvier 2018 s'explique majoritairement par le fait que la charge de travail était moindre pour le début de l'année 2018 (diminution des appels pour demande d'intervention en Janvier 2018).

L'intervention du gériatre au domicile a eu lieu pour 5 patients de l'étude soit 16,13 % des cas.

Ce chiffre illustre la limite principale de l'EMGEH au domicile du dispositif SANT'ALLIAGE. En effet, ce dispositif de soins repose sur un budget annuel de 80 000 € ce qui représente 1 équivalent temps plein infirmier(e) et seulement 0,2 équivalent temps plein gériatre. On peut alors se poser la question d'une expertise gériatrique principalement axée sur le domaine paramédical. En effet, si l'IDE le jugeait nécessaire ou si lors de la demande d'intervention initiale une expertise médicale était demandée, le médecin gériatre évaluait le patient conjointement à l'IDE. Il pouvait donc arriver que pour certains patients seule l'IDE de l'EMGEH évalue le patient.

Il s'agit d'une limite ; l'omission de certains éléments médicaux pouvait avoir pour conséquence une prise en charge moins pertinente.

Le contexte économique actuel pourrait également constituer un frein au développement de ce type de dispositif.

Concernant la demande d'intervention (figure 2), 3/4 des demandes venaient des médecins généralistes (pour 56,52% des médecins généralistes de la MSP de Douai), puis en deuxième position les structures de soins de type CLIC ou MAIA puis les demandes par un médecin hospitalier exerçant au CHD puis pour terminer dans une égale proportion les demandes venant d'une IDE ou de la famille. Une thèse datant de 2014 sur une EMGEH dans la région de Strasbourg retrouvait des résultats similaires (en première position les médecins généralistes puis l'assistante sociale de secteur ou famille puis service hospitalier plus rarement)⁽²⁸⁾. On retrouve une répartition différente dans une thèse réalisée sur une EMGEH de la région lyonnaise (établissements de santé puis médecins généralistes puis famille, la Maison du Rhône et une réunion d'étude de dossiers patients complexes)⁽²⁹⁾.

2.6 - Motifs d'intervention

Les motifs d'intervention concernaient en premier lieu un avis gériatrique sur la prise en charge (32.26 %). Venaient ensuite : la suspicion de troubles cognitifs avec ou sans troubles du comportement (25,81 %), le maintien au domicile difficile (22.58 %), une perte d'autonomie récente (16.13 %) et des chutes répétées au domicile (3,23%).

En région Lyonnaise, la thèse réalisée en 2018 sur une EMGEH au domicile retrouve des motifs d'intervention similaires⁽²⁹⁾.

Une étude réalisée sur une EMGEH intervenant en EHPAD du bassin d'Annecy retrouve principalement une demande d'intervention pour l'existence de troubles du comportement⁽³⁰⁾.

Lorsque le maintien au domicile difficile était à l'origine de la demande, six mois après l'intervention, 71,43% étaient maintenus au domicile. Ce résultat est particulièrement encourageant. Il correspond aux données de la littérature^(7,8) qui montrent une réduction significative du nombre d'institutionnalisations après intervention au domicile des personnes âgés.

Concernant la perte d'autonomie récente avec mise en place d'aides à domicile (16.13 %), des recommandations sociales étaient formulées pour 80 % des patients. Les 20% d'interventions dont le PPS ne proposait pas de recommandations sociales étaient réalisées à la demande d'un médecin hospitalier pour une problématique initiale de perte d'autonomie. Cette situation s'explique probablement par un des rôles fondamentaux du médecin généraliste. Véritable coordonnateur de soins, il est le seul à avoir la connaissance réelle de l'organisation à domicile et de l'autonomie du patient. Il reste le mieux placé pour juger de la nécessité d'un plan d'aide au domicile.

2.7 - La chute, un syndrome gériatrique

Nous avons fait le choix de comparer le groupe des patients « chuteurs » (au moins 1 chute

dans les 6 derniers mois) par rapport au groupe patients « non chuteurs ». Les deux populations sont relativement similaires concernant les facteurs de risque de chute que sont la polymédication, les troubles neurosensoriels, l'indice de masse corporelle. Il semble cependant que la prise de psychotropes et les troubles cognitifs soient plus élevés dans le groupe patients « chuteurs ». Le Timed Up and go Test moyen, reflétant l'existence de troubles de la marche est également majoré dans le groupe « chuteurs » (32,29 secondes) contre 19,67 secondes dans le groupe « non chuteurs ».

Les facteurs de risque relevés dans l'étude correspondent aux données connues de la littérature^(31,32).

L'âge (supérieur ou égal à 80 ans), le sexe féminin, la polymédication, la prise de psychotropes, les troubles de la marche et/ou de l'équilibre (Timed Up and go Test ≥ 20 secondes), la diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (index de masse corporelle $< 21 \text{ kg/m}^2$), la baisse de l'acuité visuelle, le déclin cognitif sont les facteurs de risque fréquents de chute chez la personne âgée.

Les 3/4 des patients « chuteurs » (74,22%) ont bénéficié d'une recommandation de kinésithérapie (maintien ou instauration de séances). Pour ces patients « chuteurs » ayant bénéficié d'une recommandation de kinésithérapie, le nombre moyen de chutes était de $0,92 \pm 0,76$ chute à 6 mois contre $4,08 \pm 3,59$ avant le passage de L'EMGEH.

Cette tendance à la diminution du nombre de chutes après passage de l'EMGEH se retrouve également au sein de la population globale de l'étude ($0,76 \pm 0,93$ chute par patient sur les 6 derniers mois après évaluation de l'EMGEH contre un nombre moyen de chutes chiffré à 2,16 avant).

2.8 - Statut nutritionnel et analyse bivariée de l'impact des recommandations nutritionnelles

Presque la moitié des patients (48,39 %) étaient considérés comme des patients dénutris avec 6,67 % en dénutrition sévère.

Selon la HAS, la prévalence de la dénutrition chez le sujet âgé peut aller de 25-30% à domicile jusqu'à 50-60% à l'hôpital⁽¹⁵⁾. Dans notre étude, le proportion de patients âgés dénutris est supérieure traduisant le caractère fragile de notre population d'étude.

La majorité d'entre-eux (86,67 %) recevaient une recommandation nutritionnelle ; 61,54% des recommandations concernaient le maintien des CNO (Compléments Nutritionnels Oraux) et 38,46% concernaient l'instauration de CNO.

Six mois après le passage de l'EMGEH, les patients avaient une prise de poids moyenne de 700g de manière globale. Les patients bénéficiant de recommandations nutritionnelles avaient une prise de poids moyenne à 6 mois de 0,912 kg alors que les patients n'en bénéficiant pas avaient une prise de poids moyenne moindre de 0,083 kg.

A partir de ces données, la variable «patients avec prise ou stabilité de poids» a été créée. En effet, dans la littérature⁽¹⁵⁾, la dénutrition est décrite comme une perte de 10 % du poids en 6 mois mais il n'existe pas de données spécifiques sur une méthode permettant de chiffrer la prise de poids. La population de l'étude est une population de patients âgés fragiles, polypathologiques ; dans ce contexte, le fait de ne pas perdre de poids aurait déjà un intérêt majeur. La variable «patients avec prise ou stabilité de poids» a été créée pour l'analyse et se définit comme le pourcentage de patients qui à 6 mois de l'évaluation n'ont pas perdu de poids donc dont le poids est stable ou a augmenté.

L'effet de l'intervention de l'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière ne peut ici pas être

évalué. En effet, cette thèse est une étude descriptive : pour évaluer l'efficacité de l'intervention, il aurait fallu réaliser une étude randomisée, avec 2 groupes de patients dénutris selon qu'ils bénéficiaient ou non d'une prise en charge adaptée. Cependant, il ne semble pas éthique de proposer une telle étude.

Nous avons néanmoins pu réaliser une analyse bivariée en sous groupes afin d'étudier l'impact des recommandations nutritionnelles émises par l'EMGEH.

Les recommandations nutritionnelles émises par L'EMGEH permettent aux patients en ayant bénéficié de stabiliser leur poids voire d'en prendre.

On retrouve peu d'études dans la littérature concernant l'impact de l'EMGEH sur la nutrition des patients. Il pourrait paraître pertinent de mener des études plus exhaustives sur cette problématique.

2.9 - Iatrogénie et impact des recommandations médicamenteuses

Dans la littérature, les études réalisées sur l'intervention des EMG intra-hospitalières ou EMG au domicile retrouvaient respectivement un nombre moyen de médicaments à $6,5 \pm 3,3$ par jour⁽³³⁾ et $7,3 \pm 3,4$ ⁽²⁹⁾.

Dans notre étude, le nombre moyen est chiffré à $8,16 \pm 2,91$ médicaments.

Les personnes âgées fragiles, polypathologiques, présentant des déficiences cognitives et fonctionnelles ont un risque accru de prescriptions médicamenteuses inappropriées⁽³⁴⁾. L'outil STOPP and START est un outil permettant simplement une révision de l'ordonnance par le médecin traitant⁽³⁵⁾. Dans cette étude, on retrouve plusieurs classes médicamenteuses proscrites chez le patient âgé : 16,13 % des patients ont un AINS sur leur ordonnance. 54,84 % des sujets âgés de l'étude ont au moins un psychotrope dans leur traitement et 29,03 % en ont deux de prescrits or on sait la prise de psychotropes est un facteur de risque de chutes⁽³¹⁾. Dix pour cent des patients s'étaient vus

prescrire un anticholinergique, pouvant entraîner un syndrome confusionnel en cas de troubles cognitifs associés⁽³⁶⁾.

Une grande majorité des patients (83,87%) avaient plus de 5 médicaments or l'objectif de prise en charge des sujets âgés doit être de 5 médicaments maximum sur l'ordonnance afin de limiter la iatrogénie.

Des recommandations médicamenteuses avaient été proposées pour plus des ¾ des patients (77,42 %) ; cette proportion est semblable à une étude sur une EMG intervenant en EHPAD (73,94 %) ⁽²⁷⁾ ainsi que dans une thèse sur une EMGEH intervenant au domicile (69,3%)⁽²⁹⁾.

Selon nos résultats, les recommandations médicamenteuses n'ont pas permis de diminuer significativement le nombre d'ordonnances contenant plus de 5 médicaments à 6 mois.

Cependant à 6 mois, seules 52% des ordonnances comptaient 5 médicaments ou plus (soit une diminution d'environ 30 %) ce qui constitue déjà une limitation notable de la iatrogénie.

2.10 - Recommandations de l'EMGEH

Les trois recommandations les plus souvent émises par l'EMGEH étaient :

- 1) Recommandations sociales avec mise en place d'aides au domicile (90,32%)
- 2) Recommandations de suivi avec demande de consultation spécialisée ou de suivi spécifique (83,87%)
- 3) A égale proportion, les recommandations médicamenteuses et dosage de l'albuminémie (77,42%)

Dans notre étude, nous n'avons pas réalisé de suivi de recommandations mais une thèse réalisée en 2018 sur la région lyonnaise sur une EMGEH retrouvait un taux global de suivi complet des recommandations de 30,3% (médiane à 20,0% et écart-type 28,5%), s'élevant à 46,6% (médiane à 50,0% et écart-type 31,4%) en prenant en compte les recommandations suivies partiellement⁽²⁹⁾.

2.11 - Devenir à 6 mois (figure 5)

On déplorait 17% de décès à 6 mois. 66,67 % des patients ont été maintenus au domicile et 16,67 % des patients étaient institutionnalisés en EHPAD.

On remarque qu'environ un quart des appels concernait un maintien à domicile difficile. A 6 mois, les 3/4 de ces patients vivaient toujours à domicile : ce constat pourrait illustrer l'impact bénéfique de l'intervention de l'EMG sur le maintien de l'autonomie.

Le nombre moyen d'hospitalisations sur les 6 mois écoulés était de 0,56 +/- 0,65 hospitalisation par patient ; plus de la moitié n'avait pas été hospitalisé (52%), autant de séjours évités.

Nos résultats, bien que partiels et ne pouvant être interprétés en tant que données significatives, semblent tout de même épouser la même tendance qu'une méta-analyse COCHRANE : les EMG permettaient une réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations de 12%⁽³³⁾.

3 - Intérêt pour les médecins généralistes

Une étude épidémiologique de la DREES datant de 2014 montre que les médecins généralistes suivent en moyenne vingt et un patients âgés dépendants vivant à domicile⁽³⁷⁾.

Dans une thèse réalisée en 2014⁽²⁸⁾ selon une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Alsace, la pertinence des interventions d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière a été évaluée après quatre années d'expérimentation,. Les résultats montraient une satisfaction globale des généralistes vis à vis des services de l'EMG : expertise psycho-gériatrique, diagnostic des troubles cognitifs, évaluation sociale, accès à des compétences exclusivement hospitalières (neuropsychologue, ergothérapeute).

Parfois seul recours pour obtenir un avis extérieur chez des patients confinés à domicile, l'EMGEH apporte un soutien aux généralistes et permet un gain de temps.

En effet, une étude publiée en 2005⁽³⁸⁾ concernant le temps nécessaire à accorder en soins primaires aux patients présentant des maladies chroniques montrait que le médecin généraliste ne pouvait mener à bien sa mission faute de temps nécessaire. En effet, selon l'étude, pour la gestion de patients polypathologiques, il faudrait allouer de nombreuses heures pour une seule personne au détriment de la qualité de soins apportée aux autres patients. En cas de situation de prise en charge complexe chez un patient âgé présentant des pathologies chroniques avec un contexte psycho-social difficile, la gestion en soins primaires pouvait devenir rapidement compliquée voire impossible. L'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière pouvait alors dans ce type de situation prendre toute sa place.

Elle met à disposition du médecin généraliste des compétences spécifiques habituellement réservées au secteur hospitalier.

Notre étude montre une satisfaction globale des médecins généralistes.

Le taux de réponse au questionnaire de satisfaction est important si on l'envisage par rapport au nombre de patients adressés représentés dans cette enquête de satisfaction (73,9 %).

Dans l'ensemble, les médecins généralistes interrogés étaient satisfaits de l'intervention et feront dans l'avenir de nouveau appel à l'équipe.

Les Plans Personnalisés de Santé de l'ensemble des patients pour lesquels une évaluation avait été demandée ont été reçus par les médecins généralistes. Il aurait été intéressant d'étudier le délai entre la demande d'évaluation par l'EMGEH et la réception du PPS par le médecin traitant. En effet, une étude a montré que la rapidité d'envoi du courrier de l'EMG favorisait le bon suivi des

recommandations⁽³⁶⁾.

Dans une thèse réalisée en Alsace sur une EMGEH au domicile, les médecins généralistes appréciaient recevoir l'appel du gériatre en plus de recevoir le PPS par écrit afin de discuter de l'intervention de l'EMGEH et des recommandations proposées⁽²⁸⁾.

De plus, une étude réalisée sur une EMG hospitalière montrait une amélioration du suivi des recommandations si elles étaient communiquées à l'oral et à l'écrit⁽³⁶⁾.

Les axes d'amélioration proposés par les médecins généralistes concernaient une réévaluation systématique à distance afin surtout d'acter les modifications mises en place dans le dossier médical. Le but est de consigner les refus et les résistances du patient ou de la famille afin de permettre à chacun de prendre la responsabilité de ses choix.

Un autre axe d'amélioration consisterait à une intervention conjointe médecin généraliste-EMGEH afin de pouvoir orienter l'évaluation selon la problématique à l'origine de la demande (gérontopsychiatrie ou autre).

Ces axes d'amélioration étaient déjà évoqués dans une étude réalisée dans la région de Strasbourg où les médecins généralistes interrogés proposaient la mise en place d'une discussion-réunion après l'intervention de l'EMGEH entre le gériatre, le médecin généraliste, le patient et l'entourage afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité des propositions de soins et d'évaluer les refus et réticences du patient et de son entourage⁽²⁸⁾.

4 - Rôle de coordination de l'EMGEH SANT'ALLIAGE

Le travail de l'EMGEH du dispositif SANT'ALLIAGE ne se limite pas à l'évaluation gériatrique standardisée au domicile et à la proposition de recommandations. En effet, lors de l'évaluation, si les propositions de recommandations étaient acceptées par le patient et/ou la famille, l'IDE de l'EMGEH commençait la mise en place de celles-ci avec un rôle de coordination auprès

des différents interlocuteurs.

Cette mission d'organisation des soins à domicile était, à la base de la mise en place du dispositif, un souhait émanant des médecins généralistes qui faute de temps nécessaire ne pouvaient pas appliquer exhaustivement les recommandations. Pour la plupart des médecins interrogés, ce rôle de coordonnateur des soins était synonyme de gain de temps et d'efficience.

Cela permettait selon eux de réduire le délai entre l'évaluation de l'EMGEH et la mise en place des recommandations, avec un taux de suivi plus important.

Ce rôle de coordination est un point fort du dispositif SANT'ALLIAGE. A notre connaissance, cette mission n'est pas rapportée dans les données de la littérature concernant ce type de dispositif extra-hospitalier.

A noter, que les patients adressés par l'intermédiaire de la MAIA dépendaient de cette structure pour la mise en place de recommandations.

5 - Les limites de l'étude

Une des principales limites de l'étude est le faible effectif de la population d'étude, 31 patients, rendant la puissance de l'étude modeste.

Une autre limite est l'existence de données manquantes concernant la date de l'appel sur les trois premiers mois de l'étude, la réévaluation à 6 mois et le poids mais elles restaient cependant limitées.

Il aurait été intéressant d'étudier le délai entre l'intervention par l'EMGEH et la réception du PPS par le médecin traitant.

La méthodologie et la faible puissance de l'étude ne nous permettent pas de mesurer statistiquement l'impact des recommandations de l'EMGEH notamment les recommandations nutritionnelles ou médicamenteuses (peu de données dans la littérature).

6 - Perspectives de l'étude :

L'intervention au domicile par l'EMGEH SANT'ALLIAGE constitue une offre de soins mise à disposition des médecins généralistes du Douaisis dans la prise en charge de leurs patients âgés fragiles. Le rôle de coordination de ce dispositif est un point fort permettant une mise en place rapide des recommandations et un gain de temps certain pour le patient et le médecin généraliste.

Il existe un souhait réel émanant des médecins généralistes de pérennisation de ce dispositif, à corréler aux enjeux économiques actuels de politique de santé.

Cette étude montre que la population adressée pour une évaluation au domicile est une population de patients âgés fragiles dépendants polypathologiques avec des troubles cognitifs et polymédiqués.

Afin d'évaluer le bénéfice de ce type de dispositif, des études qualitatives plutôt que quantitatives apparaissent plus pertinentes.

Les critères quantitatifs d'évaluation (mortalité, devenir,..) de l'EMG ne semblent pas adaptés à ce type de population. Des données qualitatives (satisfaction, amélioration de la qualité de vie et de la perception de leur santé,...) semblent plus appropriées même si plus complexes à aborder lors d'études. En effet, des études ont montré une amélioration de l'état de santé et la qualité de vie auto-évalués ^(39,40).

L'intervention de l'EMGEH au domicile est trop tardive dans la prise en charge de ces patients au moment où les limites du maintien au domicile semblent atteintes. Le bénéfice de ce type de dispositif pourrait être plus important si l'équipe intervenait plus en amont.

De plus, l'évaluation de l'EMGEH en MSP pourrait également prendre toute sa place auprès d'une population de patients âgés fragiles ou à risque de fragilité. Elle permettrait d'aborder en

MSP une problématique particulière (apparition de troubles cognitifs avec bilan neuropsychologique, contexte de chutes au domicile,..)

Le dispositif SANT'ALLIAGE au domicile pourrait devenir dans les années qui viennent un outil incontournable à disposition des médecins généralistes du Douaisis. Ses possibilités de développement et d'application en ville semblent multiples et totalement adaptées au besoin des patients âgés fragiles ou à risque de fragilité.

CONCLUSION

Le Centre Hospitalier de DOUAI externalise ses compétences spécifiques en gériatrie dans le but de proposer aux médecins généralistes du Douaisis une offre de soins pour leurs patients âgés fragiles.

Le dispositif SANT'ALLIAGE rassemble une EMG intra-hospitalière, une EMG intervenant en EHPAD et depuis peu une équipe extra-hospitalière intervenant au domicile des patients.

Il existe peu d'études en France concernant l'évaluation de l'apport des EMGEHs au domicile.

Notre étude réalisée sur 31 patients adressés pour une évaluation au domicile montre une population de patients âgés fragiles atteints de troubles cognitifs, polypathologiques, polymédiqués et dépendants. Les recommandations nutritionnelles réalisées par l'EMGEH permettent aux patients en bénéficiant de stabiliser leur poids voire d'en prendre.

Dans cette étude, les médecins généralistes à l'origine de la demande d'intervention confirment leur satisfaction du dispositif de soins SANT'ALLIAGE même si des axes d'amélioration restent possibles.

SANT'ALLIAGE constitue un soutien au service du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé fragile. L'évaluation gériatrique standardisée au domicile permet une évaluation globale du patient avec la mise en place de recommandations et d'un plan personnalisé de santé.

L'atout supplémentaire de SANT'ALLIAGE est la fonction de coordination avec la mise en place par l'IDE de l'EMGEH de propositions de soins au domicile permettant à la fois une mise en œuvre rapide des recommandations émises mais permettant également au médecin traitant un gain de temps en matière d'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bilan démographique 2015 - Insee Première - 1581 [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103>
2. Pyramide des âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472>
3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. [fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf](#) [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
5. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 27 févr 2002;287(8):1022-8.
6. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. 2013;28.
7. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. mars 2008;371(9614):725-35.
8. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality—A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. nov 2012;55(3):639-44.
9. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. janv 2006;61(1):53-62.

10. Equipes Mobiles de Gériatrie - EMG [Internet]. Le CNP de Gériatrie. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/equipes-mobiles-de-geriatrie/>
11. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
12. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. mars 2016;(1):23–30.
13. ARS_HDF_PRAPS_Version_Consultation.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-02/ARS_HDF_PRAPS_Version_Consultation.pdf
14. rapport_analyse_projets_article_70.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf
15. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Médecine des Maladies Métaboliques*. nov 2007;1(4):92-6.
16. Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1 déc 1984;289(6457):1522-4.
17. Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. *Eur J Health Econ*. déc 2006;7(4):238-46.
18. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled

trials. *Can Fam Physician*. sept 2005;51:1244-5.

19. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*. 10 avr 2000;160(7):977-86.

20. de Kerimel J, Tavassoli N, Lafont C, Soto M, Pedra M, Nourhashemi F, et al. How to Manage Frail Older Adults in the Community? Proposal of a Health Promotion Program Experienced in a City of 16,638 Inhabitants in France. *J Frailty Aging*. 2018;7(2):120-6.

21. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Reddy H, éditeur. *PLoS ONE*. 12 mars 2014;9(3):e89257.

22. Martin A. Suivi des recommandations faites par le réseau de soins gériatologiques de LilleHellemmes-Lomme en 2012. Thèse de médecine générale. Université du droit et de la santé - Lille 2;2013,92 p.

23. Salles N. Les équipes mobiles de gériatrie en France. *Soins Gériatologie*. nov 2015;20(116):12-4.

24. Zimmer Z, House JS. Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *Int J Epidemiol*. déc 2003;32(6):1089-97.

25. Abellán A, Rodríguez-Laso Á, Pujol R, Barrios L. A higher level of education amplifies the inverse association between income and disability in the Spanish elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. déc 2015;27(6):903-9.

26. Avlund K, Damsgaard MT, Osler M. Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *Eur J Public Health*. juin 2004;14(2):212-6.

27. Tavernier F. Suivi des recommandations d'une Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de Douai. A propos de 69 résidents d'EHPAD étudiés entre le 1er août 2016 et le 1er

mai 2017. Thèse de médecine générale. Université du droit et de la santé - Lille 2;2017,77 p.

28. Faure L. Interet d'une equipe mobile de gériatrie extra hospitalière pour les médecins généralistes. Evaluation par les médecins généralistes du territoire de santé 3 d'Alsace selon la méthode des focus groups. Thèse de médecine générale. Université de Strasbourg. 2014,94 p.

29. Bourdoncle-Desportes M. Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière: quel impact ? Evaluation du taux d'application des recommandations 6 mois après passage au domicile de l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière de l'Hôpital Nord-Ouest. Thèse de médecine générale. Université Claude Bernard - Lyon 1;2018,67 p.

30. Moheb B, Creton H, Roger V. Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA). La Revue de Gériatrie. 2012;3.

31. Puisieux F, Pardessus V, Bombois S. [Dementia and falls: two related syndromes in old age]. Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2005;3(4):271-9.

32. chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf

33. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 12 2017;9:CD006211.

34. Muhlack DC, Hoppe LK, Stock C, Haefeli WE, Brenner H, Schöttker B. The associations of geriatric syndromes and other patient characteristics with the current and future use of potentially inappropriate medications in a large cohort study. European Journal of Clinical Pharmacology [Internet]. 29 août 2018 [cité 23 sept 2018]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-018-2534-1>

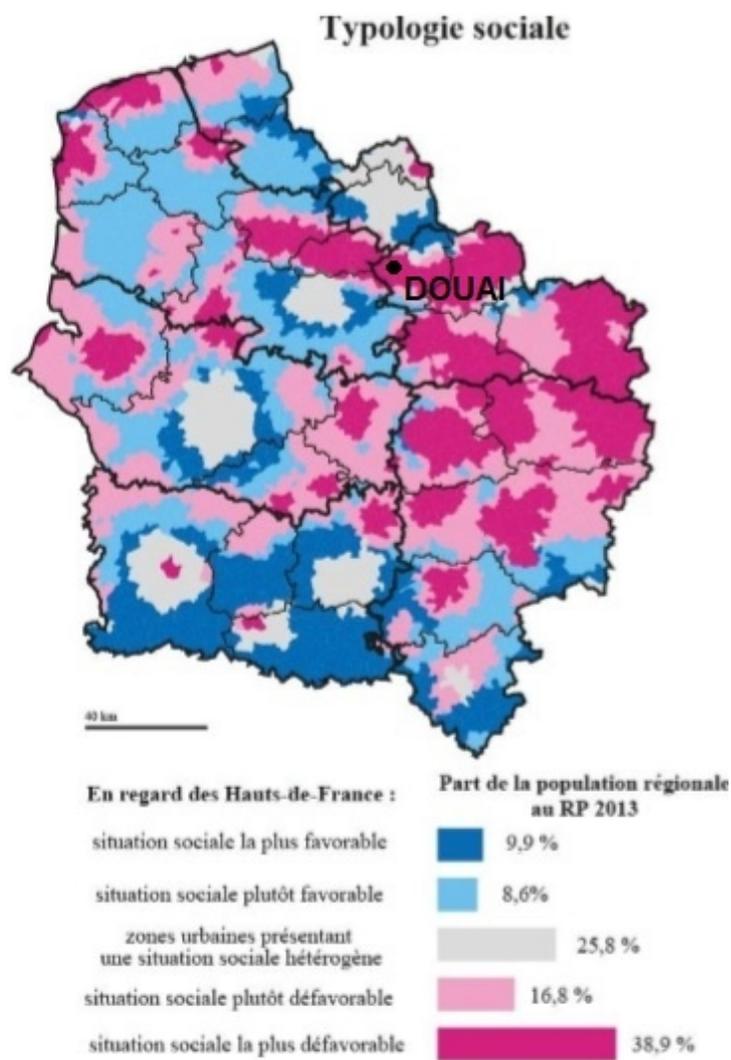
35. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*. 16 oct 2014;44(2):213-8.
36. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. Sept 2012; (3):285–293.
37. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees-dependantes-vivant>
38. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. juin 2005;3(3):209-14.
39. Pathy MS, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*. 10 oct 1992;340(8824):890-3.
40. Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, et al. The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*. mars 2010;25(3):235-42.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Typologie sociale des communes des Hauts de France

Indicateurs considérés dans la typologie sociale par communes

- Taux de fécondité des femmes de 12-20ans en 2009-2015 (Insee)
- Part de famille monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au RP 2013 (Insee)
- Part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2014 (Ministère de l'Economie et des Finances – DGFIP)
- Taux de chômage au RP 2013 (Insee)
- Part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés au RP 2013 (Insee)
- Part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés au RP 2013 (Insee)
- Taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)
- Taux d'allocataires de 20-59 ans de l'AAH au 31 décembre 2015 (CCMSA, Cnaf, Insee)



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

Douai, une commune avec une situation sociale la plus défavorable

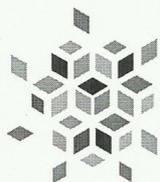
Annexe n° 2 : Feuille de repérage des patients âgés fragiles

Feuille de repérage
Consultation avancée de gériatrie

Si au moins un critère sur les 6 est coché, merci d'adresser le patient en consultation de gériatrie en téléphonant au 03/27/94/74/50 du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 en précisant le ou les critères retenus.

Au moins 1 des 6 critères :	O	N	?
Au moins 1 hospitalisation en urgence depuis les 6 derniers mois			
Polypathologie (n≥3) ou insuffisance d'organe sévère (cardiaque, respiratoire ou rénale) ou polymédication (n≥10)			
Restriction des déplacements dont 1 chute grave			
Troubles cognitifs, thymiques ou comportementaux			
Problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources)			
Problèmes d'accès aux soins et d'organisation des soins			

Annexe n° 3 : Échelle A.D.L (Activities of Daily Living)



Centre Hospitalier
de DOUAI

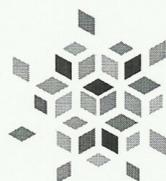
ECHELLE A.D.L

ETIQUETTE

ITEMS	1ère évaluation	2ème évaluation	3ème évaluation
	date : score :	date : score :	date : score :
HYGIENE CORPORELLE			
Autonomie	1	1	1
Aide partielle	½	½	½
Dépendant	0	0	0
HABILLAGE			
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
Dépendant	0	0	0
ALLER AUX TOILETTES			
Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
Ne peut aller aux toilettes seul	0	0	0
LOCOMOTION			
Autonomie	1	1	1
A besoin d'aide	½	½	½
Grabataire	0	0	0
CONTINENCE			
Continent	1	1	1
Contenance occasionnelle	½	½	½
Incontinent	0	0	0
REPAS			
Mange seul	1	1	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
Dépendant	0	0	0

EMG 07

Annexe n° 4 : Échelle I.A.D.L (Instrumental Activities of Daily Living)



Centre
Hospitalier
de DOUAI

ETIQUETTE

QUESTIONNAIRE I.A.D.L.

Date : Nom : Prénom :

Mettre une X en face de la situation qui correspond le mieux à votre patient (cocher une seule case par chapitre)

Capacité à utiliser le téléphone		
. Utilise le téléphone de sa propre initiative, cherche et compose les numéros.	<input type="checkbox"/>	0
. Compose un petit nombre de numéros bien connus.	<input type="checkbox"/>	1
. Répond au téléphone, mais n'appelle pas.	<input type="checkbox"/>	1
. Incapable d'utiliser le téléphone.	<input type="checkbox"/>	1

Moyen de transport		
. Peut voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou sa propre voiture).	<input type="checkbox"/>	0
. Peut se déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus.	<input type="checkbox"/>	1
. Peut prendre les transports en commun si accompagné(e).	<input type="checkbox"/>	1
. Se déplace de façon limitée en taxi ou en voiture, en étant accompagné(e).	<input type="checkbox"/>	1
. Ne se déplace pas du tout.	<input type="checkbox"/>	1

Responsabilité pour la prise des médicaments		
. S'occupe lui(elle)-même de la prise des médicaments : dosage et horaire.	<input type="checkbox"/>	0
. Peut les prendre lui(elle)-même s'ils sont préparés et dosés à l'avance.	<input type="checkbox"/>	1
. Incapable de les prendre de lui(elle)-même.	<input type="checkbox"/>	1

Capacité à gérer son budget		
. Totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)	<input type="checkbox"/>	0
. Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer son budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).	<input type="checkbox"/>	1
. Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour.	<input type="checkbox"/>	1

TOTAL (0 à 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Annexe n° 6 : Mini Mental Status (MMS)



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Date :

Nom :

Prénom :

ETIQUETTE

Mini-Mental State (MMS)

version consensuelle du GRECO, 1998

Date : Nom : Prénom :

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Coter 0 ou 1

Orientation dans le temps

"Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?"

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1	En quelle année sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>
2	En quelle saison ?	<input type="checkbox"/>
3	En quel mois ?	<input type="checkbox"/>
4	Quel jour du mois ?	<input type="checkbox"/>
5	Quel jour de la semaine ?	<input type="checkbox"/>

ORIENTATION DANS LE TEMPS (1 point par réponse juste - maximum : 5 points) Score /5

Orientation dans l'espace

"Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons."

6	Quel est le nom de l'hôpital (de l'établissement, du cabinet) où nous sommes ?	<input type="checkbox"/>
7	Dans quel ville se trouve-t-il ?	<input type="checkbox"/>
8	Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?	<input type="checkbox"/>
9	Dans quelle province ou région administrative est situé ce département ?	<input type="checkbox"/>
10	A quel étage sommes-nous ?	<input type="checkbox"/>

ORIENTATION DANS L'ESPACE (1 point par réponse juste - maximum : 5 points) Score /5

"Je vais vous dire trois mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure"

"Répétez les trois mots".

11	Cigare	<input type="checkbox"/>
12	Fleur	<input type="checkbox"/>
13	Porte	<input type="checkbox"/>

(ou citron/clé/ballon ou fauteuil/tulipe/canard)

APPRENTISSAGE (1 point par mot répété correctement - maximum : 3 points) Score /3

"Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois".

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : "Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers".

Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position, mais ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.

14	93	<input type="checkbox"/>
15	86	<input type="checkbox"/>
16	79	<input type="checkbox"/>
17	72	<input type="checkbox"/>
18	65	<input type="checkbox"/>

ATTENTION (1 point par soustraction exacte - maximum : 5 points) Score /5

"Pouvez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?"

19	Cigare	<input type="checkbox"/>
20	Fleur	<input type="checkbox"/>
21	Porte	<input type="checkbox"/>

(ou citron/clé/ballon ou fauteuil/tulipe/canard)

RAPPEL (1 point par mot rappelé - maximum : 3 points) Score /3

22	Montrer un crayon. "Quel est le nom de cet objet ?" (1 point si la réponse est bonne)	<input type="checkbox"/>
23	Montrer une montre. "Quel est le nom de cet objet ?" (1 point si la réponse est bonne)	<input type="checkbox"/>
24	"Écoutez bien et répétez après moi : pas de mais, de si, ni de et" (1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)	<input type="checkbox"/>
25	Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : "Écoutez bien, et faites ce que je vais vous dire" : "Prenez cette feuille de papier avec la main droite" (1 point si consigne exécutée)	<input type="checkbox"/>
26	"Pliez-la en deux" (1 point si consigne exécutée)	<input type="checkbox"/>
27	"Et jetez-la par terre" (1 point si consigne exécutée)	<input type="checkbox"/>
28	Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet : "Faites ce qui est écrit"	<input type="checkbox"/>
29	Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : "Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière." (1 point si au moins un sujet et un verbe)	<input type="checkbox"/>

Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens.

LANGAGE (9 points) Score /9

30 Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "Voulez-vous recopier ce dessin ?"

PRAXIES CONSTRUCTIVES (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de 2 côtés différents) Score /1

SCORE TOTAL /30

EMG 11

Annexe n° 7 : Test des 5 mots de Dubois et Test de l'horloge



Epreuve des 5 mots de DUBOIS :

Etiquette

Date : _____
Intervenant : _____

Service : _____

Chambre : _____

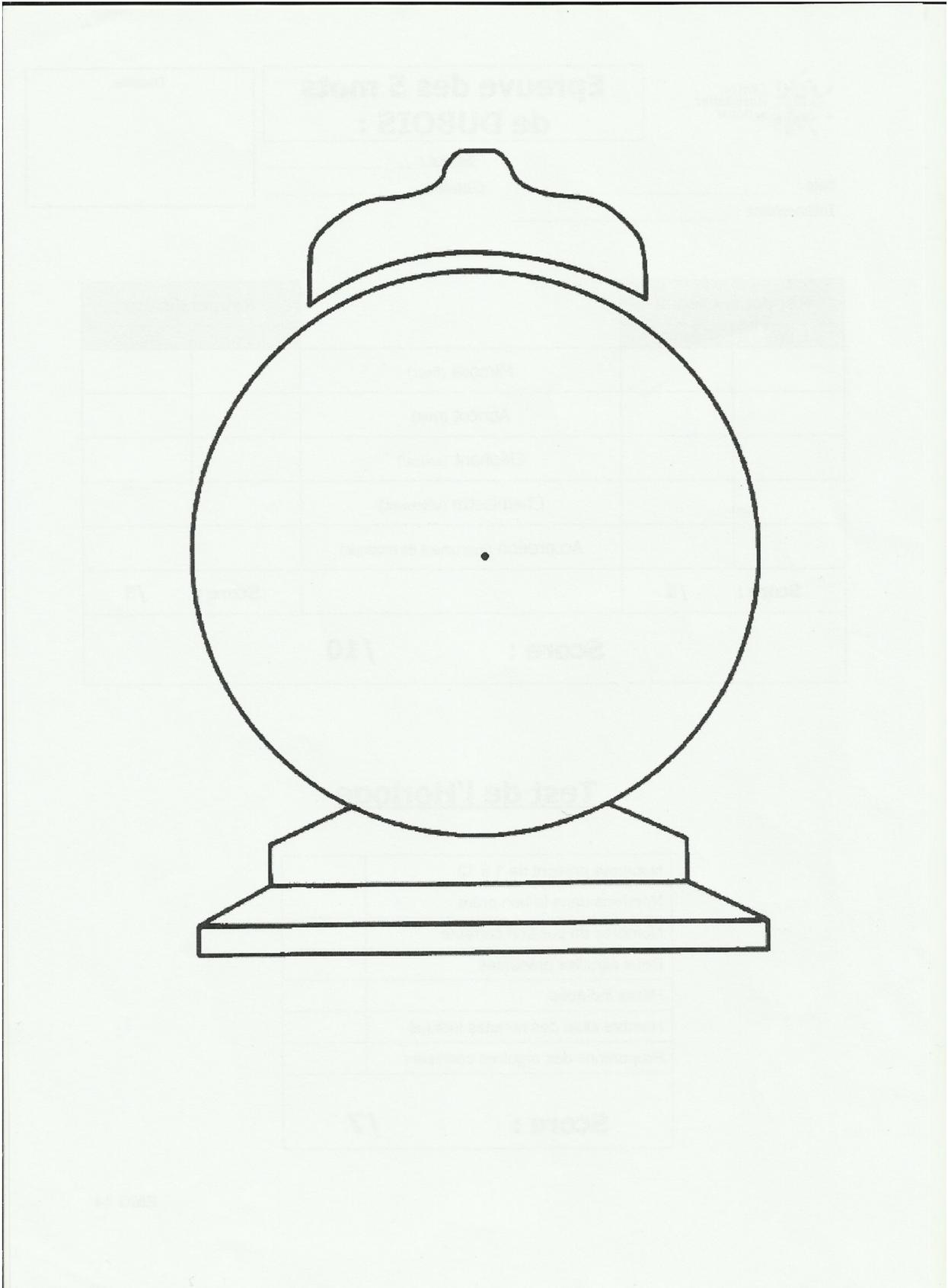
Rappel immédiat			Rappel différé	
Libre	Indicé		Libre	Indicé
		Mimosa (fleur)		
		Abricot (fruit)		
		Eléphant (animal)		
		Chemisette (vêtement)		
		Accordéon (instrument de musique)		
Score : /5			Score : /5	
Score : /10				

Test de l'Horloge

Nombres présent de 1 à 12	
Nombres dans le bon ordre	
Nombres en position correcte	
Deux aiguilles présentes	
Heure indiquée	
Nombre cible des minutes indiqué	
Proportions des aiguilles correctes	
Score : /7	

EMG 14

Annexe n° 7 (suite) : Test des 5 mots de Dubois et Test de l'horloge



Annexe n° 8 : Échelle de Dépression Gériatrique (GDS)



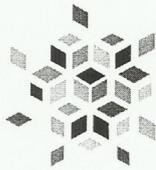
**ECHELLE DE DEPRESSION GERIATRIQUE :
GDS 15 items**

Valeur des réponses : 1 0

- | | |
|---|---|
| 1) Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 2) Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 3) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 4) Vous ennuyez-vous souvent ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5) Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 6) Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 7) Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 8) Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 9) Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 10) Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise
que celle de la plupart des gens ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 11) Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 12) Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 13) Avez-vous beaucoup d'énergie ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 14) Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 15) Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

TOTAL :/15

Annexe n° 9 : Échelle miniGDS



Centre
Hospitalier
de DOUAI

ETIQUETTE

MINI-GDS ECHELLE DE DEPRESSION GERIATRIQUE

Date :

Nom :

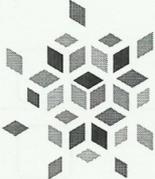
Prénom :

	OUI	NON
. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	1	0
. Etes-vous heureux la plupart du temps ?	0	1
. Vous sentez vous découragé et triste ?	1	0
. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	1	0
SCORE TOTAL		

Score = 0 : forte probabilité d'absence de dépression
Score > ou = 1 : Forte probabilité de dépression

EMG 12

Annexe n° 10 : Questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment)



Centre Hospitalier de DOUAI

Etiquette patient



C.L.A.N.

QUESTIONNAIRE M.N.A

- **Perte d'appétit** / a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficulté de mastication ou de déglutition ?
0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie
- **Perte récente de poids** / (inférieur à 3 mois)
0 = perte > 3 kgs 1 = ne sait pas 2 = entre 1 et 3 kgs 3 = pas de perte
- **Motricité** /
0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile
- **Maladie ou stress** psychologique lors des 3 derniers mois
0 = oui 2 = non
- **Problèmes neuro-psychologiques**
0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = RAS
- **Indice de Masse Corporelle**
0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC > 21 2 = 21 < IMC > 23 3 = IMC > 23

Total :.....

Prévenir le médecin pour tout score \leq à 11.

DATE : Recueil effectué par : IDE :
AS :

Validé par le C.L.A.N le 21/10/2005 Validé par le C.O.M.E.D..I.M.S le EMG 09

Questionnaire de satisfaction

Intervention Equipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière

- 1) Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge proposée par l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière ? Et si non pourquoi ?
- 2) Comment avez-vous connu ce dispositif de soins ?
- 3) Feriez-vous de nouveau appel à l'Équipe Mobile Extra-Hospitalière ?
- 4) Avez-vous reçu les Plans Personnalisés de Santé de l'ensemble des patients pour lesquels une évaluation avait été demandée ?
- 5) Pensez-vous à des axes d'amélioration du dispositif ?
- 6) Pourquoi avoir adressé votre patient pour une évaluation au domicile plutôt qu'en MSP ? (Question destinée uniquement aux médecins généralistes de la MSP)

Annexe n° 12 : Récépissé déclaration à la CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2171794 v 0

du 11 avril 2018

Monsieur SCHALON JOHANN
CENTRE HOSPITALIER DE DOUAI
1 ROUTE DE CAMBRAI
59187 DECHY

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE DOUAI

Service : POLE DE GERIATRIE

Adresse : 1 ROUTE DE CAMBRAI

Code postal : 59187

Ville : DECHY

N° SIREN ou SIRET :

265906826 00010

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0327947000

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 11 avril 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : SCHALON Johann

Date de Soutenance : 30 Octobre 2018

Titre de la Thèse : **La gériatrie hors les murs : étude descriptive d'une cohorte de patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique extra-hospitalière sur le territoire du Douaisis.**

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : SANT'ALLIAGE, Equipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière, Évaluation Gériatrique Standardisée, fragilité, dépendance.

Résumé :

CONTEXTE

En raison du vieillissement de la population, les médecins généralistes seront de plus en plus concernés par le repérage et la prise en charge de patients âgés fragiles.

Le Centre Hospitalier de Douai externalise ses compétences spécifiques en gériatrie afin de proposer aux médecins généralistes du Douaisis un dispositif de soins nommé SANT'ALLIAGE comprenant une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière intervenant au domicile.

MÉTHODES

C'était une étude descriptive rétrospective observationnelle concernant des patients de plus de 75 ans adressés du 19 Juillet 2017 au 29 janvier 2018 pour une évaluation gériatrique extra-hospitalière réalisée au domicile ou en Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Le recueil de l'ensemble des caractéristiques de la population d'étude était réalisé à partir des dossiers médicaux de l'EMGEH. Une enquête de satisfaction était réalisée auprès des médecins généralistes à l'origine de la demande d'intervention.

RÉSULTATS

31 patients adressés pour une évaluation gériatrique extra-hospitalière au domicile étaient inclus dans cette étude. La demande d'intervention était principalement formulée par les médecins généralistes. L'intervention en MSP n'a pas été sollicitée. On retrouvait une population de patients âgés, fragiles et dépendants, présentant des troubles cognitifs, polyopathologiques et polymédiqués.

Nous avons mis en évidence, de manière statistiquement significative, le fait que les recommandations nutritionnelles émises par l'EMGEH permettaient aux patients en bénéficiant de stabiliser leur poids voire d'en prendre. De plus, une enquête réalisée auprès des médecins généralistes montrait la satisfaction de la prise en charge proposée par ce dispositif de soins même si des axes d'amélioration sont possibles.

CONCLUSION

Le dispositif SANT'ALLIAGE représente une offre de soins à disposition du médecin généraliste permettant une prise en charge spécifique et adaptée aux patients âgés fragiles. Il permet également un bénéfice organisationnel compte tenu de sa fonction de coordination et de mise en place des recommandations émises. Il reste néanmoins indispensable de réaliser des études spécifiques sur le bénéfice de ce type de dispositif de soins.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Professeur Christophe BERKHOUT, Docteur Matthieu CALAFIORE,
Docteur Delphine DERVAUX

Directrice de Thèse : Dr Sophie MASSART