



HAL
open science

**Maintien à domicile des personnes de plus de 75 ans :
étude qualitative au Havre (76) auprès des médecins
généralistes après une évaluation des patients aux
urgences de l'hôpital J. Monod par l'équipe mobile de
gériatrie**

Béatrice Dewevre

► **To cite this version:**

Béatrice Dewevre. Maintien à domicile des personnes de plus de 75 ans : étude qualitative au Havre (76) auprès des médecins généralistes après une évaluation des patients aux urgences de l'hôpital J. Monod par l'équipe mobile de gériatrie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01225336

HAL Id: dumas-01225336

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225336>

Submitted on 6 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

**THESE POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

DEWÈVRE Béatrice

Née le 19 décembre 1988

À SAINTE-ADRESSE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 septembre 2015

**MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS :
ETUDE QUALITATIVE AU HAVRE (76) AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES APRES UNE EVALUATION DES PATIENTS AUX URGENCES
DE L'HOPITAL J. MONOD PAR L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Benoît VEBER

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Ghazi ZAOUALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au travail (<i>surnombre</i>)
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie

Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie

Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMP R	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFI

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Élisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Élisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH	(med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD- DENOYELLE	(med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	(phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	(phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT	(phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD	(med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET		Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER	(phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	21
ÉTAT DES LIEUX	23
A. Contexte	23
1. Vieillesse de la population	23
a. National	23
b. Les données locales : une projection démographique régionale et havraise	24
c. L'augmentation du nombre de personnes dépendantes en Seine-Maritime	29
2. Une population âgée qui consulte aux urgences	30
a. Les données nationales	30
b. Les données locales	31
B. Le réseau havrais en aval	34
1. Le réseau ambulatoire	34
a. La population des médecins généralistes au Havre	34
b. La population paramédicale havraise	37
c. Les structures complétant le dispositif local.....	39
2. Les établissements d'accueil :	42
a. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : EHPAD	42
b. L'Unité de Soins Longue Durée : USLD :	43
c. Le soin de suite et de réadaptation gériatrique: SSR gériatrique.....	43
d. Le logement-foyer	43
e. L'accueil de jour	44
f. L'hébergement temporaire	44
C. Le cadre de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie	45
1. Le cadre législatif	45
a. Les antécédents historiques	45
b. Le contexte administratif	45
c. Une nouvelle approche : le travail en réseau	46
2. Les spécificités de l'équipe mobile havraise	47

a.	La présentation de l'équipe.....	47
b.	L'activité intra-hospitalière en 2014.....	47
c.	L'activité extrahospitalière en 2014	49
3.	L'activité spécifique au service des urgences en 2014.....	51
a.	Les relations avec le service des urgences.....	51
b.	La typologie des patients évalués	51
c.	L'évaluation gériatrique et la communication avec le médecin traitant.....	53
	L'ETUDE	55
A.	Matériel et méthodes	55
1.	Les modalités de l'étude.....	55
a.	Le contexte de l'étude.....	55
b.	Le choix d'une méthode qualitative	55
c.	Le choix des médecins généralistes.....	56
d.	Le choix d'un entretien semi dirigé.....	57
e.	Le recueil des données.....	57
2.	Le guide d'entretien	58
3.	L'analyse des données.....	58
a.	Entretiens retranscrits	58
b.	Identification des thèmes	58
B.	Résultats	59
1.	Les spécificités du patient âgé pour le médecin généraliste.....	59
a.	Le mode d'exercice du médecin généraliste.....	59
b.	La prise en charge du patient âgé	61
c.	Les difficultés du maintien à domicile pour le médecin généraliste	63
2.	Le patient âgé aux urgences	65
a.	Les spécificités de la personne âgée	65
b.	Le patient âgé aux urgences.....	67
c.	Les conditions du maintien à domicile :.....	68
3.	L'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie aux urgences	70

a.	Une prise en charge globale.....	70
b.	Une prise en charge organisée autour de la personne âgée	72
c.	Via une communication ville-hôpital	74
d.	La diffusion de la culture gériatrique	75
4.	Les propositions des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMG havraise.....	77
a.	Devenir une référence.....	77
b.	Développer l'activité de l'EMG	78
c.	Améliorer la communication	80
	DISCUSSION	83
A.	Les limites de l'étude	83
1.	La population choisie	83
2.	Le recrutement des médecins	83
3.	La technique d'entretien.....	84
4.	Le sujet en lui-même	84
B.	Un enjeu sociétal : le maintien à domicile	85
1.	Les prémices du maintien à domicile.....	85
2.	Le désir des personnes âgées de rester à domicile	86
3.	Un domicile parfois à adapter	86
4.	La part des aidants dans le maintien à domicile.....	87
C.	Le patient âgé au sein de la filière gériatrique : les différents maillons.....	89
1.	Le médecin traitant : au cœur du réseau.....	89
2.	L'urgentiste : un repérage des patients fragiles.....	91
3.	L'Equipe Mobile de Gériatrie : un avis d'expertise	93
D.	L'apport de l'EMG dans la prise en charge du patient âgé: les points forts	95
1.	Les bénéfices de l'évaluation gériatrique standardisée :	95
a.	L'évaluation gériatrique standardisée.....	95
b.	Les bénéfices ressentis pour le médecin traitant.....	96
c.	Les bénéfices pour le patient âgé.....	97
d.	Les bénéfices de l'EGS pour l'urgentiste	97

2. Les propositions de l'EMG	98
3. La communication ville-hôpital : limites et propositions.....	99
a. Le compte rendu d'hospitalisation (CRH).....	99
b. La messagerie électronique sécurisée.....	100
c. La communication téléphonique	101
E. Le rôle de l'EMG dans la filière gériatrique	102
1. Devenir une référence et diffuser la culture gériatrique.....	102
2. S'adapter aux besoins des médecins généralistes	104
3. Anticiper le retour à domicile.....	105
4. S'orienter vers une mutation des compétences ?	107
CONCLUSION	109
BIBLIOGRAPHIE	111
ANNEXES	119
RESUME.....	140

GLOSSAIRE

ADL: Activities of Daily Living

AGG: Approche Gérontologique Globale

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CAM : Confusion Assessment Method

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRH : Compte rendu d'Hospitalisation

DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

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

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMED : Equipe Mobile d'Evaluation Gérontologique

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GDS : Geriatric Depression Scale

GHH : Groupe Hospitalier du Havre

GIR : Groupes Iso-Ressources

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IOA: Infirmier d'Orientation et d'Accueil

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISAR: Identification of Seniors At Risk

MIGAC: Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MMSE: Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

RAD : Retour A Domicile

USLD: Unité de Soins Longue Durée

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD: Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est inéluctable et annoncé. En effet, les projections démographiques concluent à une accélération du vieillissement chez les patients de plus de 75 ans.

Ainsi, en 2060, la part des personnes âgées de plus de 75 ans atteindrait les 17,3 millions contre 6,5 millions actuellement.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des pathologies chroniques favorisant la dépendance des patients âgés. Parallèlement, la démographie médicale havraise est en diminution. Cela peut être un facteur d'augmentation du nombre de consultations aux urgences. Or, les personnes âgées représentent déjà 12,3% des passages en France et 16,5% au Service d'Accueil des Urgences adultes de l'hôpital du Havre.

Il s'agit là d'un véritable défi social, économique et médical, ce qui nécessite une réflexion et une recherche d'optimisation de prise en charge des patients âgés.

C'est dans ce contexte que l'action des Equipes Mobiles de Gériatrie, nées de la circulaire du 18 mars 2002, prend tout son sens en permettant de rendre plus efficiente le parcours de soins, de renforcer la filière gériatrique et le lien ville-hôpital.

L'équipe du Havre a été créée fin 2009 et intervient aux urgences sur sollicitation des urgentistes pour délivrer un avis ou une évaluation gériatrique.

L'objectif principal de cette thèse vise à étudier le ressenti des médecins traitants de la région havraise concernant l'action de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences de l'hôpital Monod du Havre en 2014. L'objectif secondaire est de recueillir leurs attentes et propositions d'amélioration.

Une enquête qualitative a été menée auprès de 15 médecins généralistes havrais.

L'analyse met à jour 4 thèmes clés :

- le rôle central du médecin généraliste, acteur de premier recours et coordonnateur du projet de soins de ses patients,
- les spécificités de prise en charge des personnes âgées,

- la pertinence de l'intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie selon les médecins traitants,
- leurs propositions et demandes pour améliorer le lien avec l'EMG au sein d'une filière gériatrique.

A. Contexte

1. Vieillessement de la population

a. National

La France vieillit. En supposant que les tendances démographiques se maintiennent, elle compterait 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060 contre 66,3 millions au 1^{er} janvier 2015 soit + 11,1% en 45 ans.

Or, l'INSEE prévoit un nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en augmentation de plus de 10 millions pour atteindre en 2060 un total de 23,6 millions de personnes.

A cette date, une personne sur trois aurait donc plus de 60 ans et près d'une personne sur 4 aurait plus de 75 ans.

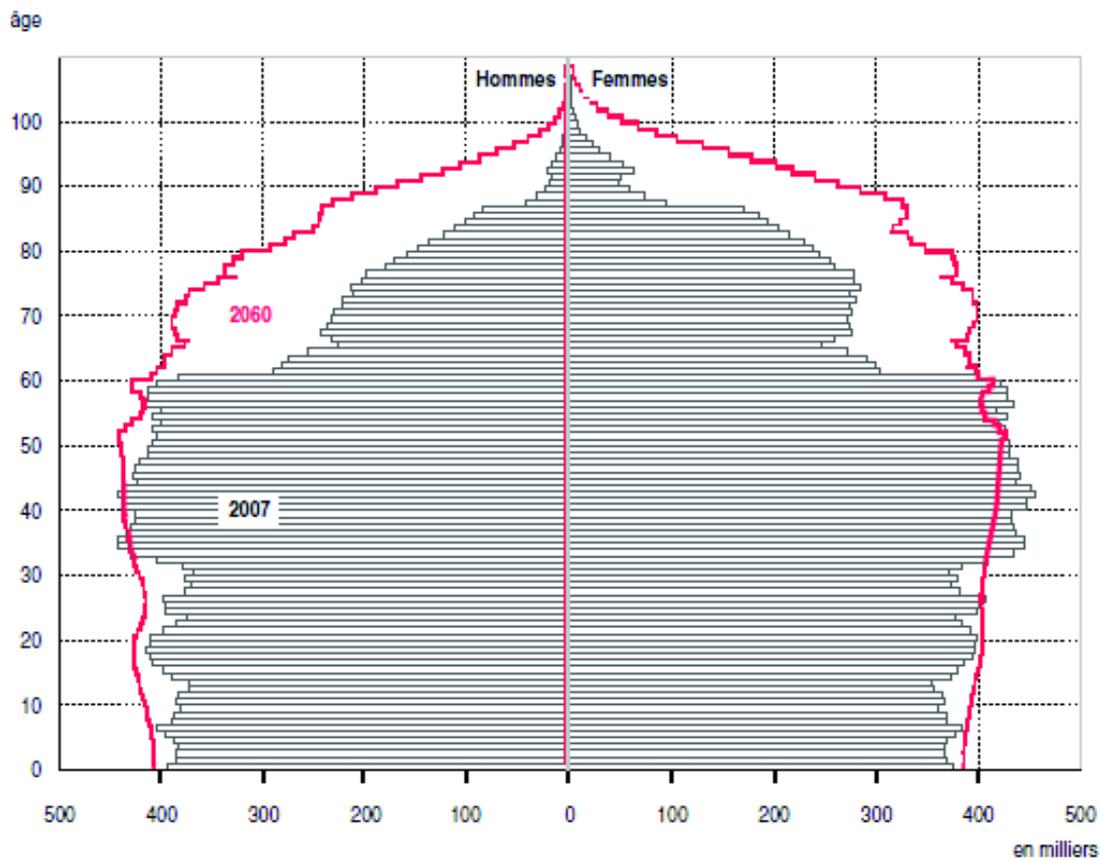
Parmi cette catégorie de personnes, l'augmentation la plus forte concernerait les plus âgés.

Le nombre de personnes de 75 à 85 ans passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 et celui des plus de 85 ans de 1,3 à 5,4 millions.

L'évolution se ferait en deux temps successifs.

Jusqu'en 2035, l'augmentation des plus de 60 ans serait importante : en effet les générations du baby-boom, nées entre 1950 et 1970 atteindront cet âge là.

Après 2035, l'augmentation serait moins marquée : le taux de natalité en 1980 étant moindre par rapport à celui de 1950-1970, la part des plus de 60 ans progressera plus modérément. De plus, les baby-boomers atteindront les 90 ans, élevant le nombre de décès, à moduler cependant selon le gain d'espérance de vie en 2060. (1)



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

Figure 1 : pyramide des âges en 2007 et projection en 2060

Concernant les centenaires, la France pourrait, selon l'INSEE, en comptabiliser 200 000 (scénario central de projection), soit 13 fois plus qu'aujourd'hui.

Les « super centenaires », c'est-à-dire ceux âgés de plus de 110 ans, seraient 1 500 contre une dizaine en 2010. (2)

b. Les données locales : une projection démographique régionale et havraise

Avec 175 000 habitants en 2010, Le Havre fait partie des plus grandes villes françaises au 13^{ème} rang national. (3)

Cependant, si la tendance démographique actuelle perdure, la population du Havre ne serait que de 164 000 havrais en 2030.

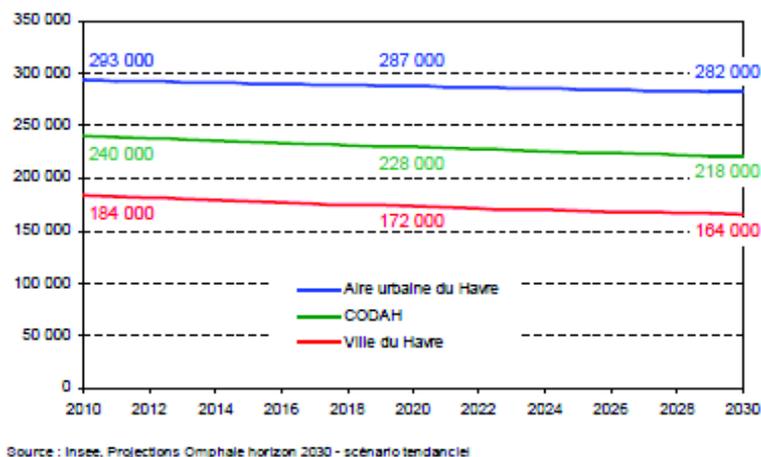


Figure 2 : évolution de la population du Havre, de la CODAH et de l'Aire urbaine du Havre

Ceci s'explique de plusieurs manières :

- Le nombre de ménages diminue : (3)

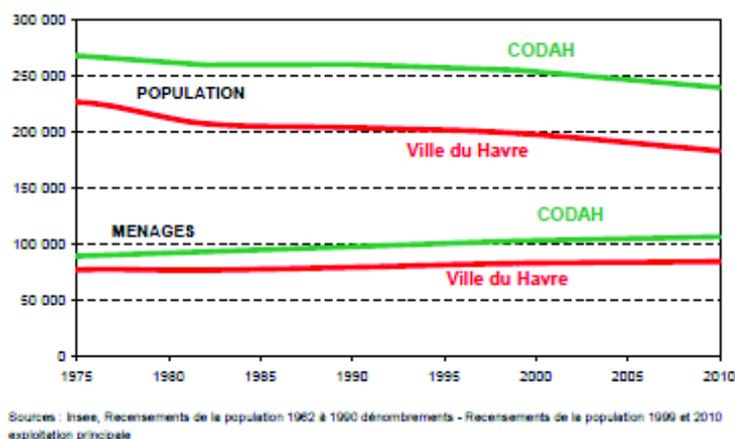


Figure 3 : évolution de la population et des ménages, au Havre et dans la CODAH

- Les tendances migratoires sont défavorables : durant la dernière décennie, la ville du Havre a perdu plus de 1 % de sa population chaque année par le seul jeu des migrations et l'aire urbaine 0,8 %. (3)

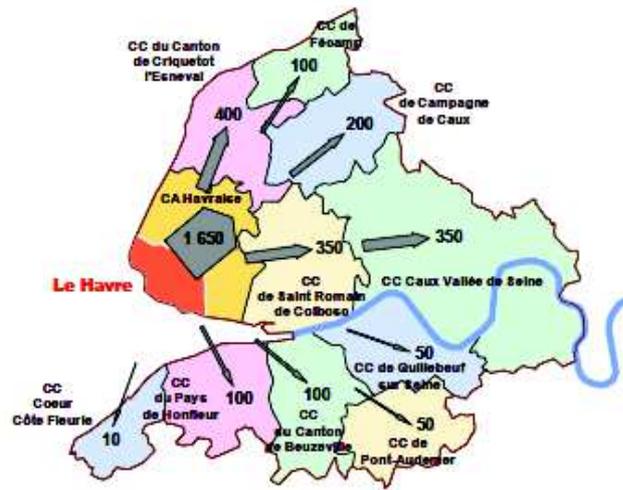


Figure 4 : départs des ménages de la ville du Havre entre 2003 et 2008

- Les jeunes et la population active ne sont pas attirés, avec un manque à gagner de 1000 à 2000 jeunes chaque année. (4)

- La population vieillit :

Au niveau régional, dans l'hypothèse d'une poursuite des tendances, la population totale pourrait augmenter de 90 000 habitants entre 2010 et 2040 quand, dans le même temps, le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus augmenterait de 100 000. (5)

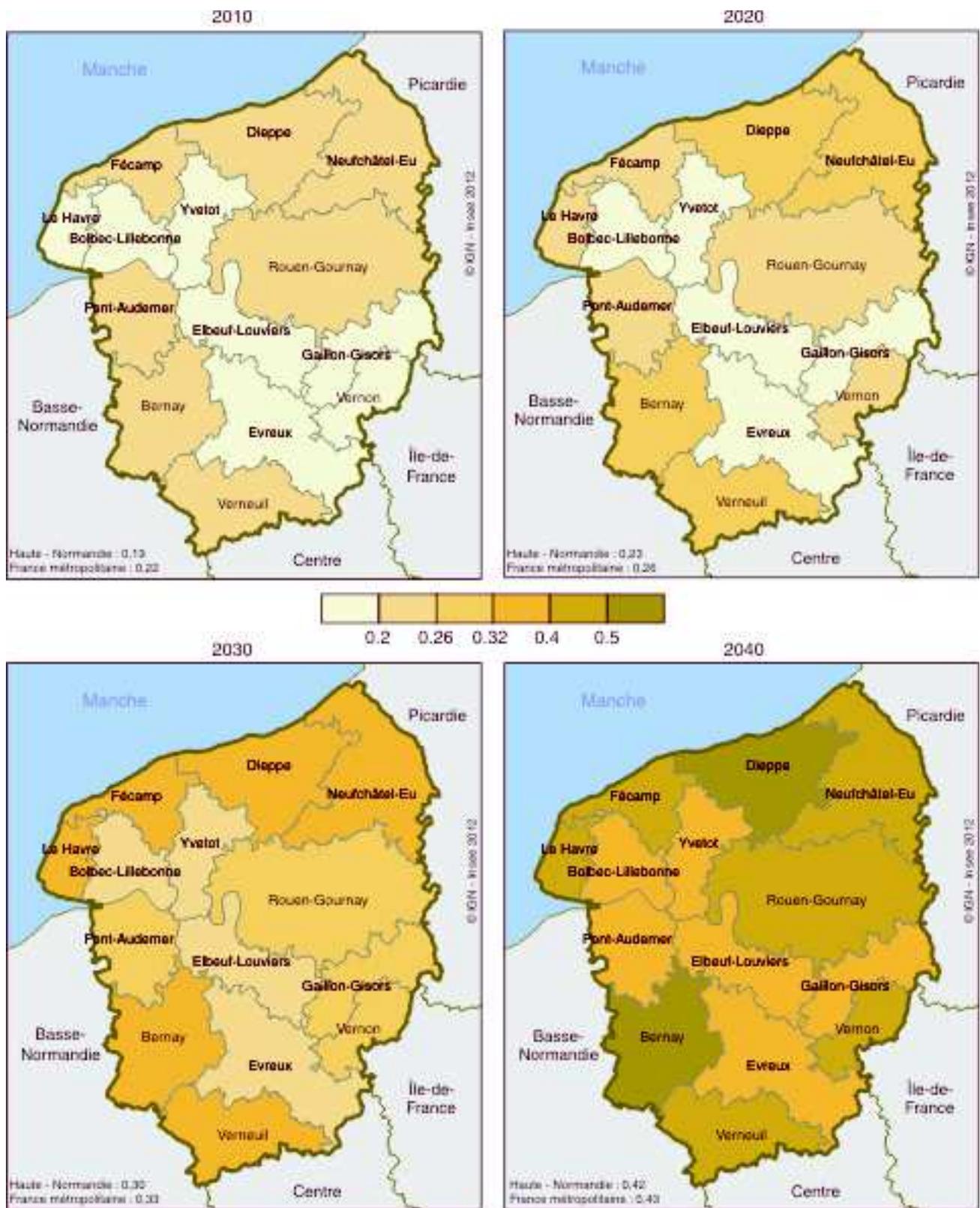
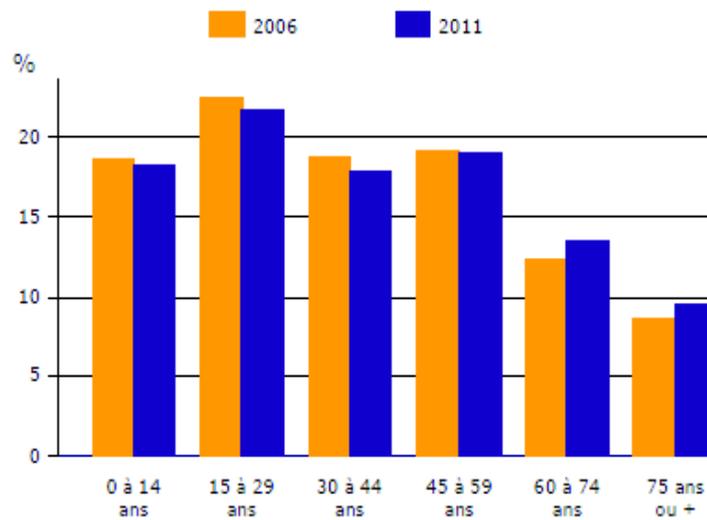


Figure 5 : part des 80 ans et plus dans les territoires de proximité

Ces cartes (5) illustrent l'accroissement progressif de la population de plus de 75 ans notamment sur le territoire havrais.

Au Havre, cette modification de la répartition s'est déjà faite ressentir depuis 2006 (6) :



Sources : Insee, RP2006 et RP2011 exploitations principales.

Figure 6 : population par tranches d'âges en 2006 et 2011

Les prévisions jusqu'en 2030 confirment la tendance au vieillissement. Alors que la population totale diminuerait de 10%, le nombre de séniors augmenterait de 3 500 personnes de 60 ans à 79 ans (soit +11%) et de 2 800 adultes de plus de 80 ans (+25%).

Ainsi, les personnes de plus de 60 ans vont passer de 23% en 2010 à 29% de la population havraise en 2030. (3)

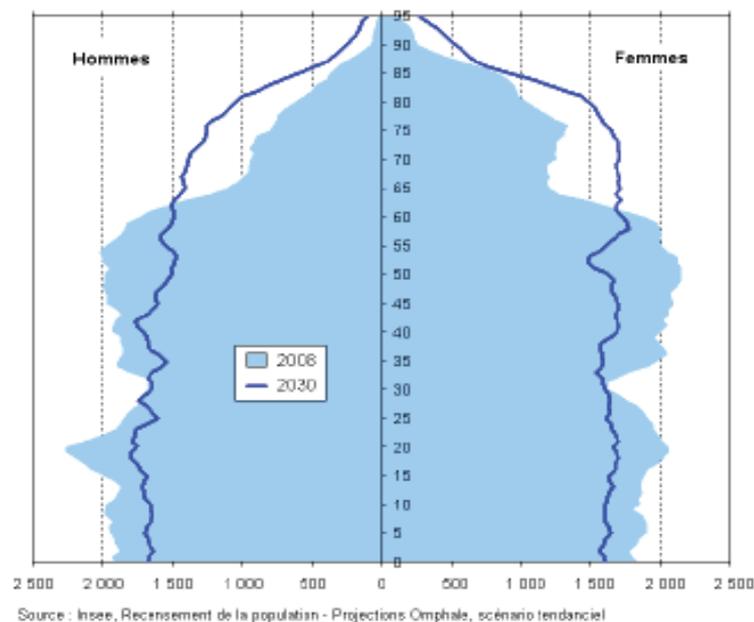


Figure 7 : pyramide des âges de l'aire urbaine havraise

Ce phénomène s'explique également par l'augmentation constatée de l'espérance de vie qui se prolonge avec un gain annuel de 3 mois. (5)

De ce fait, l'INSEE projette une espérance de vie de 91,1 ans pour les femmes en 2060 contre 84,2 en 2010 et de 86 ans pour les hommes en 2060 contre 77,2 en 2010. (1)

Ainsi le problème du maintien à domicile de cette catégorie de personnes soutenues par des actifs de moins en moins nombreux va également se poser dans la région havraise.

c. L'augmentation du nombre de personnes dépendantes en Seine-Maritime

Une étude menée en Seine Maritime (7) envisage la structure de la population d'ici 2020 :

- Parmi la population des moins de 85 ans, la part des personnes dépendantes devrait rester stable pour les 60-74 ans et diminuer pour les 75-84 ans. Ceci s'explique grâce à un recul de l'âge d'entrée dans la dépendance.

- Par contre, les plus de 85 ans constitueraient la moitié de la population dépendante dont 35% pour les plus de 90 ans.

- Le nombre de personnes âgées dépendantes vivant seules à domicile représenterait 21% de la population dépendante en 2020 contre 18,5% en 2005 entraînant une majoration de 60% de l'emploi lié à la dépendance d'ici 2030.

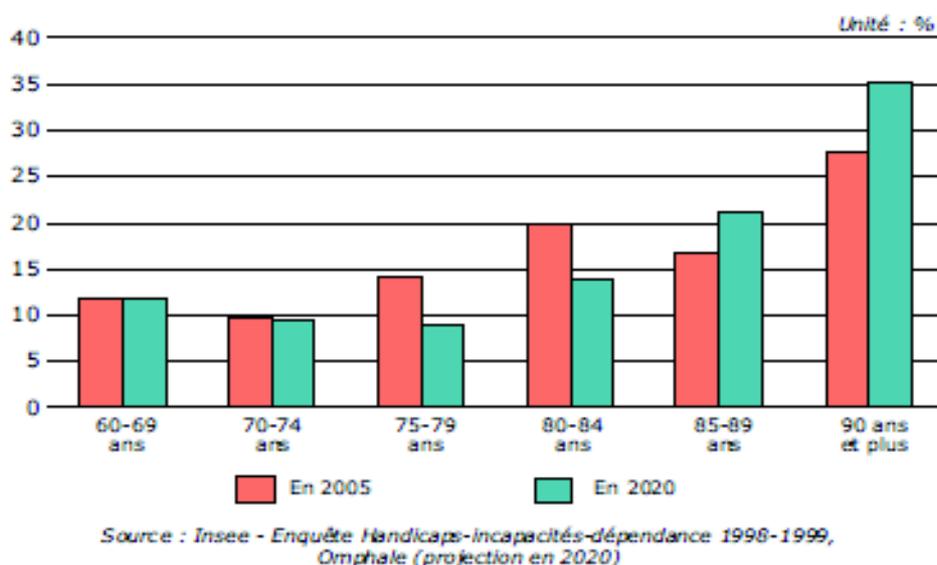


Figure 8 : part de la population dépendante selon l'âge en 2005 et 2020

2. Une population âgée qui consulte aux urgences

a. Les données nationales

La DREES a publié en juin 2015 les résultats de l'enquête nationale auprès des urgences hospitalières. (8)

- 52 018 patients ont consulté un service des urgences le jour du recueil national de données à savoir le 11 juin 2013 dont 6 386 patients de plus de 75 ans, soit **12,3%**.

Les données selon le sexe, l'heure d'arrivée, le lieu de vie et l'orientation sont représentées dans le tableau ci-dessous :

		Total	%	>75 ans	%
		52 018	100,0	6 386	100,0
Sexe	Homme	26 846	51,6	2 547	39,9
	Femme	23 883	45,9	3 772	59,1
Heure d'arrivée	<12h	12 492	24,0	1 738	27,2
	12-16h	13 168	25,3	1 777	27,8
	16-20h	13 168	25,3	1 594	25,0
	20h-00h	8 936	17,2	769	12,0
	00-4h	2 744	5,3	255	4,0
	Après 4h	1 892	3,6	255	4,0
Lieu de vie	Domicile - seul	11 477	22,1	2 395	37,5
	Domicile - non seul	33 324	64,1	2 352	36,8
	Institution	1 367	2,6	804	12,6
Orientation	RAD	39 812	76,5	2 712	42,5
	Hospitalisation	9 172	17,6	3 265	51,1

Note : sexe non renseigné pour 68 patients > 75 ans, et âge non renseigné pour 387 patients au total

Tableau 1 : données nationales de passage aux urgences le 11 juin 2013

Cela a permis de décrire le comportement des personnes âgées dans leur parcours de soins aux urgences. Il en ressort que :

- 85% sont accompagnées, 44% arrivent en taxi ou en ambulance privée, 20% avec les pompiers et 3,5% avec le SMUR,
- 86,2% vivent à domicile,
- 60% ont demandé conseil à un pharmacien ou à un médecin avant de consulter aux urgences,
- les motifs de consultation sont plus variés et moins ciblés traumatologie que chez les moins de 75 ans,
- 75% bénéficient du plateau technique (biologie – imagerie),
- elles arrivent principalement au cours de la journée ce qui est idéal pour une évaluation par l’EMG,
- le lundi et le vendredi sont les deux jours de fréquentation maximale de cette patientèle,
- le mois de janvier est le plus fréquenté et celui de juin correspond au pic de faible passage,
- 37,5% rentrent à domicile et 56% sont hospitalisés (dont 68% en service de médecine générale ou de gériatrie),
- du fait de ce nombre élevé d’hospitalisations et d’examens complémentaires, 60% sont restées plus de 4h aux urgences.

b. Les données locales

- En recueillant les données émanant de l’étude réalisée par la DREES (9), un tableau correspondant aux données de la région Haute Normandie a pu être reconstitué.

Les personnes âgées de plus de 75 ans constituent **9,7%** des passages hauts normands.

		Total	%	>75 ans	%
		1 842	100,0	179	100,0
Sexe	Homme	433	23,5	51	28,5
	Femme	466	25,3	53	29,6
Heure d'arrivée	<12h	489	26,5	42	23,5
	12-16h	295	16,0	16	8,9
	16-20h	87	4,7	ND	ND

	20h-00h	71	3,9	ND	ND
	00-4h	919	49,9	62	34,6
	Après 4h	900	48,9	115	64,2
Lieu de vie	Domicile - seul	361	19,6	74	41,3
	Domicile -non seul	1 205	65,4	50	27,9
	Institution	43	2,3	25	14,0
Orientation	RAD	1 456	79,0	79	44,1
	Hospitalisation	280	15,2	89	49,7

Note : ND : non défini

Tableau 2 : données régionales de passage aux urgences le 11 juin 2013

- Le Havre compte 16 862 habitants ayant plus de 75 ans dont 11 326 femmes. (10)
Ils peuvent être pris en charge dans trois centres de santé dotés de Service d'Accueil des Urgences définis par le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 (11): le Groupe Hospitalier du Havre (GHH) Jacques Monod et deux structures privées : la clinique des Ormeaux et l'Hôpital Privé de l'Estuaire qui réunit depuis 2010 les cliniques François 1^{er} et le Petit Colmoulins.

Cependant, seul l'hôpital Monod est identifié comme un Centre Hospitalier de référence. (12)
Il possède des services de médecine polyvalente ou de gériatrie permettant d'hospitaliser en aval des urgences des patients âgés poly pathologiques.

En ce qui concerne le service des urgences de l'hôpital Monod sur lequel se porte cette étude, 45 365 passages ont été recensés en 2014 contre 36 878 en 2007 (13).

On comptabilise 7 507 passages pour des patients de plus de 75 ans, soit **16,5%**.

Le tableau ci-dessous représente le type de patients ayant consulté sur l'année 2014 aux urgences de l'hôpital Monod et non sur un seul jour, à la différence des données de la DREES.

		Total	%	>75 ans	%
		45 365	100,0	7 507	100,0
Sexe	Homme	23 661	52,2	2 686	35,8
	Femme	21 704	47,8	4 821	64,2
Orientation	RAD	27 414	60,4	2 346	31,3
	Hospitalisation	15 159	33,4	5 104	68,0
	Décès	57	0,13	7	0,09
	Autres	2 735	6,03	50	0,67

Note : « autres » inclut: police, éviction, parti sans attendre, contre avis médical, consultation, non pris en charge.

Tableau 3 : données havraises de passage aux urgences du GHH sur l'année 2014

Les données concernant l'horaire d'arrivée des patients et le mode de vie antérieur n'ont pas été retranscrites dans le tableau ci-dessus.

On remarque une inversion des tendances entre les moins de 75 ans et les plus de 75 ans. Ces derniers sont pour 68% hospitalisés contre 33% pour les moins de 75 ans, et 31% des plus de 75 ans retournent d'emblée à domicile contre 60% des moins de 75 ans.

Comparativement aux données nationales, les urgences de l'hôpital public au Havre reçoivent donc plus de patients âgés qu'en France et le taux de retour à domicile est inférieur. Peut-on expliquer ce résultat par un plus grand nombre de passages de personnes âgées et par une insuffisance de réseau en aval ?

En effet, dans ce contexte de population vieillissante qui consulte aux urgences, l'exercice de l'urgentiste consiste à orienter le patient dans la bonne filière dans un temps réduit et de prévoir ce que la Société Française de Médecine d'Urgence appelle « un retour à domicile organisé » (14) en s'appuyant sur le réseau en aval pour le maintien à domicile.

B. Le réseau havrais en aval

1. Le réseau ambulatoire

a. La population des médecins généralistes au Havre

Le vieillissement de la population va entraîner une forte demande de soins médicaux du fait de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques chez des patients en demande de soins.

La dernière enquête Handicap-Santé auprès des ménages réalisée par l'INSEE en 2008 montre la croissance du nombre de consultations annuelles selon l'âge chez des adultes ne vivant pas en institution. (5)

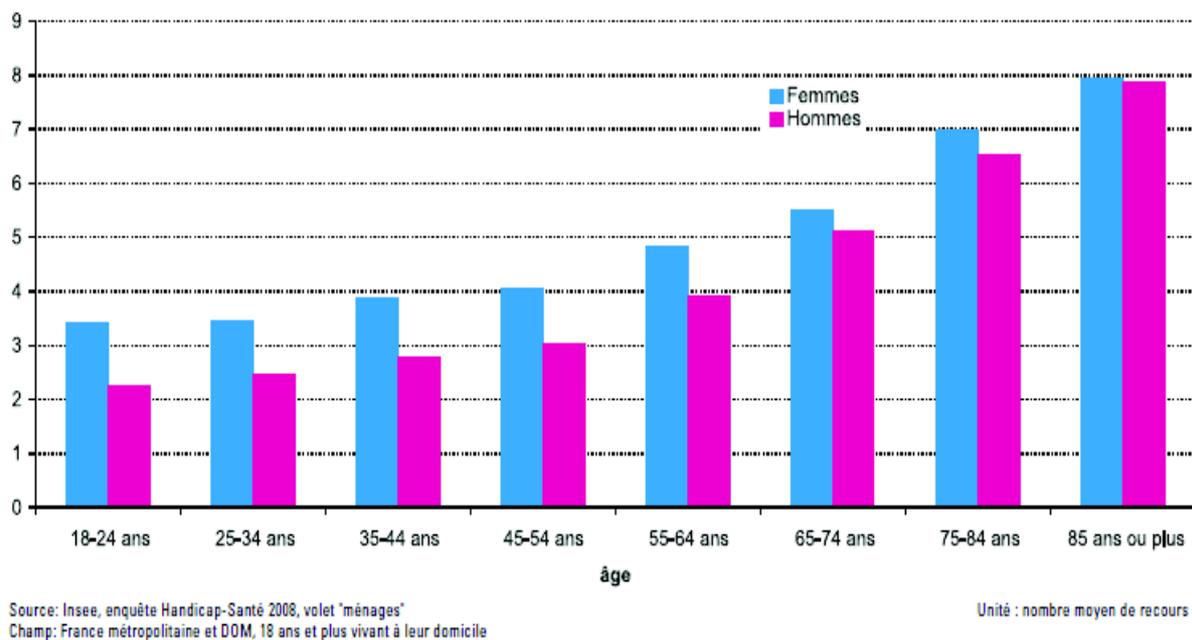


Figure 9 : recours au généraliste déclarés au cours des 12 derniers mois

Or, les prévisions de l'INSEE laissent présager une diminution de la densité médicale déjà constatée depuis 2007, entraînant des difficultés d'accès aux soins avec un pic de faible densité en 2020.

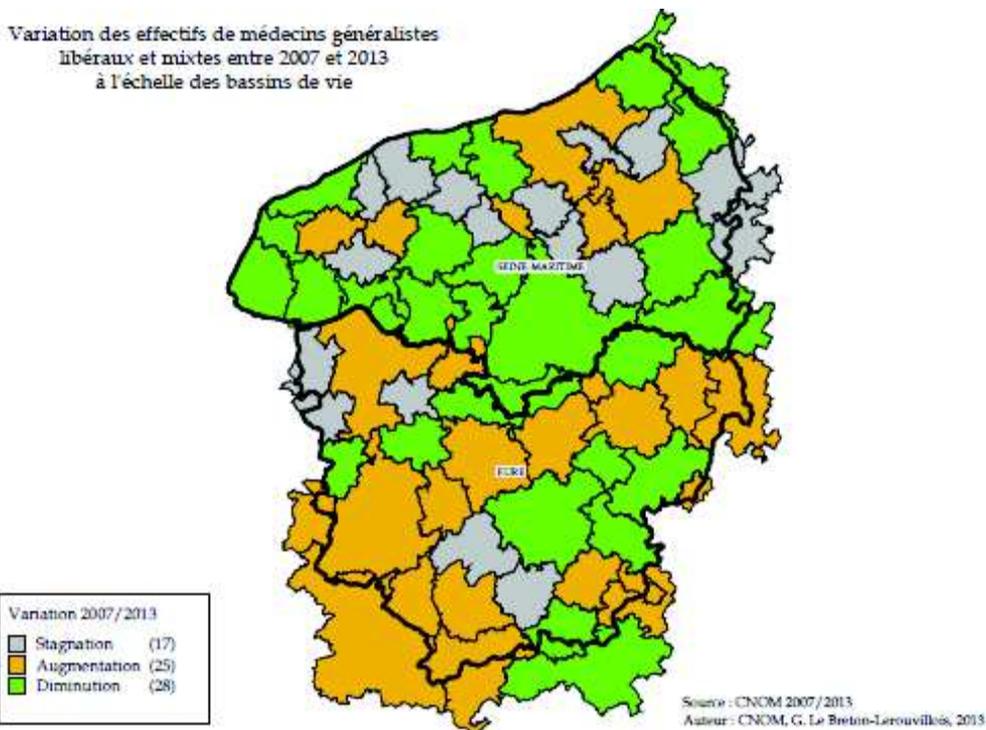


Figure 10 : variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes entre 2007 et 2013 à l'échelle des bassins de vie

- Ceci s'explique par de nombreuses cessations d'activité et peu d'arrivants :
En effet, au 1^{er} janvier 2015, les médecins généralistes inscrits à l'Ordre ont en moyenne 52 ans. 26,7% des effectifs ont plus de 60 ans tandis que seulement 14,8% ont moins de 40 ans. Au niveau régional, en 2015, les médecins généralistes ont en moyenne 53 ans. 30% des médecins ont plus de 60 ans avec seulement 13,8% de moins de 40 ans et 5,8% de remplaçants. (15)
Au Havre, sont prévus d'ici 2017 21% de départs en retraite et théoriquement 5% de jeunes arrivants. (16)

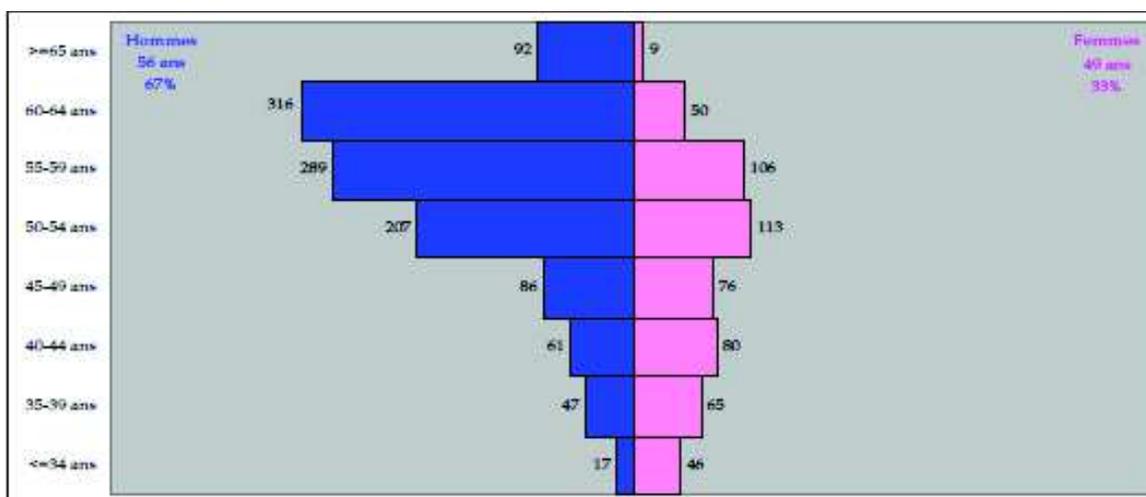


Figure 11 : pyramide des âges des médecins en Haute-Normandie en 2013

- La densité médicale devrait s'améliorer après 2030 avec une féminisation, un rajeunissement de la population médicale et une modification des conditions de travail avec une majoration du travail de groupe. (17)

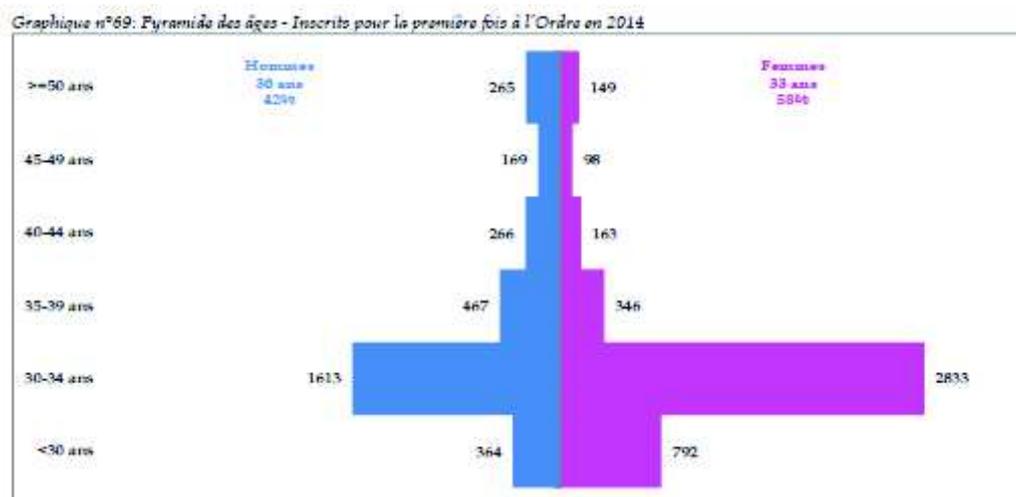


Figure 12 : pyramide des âges des médecins inscrits à l'Ordre en 2014 en Haute-Normandie

- Concernant le nombre de médecins généralistes en France en 2015, 89 788 médecins généralistes sont recensés soit une densité de 13 médecins pour 10 000 habitants.

La Haute-Normandie occupe la troisième position des régions les moins dotées en médecins, quelle que soit leur spécialité au 1^{er} janvier 2015 et comprend 8,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants.

La Seine Maritime comptabilise 1 122 médecins généralistes, soit 72% des médecins Hauts Normands. Cela correspond à une baisse de 11% depuis 2007 avec 8,7 médecins pour 10 000 habitants.

Au Havre, 214 médecins généralistes sont recensés, soit 8,6 médecins pour 10 000 habitants, avec une perte supérieure à la moyenne : 16,7% de médecins entre 2007-2013. (18)

Les données sont regroupées dans le tableau ci-dessous :(18)

	En France	En Haute-Normandie	En Seine-Maritime	Au Havre
Nombre de médecins généralistes	89 788	1 551	1 122	214
Densité /10000 habitants	13,3	8,4	8,7	8,6
Evolution de 2007-2013	-7,4%	-8,7%	-11%	-16,7%

Note : le tableau ci-dessus exclut les retraités actifs.

Tableau 4 : nombre de généralistes et évolution entre 2007 et 2013

- Ainsi, comparé à la population, l'offre médicale sera hétérogène et insuffisante : (16)

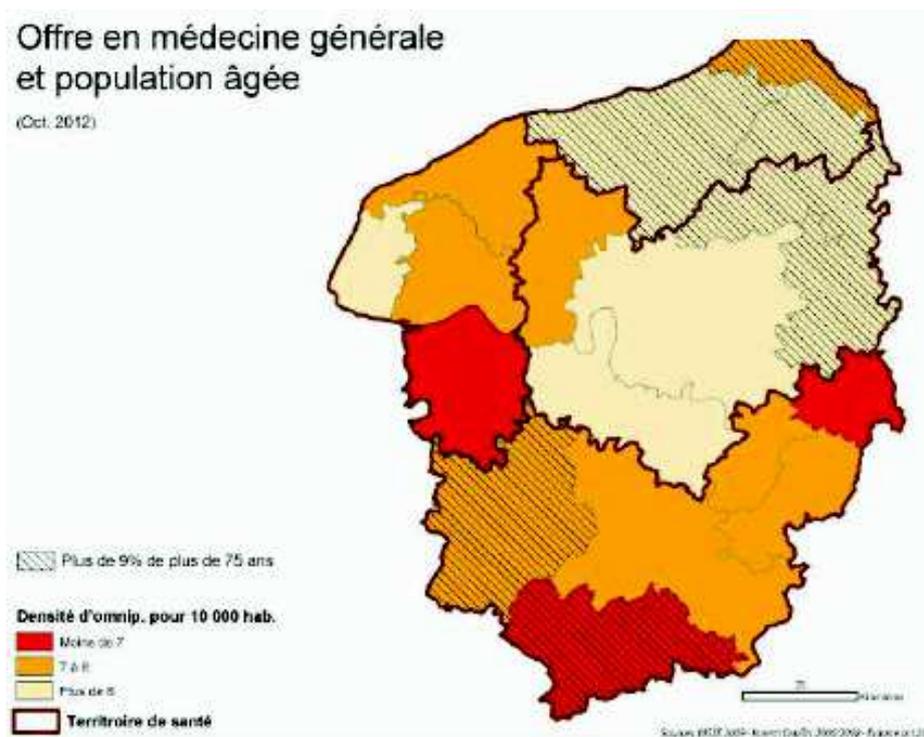


Figure 13 : offre en médecine générale rapportée à la population

b. La population paramédicale havraise

Les différents intervenants paramédicaux peuvent intervenir selon différents modes d'accès :(19)

- L'emploi direct (80%): l'intervenant à domicile est employé et payé par la personne âgée qui assure la totalité des responsabilités et obligations liées au statut d'employeur ainsi que toutes les tâches administratives.
- Le mode mandataire: l'intervenant à domicile est employé et payé par la personne âgée. Ils sont liés par un contrat de travail mais la gestion administrative et organisationnelle se fait via un service mandataire.
- Le mode prestataire: l'intervenant à domicile est employé et payé par le service prestataire qui s'occupe de tous les aspects administratifs et légaux. Il concernera principalement les personnes très dépendantes, GIR 1 ou 2.

Pour financer ces services à domicile, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002, s'adresse aux patients dépendants de plus de 60 ans habitant de façon régulière en France et nécessitant une aide à domicile du fait d'une perte d'autonomie

classée de GIR 1 à 4. Elle assure soit un paiement direct du Conseil Départemental à la personne soit un versement au service prestataire.

Si la personne ne relève pas de l'APA (GIR 5-6), elle peut percevoir des allocations « aides ménagères » versées par sa caisse de retraite selon les conditions préétablies dans le contrat.

Cela concerne aussi bien les intervenants privés que publics :

Les auxiliaires de vie, aides à domicile, aides ménagères :

Ces différentes appellations correspondent au même « Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale » (DEAVS), créé par le décret du 26 mars 2002. (20)

Leurs missions sont d'accompagner la personne :

- dans les actes essentiels de la vie courante : aide à la mobilisation, déplacements, habillage, toilette, alimentation, prise de médicaments (sous couvert d'une prescription explicite du médecin traitant et d'une infirmière coordinatrice),
- dans les activités ordinaires : repas, courses, entretien du logement et du linge,
- et faciliter les activités relationnelles pour stimuler les relations sociales.

Les infirmiers libéraux

Densité : La Seine-Maritime est dotée de 11 525 infirmiers au 1^{er} janvier 2013 avec une densité de 91 IDE pour 10 000 habitants quand la moyenne nationale est de 90 pour 10 000 habitants.

En effet, le solde arrivées/départs est positif avec un gain de 30% d'infirmiers en plus, soit 320 IDE entre 2007 et 2012, dont la moitié a moins de 35 ans.

Les prévisions jusqu'en 2017 restent favorables avec 270 primo installés contre 140 à 180 départs supposés en retraite. (16)

Le Havre connaît également une des densités régionales les plus fortes avec 254 infirmiers soit plus de 9 IDE pour 10 000 habitants et moins de 20% sont âgés de plus de 55 ans.

Répartition : En Seine Maritime, 13% sont libéraux soit 1 473, contre 16% au niveau national. (21).

Missions : Dans une enquête menée par l'ARS Haute Normandie en 2013, les missions des IDE permettant le maintien à domicile des personnes âgées sont réparties de la manière suivante (22) :

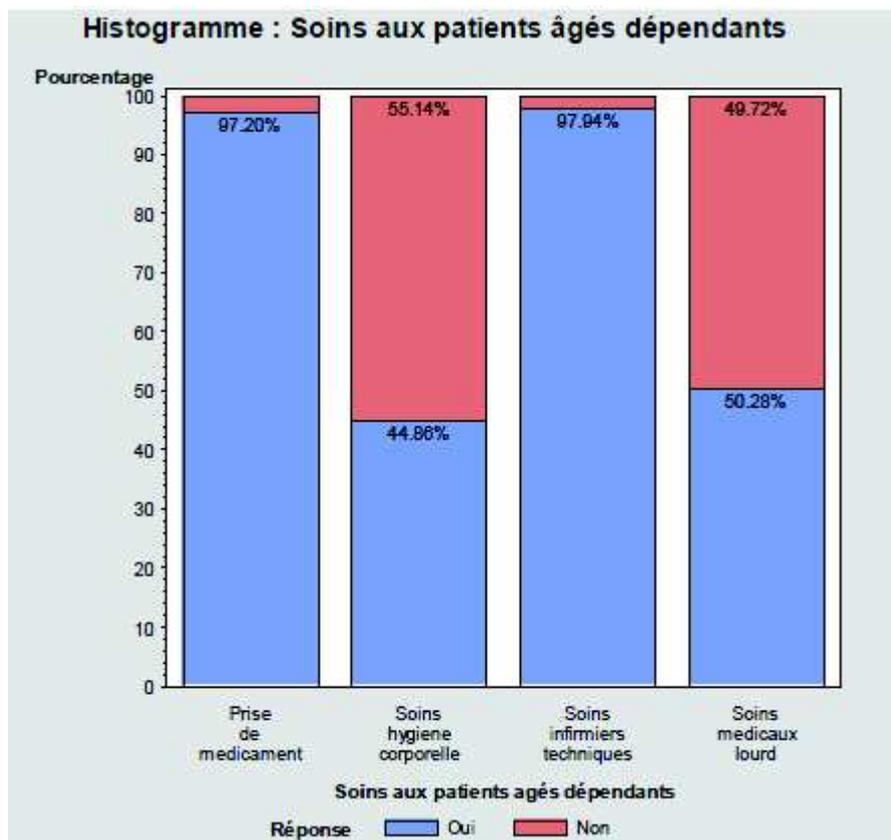


Figure 14 : soins aux patients âgés dépendants

Par ailleurs, les IDE libéraux peuvent collaborer avec le service de soins à domicile (SSIAD) ce qui est le cas pour 69% d'entre eux. (22)

c. Les structures complétant le dispositif local

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- Il s'agit d'un service créé en 1981 géré par un organisme soit public soit privé.

Il assure sur prescription médicale la prise en charge au domicile de la personne de plus de 60 ans, dépendante, ou de moins de 60 ans mais avec un handicap ou une maladie chronique. Il peut également accueillir la personne âgée en établissement non médicalisé.

Il propose des compétences telles que des soins infirmiers et des soins de base (hygiène, habillage, toilette, transfert, prise des repas...).

Sa création est autorisée par l'Agence Régionale de Santé. Son financement est assuré par l'Assurance Maladie sous forme d'un versement forfaitaire versé directement à l'organisme.

L'équipe est majoritairement composée d'aides-soignantes (75%) qui ont un statut de salariées, d'infirmiers, d'aides médico-psychologiques et d'autres auxiliaires médicaux (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue...). Les infirmiers sont très souvent des libéraux ayant passé une convention avec la structure. Cette équipe est sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur.

Les objectifs du SSIAD sont d'éviter les hospitalisations, de prévenir la dégradation progressive de ses bénéficiaires, de retarder un placement et de faciliter le retour à domicile après hospitalisation.

- Le Havre comprend 4 SSIAD :
 - o SSIAD Una solidarité Normande : 120 lits
 - o SSIAD liée à l'EHPAD De Saint Jean : 39 lits + 5 lits de SSIAD d'urgence créées en 2013 (23)
 - o SSIAD Habitat et Soins intégrée à l'EHPAD du Bois de Bléville : 22 lits créées en 2013 (23)
 - o SSIAD Croix Rouge Française : 126 lits

L'hospitalisation à domicile (HAD)

- Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé. Ils assurent des soins médicaux et paramédicaux en alternative à l'hospitalisation pour des patients atteints de pathologies graves, qui, sans ce service, devraient être hospitalisés. Ces soins sont complexes et fréquents donc trop chronophages pour une infirmière libérale. Ils peuvent être demandés par le médecin traitant après obtention de l'accord du médecin coordonnateur de l'HAD. Le médecin traitant conserve la responsabilité du suivi médical du patient. Ils peuvent intervenir en EHPAD mais cela reste encore très marginal.(24)

- En 2010, 10 structures d'HAD, soit 321 places étaient autorisées en Haute Normandie, la situant en 16ème position sur 22 régions. Le Havre comprend deux HAD :
 - o Hospidomi : 30 lits créés en 2005,
 - o HAD de l'Estuaire : 30 lits créés en 2009.

Les réseaux gérontologiques

Trois réseaux de gérontologie permettent le maintien à domicile des personnes âgées :

- Le réseau AG3C à Saint-Romain-de-Colbosc, domicilié au Havre au sein de la maison des réseaux depuis début 2014,
- Le réseau gérontologique du pays dieppois,
- Le réseau multithématique du pays des Hautes Falaises.

L'offre sociale

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) :

Le CCAS est un service administratif qui intervient dans la constitution des dossiers contribuant au maintien à domicile des personnes âgées de la commune.

Celui du Havre a mis en place le Service Havrais d'Evaluation des Risques au domicile des Personnes Agées (SHERPA). Cela permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier du diagnostic gratuit d'un ergothérapeute à domicile et de proposer des solutions d'aménagement simples adaptées aux difficultés ressenties par la personne afin de réduire le risque de chute.

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)

Il s'agit d'un lieu d'accueil et d'information au service des personnes âgées, handicapées, de leur famille ou des professionnels de santé pour les orienter vers les différentes aides auxquelles elles peuvent avoir accès. Il permet aussi d'aider à la constitution des dossiers relatifs au financement des aides.

Leurs missions diffèrent selon le niveau de labellisation :

- le niveau 1 correspond à des missions d'accueil, d'écoute de soutien aux familles,
- le niveau 2 le prolonge avec une mission d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé,
- le niveau 3 permet en plus de mettre en œuvre, de suivre et d'adapter un plan d'aide personnalisé. Il est le support d'un réseau gérontologique.

Celui du Havre, CLIC Pilot'Age correspond à un niveau 3.

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des maladies d'Alzheimer (MAIA)

Née du plan Alzheimer 2008-2012, le but de la MAIA est de simplifier le parcours de soins des personnes âgées en proposant un interlocuteur unique, un « gestionnaire de cas », afin de centraliser tous les différents intervenants nécessaires aux besoins du patient.

Cette coordination transversale, aussi appelée le « guichet intégré » est une approche nouvelle datant de 2013 au Havre, dans le cadre de la promotion du label « bien vieillir » obtenu en 2011.

Les gestionnaires de cas, au nombre de 3 au Havre sous la direction d'un « pilote », Mme Jung. Ce sont des interlocuteurs qui évaluent les personnes âgées, coordonnent les différents services et préparent le retour à domicile du patient.

Ils sont accessibles via une adresse mail maia@lehavre.fr ou un numéro de téléphone - 02.35.19.67.40- permettant le signalement d'une personne âgée en difficulté sur le territoire havrais.

2. Les établissements d'accueil :

a. L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : EHPAD

Un établissement est qualifié d'EHPAD quand il a signé une convention tripartite avec le Département et l'Assurance Maladie lui donnant le droit d'héberger des personnes dépendantes. (7)

Le degré de dépendance de la personne âgée est évalué selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) (25) fondée sur dix variables physiques et mentales (annexe 6).

Les groupes 1 et 2 correspondent aux plus dépendants et les 5-6 aux plus autonomes dans les actes de la vie quotidienne.

Les EHPAD peuvent être des établissements publics (51%), des établissements privés à but non lucratif (28%) ou encore des établissements privés à but commercial (21%).

En 2012, le Havre comptabilisait 3 395 places d'EHPAD soit 32% de l'offre en Seine-Maritime.

L'offre havraise comporte : (26)

- EHPAD publiques : les EHPAD du Groupe Hospitalier du Havre : les résidences du Parc de Sanvic, Rouelles et Pasteur, l'EHPAD de Saint Jean (pavillons les Iris, Jean Hauser, Guillaume Le Conquérant),

- EHPAD à but non lucratif : l'EHPAD la Mare Aux Clercs, l'EHPAD du Bois de Bléville, l'EHPAD Saint Just, l'EHPAD la Roseraie, l'EHPAD Ma Maison,

○ EHPAD à but lucratif : l'EHPAD le Doyenné, l'EHPAD les Jardins d'Elodie, l'EHPAD la Villa Saint Nicolas.

b. L'Unité de Soins Longue Durée : USLD :

Cette unité est destinée à l'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et infirmière constante et des traitements quotidiens. Leur capacité minimale est de 30 lits.

Elle est soumise à des règles de fonctionnement : présence médicale le jour, astreinte la nuit, présence infirmière 24/24h, équipement en fluides (oxygène et vide), accès à un ECG et à des examens biologiques.

Elle est le plus souvent rattachée à un établissement hospitalier.

Le Havre propose :

○ Les Terrasses de Flaubert : 154 lits ouverts depuis 2014 avec 12 places dédiées à un hôpital de jour géronto-psychiatrique.

c. Le soin de suite et de réadaptation gériatrique: SSR gériatrique

La mission de ce service est de prévenir l'aggravation d'une déficience physique ou psychique susceptible d'aggraver une dépendance en assurant la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Par ailleurs, il est en lien avec l'équipe mobile de gériatrie, avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

Il se situe au 3-4-5^{ème} étages du pavillon Soret à l'hôpital Flaubert.

d. Le logement-foyer

Les logements-foyers constituent une formule intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. Ils accueillent des personnes autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant. Les résidents vivent dans des appartements individuels (studios ou F2). Ils ont le statut de locataire et disposent de locaux communs et de services collectifs (restaurant, blanchisserie, animations). Les services d'aide à domicile peuvent y intervenir.

Il en existe neuf au Havre : foyer logement des petites sœurs des pauvres, foyers Hallate, Massillon et Anatole France, résidences Bretagne, Lamartine, Montgeon, Provence et Irène Joliot Curie.

e. L'accueil de jour

L'accueil de jour s'effectue sur une ou plusieurs journées. Il s'agit d'un accueil à destination de personnes fréquemment atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui a pour but de préserver ou de maintenir leur autonomie. Cela permet également de soulager un temps les aidants familiaux.

f. L'hébergement temporaire

Les EHPAD peuvent proposer un accueil temporaire pour les personnes âgées dans l'objectif de soulager momentanément les familles lors d'une indisponibilité temporaire. Cela peut aussi préparer la personne âgée à un hébergement permanent en évitant une rupture avec son environnement.

Ainsi, le vieillissement de la société entraîne plusieurs défis à relever :

- développer des alternatives aux hospitalisations et aux EHPAD en aménageant les conditions du maintien à domicile,
- assurer le suivi médical d'une population poly pathologique par des médecins en nombre décroissant,
- harmoniser l'offre de soins pour une prise en charge transversale des patients âgés.

Pour ce faire, l'Etat a développé des Equipes Mobiles de Gériatrie afin d'aider les généralistes à appréhender les patients âgés dans leur globalité et proposer des solutions face à des maintiens à domicile parfois précaires.

Le but de cette enquête est d'étudier l'efficacité du système mis en place au Havre et la pertinence de son fonctionnement du point de vue des médecins généralistes.

C. Le cadre de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie

1. Le cadre législatif

a. Les antécédents historiques

Pour répondre à la demande croissante de soins des patients âgés, certains centres hospitaliers se sont organisés pour tenter d'apporter des réponses à l'engorgement des Services d'Accueil des Urgences et des services de gériatrie.

Ainsi, en 1992, le CHR d'Orléans a mis en place la toute première équipe mobile de gériatrie. Cette expérience basée sur le bénévolat a duré 7 ans faute de moyens et de postes adaptés.

Les CHU de Grenoble et de Strasbourg ont créé respectivement en 1997 et 1998 une EMG dotée de moyens spécifiques, ce qui leur permet un fonctionnement adéquat.

Plus de 225 EMG sont recensées en France en 2007.

b. Le contexte administratif

Les équipes mobiles de gériatrie ont officiellement vu le jour avec la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.(27)¹

L'annexe 3 de cette circulaire inaugure les EMG chargées de « dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée »

La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 (28)² relative à la filière de soins gériatrique pose les bases de leur fonctionnement.

Ainsi, afin de diminuer les réhospitalisations évitables, leurs missions consistent en :

- « dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique » ciblée sur une population âgée et fragile,
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux,

¹ Annexe III

² Annexe III

- participer à l'organisation de leur sortie en articulation avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »),
- conseiller, informer et former les équipes soignantes. ».

Cette circulaire définit des principes communs aux EMG :

- elle intervient à la demande des médecins hospitaliers pour délivrer un avis consultatif à propos d'une personne âgée mais dont la responsabilité médicale est détenue par le médecin du service demandeur. Elle n'assure donc pas la prescription de thérapeutiques, ou d'exams paracliniques,
- dans le cadre des urgences adultes, son rôle est d'apporter une complémentarité au travail des urgentistes en facilitant l'entrée dans la filière gériatrique, en sécurisant le retour à domicile ou en organisant en aval une évaluation gériatrique,
- elle est constituée au minimum d'un équivalent temps plein médecin gériatre, infirmier, assistante sociale et « doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue »,
- elle doit être adossée à un service de Court Séjour Gériatrique, maillon de la filière gériatrique.

c. Une nouvelle approche : le travail en réseau

L'EMG est incluse dans une filière gériatrique qui comprend donc le court séjour gériatrique, le pôle d'évaluation gériatrique, le SSR, l'USLD et les partenaires extra hospitaliers cités précédemment. Elle permet d'associer les différents acteurs du maintien à domicile afin de coordonner la prise en charge du patient.

L'EMG garantit à tout patient âgé une prise en charge médico-sociale, au moyen d'une évaluation globale. Cela permet soit une orientation rapide du patient soit un retour à domicile dans des conditions sécurisées avec des propositions d'aménagement du domicile.

Ainsi, elle a pour rôle d'être une interface entre la filière gériatrique hospitalière et les intervenants au domicile du patient âgé.

L'adossement à un court séjour gériatrique facilite les entrées directes ou l'organisation de consultations gériatriques spécifiques ce qui assure une continuité des soins pour le patient.

2. Les spécificités de l'équipe mobile havraise

a. La présentation de l'équipe

L'EMG du Havre a été créée fin 2009, sous l'impulsion de la direction de l'hôpital Jacques Monod, pour mise en conformité avec la circulaire DHOS/02/DGS/SD/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et avec la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Cette équipe est depuis rattachée au pôle 3 « ouverture sur la ville », dirigé par le Dr Christian Drieu qui comprend le court séjour gériatrique et l'EMG, les urgences et le SAMU, la médecine polyvalente et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

L'EMG bénéficie d'une dotation appelée Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) (29)³ afin de financer le personnel de l'EMG à savoir :

- 1 Equivalent Temps Plein (ETP) infirmier avec une infirmière dédiée à l'EMG,
- 1 ETP secrétaire,
- 1 ETP assuré par trois médecins gériatres : les Drs Debris, Boulanoir et Lemercier.

Cette équipe est sous la responsabilité du Dr Debris.

Lors de leurs interventions, ils peuvent faire appel aux différentes assistantes sociales des services où ils se rendent. Il n'y a cependant pas d'assistante sociale spécifique à l'EMG.

Soulignons que le financement de l'EMG, du fait de la dotation MIGAC, ne s'effectue pas selon une logique de tarification à l'activité, car leurs actes ne sont pas saisis par le système d'information hospitalier. L'EMG rattachée au pôle « ouverture sur la ville » devient donc une charge pour celui-ci puisque non productive sous l'angle de la tarification à l'activité.

Développer les EMG consiste à passer d'une logique de consommation budgétaire à une logique de création de ressources. (30)

b. L'activité intra-hospitalière en 2014

L'activité intra hospitalière vise à délivrer une expertise suite à une demande d'un médecin hospitalier. Elle représente l'essentiel du travail de l'équipe mobile.

Pour ce faire, l'équipe se déplace en binôme -médecin et infirmière- dans les services demandeurs pour évaluer le patient, son milieu de vie et répondre à la question posée par le médecin demandeur émettant ainsi des propositions. L'évaluation se fait au moyen de fiches

³ Code I02

standardisées (cf. annexe 5). Le bilan d'activité de 2013 a montré que 53,9% des demandes étaient honorées le jour-même et 85,4% le jour-même ou le lendemain de la demande.

En 2014, 767 patients ont été évalués, avec un rapport homme-femmes d'un pour deux :

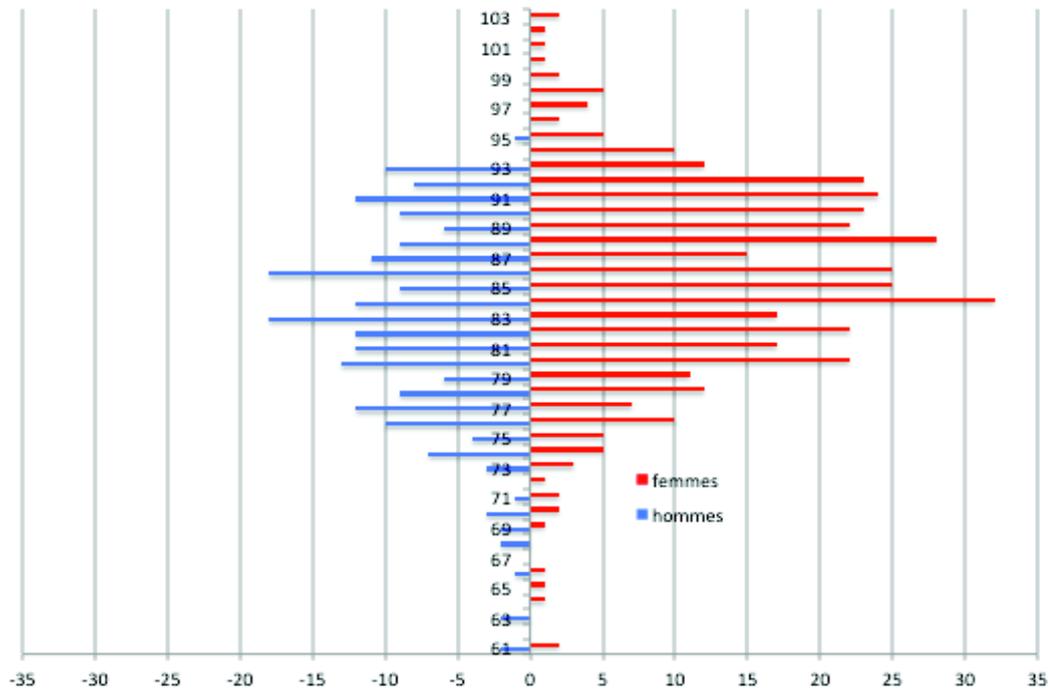


Figure 15 : pyramide des âges des patients évalués en 2014 par l'EMG havraise

Les motifs des avis tous services confondus sont représentés ci-contre :

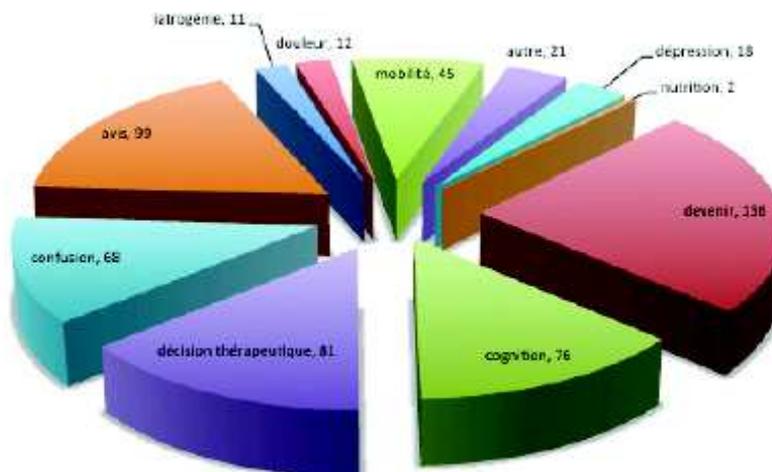


Figure 16 : typologie des évaluations

Avec une évolution entre 2013 et 2014 :

typologie	2012	2013	2014
devenir	39,9%	39,8%	23,9%
cognition	11,5%	14,1%	13,4%
décision thérapeutique	11,5%	13,1%	14,2%
confusion	10,0%	10,6%	12,0%
avis	1,2%	9,0%	17,4%
iatrogénie	5,2%	3,9%	1,9%
douleur	7,8%	2,9%	2,1%
mobilité	3,3%	2,4%	7,9%
dépression	3,0%	1,4%	3,2%
nutrition	0,3%	1,2%	0,4%
autre	6,3%	1,6%	3,7%

Tableau 5 : évolution des motifs d'évaluation entre 2012 et 2014

Par ailleurs, l'EMG réalise une activité de consultations puisque des évaluations gériatriques sont faites par le Dr Lemercier et des consultations bénéfico-risque en oncogériatrie par le Dr Boulanoir.

c. L'activité extrahospitalière en 2014

Quant à l'activité extra hospitalière, gérée par le Dr Debris, elle reste pour le moment minoritaire : 13 patients sur 767 consultés.

Elle est basée sur la visite à domicile de patients après obtention de leur accord :

- les patients âgés fragiles appelant fréquemment le Samu font l'objet d'un signalement et l'EMG en est alertée. Après reconstitution des données administratives et du trajet effectué dans la filière de soins, l'EMG contacte les différents intervenants (dont le médecin traitant), et le patient afin d'organiser une visite à domicile,
- les patients désignés par certains services dont l'évaluation se fait à domicile, tels les patients dialysés,
- tout nouveau détenu âgé de plus de 75 ans incarcéré au centre pénitentiaire de Gainneville bénéficie d'une évaluation d'entrée par l'EMG.

L'EMG n'intervient pas dans les EHPAD qui disposent toutes d'un médecin coordonateur formé à la gériatrie.

Par ailleurs, depuis le 02/07/2012, le GHH a passé une convention avec le CCAS pour développer « l'équipe mobile d'évaluation gériatrique » (EMED). Sous la direction du Dr Vaschalde, des patients à domicile répondant à des critères précis sont évalués :

- plus de 75 ans,
- critères somatiques (deux hospitalisations non programmées à moins de 3 mois, des troubles cognitifs non explorés et non suivis, des troubles comportementaux récents, des chutes répétées, des modifications récentes de pathologies chroniques, une grabatisation récente),
- environnementaux (isolement familial ou épuisement, absence d'aidant professionnel ou plan d'aide inadapté, logement insalubre ou inadapté, absence de médecin traitant),
- sociaux (difficultés financières, maltraitance).

Ceci complète l'offre d'évaluation gériatrique à domicile proposée par le GHH.

3. L'activité spécifique au service des urgences en 2014

a. Les relations avec le service des urgences

L'EMG havraise possède une proximité particulière avec les urgences. En effet, leurs locaux se situent au sein des urgences adultes et l'échange entre les équipes en est facilité. (31)⁴

Le repérage des patients peut se faire soit au staff des urgences le matin, soit suite à un appel des urgentistes pour des patients hospitalisés aux urgences ou en UHCD.

En effet, le lieu préférentiel d'évaluation des patients par l'EMG aux urgences est l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui comporte 8 lits.

Les patients gériatriques y sont systématiquement vus le matin avec l'avantage de ne pas ralentir le flux des urgences. En plus de l'examen clinique et des différents tests gériatriques, une prise de sang (NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, urée, créatinine, CRP, TSH, vitamines B9, B12 et D, bilan hépatique complet) est souvent demandée.

b. La typologie des patients évalués

L'activité de l'EMG aux urgences a constitué **16,5%** de leur activité en 2014 : 127 patients sur 767 avis au total :

	2012	2013	2014
urgences	151	136	127
médecine	306	194	185
gériatrie	19	1	5
réanimation	5	2	4
cardiologie	84	91	118
diabétologie	72	63	73
neurologie	41	8	4
pneumologie	40	21	36
rhumatologie	24	31	28
gastro-entérologie	24	40	43
néphrologie	44	39	53
oncologie	25	13	19
dermatologie	13	9	11
chirurgie	24	51	43
ORL-sto-OPH	6	9	2
gynécologie	4	1	2
psychiatrie	5	0	1
rééducation	1	0	0
domicile	26	12	13
soins palliatifs	0	0	2
<i>total</i>	<i>914</i>	<i>721</i>	<i>767</i>

Tableau 6 : évolution des services demandeurs entre 2012 et 2014

⁴ Page 68

On constate une diminution de leur activité aux urgences en 2014. Cependant, du fait de la sensibilisation gériatrique apportée par l'équipe, une partie des patients fragiles détectés par les urgentistes ont d'emblée été orientés vers la consultation d'évaluation gériatologique.

Les patients évalués sont majoritairement des femmes :

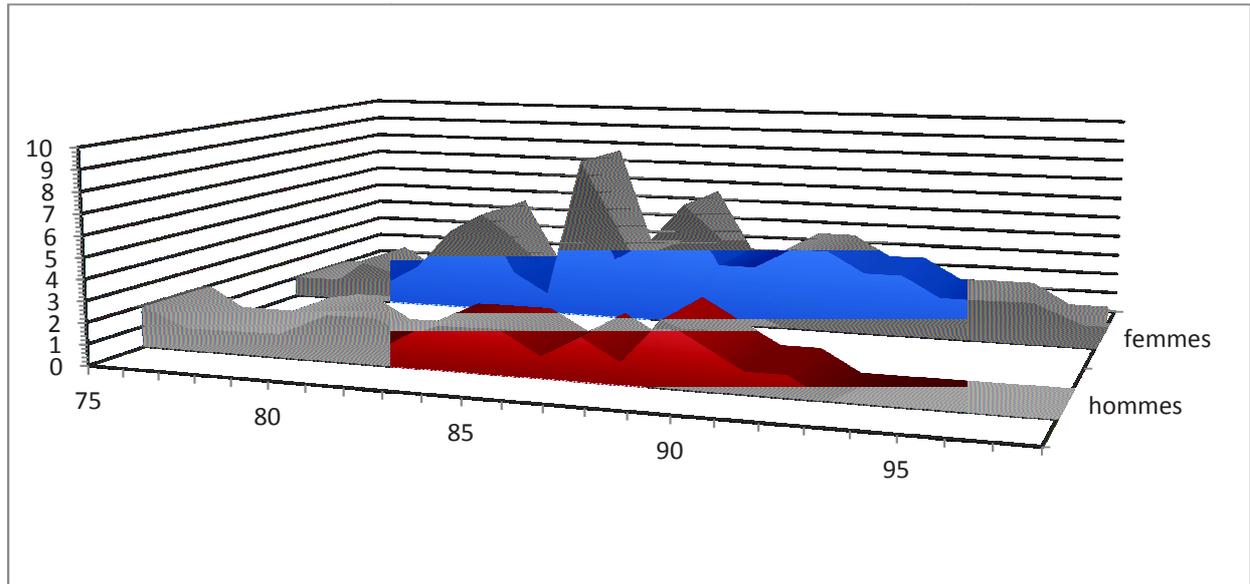


Figure 17 : répartition en fonction du sexe des patients évalués aux urgences

Les motifs d'appels de l'EMG pour les patients aux urgences sont représentés dans la figure ci-contre :

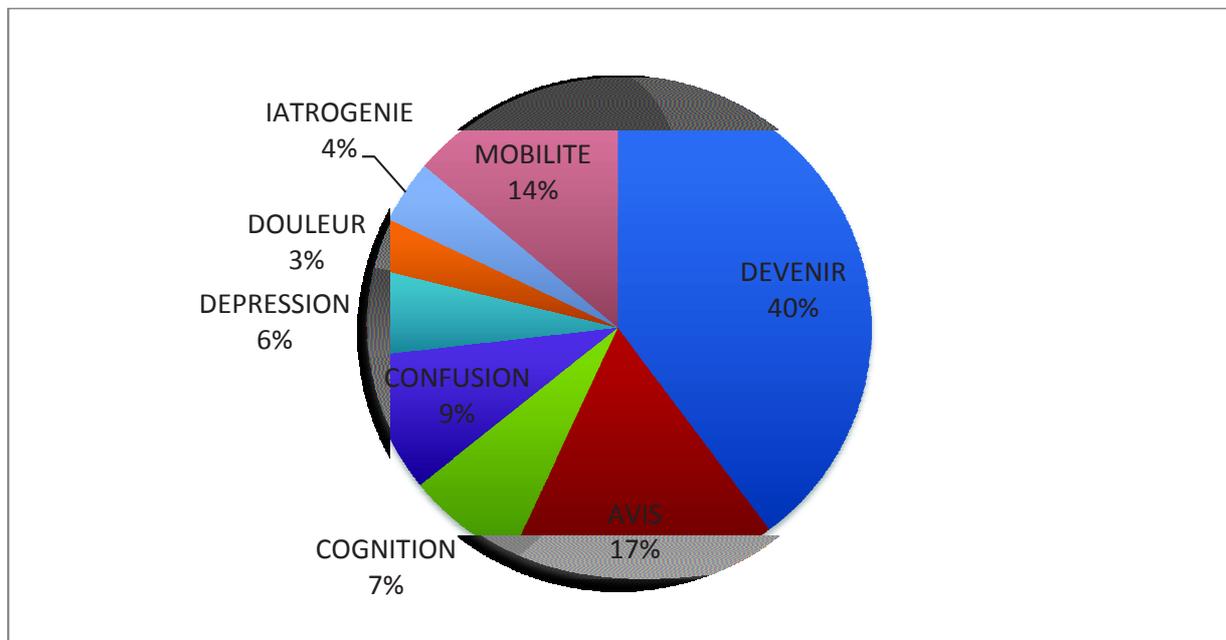


Figure 18: répartition en fonction du motif de la demande d'évaluation

Sur les 127 patients évalués, 59 sont rentrés à domicile soit 46% et 53% des patients ont été hospitalisés avec des facilités d'accès en court séjour gériatrique et en médecine polyvalente :

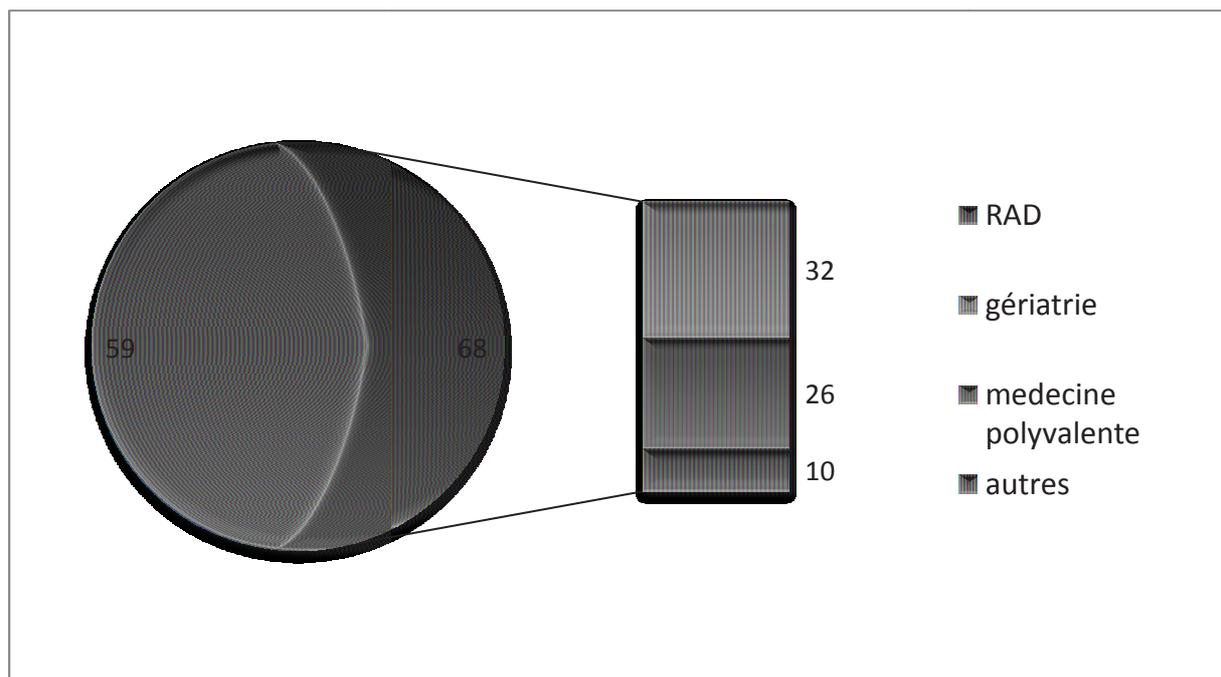


Figure 19 : répartition en fonction de l'orientation

c. L'évaluation gériatrique et la communication avec le médecin traitant

L'EMG réalise une évaluation gériatrique standardisée avec un modèle prédéfini (cf. annexe 5), adapté à la demande et au contexte de prise en charge du patient.

Les informations sont recueillies auprès du patient et le plus souvent, un tiers est appelé, qu'il s'agisse de la famille, du médecin traitant, des services d'aides à la personne, ou des CLIC.

Après chaque prise en charge de patient, un compte rendu est systématiquement réalisé le jour même. Il est disponible dans le logiciel Sillage® pour les services, ou Resurgence® pour les urgences adultes. Celui à destination du médecin traitant est mis au départ du courrier de l'hôpital le jour même.

Par ailleurs, quand les patients sont vus à l'UHCD et qu'un retour à domicile est décidé, le patient sort avec son compte rendu de l'EMG, dont une copie est envoyée au médecin traitant par sûreté.

Il comporte en plus de l'interrogatoire, de la biographie du patient et de l'examen clinique, des propositions et conseils dans la gestion immédiate du patient et dans son orientation intra ou extra-hospitalière.

L'équipe est joignable par téléphone, avec un numéro de ligne fixe – 02 32 73 40 76 – et de portable - 06 76 24 22 44 - et ce, du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Le numéro de portable est rappelé à la fin de chaque compte-rendu adressé au médecin traitant.

Si besoin, des mails peuvent être échangés entre EMG et médecins généralistes, via l'adresse equipe.mobile.geriatrie@ch-havre.fr. Cependant, l'hôpital Monod ne s'est pas encore doté d'un moyen de messagerie sécurisée type Apicrypt® ou MSsanté®.

A. Matériel et méthodes

1. Les modalités de l'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes installés sur le Havre et aux environs.

Un contact téléphonique avec les médecins dans la période du 10 au 15 avril a permis de fixer les rendez-vous aux cabinets des médecins.

L'enquête s'est déroulée du 10 avril au 29 avril 2015.

L'étude s'est faite selon une approche phénoménologique, c'est-à-dire basée sur la compréhension des phénomènes à partir de l'expérience des différents médecins interrogés.

a. Le contexte de l'étude

Le choix du territoire étudié s'est porté sur le Havre et ses alentours car il s'agit de la zone d'habitat des patients âgés pris en charge par l'EMG de l'hôpital Monod, celui-ci étant situé à Montivilliers, commune limitrophe du Havre.

Le mode de fonctionnement local m'a été facilité par mon stage aux urgences adultes de l'hôpital Monod où j'ai été à même de connaître et d'appréhender le travail de l'EMG et par mes deux stages ambulatoires au Havre et alentours.

Par ailleurs, j'ai été amenée à interroger le Dr Hervé Debris, responsable de l'équipe mobile de gériatrie du Havre afin de mieux en comprendre le fonctionnement.

Ces données sont à prendre en compte car une étude qualitative tient aussi du rôle qui est attribué au chercheur et à ses relations avec les participants de l'étude.

b. Le choix d'une méthode qualitative

Au cours d'un travail de recherche de thèse deux méthodes sont applicables : la méthode quantitative et la qualitative.

Ces deux méthodes répondent à des questionnements différents et à des angles de vue complémentaires : la méthode quantitative produit de données chiffrées en réponse à un questionnaire préétabli et fermé, alors que la méthode qualitative offre des données basées sur la compréhension d'un phénomène.

Le but de ce travail de recherche est de comprendre quel est le ressenti des médecins généralistes et quelles sont leurs difficultés éventuelles pour un patient également évalué par l'EMG.

Le choix s'est donc naturellement porté vers une approche qualitative car elle permet de comprendre un phénomène social dans son environnement naturel.

c. Le choix des médecins généralistes.

Le choix des médecins s'est fait en deux temps.

Tout d'abord, j'ai recensé le parcours de soins des 127 patients âgés de plus de 75 ans évalués aux urgences par l'EMG en 2014 pour en extraire les 59 patients rentrés à domicile.

Les critères d'inclusion étaient :

- patient ayant 75 ans ou plus,
- consultation au SAU du GHH entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2014,
- évaluation par l'EMG,
- décision d'un retour à domicile.

Pour ce faire, j'ai obtenu l'accord écrit du responsable du département de l'information médicale de l'hôpital Jacques Monod, le Dr Cepitelli.

Puis j'ai recensé via un tableau Excel® le nom des médecins traitants de ces patients, pour en choisir de manière aléatoire 32.

Ainsi, le but était d'avoir une population de médecins traitants qui ont tous en commun d'avoir eu un contact avec l'EMG en 2014.

Parmi ces médecins, un a refusé l'entretien, par manque de recul et par inexpérience dans ce domaine, ayant pour clientèle une population de femmes jeunes et d'enfants.

3 médecins ont pris leur retraite entre 2014 et le moment de mon appel.

Ainsi sur 28 médecins potentiels, 15 médecins ont accepté l'interview, dont 6 maîtres de stage.

Les caractéristiques de ces médecins sont regroupées dans le tableau n°1.

MT	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Orientation
1	homme	58	Le Havre, Gravelle	libéral, seul	médecine générale
2	homme	62	Le Havre, Gravelle	libéral, cabinet de groupe	médecine générale
3	homme	55	St Romain de Colbosc	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, maitre de stage, EHPAD crèches
4	homme	60	Le Havre, Sanvic	libéral, cabinet de groupe	médecine générale
5	homme	55	Le Havre, Bléville	libéral cabinet de groupe	médecine générale
6	homme	62	Le Havre, centre ville	libéral cabinet de groupe	médecine générale,
7	femme	44	Le Havre, Sanvic	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, addictologie
8	homme	62	Le Havre, Sanvic	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, maitre de stage
9	homme	60	Le Havre, Bléville	libéral, seul	médecine générale
10	homme	48	Fontaine la Mallet	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, maitre de stage
11	homme	56	Le Havre, Mont Gaillard	libéral, seul	médecine générale, maître de stage
12	femme	39	Le Havre, Centre Ville	libéral, cabinet de groupe	médecine générale
13	homme	40	Le Havre, Mont Gaillard	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, maitre de stage
14	femme	52	Montivilliers	libéral, cabinet de groupe	médecine générale, maitre de stage, enfants handicapés
15	homme	60	Le Havre, Sainte Cécile	libéral, cabinet de groupe	médecine générale

Note : MT : Médecin Traitant

Tableau 7 : caractéristiques des médecins interrogés

Les médecins ont été entendus jusqu'à saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce que le dernier entretien n'apporte plus d'idées nouvelles.

Le nombre d'entretiens nécessaires s'est ainsi porté à 15.

d. Le choix d'un entretien semi dirigé

Lors d'une étude qualitative, plusieurs types d'entretien peuvent avoir lieu lors du recueil de données : libres, semi-dirigés et en focus group.

Le choix s'est porté sur un entretien individuel et semi-dirigé pour que le médecin se sente libre de s'exprimer sans le regard de ses pairs.

L'organisation des entretiens individuels a été par ailleurs simplifiée, compte-tenu de la charge actuelle de travail des médecins.

e. Le recueil des données

Ainsi, les entretiens se sont déroulés sous forme d'entretiens semi-dirigés.

L'implication était totale, étant à la fois le chercheur et l'intervieweur.

Les entretiens ont eu lieu sur une période de 19 jours, sur le lieu de travail des médecins, conformément à leur demande.

Tous sauf un ont donné leur accord pour un enregistrement sur support numérique et les interviews ont duré entre 20 et 36 minutes.

2. Le guide d'entretien

Il a été conçu à partir des données de la littérature sur le sujet, dans le but de répondre aux objectifs fixés.

Il se découpe en 4 grandes parties :

- la connaissance du fonctionnement de l'EMG,
- les difficultés rencontrées après la sortie du patient des urgences,
- les relations entre les médecins traitants et l'EMG,
- les perspectives d'amélioration, relationnelles et de prise en charge des patients.

Ce guide a été modifié après le premier entretien, afin de mieux l'adapter aux types de réponses recherchées et de rendre les questions plus ouvertes. Il est disponible en annexe 1.

3. L'analyse des données

Pour cela, les différentes étapes (familiarisation, identification d'une thématique, indexage, création d'un tableau, retranscription) décrites par C. Pope ont été respectées. (32)

a. Entretiens retranscrits

Les entretiens ont été intégralement retranscrits par écrit, sur fichier Word®, le jour même de l'interview. Seuls les propos verbaux du médecin interrogé ont été réécrits.

Les données ont été ensuite relues à plusieurs reprises afin de s'en imprégner et d'en dégager les principaux thèmes.

b. Identification des thèmes

Quatre grandes thématiques ont pu être mises en avant :

- les spécificités du patient âgé pour le médecin généralistes,
- le patient âgé aux urgences,
- l'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie aux urgences,

- les propositions des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMG havraise.

Au sein de ces grandes thématiques, chaque principale idée a été traduite en thème intermédiaire.

Par exemple, pour le thème "spécificités du patient âgé pour le médecin généraliste", on retrouve trois thèmes intermédiaires : « mode d'exercice du médecin généraliste, la prise en charge du patient âgé et les difficultés du maintien à domicile pour le médecin généraliste ».

Chaque thème intermédiaire comporte des sous-groupes appelés "codes". Le thème intermédiaire "mode d'exercice du médecin généraliste" comporte comme codes: « type de pratique médicale, réseau gériatrique, formation gériatrique, ressenti du médecin traitant ».

Le tableau d'encodage a été réalisé grâce à un tableau Excel® joint en annexe 2.

B. Résultats

1. Les spécificités du patient âgé pour le médecin généraliste

a. Le mode d'exercice du médecin généraliste

Le type de pratique médicale

Le médecin généraliste lorsqu'il exerce seul ressent à la fois la **solitude du libéral** :

« Exercice en solo », « En ville, on vit chacun de son côté et c'est tout »,

« On est relativement seul dans un cabinet de ville, et plus la communication se fait avec les autres médecins, mieux c'est ».

Mais aussi le **manque de communication** avec les médecins hospitaliers:

« Malheureusement les interactions entre l'hôpital et la ville, la complémentarité et la synergie ne sont pas fréquentes ».

Les **visites à domicile** correspondent pour ces médecins exerçant en solo à un lien social :

« Les visites à domicile, j'en fais de moins en moins ce qui est dommage parce que ça permettait de voir les personnes âgées dans leur environnement, et puis surtout ça me sortait ».

Le réseau gériatrique

Le médecin traitant est au cœur d'un **réseau informel**, créé au fil de l'expérience :

« Donc, j'ai organisé le maintien à domicile, j'ai téléphoné à tous les organismes que je connaissais », « Et puis j'ai le téléphone portable du médecin donc j'y arrive », « Et le réseau informel, ça marche mieux, parce que les secrétaires sont surbookées et que quand on appelle, on cherche le médecin partout et généralement on ne le trouve pas ».

Avec cependant des **lacunes** ressenties dans ce réseau, source de difficultés au quotidien :

« Là, j'avoue que c'est assez complexe, je me débrouille un peu comme je peux, je leur dis de voir l'assistance sociale », « Après, je pense que les associations d'aide à domicile ont leur propre réseau d'assistantes sociales, non ? », « Mais j'avoue que ce n'est pas moi qui les contacte non plus », « Et même 30 ans après, je m'aperçois que j'ai toujours pas le bon réseau et les bons intervenants, un carnet d'adresses pas suffisamment développé ».

Avec pourtant l'**hôpital** Jacques Monod comme **principal interlocuteur** au Havre quant à une prise en charge gériatrique :

« Et puis, au Havre il n'y a pas de concurrence des cliniques, où on demande des choses très précises et très peu de gériatrie ».

La formation gériatrique

Les médecins ont une **expérience pratique** de la gériatrie :

« C'est sur le terrain qu'on découvre les personnes âgées », « Je cherche si je suis passée en gériatrie, mais même pas », « La gériatrie a toujours été le parent pauvre de notre formation », « La gériatrie, c'est une spécialisation comme une autre, on n'est pas forcément formés pour, on apprend des choses avec de la bouteille ».

De ce fait, l'**évaluation gériatrique standardisée** est peu réalisée du fait d'un manque de temps et d'expérience :

« Mais l'EGS encore avec du temps et une expertise gériatrique, ça pourrait être fait, après on n'a pas le temps nous de le faire en cabinet », « Malheureusement, on n'a pas le temps et on a tout le reste à gérer », « Quand on veut faire des bilans qui tiennent la route, il faut adresser à des gens compétents, qui ont le temps et qui connaissent les outils qu'ils utilisent », « On a un manque de temps, on va peut-être un peu trop vite », « On n'a un problème de temps, on ne fait pas toujours ce qu'il faudrait et parfois on ne règle pas tous les problèmes ».

C'est pourquoi elle nécessiterait une **consultation dédiée** et spécifique, jugée peu pratique en médecine générale :

« Pour le faire, il faudrait que je dise aux patients qu'ils ne viennent que pour ça ».

Le ressenti du médecin traitant

Le médecin traitant, bien que référent du patient, se sent **délaissé** des décisions médicales prises en milieu hospitalier :

« Qu'on soit concertés et que nous, on ait notre mot à dire », « on se sent souvent mis de côté ».

Point soulevé par de nombreux généralistes et considéré comme **récurrent** dans le temps :

« C'est terrible, c'est comme ça et on en est toujours au même point depuis des années ».

Avec encore une notion de **hiérarchisation** avec les médecins hospitaliers :

« Parce que l'avis d'un généraliste, des fois on passe un peu pour des... on n'est pas des spécialistes quoi, alors que quand un médecin de l'hôpital le dit... ».

b. La prise en charge du patient âgé

En consultation : les singularités des patients âgés

Une consultation gériatrique ou une visite à domicile est perçue par le médecin comme étant **longue** :

« Déjà que ça nous prend beaucoup de temps une personne âgée, entre l'interrogatoire et l'habillage déshabillage... », « C'est vrai que c'est lourd parce qu'on n'a pas une heure à passer au domicile du patient âgé ou alors on termine à minuit ou alors les autres visites on ne les fait pas ».

Avec une patientèle **poly pathologique** :

« Quand ils viennent, ils viennent pour le diabète, l'HTA, les rhumatismes, donc dans une consultation on ne gère pas qu'une pathologie ».

Avec bien souvent une **pression familiale** et une écoute nécessaires :

« La famille aussi, quand elle commence à avoir un peu peur des situations, il faut pouvoir les gérer et il faut être à la hauteur ».

Tout en sachant que le médecin se doit d'informer ses patients mais également de respecter leur volonté et ainsi de faire des **compromis** :

« Et bien souvent on tolère des situations un peu à risque », « C'est difficile d'imposer, la frontière n'est pas évidente, alors on accepte de laisser les choses telles qu'elles sont sans faire d'évaluation, on ne peut pas les forcer à recevoir des aides ou une EGS ».

L'organisation du domicile

Le médecin généraliste doit pouvoir conceptualiser le patient âgé dans son **environnement** pour pouvoir adapter ses propositions :

« La maison qui n'est pas adaptée du tout, il y a plus de place, pour un déambulateur, il y a des tapis », « et ça permet de voir s'ils peuvent rester dans leur univers, parce que les gens, ils ne s'imaginent pas 30 secondes comment c'est en vrai, les fausses marches, les cuisines ».

Il a également un rôle d'organisation du domicile et d'**instauration des aides** :

« Donc j'ai organisé le maintien à domicile », « Alors quand les familles m'amènent le dossier d'APA, je me dis « ah c'est vrai, ça n'a pas été fait », «il y a peut-être des soins à faire en plus, ou des prises en charge à faire sur le plan social, parce que bien souvent aussi ce sont des gens qui sont isolés, donc il y a des choses à mettre en place, qu'il y ait un correspondant qui organise sur place, le retour, l'organisation de la vie à la maison, pour éviter aussi des hospitalisations ».

D'autant plus en **relai de l'hôpital** :

« Pour organiser rapidement le suivi, c'est bien de savoir où ils sont », «L'hôpital fait son travail et après il renvoie la balle à l'extérieur, en libéral, et après c'est au médecin traitant de prendre une raquette et de rattraper le coup ».

Les différents rôles du médecin pour les patients âgés

Le médecin généraliste a envers le patient âgé plusieurs **fonctions** :

Le médecin a bien évidemment un **rôle explicatif** étant plus proche du patient :

« Le médecin généraliste doit leur expliquer les tenants et les aboutissants ».

Mais également un **rôle social** notamment lorsque le patient est isolé :

« Quand la personne âgée est seule et qu'il n'y a pas quelqu'un qui peut prendre les choses en main, ce n'est pas simple, il va falloir s'en occuper, prendre le rendez-vous », «C'est un rôle social, mais ce n'est bien souvent pas mis en place avant que les gens ne sortent »

Ou encore celui de **coach** et d'élément motivateur pour la réalisation du suivi médical :

« Oh il y a un laisser-aller de tout ça et surtout, il faut les coacher de plus en plus à tout point de vue, il faut tout leur faire, c'est ça qui devient dur ».

c. Les difficultés du maintien à domicile pour le médecin généraliste

La prise en charge à anticiper

Le maintien à domicile requiert une **expertise tant médicale que sociale**, nécessaire au médecin :

« Là, j'avoue que c'est assez complexe, je me débrouille un peu comme je peux ».

Avec un enjeu particulier : savoir détecter et **anticiper** le moment où l'instauration des aides à domicile permettra le maintien du patient dans son environnement :

« Mais s'ils en parlent pas trop on n'aborde pas le sujet, souvent on s'aperçoit trop tard qu'il n'y avait pas d'aide », « Ce que j'aimerais, c'est en fait quand on est à domicile, qu'on voit la situation qui se dégrade, c'est à ce moment-là que j'aimerais qu'ils interviennent », «Le fait qu'il y ait un gériatre aux urgences c'est bien, après si les patients arrivent là, c'est qu'on aurait dû anticiper, c'est qu'on aurait dû faire les demandes 2 ans auparavant ».

Avec un niveau de difficulté supérieur lorsque le **médecin doit aussi être l'aidant** :

« J'ai l'impression que le maintien à domicile est possible quand il y a des aidants, mais moi tout seul je ne peux pas tout assumer ».

Sachant que la **subjectivité** de la relation médecin-malade peut fausser le jugement du médecin :

« Nous on a la tête dans le guidon, on les connaît un peu trop et on est peut être un moins vigilant sur des petites choses qu'on a un peu négligé », «Voilà, il y a pleins de trucs, c'est tout bête, mais bien souvent on n'est pas assez vigilants à ça ».

L'organisation des aides au domicile

Bien souvent, le médecin est confronté à une **insuffisance de structures d'aides** :

«Pour le maintien à domicile, c'est l'organisation médico-sociale qui est la plus difficile à mettre en place », « Il n'y en a pas d'aides, donc bon, il n'y a pas beaucoup de structures d'accueil ».

Conférant au médecin un sentiment d'**impuissance** :

« Parce que soyons honnêtes, comment je pourrais m'exprimer, on ne sait plus où les mettre nos patients âgés », « Donc on ne sait plus quoi en faire, où les placer », « Mais voilà, je ne peux pas la prendre dans ma chambre d'amie ».

Variable cependant selon les quartiers :

« En ville, on a plus besoin des soins infirmiers et des kinés, mais ici sur Gravelle, ça se passe bien, je n'ai pas trop de soucis », « Pour le maintien à domicile, on a quand même des structures qui marchent plutôt bien type Domidom ou Adhap services, ils ont du personnel compétent, ils sont réactifs, non pas de gros problèmes, mais c'est pareil, ces gens-là je les connais ».

Avec souvent un **manque de coordination** entre les différents intervenants :

« Ce sont des organismes lucratifs, sans aucune coordination entre les organismes, entre moi et eux, entre l'hôpital et eux, on est dans la merde parfois, et ce n'est pas évident ».

L'organisation du maintien à domicile étant **chronophage** pour le médecin :

« J'ai dû tout organiser en urgence et elle m'a pris au moins une bonne heure cette visite-là », « On n'a pas le temps, on n'est pas prêts, on fait déjà au minimum 60h par semaine en moyenne, on ne sait pas où les mettrai, ou on serait curés ».

La pénibilité administrative

Le médecin fait part de la **lenteur administrative**, rendant parfois le maintien à domicile du patient âgé précaire :

«Parce que les aides et tout, il faut d'abord les remplir les documents, que ça parte à Rouen, puis il y a une commission, il y a une certaine inertie dans tout ça et c'est long », « La mise en place des aides, c'est long, c'est laborieux ».

Notamment pour les **demandes d'APA** :

« Il y a des démarches administratives, avant qu'il y ait une enquête sur place avec la dame de l'APA puis elle transmet le dossier », «Avant qu'il y ait une décision qui soit prise positive ou pas d' ailleurs, il y a des délais avant que les gens aient vraiment quelqu'un à domicile ».

Le médecin traitant n'acceptant pas son **rôle de gestionnaire de cas** :

« Après l'organisation de ça, c'est vrai que ce n'est pas facile pour nous, qu'on est là pour faire du suivi, pas pour organiser ».

Les difficultés rencontrées avec l'hôpital Monod :

Concernant la **prise en charge médicale** stricto sensu :

« Je trouve qu'en gériatrie et surtout à Monod, il n'y a pas de vision globale du patient, on n'appelle jamais le médecin pour savoir pourquoi il a mis ça », « Et les gens rentrent chez eux, et on m'appelle vendredi soir à 20h parce qu'en fait il n'y a plus de traitement anti arythmique, plus de PREVISCAN, il y a beaucoup de bugs », « J'ai aussi l'impression que les internes sont tous seuls, livrés à eux même, ce n'est pas une question d'incompétence ».

La **non anticipation des retours à domicile** est un problème récurrent pour les médecins traitants :

« On laisse sortir les gens, mais il y a rien de prévu, qui va s'occuper de la toilette, des courses, du ménage ? », « Et le relai en ville n'est pas encore tout à fait organisé », « Genre les fameuses sorties du vendredi soir; j'ai l'exemple très précis d'une patiente qui est sortie, c'est son petit fils qui s'en occupe, on l'appelle à 15h pour lui dire : 'elle sort dans une heure', et lui : 'mais comment je vais faire, je travaille', et donc elle est rentrée à la maison, sans rien dans son frigo, sans infirmière, sans traitement ».

Avec une demande d'explications concernant les **modifications thérapeutiques** :

« Les décisions qui ont été prises ne sont pas d'une limpidité formidable », « Les changements de traitement ne sont pas documentés, donc on ne sait pas pourquoi ils ont changé les traitements qu'on a parfois mis du temps à trouver et à adapter ».

Ce qui correspond à un **manque de relai d'informations** ville-hôpital :

« Et puis, il n'y a aucun contact », « On ne peut pas dire que l'histoire est finie quand les patients ressortent », « Et tout est fait comme ça, mais je crois qu'il n'y a pas de projection de ce qui est fait en ville, on est protégés par une bulle, par l'institution de l'hôpital ».

2. Le patient âgé aux urgences

a. Les spécificités de la personne âgée

La notion de fragilité

Les médecins traitants ont bien conscience des difficultés inhérentes aux personnes âgées du fait de leur **fragilité** :

« Ce n'est qu'au cours d'une chute, d'un événement intercurrent brutal, qu'on est confronté au maintien à domicile difficile », « Parce qu'après quand il y a une perte d'autonomie, c'est vite fait, ils finissent à l'hôpital et on entre dans une autre phase ».

Surtout si **un isolement social** s'y ajoute :

« Quand la personne âgée est seule et qu'il n'y a pas quelqu'un qui peut prendre les choses en main, ce n'est pas simple, il va falloir s'en occuper, prendre le RDV, mais après qui fait la médiation pendant la consultation? ».

Le déni de la perte d'autonomie

Certains patients présentent un **déni de leur situation** :

«Ils sont très charmants, mais ils ont un déni de leur dégradation, de leur perte d'autonomie progressive ».

Devenant alors des patients à **convaincre** avec diplomatie :

« On est assez démunis, parce que les patients ne sont pas très motivés pour aller en consultation avec le neurologue ou le gériatre », «On est embêté par leur refus à être aidés, des refus qui sont difficiles à franchir », « Bon après, il y a aussi les gens qui ne veulent pas, soit les familles, soit les personnes âgées, qui ne veulent personne et qui les foutent dehors, les aidants ils n'en veulent pas ».

L'exigence de soins

D'autres ont une **exigence de soins** et de poursuite des traitements :

« Ils veulent continuer à prendre leurs statines, à avoir des scanners... », « Ils y tiennent à leur traitement, même si ce n'est plus utile ou d'actualité ».

Ce qui fait évoquer un **refus de la mort** des patients :

« Et les personnes âgées aussi changent, elles n'acceptent plus de mourir comme autrefois, parce qu'il y a des nouveaux moyens, de nouveaux traitements... ».

Le maintien à domicile

Le maintien à domicile est aussi bien voulu par les **politiques de santé** actuelles :

« Mais c'est un choix de la société, si on n'a plus les moyens de les hospitaliser, il faut pouvoir les laisser à la maison ».

Que par le **patient** lui-même :

« Dès que les problèmes sont réglés, on les remet dans le circuit, chez eux, parce que c'est ce qu'ils veulent d'ailleurs ».

Avec un **enjeu économique** indéniable :

« Parce que 15 jours à l'hôpital c'est la Sécu qui paye, à la maison ce n'est pas pareil », « Mais bon, tant que c'est payé par la collectivité, les gens ça ne le gêne pas ».

b. Le patient âgé aux urgences

Les motifs d'admission vus par les médecins traitants

Les médecins traitants interrogés avouent envoyer leurs patients âgés aux urgences quand ils sont face à une situation de **maintien à domicile difficile** :

« Quand je les envoie, c'est qu'il faut faire un placement », « Quand le maintien à domicile difficile est évoqué », « Quand je suis face à une altération de l'état général, à des chutes à répétition et face à des motifs pour lesquels il y a plusieurs étiologies », « Difficultés pour le maintien à domicile et parfois des troubles cognitifs qui empêchent de les laisser seuls à la maison ».

Ou qu'ils ont besoin du **plateau technique** disponible aux urgences :

« Parce que nous on est bloqués souvent, est ce que la patiente a une fracture ou autre, mais après comment on la transporte, dans combien de temps et qui l'accompagne ».

Ce qui est conçu comme un **échec de prise en charge** par le médecin traitant :

« On les envoie aux urgences un peu en catastrophe et c'est pour moi un certain sentiment d'échec », « Je craignais qu'on ne fasse une hospitalisation en catastrophe en aigu », « Parce qu'arriver aux urgences, c'est déjà une situation d'échec, c'est qu'on y arrive plus à les maintenir, on n'a pas la réponse de l'APA ou de je ne sais pas quoi et on est coincés », « Mais le problème, c'est qu'on est arrivés au bout du bout et c'est un échec pour nous de les envoyer aux urgences ».

Bien conscients de la **cassure dans le schéma de fragilité** :

« Parce qu'après quand il y a une perte d'autonomie, c'est vite fait, ils finissent à l'hôpital, il y a une chute, ils ne sont pas bien, ils passent la nuit par terre, ils sont surinfectés, dénutris et on entre dans une autre phase ».

Le ressenti de la personne âgée

Le passage par les urgences est pour les personnes âgées une **perte de repères** :

« La personne âgée est souvent perdue aux urgences », « Les gens âgés qui arrivent aux urgences, ils sont déjà stressés parce qu'ils arrivent dans un milieu inconnu et qu'on leur a dit qu'ils allaient être hospitalisés », « C'est encore un autre problème, d'envoyer les gens en dehors de chez eux alors qu'ils ne veulent pas, mais ça, c'est une question de négociation ».

Avec souvent une **incompréhension** de ce qui est fait ou mis en place :

« Le vécu que j'ai de ce que vivent les patients à l'hôpital, c'est que personne ne leur explique rien, ou alors qu'elles n'y comprennent rien ».

Ce qui est renforcé par les difficultés de transmission de données, d'où l'intérêt d'un **dossier médical** laissé **au domicile** du patient :

« Moi, tous mes patients âgés ont un compte rendu annuel sur eux, avec les derniers comptes rendus et examens, de façon à ce que ça ne soit pas le bazar s'ils sont hospitalisés en urgence ».

c. Les conditions du maintien à domicile :

Les aidants familiaux

Les aidants familiaux sont le **pilier** d'un maintien à domicile réussi :

« Le pilier, c'est la famille, et puis après le reste s'agrafe dessus, mais il faut le tronc », « J'ai l'impression que le maintien à domicile est possible quand il y a des aidants ou quand le conjoint est suffisamment valide », « On sait parfaitement que c'est la qualité de l'environnement qui permet de les laisser à la maison ».

Car ils ont un rôle aussi bien dans l'**organisation** et le recrutement des aidants professionnels que dans les démarches non médicales :

« La famille entre deux a le temps de s'occuper de trouver une infirmière, un kiné », « J'avais besoin de faire un bilan et il n'y avait pas d'accompagnant », « Qu'il y ait une famille derrière qui assure un certain degré de coordination », « Il y a pleins de boulots annexes qui ne sont pas des compétences des équipes médicales ».

Avec un risque d'**épuisement** des aidants :

« Après à domicile, ce n'est pas toujours évident non plus », « Pour un aspect médical et psychologique, il faut que les aidants tiennent le coup », « Epuisement de

l'entourage », «Avec la famille aussi qui quand elle commence à avoir un peu peur des situations, ça permet de calmer la situation, parce que les familles quand elles comprennent les choses, ça va ».

Et de **diminution de l'implication** ou de gestion des **week-ends** notamment :

« Sauf le week-end où c'est un peu le cirque et c'est pour ça qu'on fait beaucoup de gériatrie le week-end», « Il y a souvent un départ en week-end des proches », «On sait bien que les gens ne sont plus entourés chez eux, les enfants travaillent, s'en occupent moins ».

Les aidants professionnels

Ils accomplissent des **soins divers** :

« Le suivi, la distribution des médicaments et puis après le souci c'est l'observance des médicaments, ils ne les prennent pas, ou les doublent ou les mélangent », «Et s'il y a une infirmière ou une aide-soignante qui vient faire des soins, c'est déjà ça de contrôlé ».

Dont la **demande augmente** :

« Et il y a aussi une augmentation du nombre d'heures, avec des passages quotidiens », « Le problème, c'est que les structures sont tellement engorgées qu'on maintient jusqu'à éclatement ».

Et leur **surveillance quotidienne** participe au maintien à domicile :

« Et là, ils sont bien plus surveillés, c'est déjà ça de contrôlé », « Et après, avec l'équipe soignante ça permet de les y laisser un peu plus ».

Même si cela ne constitue **pas une solution idéale** :

« Cette patiente nécessiterait qu'il y ait du monde tout le temps, alors c'est compliqué la famille travaille aussi, et il faudrait quelqu'un 7j/7j pour la garder à la maison, mais c'est utopique ».

Les interactions entre les intervenants

Les interactions entre les **personnes âgées et les paramédicaux** peuvent être houleuses :

« Soit les personnes âgées ne veulent personne et ils les foutent dehors, les aidants ils n'en veulent pas toujours ».

C'est pourquoi une bonne coordination entre la **famille et les professionnels** :

*« D'où l'importance de la cohésion et de ne pas avoir trop d'intervenants non plus »,
«D'où l'importance que les intervenants travaillent autant avec la personne âgée
qu'avec la famille », «Et que tout le monde raconte la même chose, qu'on s'y
retrouve ».*

Ainsi qu'**entre professionnels** de santé est nécessaire :

*« Les médecins ne sont pas disponibles pour faire des réunions toutes les semaines »,
«On a quand même quelques sociétés compétentes, mais c'est pareil, ces gens-là je les
connais, ils sont compétents, leur personnel aussi », « On communique comme on
peut, avec le cahier par exemple », «Elles nous appellent, et ça passe aussi par nous »,
« Après je ne peux pas faire la tournée des patients comme les IDE, c'est pourquoi j'ai
besoin d'eux, ils ont mon portable et moi le leur ».*

3. L'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie aux urgences

a. Une prise en charge globale

Un bilan exhaustif

L'équipe mobile de gériatrie permet une **approche globale** du patient :

*« C'est vrai qu'ils arrivent à bien resituer le patient dans son environnement
personnel et familial, je ne sais pas où ils récupèrent tous ces renseignements-là,
visiblement pas de moi ».*

Qui est **appréciée** des médecins généralistes :

*« Collaboration très précieuse », « Toujours adapté, j'ai une grande confiance, les
gens sont bien formés, bien respectueux, non aucun souci », « Ils font un bon boulot ».*

Du fait d'une évaluation en **binôme** :

*« Qu'ils soient complets, c'est ce qu'on leur demande, ils voient les patients en
binôme ».*

Avec un **recueil d'informations et une anamnèse complètes** :

*« C'est bien que ça soit documenté, on en apprend souvent sur nos patients », « Non,
ils s'intéressent au passé et à l'environnement et je trouve toujours dans les comptes
rendus qu'ils se sont bien rendus compte du contexte du patient, de comment ils vivent,*

s'il y a un nombre d'heures de femmes de ménage, comment les familles viennent etc.».

Ce qui nécessite une **disponibilité** pour le patient :

« Ils voient les patients pendant facilement une heure je pense ».

Les **spécificités de l'examen clinique** gériatrique sont mises en avant dans les comptes rendus de l'EMG :

« Je pense que leur évaluation est très sérieuse, le poids la taille, le test du verre d'eau et plein, plein de choses, ils n'ont pas dû mettre 15 min », « Voir aussi ce qui cloche, la dénutrition, la perte de vue etc.... ».

Les propositions de l'EMG

Elles sont considérées comme **applicables** par les médecins de ville :

« En tout cas à domicile, ce sont des choses applicables », « J'ai au moins la trame et je respecte à peu près ce qui a été proposé ».

Car elles sont constituées de **conseils pratiques** :

« Et bien souvent ils nous donnent des conseils, des médicaments qui donnent des hypotensions et donc des chutes, comment les prévenir, des contentions que les gens ne mettent pas et qu'ils pourraient mettre, des notions de pédicurie, de bons chaussages pour ne pas qu'ils tombent ».

Tels que l'**iatrogénie** :

« Un nettoyage de pancarte, c'est plus facile à faire qu'en ville, ils y tiennent à leur traitement ».

Mais parfois elles peuvent ne **pas** être **adaptées** au contexte :

« Je pense que je tiens compte de ce qui est écrit, mais bon on a quand même l'impression qu'on connaît bien nos patients, et que parfois certaines propositions sont théoriques, ou qu'on a déjà essayé de le faire, et que ça ne va pas toujours dans le bon sens, alors on ne les respecte pas toujours », « Après parfois, ce n'est pas toujours adéquat entre ce qu'eux pensent qu'il serait bon de faire, et ce que nous on peut arriver à faire sur le terrain mais ça a le mérite d'être suggéré ».

Ou **redondantes** par rapport à ce qui a déjà été proposé par le médecin traitant :

« Parfois après toi en ville tu as essayé de mettre en place des trucs et ça tombe à l'eau, et eux te le reproposent, alors certes tu es content de voir que tu as de bonnes idées, mais ça ne marche toujours pas ».

b. Une prise en charge organisée autour de la personne âgée

En amont des urgences

L'EMG est appréciée des médecins de ville car elle permet d'**organiser des consultations spécialisées** :

« J'avais besoin de faire un bilan que je n'arrivais pas à organiser en ville parce que c'était trop coûteux en déplacement », « Bah je n'ai pas de place d'hospit, mais on peut le prendre en consultation gériatrie et on programme les examens un peu avant », « Par exemple, un patient qu'ils n'ont pas pu prendre en hospit, ils l'ont vu en consultation et ma foi ca suffisait et c'était bien ».

Ou des **hospitalisations programmées**, bête noire des médecins libéraux :

« Pour des hospitalisations qu'on a programmé ensemble par exemple : « on peut prendre ton patient dans 3 jours » ».

Afin d'**éviter les hospitalisations en catastrophe** :

« Qu'ils y passent, c'est quelque chose de vraiment bien, très bien qu'ils puissent y aller, parce qu'on peut faire gagner des hospitalisations, avec tout ce que ça comporte comme bénéfices, parce qu'un patient âgé, moins il restera dans un milieu hospitalier, mieux ça sera pour lui », « Et la plupart du temps, les conseils si on les applique ça peut permettre d'éviter des ré hospitalisations inutiles parce que le but il est là, d'éviter de réencombrer les urgences avec des gens qui à la limite n'auraient pas besoin de s'y trouver si on avait fait le nécessaire en amont », « Après c'est surtout pour éviter l'engorgement et les ré hospitalisations ».

Dans un souci également d'**économie de santé** :

« Ca me paraît bien si on ne juge pas qu'il y ait besoin d'une hospitalisation, ça permet d'avoir un meilleur suivi du patient, ça évitera peut être qu'il revienne », « Ca éviterait tellement d'hospitalisations et à la fois pour la société, sur le plan économie de santé, parce que si on peut économiser des journées d'hospitalisations inutiles, c'est tout bénéfice pour tout le monde ».

Aux urgences

L'avis d'un gériatre aux urgences est conçu par les médecins traitants comme une **évaluation complémentaire** et souhaitable :

« Je dirais même que c'est plus qu'adapté, parce que voir les patients dans leur globalité, ça ce n'est pas fait aux urgences », « Qu'on ait un recours gériatrique aux urgences, je trouve cela excellent », « Les personnes âgées aux urgences, c'est une vision plutôt morcelée et ça permet de resituer la personne dans sa fragilité, dans son contexte et sa poly pathologie », « C'est une vision complémentaire des urgentistes », « D'apporter à l'urgentiste un complément d'informations pour des trucs qu'il n'a pas forcément vu dans l'immédiat », « Ils font le point que nous on ne fait pas toujours et qu'on devrait pourtant faire mais quelquefois on est trop habitués aux patients et on n'a pas de recul ».

Car ils ont un **angle d'approche différent** des préoccupations des urgentistes :

« Le gériatre, c'est plus dans le suivi, après savoir si les gens sont capables de gérer les traitements, de gérer l'annonce de maladie, savoir s'ils peuvent être remis dans leur milieu etc. », « C'est pas du tout le même boulot, celui du gériatre est d'évaluer l'après ».

Par ailleurs, ils disposent de **moyens** tels qu'un plateau technique :

« L'EMG dispose d'un minimum de plateau technique, et ça, ça permet de grouper en peu de temps certains bilans qui sécurisent le RAD ».

Même s'ils ne sont **pas décideurs** pour le patient :

« C'est un avis d'expertise ce qu'ils donnent ».

Cependant, les résultats de leur évaluation peuvent être faussés par les **mauvaises conditions** de réalisation aux urgences:

« Est ce que c'est la meilleure période pour les évaluer, j'en sais rien, parce que quand les gens ne sont pas bien, peut-être que les évaluations ne sont pas aussi pertinentes que s'ils étaient évalués dans des conditions calmes ».

En aval des urgences

Le retour au domicile est perçu comme facilité suite à une intervention de l'EMG car elle permet un **état des lieux des conditions de retour** :

« Je crois qu'ils s'intéressent plus au social et c'est vrai que c'est ça les personnes, s'intéresser à ce qui les attend à leur retour, comment la vie au quotidien va être organisée, qu'est ce qu'on peut attendre pour améliorer ça ».

Ainsi qu'une **aide pour l'instauration d'un réseau** :

« Mais s'il y avait des choses où je ne saurais pas comment les mettre en place, j'avoue que je les appellerai, ça serait plus simple ».

Permettant donc une **meilleure continuité des soins** :

« Notamment j'ai eu des coups de fil en gériatrie me disant : « bon bah voilà elle va sortir, j'ai fait ça, ça, ça, et ça » et puis toi, tu la cueilles à domicile ».

c. Via une communication ville-hôpital

Le compte-rendu d'évaluation

Les informations y sont **exhaustives** :

« Non c'est bien qu'ils soient complets et on en apprend souvent sur nos patients »

Avec l'accent mis sur l'importance de la **synthèse** et des propositions :

« Après, le courrier est des fois très long, et en ville on va parfois un peu vite et j'ai parfois une lecture rapide et je me concentre sur la conclusion ».

Ce qui en fait un document **à laisser au domicile** du patient :

« C'est vrai que ça serait un outil à laisser à la maison, même quand il y a des prises en charge extérieures, par le Samu ou médecin de garde », « Moi je m'en sers pas mal comme synthèse pour le patient, j'imprime ça et je vais à domicile avec ».

L'information étant **fluide** quand le patient a son compte rendu :

*« Quand on a le courrier avec le patient, c'est très bien enfin si le patient vient avec »,
« Je sais que mes patients sont passés aux urgences parce que j'ai le compte-rendu de l'EMG très rapidement, bien avant celui des hospits ».*

Ce qui est **controversé** parmi la population médicale interrogée :

« Je n'ai le compte-rendu difficilement que quelques jours plus tard, et là s'il y avait un gros progrès à faire, c'est que les gens sortent avec un compte-rendu tapé ».

La communication téléphonique

Les médecins apprécient l'**amabilité** de l'accueil téléphonique :

« Je trouve qu'elle est très bonne, parce que très honnêtement il y a très peu de confrères qu'on peut appeler à l'hôpital, qui nous répond gentiment et qu'on n'a pas l'impression d'embêter parce qu'on leur demande de nous aider avec « notre » patient », « Quand on les appelle eux, on a l'impression qu'on parle d'un patient commun, qu'ils sont vraiment concernés par le patient et par ta problématique, et ça , ça fait toute la différence ».

Même s'ils souhaiteraient que la communication téléphonique soit **plus utilisée** :

« Quasi inexistante, ah non, non, ils ne nous appellent jamais », « Je suis surpris par le peu de fois où on est appelés pour avoir des compléments d'informations et pourtant c'est hyper facile et utile ».

La communication par mail

La communication par mail est appréciée par sa **rapidité et sa fluidité** :

« Après on communique aussi par mail, je fais un copier-coller de ma consultation, je leur envoie sur le mail 'ouverture sur la ville', et ils me rappellent en me disant qu'ils ont bien eu mon truc et qu'on pourrait faire ça et ça », « Et le jour même où il y a eu la consultation de gériatrie, j'ai eu par mail le compte-rendu de la consult », « Ah oui je me bats avec ça, ça fait des années que j'ai Apycript®, la messagerie sécurisée et je me bats tous les jours pour arrêter les courriers, sinon je passe 3-4h par semaine à scanner ce qui arrive par la poste ».

Même si elle est **insuffisamment connue** :

« J'utilise « ouverture sur la ville' » », « On a fait une réunion avec P. Beuzart, H. André de l'Arc et H. Debris et quelques médecins généralistes, mais pas nombreux et ils nous avaient parlé du mail et du portable », « Après 'ouverture sur la ville' ce ne sont pas que des patients de gériatrie ».

Malgré le fait que la messagerie de l'EMG ou de l'hôpital Monod ne soit **pas sécurisée** :

« C'est bien dommage que ça ne soit pas sécurisé », « Enfin Apycript® ou une autre, il y a MMS santé® maintenant par le Conseil de l'Ordre ».

d. La diffusion de la culture gériatrique

Les avis spécialisés

L'EMG permet un bilan gérontologique qui n'est **pas maîtrisé** par le médecin traitant :

« J'avoue que moi, mon bilan est très superficiel », « Soit parce qu'on a une compétence toute relative, soit parce qu'on n'a pas eu le temps soit on n'a pas pensé à ça ».

Avec un **regard extérieur** :

« Voir des choses que nous avec l'habitude on voit un peu moins, parfois on est assez proches, des habitués et soit on ne voit pas soit on ne veut pas voir les choses », « Parce que nous à force, on finit par les connaître nos patients, donc on en a l'habitude », « Donc c'est bon d'avoir un œil nouveau », « C'est toujours intéressant d'avoir un avis de confrère », « Et l'équipe mobile fait un petit peu le bilan d'un ensemble d'état de santé avec un recul qu'on n'a pas toujours ».

Permettant une meilleure **objectivité** des situations gérontologiques :

« Parce que nous on a la tête dans le guidon, on les connaît un peu trop et on est peut être un moins vigilant sur des petites choses qu'on a un peu négligé ».

La sensibilisation gériatrique

Les comptes-rendus détaillés de l'EMG permettent une sensibilisation des médecins traitants à la **complexité de la gériatrie** :

« Oui oui absolument, il y a des trucs à force de voir les patients, on ne tilte plus sur certaines choses », « Et leurs comptes rendus qui sont exhaustifs nous éclairent sur des choses auxquelles on ne pensait pas, dans l'intérêt du patient ».

Notamment à l'**iatrogénie** :

« On s'aperçoit que le patient est sous Benzo et qu'on a oublié de l'arrêter à un moment ou un autre », « le côté iatrogénie des médicaments », « Oui, surtout en poly médication, iatrogénie, interactions ; je me dis ah tiens il y a ça, ça et ça, ce médicament où on n'a pas forcément été vigilant et parfois on prescrit un peu trop par habitude ».

Et cela ouvre sur les **nouvelles pratiques** gériatriques :

« Ca réactualise un peu nos connaissances, ça a un côté pédagogique. Il y a une démarche de prise en charge, pour les bilans, pour l'examen clinique ».

Un biais : une équipe récente

L'équipe bien qu'appréciée est encore peu connue car **récente** :

« Après je n'ai pas assez de recul, c'est une démarche relativement nouvelle pour moi ».

4. Les propositions des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMG havraise

a. Devenir une référence

Se faire connaître

Les médecins généralistes proposent de **redéfinir les missions** de chaque intervenant pour faciliter le travail en réseau :

« Parce que je ne savais pas qu'ils existaient », « Je ne sais pas comment ils travaillent », « Redéfinir à quoi ils servent, à quoi sert une équipe mobile de gériatrie », « Il faut que les gens se connaissent, refaire le point sur leurs missions, pourquoi ils existent, ce qu'ils sont capables de faire », « J'avoue que j'ai une insuffisance de connaissance des missions de l'EMG », « Non, je ne sais même pas si je peux les appeler et ce qu'ils m'apporteraient ».

Ce qui ouvre des **correspondants hospitaliers** pour la médecine ambulatoire :

« L'intérêt, c'est pour nous d'avoir un correspondant hospitalier, rapide », « On peut se téléphoner, par mail ou tout ça, l'intérêt c'est d'avoir des correspondants pour discuter de dossiers ».

Dans un but également d'**économie de santé** :

« Ca me paraît intéressant, de sortir de cette faiblesse, parce que sur le plan financier, on ne pourra plus suivre, et s'il y a une EMG ça permettra de ne pas hospitaliser », « Éviter des hospitalisations qui sont délétères et qui coûtent chères ».

Développer le réflexe EMG

Les médecins traitants souhaiteraient que les **effectifs** de l'EMG soient renforcés :

« Vu les moyens qui leur sont alloués, je ne pense pas qu'ils puissent voir tous les patients âgés qui le nécessiteraient aux urgences, ce n'est pas possible, il leur faudrait plus de médecins ».

Afin de concevoir l'EMG comme une **aide** à qui faire appel :

« Que j'y pense, mais j'avoue que ce n'était pas un réflexe pour l'instant ».

Se former en gériatrie

Les médecins sont également demandeurs de **formations gériatriques** :

« Ca serait bien qu'il y ait des formations là-dessus, sur la gériatrie, il y a beaucoup de formations au Havre ».

Et que l'EMG participe à des groupes de pairs ou aux **formations FMC havraises** :

« Il faut que ces équipes-là mettent en place des réunions de formation, avec des groupes de pairs, avec l'AHFMC au Havre », « Qu'on puisse se rencontrer une fois par an, pour discuter, échanger, qu'ils participent à des groupes de pairs, ou à des FMC sur le Havre », « Je pense qu'on aurait peut-être besoin de se rencontrer, bon ils ne peuvent pas rencontrer tous les médecins du havre c'est évident », « Mais je pense que quand on veut travailler avec les gens, ce serait bien d'avoir ne serait qu'un visage pour faire des partenariats efficaces ».

b. Développer l'activité de l'EMG

En amont des urgences

Pour éviter le passage des patients âgés aux urgences, les médecins souhaiteraient développer avec l'Equipe Mobile de Gériatrie et les gériatres de l'hôpital le **conseil téléphonique** :

« Je pourrais avoir besoin de les contacter pour un problème particulier, on gagne énormément de temps, la réponse à la question est souvent bien plus précise, l'information est plus rapide et plus fluide par voie orale ».

Ou faciliter les **hospitalisations directes** :

« Mais moi, j aimerais bien qu'on puisse faire des entrées directes », « Quand on essaye de désengorger les urgences en hospitalisant directement, on n'y arrive pas ».

Créer un service d'**hôpital de jour gériatrique** pour la réalisation de bilans :

« Ca, l'EGS j'avoue que ça nous aiderait bien, parce qu'en ville, on est assez démunis », « Et qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation pure et dure, mais qu'ils soient pris pendant une ou deux journées pour faire les différents tests et examens ça peut être bien ».

Et enfin, il y a une demande de majorer les **visites à domicile** :

«Ce qui serait intéressant, c'est que l'hôpital vienne en ville, c'est qu'il y ait des équipes qui viennent à domicile, de l'hôpital vers la ville, avec une visite à domicile commune médecin traitant-EMG », « Ce qui serait bien aussi c'est que s'ils vont voir

une patiente et que les agendas sont concordants, qu'on s'y retrouve », « Oh que oui, et ça serait génial qu'on puisse se retrouver au chevet du patient et mutualiser les idées pour créer et aménager le domicile du patient, ça serait génial ».

Aux urgences

Certains médecins aimeraient que l'Equipe Mobile de Gériatrie **majore le nombre de patients vus** aux urgences :

« Moi, mes soucis c'est à chaque fois quand ils n'ont pas été vus par l'EMG », « Je dirais même qu'il faudrait qu'ils voient toutes les personnes âgées qui arrivent adressées par leur médecin au moins ».

Mais également que l'intervention de l'**assistante sociale** soit notifiée :

« Ce que je ne sais pas, c'est par quel réseau après ils sont pris en charge, qui les oriente vers telle ou telle association », « Ils font du bon travail visiblement parce que les patients en sont très contents, mais moi je ne suis pas informée », « Après les démarches sociales ne sont pas toujours très claires, est ce que le patient a été vu par une assistante sociale et les démarches ont été débutées, ou c'est une préconisation et on fait double travail ».

Et qu'elle soit plus **explicite** :

« Parce que dire ce qu'il faut faire, dire ce qu'est organisé et que ça se fasse vraiment, il y a souvent un monde », « Je ne sais pas trop ce qui a été fait à l'hôpital, et ce que moi je dois faire », « Je ne sais pas si les demandes ont été initiées, par qui, par quel correspondant, dans quel lieu et où ça en est », « Et après pour les aides, les propositions ne sont pas toujours claires, est ce qu'il faudrait en mettre, ou est-ce que c'a été lancé », « Ca serait bien qu'administrativement ça puisse se mettre en place avec des correspondants un peu plus pointus dans ce domaine, savoir ce à quoi les gens ont droit, ça ce n'est pas notre boulot ».

Ou qu'elles apportent une **aide concrète** pour les patients suivis :

« Et après en aide, s'ils orientent vers une institutionnalisation, qu'on soit aidé dans le montage du dossier ».

En aval des urgences : le retour à domicile

Il existe une demande particulière pour la **création de filières de santé** :

« Pour les aides à domicile, on ne sait pas à qui s'adresser, on a plus besoin d'un carnet d'adresses, savoir quel est le bon correspondant pour savoir à qui s'adresser »,

*« L'organisation idéale c'est qu'il y ait des réseaux, qu'un médecin soit avec un cabinet de santé avec des IDE et un réseau de correspondants selon les secteurs »,
« Ce qu'il faudrait, c'est un réseau pour les médecins généralistes, qu'ils soient quadrillés, si tout le monde appelle le même numéro ça ne va pas le faire. En revanche qu'on ait des réseaux, Dr untel travaille avec untel et untel ».*

Avec cependant un désavantage : la **perte du libre choix** des correspondants :

« En libéral, on ne peut pas imposer aux gens, on ne peut pas lui dire, vous allez voir telle infirmière, tel kiné, les gens sont libres, alors que quand le réseau est constitué, on les oriente vers telle ou telle personne ».

Les médecins demandent à ce que soit **coordonné le retour à domicile** :

Avec eux-mêmes : « Coup de fil ou mail quand il y a un retour à domicile même par une IDE coordinatrice », « Donc je pense que l'EMG c'est bien, mais il faudrait qu'il y ait une coordination avec le médecin traitant », « Mais comme on me l'a sorti de l'hôpital, je ne le renvoie pas à l'hôpital je me démerde ».

Avec les aidants: « Souvent ce qui se passe, c'est qu'ils sortent le weekend, les aides ne sont pas prévenues, le frigo est vide, personne n'est au courant et puis la mamie, elle reste sans manger le weekend », « Donc faire sortir un vendredi, ok, mais il faut prévenir tout le monde ».

Ou encore que soient mises en place des **consultations de suivi** :

«Après est ce qu'on pourrait créer une consultation de suivi, faire un point, un état des lieux, voir ce qui a été mis en place et ce qui pourrait encore l'être ».

Même si ce **rôle incombe** initialement au **médecin traitant** :

« Non, ce n'est pas l'objectif d'une EMG, qui doit venir donner son avis de façon ponctuelle, ça c'est le médecin de famille qui doit l'organiser le suivi, pas l'EMG ».

c. Améliorer la communication

Les comptes rendus

La **rapidité du courrier** de l'EMG est appréciée et est un facteur positif :

« On est contents quand on a un courrier qui arrive rapidement, c'est quand même de mieux en mieux », « Que l'information aille plus vite », « Oui, ils sont rapides, on a souvent le dossier avant que les gens soient sortis d'hospitalisation ».

Egalement quand le patient sort des **urgences** :

« Non, parce que quand ils sortent des urgences il y a souvent une lettre, contrairement aux services où là c'est laborieux ».

Quant au **contenu des courriers** : que soit mieux notifié :

Le lieu d'examen : « Je pense que je reçois le compte-rendu de l'EMG, mais je ne sais pas exactement où ils sont vus ».

Le motif de la demande : « Je ne sais pas exactement comment l'EMG a été sollicitée », « Ca aiderait peut être à savoir pourquoi ils sont appelés pour certains et pas pour d'autres ».

Les propositions de changement thérapeutique : « Les changements de traitement ne sont pas documentés, donc on ne sait pas pourquoi ils ont changé les traitements qu'on a parfois mis du temps à trouver et à adapter ».

Les communications téléphoniques

Les médecins aimeraient **promouvoir la communication téléphonique** :

« Si l'équipe nous appelait en disant : "bah voilà j'ai vu tel ou tel patient et on propose ça, vous allez recevoir un courrier", on serait plus réactif », « Plus on a de relationnel pour débloquer des situations dans l'intérêt du patient, mieux c'est », « Coup de fil d'une structure hospitalière quand il y a un retour à domicile un peu précaire ».

Et augmenter la **lisibilité du numéro** de l'équipe mobile :

« Je pense que je pourrais les contacter, je ne sais même pas s'il y a un numéro de téléphone sur le compte-rendu », « On ne le voit pas leur numéro sur les comptes rendus », « Mais après il nous faudrait un beau document avec tous les numéros, comme l'HPE ou les Ormeaux », « Les Ormeaux et HPE nous envoient tous les ans un petit calepin dépliant, Monod rien de rien, au moins même un pauvre PDF ».

Avec comme idéal : une **plate-forme gériatrique** :

« Après, oui c'est intéressant d'avoir une EMG, mais bon ça serait encore mieux de pouvoir les contacter même le soir ».

Les mails

Les **avantages** de la communication par mail sont clairs pour de nombreux médecins :

« Après on communique aussi par mail et c'est bien dommage que ça ne soit pas sécurisé », « Bah ça serait bien qu'ils aient Apycript® mais bon faut que l'hôpital ait

les moyens pour ça », « La messagerie sécurisée et je me bats tous les jours pour arrêter les courriers, sinon je passe 3-4h par semaine à scanner ce qui arrive par la poste », « Et là encore, si vous avez besoin d'un truc aux urgences on n'a même pas un mail où vous transférer ça, on n'est plus à l'époque du fax ! ».

Malgré une **visibilité** qui peut être **diminuée** par le nombre quotidiens de mails :

« Après j'avoue que j'aime encore bien le courrier, parce que bon tous les soirs, à trier entre la boîte mail et dans mes 30 ou 40 mails par jour, j'ai parfois du mal à faire le tri ».

DISCUSSION

A. Les limites de l'étude

1. La population choisie

Le but de la thèse était de comprendre les interactions entre les médecins traitants et l'Equipe Mobile de Gériatrie aux urgences.

L'hétérogénéité de la population âgée évaluée n'a pas été retenue comme critère de sélection.

Les trois critères d'inclusion étaient :

- patient âgé de plus de 75 ans,
- évalué en 2014 par l'EMG,
- retourné à domicile après le passage au SAU.

59 patients correspondaient à ces critères.

Par ailleurs, les médecins interrogés ne sont pas représentatifs de la population médicale havraise puisque l'accent a été porté sur une population bien ciblée.

De plus, il s'agit de l'étude d'un système local, avec les spécificités qu'il comporte. Ce n'est donc pas extrapolable à l'activité d'autres équipes mobiles.

Il serait été intéressant de connaître le rayonnement et la connaissance de l'EMG chez des médecins n'ayant jamais reçu leur compte rendu. Il eût été également utile d'analyser la perception de l'équipe mobile quant à leurs relations avec les généralistes. Ces thèmes peuvent faire l'objet d'études complémentaires.

2. Le recrutement des médecins

Parmi les 32 médecins appelés, un a refusé l'entretien du fait d'un manque de recul sur le sujet n'ayant pas une patientèle gériatrique, 3 médecins sont partis à la retraite entre 2014 et avril 2015.

Par ailleurs, parmi les 28 médecins appelés, tous n'ont pas pu être interrogés. Néanmoins, les 15 médecins rencontrés ont permis une saturation des données.

L'échange a été favorisé pour six d'entre eux, qui en leur qualité de maîtres de stage sont sensibilisés aux thèses des étudiants. Deux d'entre eux m'ont d'ailleurs accueilli lors de mes stages ambulatoires.

Ceci n'a pas affecté la qualité de leurs propos et les échanges en ont même été facilités.

3. La technique d'entretien

Tous les médecins ont accepté sauf un d'être enregistrés pour faciliter le recueil de leurs propos.

Pendant ces entretiens, j'ai eu l'occasion d'être de façon conjointe le chercheur et l'intervieweur.

Ma pratique initialement théorique s'est améliorée au fil des entretiens. Cependant je n'ai pas renouvelé les premiers entretiens.

4. Le sujet en lui-même

Le thème du maintien à domicile de la personne âgée étant une préoccupation à part entière de l'activité des généralistes, mon sujet de thèse a été bien accueilli.

Cependant, les médecins interrogés ont divergé rapidement vers les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, ainsi que vers les problèmes de communication entre ville et hôpital, et ce, malgré un guide d'entretien les ciblant principalement sur l'action de l'EMG havraise.

De même, certaines propositions des médecins ne s'appliquent pas au travail réalisé par l'EMG mais soulignent une forte demande de structuration du réseau gériatrique et de l'amélioration de la communication avec l'hôpital Monod.

B. Un enjeu sociétal : le maintien à domicile

1. Les prémices du maintien à domicile

Ce débat de « domicile versus EHPAD » n'est pas nouveau. Déjà en 1791, on pouvait lire :
« Art. Premier : il y aura deux espèces de secours pour les vieillards et infirmes : le secours à domicile ; le secours dans les asyles publics. Art 2 : le secours à domicile sera le secours ordinaire. Le secours dans les asyles publics n'aura lieu que pour les individus qui ne pourront pas le recevoir, à raison de défaut de famille, d'infirmités graves qui exigeroient des soins particuliers, ou de toute autre cause pareille » (33)

Débat repris par Monsieur de Melun en 1851 : *« lorsque avec un secours moindre qu'il recevrait à domicile, le vieillard ferait bénir sa présence au milieu de sa famille à qui il rendrait encore quelques services, il est enfermé loin du foyer domestique avec des hommes que leur âge, leurs infirmités rendent tristes et moroses comme lui (...) un secours distribué avec intelligence coûterait beaucoup moins cher que le séjour à l'hôpital et ne donnerait pas à l'ouvrier la perspective d'un asile assuré qui exclut toute idée d'économie » (34)⁵ .*

Ce sera finalement en 1962 que le rapport Laroque, après des siècles de politique d'institutionnalisation en asyles, définit le rôle des personnes âgées dans la société et:

« L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires » (35)

On y retrouve la notion d'aidants à domicile, récente à cette époque car les premières aides à domicile se sont développées dans les années 1950 avec les Petites Sœurs de l'Assomption selon B. Ennuyer (36).

A partir des années 1980, le maintien à domicile devient « un gisement d'emploi » (B. Ennuyer).

Plusieurs mesures ont vu le jour : (19)

- Les services mandataires de Philippe Seguin, ministre des Affaires Sociales en 1987 (37), créant des intermédiaires entre l'intervenant à domicile et le particulier afin de faciliter

⁵ 4^{ème} partie, p.154-164.

les démarches administratives de ce dernier. Les personnes de plus de 70 ans dans le cadre mandataires restaient employeurs et avaient accès à des exonérations fiscales.

- Les emplois familiaux de Martine Aubry, ministre du Travail en 1991 (38) ⁶ permettant une déduction fiscale

- La loi Juppé, 1^{er} ministre en 1996 permettant aux entreprises d'obtenir un agrément, simple ou de qualité, selon le type d'activité exercée auprès de la personne âgée (39)

- La loi du 26 juillet 2005, dite loi Borloo, favorisant les Chèques Emploi Service Universel (CESU) dans le cas de l'emploi direct et allégeant les procédures d'agrément (40)

L'enjeu du maintien à domicile est donc triple : relancer l'emploi d'une catégorie de personnes non diplômées, développer l'emploi féminin et satisfaire le souhait des personnes âgées de rester à leur domicile, ce qui constitue également un enjeu économique.

2. Le désir des personnes âgées de rester à domicile

Cette étude montre bien que les médecins généralistes sont sensibilisés au désir des patients de rester dans leur habitat.

C'est d'ailleurs ce que constate Perrine Sindou (41) qui a interrogé des patients âgés afin de connaître leur ressenti quant à leur domicile. Ce dernier est perçu comme un lien avec l'entourage, un lieu de rassemblement, une indépendance permettant de « *conserver la liberté et la maîtrise de sa vie* » alors que l'EHPAD représente un lieu coûteux, dépersonnalisé, un lieu de solitude et de tristesse.

3. Un domicile parfois à adapter

- Les logements des personnes âgées ne sont pas toujours adéquats.

Les médecins interrogés au cours de cette étude sont régulièrement confrontés à ce problème. Ainsi, au Havre, le rapport de la CODAH relatif au 2^{ème} programme local de l'Habitat (42) révèle que 390 personnes de plus de 75 ans vivaient en 2007 dans des logements privés insalubres. Dans le parc locatif social donc public, qui concentre 33% des ménages de plus de 85 ans, 53 % des 75 à 84 ans et 47 % des 85 ans et plus vivent dans des immeubles collectifs de plus de 2 étages sans ascenseur.

- Divers programmes se développent : l'Organisation Mondiale de la Santé a initié en 2005 le programme « Villes-amies des aînées » visant à soutenir les initiatives des villes souhaitant améliorer l'intégration de leurs aînés. Un premier audit français réalisé à Lyon en

⁶ Chapitre IX, Art.L.129-1.

2011 réitère la notion de logements inadaptés au maintien à domicile et inclut des mesures d'aménagement dans le plan d'action municipal 2011-2013.

En 2014, le conseil des ministres (43) propose une rénovation de l'habitat collectif pour personnes âgées, avec un plan d'investissement à hauteur de 80 000 foyers-logements adaptés d'ici 2017.

- La thèse de P. Sindou présente des personnes âgées favorables aux nouvelles technologies lorsqu'elles favorisent le maintien à domicile.

Or, il s'agit d'un secteur en pleine expansion. Déjà en 2009 un article paru dans *Maturitas* (44) présentait des capteurs environnementaux infrarouges permettant de repérer les mouvements de la personne, les anomalies type chute, ou immobilisation prolongée. Ils sont utilisés au Japon, en République Tchèque, en Angleterre ou encore en France (Grenoble).

Une autre mesure consiste à équiper la personne âgée de capteurs portatifs connectés en wifi qui détectent les signes vitaux.

Pourrait-on aussi anticiper le marché des robots dans l'assistance quotidienne des personnes âgées au domicile pour l'habillage, la toilette ou le repas ?

Ainsi, des robots aux Etats-Unis permettent de détecter le tempérament de l'utilisateur et d'agir en conséquence ou de déclencher des secours.

- Des solutions alternatives à l'entrée en EHPAD se développent pour les personnes âgées isolées mais valides : la colocation intergénérationnelle et le « papy loft ». Il s'agit de logements sociaux adaptés aux personnes âgées, organisés autour d'un jardin central à la manière des béguinages.

De plus, des « parenthèses à domicile » ont vu le jour, notamment à Maromme. Il s'agit d'une plateforme de service où un « parentheur » s'installe chez une personne âgée 24/24h, au maximum pendant trois jours, permettant un répit pour les aidants.

4. La part des aidants dans le maintien à domicile

La notion d'« aidants » regroupe à la fois les aidants familiaux et professionnels.

D'après les médecins interrogés, la famille reste le pilier d'un maintien à domicile prenant part à différentes activités de la vie quotidienne, et ce, d'autant plus que le proche est dépendant. Ils constatent cependant une diminution de l'implication des aidants due à la lourdeur et à la pénibilité de la tâche ressentie par ces derniers.

Si l'on compare ces données à la littérature médicale, Marie-Eve Joël dans la Revue Française des Affaires Sociales (45) montre que les personnes âgées de plus de 60 ans au domicile sont seules dans 2% des cas, contre 15% pour celles en institutions. De même, 55% des 75-85 ans sont en couple au domicile contre 10% en EHPAD (46). La présence d'une famille influe donc bien sur la possibilité de demeurer dans son lieu de vie.

Par ailleurs, les aidants ont une place qui se majore avec l'âge du proche et sa dépendance.

Ainsi, Noémie Soullier (47) montre que 35% des 75-79 ans sont aidés, contre 90% des plus de 90 ans, et la totalité des GIR 1 à 3 sont aidés contre 20% pour les GIR 6.

Parmi les personnes âgées aidées, 48 % reçoivent uniquement une aide de leur entourage, 20% uniquement l'aide de professionnels et 32 % une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels.

L'enquête Handicap-Santé de 2008 (48) révèle le profil type de ces aidants. Agés en moyenne de 58 ans, il s'agit majoritairement de femmes dans 54% des cas et près de la moitié (46%) sont en préretraite.

Dans ce même article, N. Soullier souligne que les principales aides reçues par la famille concernent des activités de la vie quotidienne et un soutien moral. Mais alors que l'activité des professionnels se polarise sur les soins paramédicaux et sur les tâches ménagères, celle de la famille est plus étendue (faire les courses, gestion du budget et des tâches administratives, assurer une présence, s'occuper des consultations médicales et des médicaments etc.).

Ceci est en accord avec les propos des médecins interviewés dans mon enquête.

Dans 71% des cas, l'aidant est unique : il s'agit dans 53% des cas d'un enfant qui y consacre 1h40 en moyenne par jour (47).

Cette charge ressentie par les aidants est soulignée par les médecins traitants havrais et apparaît également dans la littérature médicale.

Celle-ci est mixte, subjective avec la pénibilité perçue par l'aidant et objective dépendant de la nature et du volume horaire de l'aide apportée (49).

Un aidant sur 10 déclare dans l'enquête Handicap-Santé de 2008 ne pas réussir à se ménager des moments de répit (48) et pour 60% d'entre eux, l'aide a eu un impact sur leurs activités en journée (50).

Par ailleurs, dans le dernier article cité, 56% des aidants déclarent que le fait d'aider affecte leur santé, avec 18% ayant renoncé au cours des douze derniers mois à des soins médicaux.

Soulignons cependant que cette organisation est typiquement française puisque l'implication des aidants diffère selon les pays (51).

En Angleterre, les services d'aides professionnelles sont très limités, les aidants familiaux interviennent dans 88% des cas, dont 30% délivrent plus de 20 heures par semaine.

En Italie, le système est peu structuré, avec un emploi informel assuré par les migrants des pays de l'Est ou de l'Afrique en situation illégale.

A contrario, en Suède ou aux Pays-Bas, l'aide professionnelle est prépondérante et les familles peuvent être rémunérées si elles interviennent au détriment de leur travail.

Ainsi, même si les aidants, quels qu'ils soient, occupent une place prépondérante, la délivrance de l'aide n'est pas harmonisée en Europe.

C. Le patient âgé au sein de la filière gériatrique : les différents maillons

Pour concevoir un parcours de soins coordonné du patient âgé, il faut conceptualiser chaque intervenant comme un maillon dans la prise en charge du patient. En effet, le médecin traitant, coordonnateur du réseau de soins, adresse ses patients en rupture aux urgentistes, qui peuvent faire intervenir l'EMG pour un avis ou une expertise.

Ce maillage est à renforcer puisque seulement 127 patients ont été évalués en 2014 par l'EMG.

1. Le médecin traitant : au cœur du réseau

Les généralistes interrogés ressentent envers leur patientèle âgée un rôle de coach et de coordonnateur des soins, porteur d'informations, à même de déclencher une intervention sociale chez un patient isolé.

La notion de « médecin traitant » pivot des soins de premiers recours est définie par deux lois. Celle du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie (52)⁷ instaure la coordination du parcours de soins centrée autour d'un médecin généraliste dont les rôles ont été référencés dans l'article L.4130.1 du Code de la santé publique de 2009 (53)⁸ :

⁷ Articles 7-8

⁸ Partie législative, 4^{ème} partie, livre Ier, titre III, chapitre préliminaire.

- contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé,
- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social,
- s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients,
- (...) contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient,
- s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Mais le médecin traitant ne peut travailler seul. Il doit s'appuyer sur un ensemble de correspondants hospitaliers dont les urgentistes.

Il ressort de mon étude que les médecins généralistes évoquent plusieurs motifs pour adresser un patient aux urgences: l'isolement social, la nécessité d'un plateau technique, l'aide au diagnostic, l'échec du maintien à domicile, les chutes, l'altération de l'état général.

En ce qui concerne le plateau technique, H. Bonnet (54), retrouve 46% des patients envoyés aux urgences pour cause de plateau technique non disponible. Le résultat concorde avec A. Jacquet (55) pour qui 45% des généralistes adressent leurs patients pour un plateau technique de proximité insuffisant du fait d'un délai d'attente trop long ou d'une distance du centre de radiologie trop importante.

Dans sa thèse, Y. Sevrin (56) décrit 51 patients adressés aux urgences pour problèmes sociaux sur 329 patients, soit 15,5%. Parmi ces patients, 22 étaient âgés et isolés socialement sans proche, 15 avaient une aide à domicile insuffisante et 14 étaient adressés à la demande du patient ou de son entourage.

Cependant, ce ne sont pas les motifs de recours majoritaires.

Comparativement à notre population, ses résultats montrent que 53% des patients ont besoin d'une hospitalisation, 49% souffrent d'urgence vitale ou fonctionnelle, 35% viennent pour un avis spécialisé, 14,9% pour le plateau technique, 6,7% pour une personne âgée à domicile sans proche, 4,5% pour une aide à domicile insuffisante, 4,3% sur demande du patient ou du proche et enfin 4% du fait des difficultés d'hospitalisation directe.

2. L'urgentiste : un repérage des patients fragiles

Le Service d'Accueil des Urgences constitue donc une voie de recrutement importante pour les différents services de l'hôpital. La mission de l'urgentiste consiste dans un temps imparti à évaluer la gravité, à dispenser le juste soin et à orienter correctement le patient.

Or, la prise en charge d'un patient âgé diffère par rapport à celle d'un autre patient : le patient âgé arrive aux urgences avec des problèmes médico-sociaux complexes pour lesquels le médecin urgentiste est peu formé. De plus, le recueil de données n'est pas toujours fiable et le temps de prise en charge avec examens cliniques et paracliniques est majoré. Près de 60% des plus de 75 ans restent plus de 4h aux urgences. (8)

Du fait de l'importance de cette patientèle aux urgences, 12,3% en France et 16,5% au Havre, les urgentistes ont dû devenir un maillon à part entière de la filière gériatrique.

L'étude menée par G. Joandet-Peraut (57) concernant la collaboration entre les urgentistes et l'EMG à Toulouse révèle que les urgentistes perçoivent l'importance du volume des personnes âgées en fonction de leur année d'ancienneté dans la profession avec une majoration de la pénibilité chez les jeunes urgentistes.

De plus, les personnes âgées sont vécues comme chronophages, difficiles à orienter car fragiles.

Le repérage de la fragilité est pourtant primordial pour la détection précoce des patients à risque de complications et de surconsommation médicale. Il permet d'anticiper la cascade d'événements indésirables dans les mois à venir (58). La parallèle peut être faite avec le schéma de décompensation fonctionnelle représenté par J.P Bouchon en 1984 :

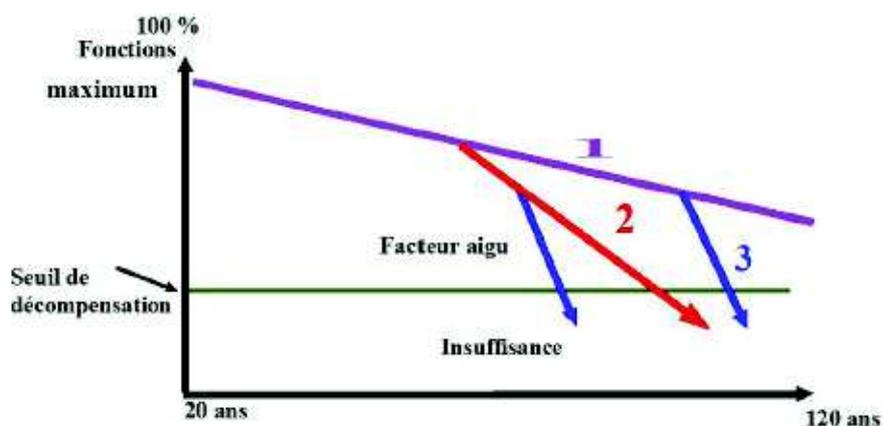


Figure 20 : le 1+2+3 de J.P Bouchon

Il représente le vieillissement physiologique des organes (facteur 1), les maladies chroniques (facteur 2), ainsi que les facteurs de décompensation (facteur 3).

Ce repérage se fait de manière différente en ville et à l'hôpital.

Sur ce thème, les médecins interrogés évoquent la fragilité de leur patient mais sans avoir mené d'évaluation.

Certes, la notion de fragilité n'est pas définie de manière univoque puisque deux modèles sont classiquement utilisés :

Celui de Fried (59), basé sur un phénotype « physique », regroupe 5 critères d'évaluation :

- perte de poids (4-5 kgs en un an),
- épuisement ressenti par le patient,
- vitesse de marche ralentie,
- baisse de la force musculaire (force de préhension),
- sédentarité.

Les patients sont considérés comme fragiles en présence de 3 critères.

Celui de Rockwood (60) prend en compte 70 facteurs cognitivo-comportementaux et non physiques: cognition, humeur, motivation, équilibre, capacité pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, conditions sociales et comorbidités.

Plusieurs questionnaires sont disponibles. Cependant la Haute Autorité de Santé (61) propose celui élaboré par le gérontopôle de Toulouse, mais non encore validé de manière prospective.

Il est basé sur six questions reprenant les deux modèles cités précédemment :

- votre patient vit-il seul ?
- a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?
- se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?
- a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?
- se plaint-il de la mémoire ?
- a-t-il une vitesse de marche ralentie ?

Quant au repérage des patients fragiles aux urgences, la SFMU lors de la Xème conférence de consensus de prise en charge de la personne âgée (14) préconise le score ISAR, pour « *les patients âgés sans problème gériatrique ; patients qui n'ont pas de raison médicale d'être hospitalisés et qui n'ont pas bénéficié de l'évaluation* » gériatrique.

Il comprend six questions avec un seuil de positivité pour un score supérieur ou égal à 2:

- avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?

- depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?
- avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
- dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ?
- dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
- prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Une étude faite par S. Mazowiecki (62) montre la pertinence de ce score : 215 patients ont été recensés aux urgences de Saint Nazaire avec un score ISAR calculé par l'IOA. Ceux avec un ISAR supérieur ou égal à 2 nécessitaient effectivement une évaluation gériatrique et étaient majoritairement hospitalisés en gériatrie.

Ce score permet donc de cibler ceux qui pourraient bénéficier d'une intervention gériatrique dans un second temps.

Cependant, un travail réalisé par R. Closon (63) montre les difficultés d'application de ce score en pratique pour les urgentistes. Après formation, seuls 11 sur 25 médecins utilisaient les outils gériatriques (présence urgence vitale, recueil de données insuffisant, admission aux urgences inappropriée). De plus, cette évaluation était chronophage (4h versus 2h42, $p < 0,0001$).

Par contre, les conclusions de ce travail confirment qu'une évaluation précoce améliore la prise en charge en aval, en diminuant la durée moyenne de séjour (5,8 jours contre 8,7, $p = 0,001$).

L'intérêt réside dans une sensibilisation des urgentistes aux items de la fragilité pour déclencher l'EMG qui, elle, peut prendre le temps nécessaire à l'évaluation gériatrique standardisée sans ralentir le flux de prise en charge aux urgences.

3. L'Equipe Mobile de Gériatrie : un avis d'expertise

L'évaluation par l'EMG répond à une triple prérogative :

- optimiser l'accueil de personnes âgées aux urgences,
- développer l'offre de la filière gériatrique,
- rendre plus efficient le parcours de soins du patient âgé en structure hospitalière.

Elle s'attache à proposer des recommandations et s'adresse en priorité à la personne âgée fragile pour laquelle le bénéfice attendu est le plus sensible.

L'enjeu de l'EMG aux urgences est de sensibiliser l'urgentiste qui le sollicite sur deux points clés : sur quels critères les appeler ? Quel patient en obtiendra le plus de bénéfices ?

Cette étude menée auprès de l'EMG havraise dévoile les cinq principales demandes concernant les patients âgés aux urgences: le devenir, la mobilité, les avis ponctuels sans évaluation globale, la recherche de troubles cognition et la confusion.

Dans la littérature, N. Tayech (64) dans sa thèse sur le profil de la personne âgée prise en charge au SAU par l'EMG retrouve comme motifs d'appel:

- le conseil d'orientation,
- la chute,
- le syndrome confusionnel,
- l'avis sur le maintien à domicile,
- l'altération de l'état général.

Une autre étude, faite au sein du SAU du CHU Nord de Marseille par O. Lacroix (65) avait comme objectif de déterminer les cinq questions permettant d'alerter l'urgentiste sur la fragilité d'un patient et d'en avertir l'EMG. Cinq items ont été retrouvés :

- le patient est adressé pour chute ($p=0,048$),
- le patient vit seul ($p=0,021$),
- le patient a des aides à domicile ($p=0,001$),
- le patient a des problèmes de mémoire ($p=0,027$),
- le patient prend plus de 3 médicaments par jour ($p=0,05$).

Par ailleurs, la formation gériatrique délivrée aux urgentistes suite à cette étude a permis d'améliorer la qualité du recueil de données et de faciliter en aval le travail de l'EMG.

Il serait intéressant d'en évaluer l'impact aux urgences de l'hôpital du Havre.

En ce qui concerne la détection des patients, M. Dubois (66) rappelle que l'EMG s'adresse surtout à la personne fragile. Son repérage et la prévention des syndromes gériatriques en fait une population cible de l'EMG.

Malheureusement, la population pour laquelle elle est appelée a le plus souvent dépassé ce stade: elle est âgée, dépendante et le bénéfice escompté de l'évaluation est moindre.

Ainsi, elle propose un logigramme d'intervention de l'EMG au SAU qui résume le rôle synergique de l'urgentiste et du gériatre :

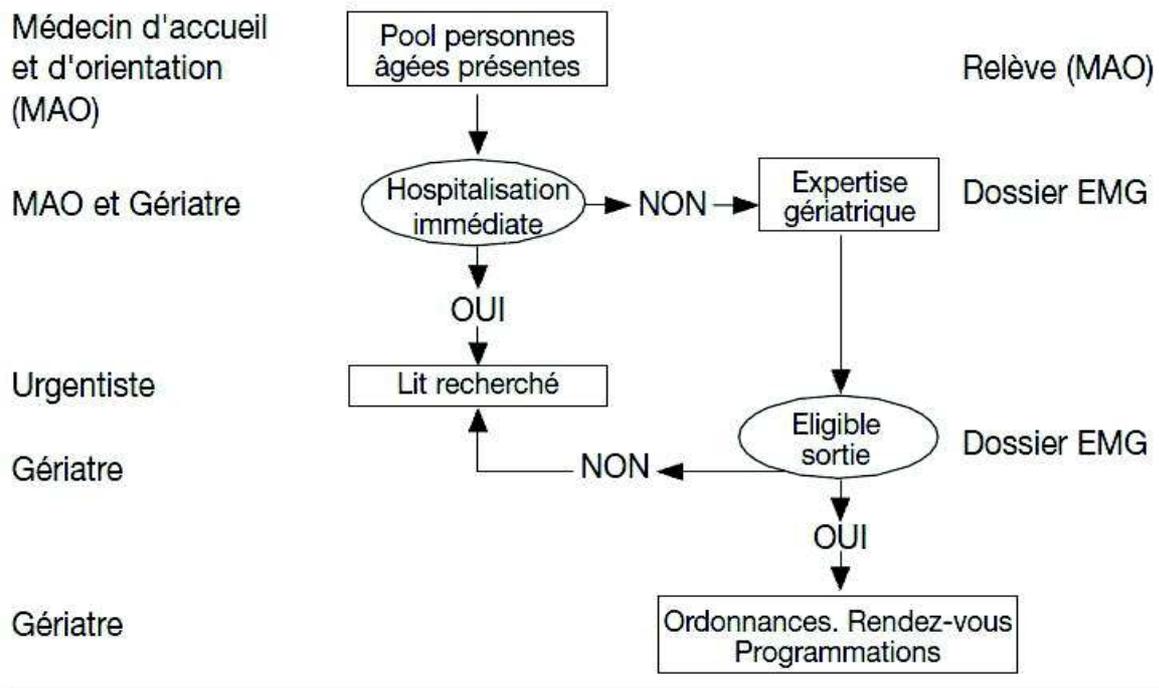


Figure 21 : logigramme d'intervention de l'EMG au SAU

D. L'apport de l'EMG dans la prise en charge du patient âgé: les points forts

1. Les bénéfices de l'évaluation gériatrique standardisée :

a. L'évaluation gériatrique standardisée

L'EMG délivre un avis aux urgences ou une évaluation gériatrique en UHCD.

Cette expertise est appréciée des médecins traitants havrais. Ils la qualifient de bilan exhaustif, fondé sur un recueil d'informations complet, et sur un examen clinique global. La durée de la consultation par le binôme IDE-gériatre est reconnue par les généralistes mais non réalisable en pratique de ville.

En effet, N. Tayech (64) décrit un temps d'intervention pour l'EMG au SAU d'une heure dans 39,7% des cas et de 30 à 60 minutes dans 75% des cas.

Résultat corroboré par P. Kamienski (67) qui retrouve un temps d'intervention de l'EMG de 30 à 45 minutes au SAU du CHU de Lille.

Ce temps imparti dépend également de ce qui est réalisé au cours de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS).

En effet, comme le présente le logigramme de l'EGS de P. Couturier (68), l'évaluation comporte un temps de recueil d'informations, de rencontre avec le patient et/ou l'entourage, d'examen clinique avec réalisation de tests, puis de synthèse et de proposition d'une conduite à tenir.

Les différents tests (présentés en annexe 6) sur lesquels ils s'appuient comprennent (69) :

- l'évaluation cognitive : le Mini Mental Status Examination (MMSE),
- le syndrome confusionnel : le Confusion Assessment Method (CAM),
- les fonctions sensorielles : la vue, l'audition,
- le statut nutritionnel : le Mini Nutritionnel Assessment (MNA),
- le statut émotionnel : le mini Geriatric Depression Scale (mini-GDS),
- l'évaluation de la mobilité : timed get up and go test,
- les échelles fonctionnelles: Activity of Daily Living (ADL) et Instrumental Activity of Daily Living (IADL).

Cette liste n'est pas exhaustive et varie selon la demande gériatrique.

Mais dans la mesure où l'EMG se sert de l'EGS comme d'un support pour émettre des propositions, ne devrait-on pas plutôt parler d'«approche gérontologique globale»? (70)

En effet, l'EGS est adaptée par l'EMG selon le motif de la demande d'évaluation et le travail proposé par l'EMG dépasse une simple accumulation d'échelles. Il comporte une phase de planification, de recommandation et de synthèse qui ne s'arrête pas au processus évaluatif.

b. Les bénéfices ressentis pour le médecin traitant

Lors des entretiens menés auprès des médecins, il apparaît que le bilan gériatrique n'est pas maîtrisé par les généralistes qui n'ont également pas le temps de le réaliser en consultation de médecine de ville. Ils apprécient donc sa réalisation et le regard extérieur offert par l'EMG.

Par ailleurs, leur intervention les sensibilise à la complexité des syndromes gériatriques, à l'iatrogénie et aux nouvelles recommandations en vigueur.

Si l'on conceptualise l'EMG, le bénéfice apporté peut être modélisé selon trois valeurs intrinsèques.(30)

- Le capital humain basé sur la pluridisciplinarité des connaissances médico-sociales de ses membres, sur leurs compétences relationnelles et pédagogiques. Fondamental, il permet le lien social nécessaire à un travail en équipe et la diffusion de la culture gériatrique.

- Le capital relationnel, clé de voûte de l'efficacité de leur travail. Il est fondé sur les relations développées avec la filière gériatrique et avec les différents services, permettant de connaître et d'anticiper leurs attentes.

- Le capital organisationnel, commun à l'hôpital, il correspond au département d'information médicale pour le partage du dossier médical informatisé et au prêt des locaux par l'hôpital. Quant au capital spécifique à l'EMG, il correspond aux différents documents utilisés lors des évaluations.

c. Les bénéfices pour le patient âgé

Le but de l'EGS précoce est de mettre en place les mesures préventives ou curatives efficaces pour diminuer les facteurs prédictifs de perte d'autonomie du patient.

Cette notion a été démontrée dès les années 1980 avec les travaux de Rubenstein (71). Dans son étude contrôlée, il démontre que les 63 patients ayant reçu une évaluation gériatrique ont, à un an, une mortalité plus faible de moitié (23,8% vs 48,3%, $p < 0,005$) et un taux d'institutionnalisation également moindre (12% vs 30%, $p < 0,005$). Le statut fonctionnel et la survie étaient aussi améliorés dans le groupe bénéficiant de l'EGS.

N. Le Clech (72) étudie le devenir de 89 patients âgés de plus de 75 ans avec un score ISAR positif aux urgences, avec une évaluation par l'EMG pour 35 d'entre eux. Elle montre une diminution des durées moyennes de séjour et une absence de ré hospitalisation à 60 jours chez 63% de ces patients évalués.

De même, une étude a été menée en 2004 auprès de 739 patients à Sydney. (73) Ils ont été randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant d'un suivi par une équipe pluridisciplinaire au domicile pendant 28 jours permettant l'application des propositions de l'EMG, l'autre ne recevant pas ce suivi. Les patients surveillés ont eu un taux de ré hospitalisation moindre (16,5% vs 22,2%, $p = 0,048$). Par contre, aucune différence en termes d'institutionnalisation ou de mortalité n'a pu être démontrée.

d. Les bénéfices de l'EGS pour l'urgentiste

D'après notre enquête, les médecins traitants perçoivent le bénéfice de l'EMG pour les urgentistes comme une vision complémentaire, adaptée car elle offre une prise en charge transversale des patients et les situe dans leur fragilité. Ils reconnaissent leur apport dans l'expertise médicale.

Cela confirme la thèse de G. Joandet-Peraut (57) qui reprend le point de vue des urgentistes quant à l'apport de l'EMG. Ils considèrent leur expertise comme appropriée, avec un dépistage précoce des troubles cognitifs, afin d'éviter des hospitalisations inutiles et de planifier un retour à domicile. Ils apprécient leur autonomie et leur pertinence. Ils sont perçus comme une aide logistique pour le devenir du patient du fait de leurs connaissances des filières gériatriques permettant d'alléger leur travail aux urgences.

De leur côté, les gériatres souhaiteraient être plus sollicités pour les patients aux urgences. Ils considèrent l'apport d'un vocabulaire commun avec les urgentistes pour permettre une meilleure approche des syndromes gériatriques. Cependant, ils ont l'impression de les ralentir car sécuriser le retour à domicile augmente la durée de séjour aux urgences.

2. Les propositions de l'EMG

Les propositions émises par l'EMG havraises sont appréciées des médecins généralistes qui les reçoivent.

Ils les décrivent comme applicables dans leur pratique quotidienne, fondées sur des conseils pratiques, permettant un appui lors de la prise de décisions.

Cependant, certaines propositions reprennent des dispositifs ou services d'aide déjà instaurés par le médecin traitant.

Pour comprendre les paramètres de suivi optimal des propositions, plusieurs études peuvent être citées.

- Celle menée par T. Morin (74) où 151 patients ont été évalués par l'EMG de janvier à juin 2009 avec un taux moyen de 7,2 recommandations (étendue: 3-12), dont 5,5 sont suivies à 3 mois.

Le suivi à 3 mois est maximal (97%) quand 4 recommandations sont proposées et baisse en dessous de 80% au delà de 6 recommandations.

Les propositions les plus appréciées concernent les adaptations thérapeutiques (77% de suivi à 3 mois) et sur le plan social la réalisation d'un dossier d'APA (65%). Celles moins suivies concernent les bilans cognitifs (38%).

- Le fait de bénéficier d'un environnement porteur favorise également le suivi des recommandations. En 2004, ST Bogardus (75) démontre que l'adhésion est d'autant plus importante avec l'accord de l'aidant.

- La communication entre les équipes facilite l'application des recommandations. Un travail de thèse sur l'EMG lilloise en 2008 par C. Antrope (76) met en évidence une augmentation du suivi lorsqu'elles sont adressées à l'ensemble de l'équipe.

Les causes de non suivi exposées par T. Morin comprennent : l'absence de confiance dans les avis délivrés par l'EMG, l'impossibilité de les mettre en œuvre, l'absence de suivi médico-social, l'absence d'adhésion de l'aidant principal.

Ainsi, on retiendra comme facteurs contribuant au respect des recommandations :

- un nombre optimal de 4 recommandations,
- un environnement porteur,
- une bonne communication entre les équipes.

3. La communication ville-hôpital : limites et propositions

a. Le compte rendu d'hospitalisation (CRH)

D'après les médecins interrogés, le compte rendu de l'EMG est rapide et exhaustif. Leur attention se focalise sur la conclusion et la synthèse. Ils le considèrent comme un document de valeur à laisser au domicile du patient, permettant de fluidifier le relais d'informations.

Plusieurs thèmes sont évoqués.

- Le CRH est, encore en 2015, le moyen classiquement utilisé pour la communication médicale. C. Feintrenie (77) dénombre 72% de médecins prévenus par courrier dans sa thèse réalisée en 2010 auprès de 98 médecins.

- Le CRH est un outil majeur de transmission d'informations entre l'hôpital et l'ambulatoire mais bien souvent, pour 70% des médecins évalués par C. Feintrenie, le CRH n'est pas disponible lors de la première visite de sortie du patient.

Certes, le délai est inhérent à diverses étapes, depuis l'élaboration du courrier, la dactylographie, la signature puis l'acheminement. Toutefois, le délai légal est de 8 jours (78)⁹ pour sa réception.

Nuançons cependant ces données chiffrées qui concernent les comptes rendus d'hospitalisation et non ceux de l'EMG. Certains médecins interrogés dans notre étude faisaient l'amalgame entre le délai de réception des CRH et celui de l'EMG mais la plupart appréciait la réactivité des courriers de l'équipe mobile de gériatrie, étant d'ailleurs prévenu de l'hospitalisation et de ses détails via leur courrier.

Par ailleurs, lorsque le patient est évalué en UHCD, le courrier de l'EMG lui est remis en mains propres pour le délivrer au médecin traitant. Cela responsabilise le patient, le rendant acteur de sa prise en charge médicale. Néanmoins, cela rajoute un maillon dans la chaîne de

⁹ Article R. 1112-1

transmissions avec le risque d'une non délivrance au généraliste. De plus, les propos médicaux du compte rendu ne sont ni expliqués ni modulés selon l'état psychologique du patient.

Une des solutions apportées par les médecins traitants consiste en un logiciel de reconnaissance vocale tel que l'utilise le Danemark depuis 2000 qui retranscrit le courrier transmis ensuite par messagerie sécurisée aux intervenants.

b. La messagerie électronique sécurisée

Les généralistes havrais ne connaissent pas l'adresse mail de l'EMG, equipe.mobile.geriatric@ch-havre.fr. Certains communiquent avec eux via le mail « ouverture sur la ville », mais tous déplorent l'absence de messagerie sécurisée.

La communication par mail est conçue comme moderne et rapide. Elle permet d'avoir un avis traçable, interactif, de diminuer la charge de travail administratif, d'informatiser les courriers et de faciliter le stockage des données médicales du patient. Ces dernières années, les généralistes ont opté pour une généralisation de l'outil informatique dans leurs cabinets afin d'optimiser leurs échanges avec les partenaires de soins libéraux.

De son côté, le dossier informatisé est présent à l'hôpital Monod mais l'utilisation de la messagerie électronique sécurisée fait à ce jour défaut.

Concernant les procédés de cryptage, il en existe plusieurs tels Apicrypt® ou MSSanté®. Cela permet aux médecins de communiquer entre eux ainsi qu'avec les établissements de soins, tout en assurant une confidentialité dans la transmission des données.

De la même manière, les correspondants externes pourraient envoyer un message sécurisé à un médecin de l'hôpital ou recevoir des documents hospitaliers, dont les CRH, si l'hôpital était doté d'une plateforme sécurisée.

Sept médecins sur dix estiment qu'il s'agit d'un outil valable et plus d'un médecin sur trois l'utilise plusieurs fois au cours de la journée. (79). Dans son étude, H. Binart Ecale retrouve que 21% des 262 médecins questionnés reçoivent de manière informatique le CRH et 59% estiment que ce moyen de communication améliorerait la qualité des échanges entre professionnels.

59% des médecins de la région de Grenoble (80) se déclarent favorables à ce qu'il soit envoyé par messagerie sécurisée et 93% des médecins du Nord-Pas-de-Calais. (81)

Dans le « Parcours santé des aînés » (82) datant de septembre 2013, tous les acteurs des 9 territoires pilotes disposent d'une messagerie sécurisée, ce qui permet d'échanger les documents de synthèse et des informations ou alertes concernant les patients âgés.

c. La communication téléphonique

Les ressentis concernant les relations téléphoniques avec l'EMG havraise sont ambivalents. La qualité de la communication est reconnue avec un réel investissement des gériatres afin de débloquent, dans la mesure de leurs moyens, des situations présentées par les généralistes.

Cependant, plusieurs problèmes sont soulevés.

- Le numéro de téléphone manque de visibilité sur les comptes rendus et n'est que peu connu de la population médicale havraise.

De manière plus générale, les généralistes rendent compte d'une insuffisance de moyens concernant la diffusion des numéros d'accès aux différents médecins ou services doublé d'un barrage des secrétaires, une fois orienté dans le bon service. Effectivement, le dernier annuaire datait de 2010.

Précisons qu'entre le moment où les médecins ont été interrogés et la présentation de cette thèse, un annuaire format papier a été adressé aux généralistes, sans toutefois que le numéro de téléphone portable de l'EMG n'y figure.

- Les horaires d'accès téléphonique sont jugés trop restreints avec une demande d'organisation type plate-forme gériatrique.

- Les missions de l'EMG et l'apport pour leur pratique quotidienne apparaissent peu précis pour plusieurs médecins interrogés. De ce fait, ils n'entretiennent pas de correspondance avec l'EMG.

- Par ailleurs, les médecins déplorent ne pas être appelés lors d'un retour à domicile précaire même si l'argument de l'intrusion lors d'une consultation a été soulevé.

Les éléments relevés dans ma thèse se retrouvent dans d'autres travaux.

Une étude auprès des généralistes concernant la iatrogénie (83) retrouve 55% de généralistes regrettant le manque de contact téléphonique avec les gériatres. J. Jourdain (84) qui a interviewé les médecins généralistes de Poitiers, confirme la demande de ligne spécialisée dédiée au médecin traitant. Elle permet d'obtenir un avis spécialisé par téléphone, comme celle du CHU de Lille, « Hop'line CHRU ». Il s'agit d'un numéro gratuit, disponible en semaine de 9h à 19h auquel répond un standardiste dédié à cette ligne qui met en relation le généraliste et le spécialiste.

Ce numéro unique de téléphone permettant un accès direct pour les médecins traitants fait d'ailleurs partie du Schéma Régional d'Organisation médico-Sociale (SROS) de Haute Normandie 2012-2017 (24)¹⁰.

¹⁰ Page 33

Un tel système permettrait trois degrés d'intervention du spécialiste : simple conseil, organisation d'une consultation spécialisée pour le patient, ou hospitalisation directe.

Notons que les récriminations des médecins havrais interrogés démontrent une lassitude devant les difficultés rencontrées pour joindre un confrère spécialiste, mais que l'offre proposée par l'EMG correspond à ces trois degrés d'intervention préalablement cités.

D'autres moyens pour favoriser la communication avec les EMG peuvent être cités.

A Grenoble, la secrétaire est formée à la régulation des appels (85). Elle permet un premier recueil de données et d'informations pour les patients âgés de plus de 75 ans présentés par les médecins. Elle les oriente soit vers une assistante sociale, soit transmet la fiche de signalement au gériatre de l'EMG. Cette pratique a pour défaut de ne pas apporter une réponse immédiate au généraliste qui fait face au patient en consultation, mais cela améliore la qualité du travail du gériatre en ciblant son intervention.

Par ailleurs, citons le développement de la télémédecine qui permet aux médecins et aux patients d'interagir avec un spécialiste notamment avec les gériatres. Cela permet la « *mutualisation instantanée de savoirs et de savoir-faire de nature professionnelle* » et « *la délégation des tâches, qui s'effectue toujours sous le regard du spécialiste, en vue de la réalisation à distance du diagnostic* » (86). Le médecin traitant devient délégataire du gériatre mais cela diminue le temps d'attente pour une consultation et assure une formation continue pour le généraliste. Au CHU de Nancy (87), les téléconsultations ont débuté en juin 2014 entre des EHPAD et le CHU. Les bénéfiques sont nombreux : accès rapide aux soins, diminution des frais de transport, avis gériatrique rapide, rationalisation des coûts.

E. Le rôle de l'EMG dans la filière gériatrique

1. Devenir une référence et diffuser la culture gériatrique

La population de généralistes havrais interrogés souhaiteraient que soient redéfinies leurs missions afin de mieux cibler leur valeur ajoutée et de se familiariser avec ces correspondants hospitaliers.

Par ailleurs, ils aimeraient faciliter des rencontres, notamment participer à des réunions des nombreux groupes de pairs havrais ou favoriser des présentations médicales via l'Association Havraise de Formations Médicales Continues (88) puisqu'elle met en contact praticiens hospitaliers et généralistes.

Ils ont conscience de leur nombre restreint mais demandent à ce que ce type de prise en charge se multiplie pour diminuer le taux d'hospitalisations évitables.

En effet, l'effectif de l'EMG havraise gagnerait à être élargi. En 2014, ils ont évalué 127 patients âgés sur 7 507 passages annuels, soit 1,7% des patients.

Si l'on compare au taux d'activité de l'EMG du CH de la Rochelle présenté par S. Noé (89), 12,8% des patients ont été consulté en seulement un trimestre. Le taux d'activité de l'EMG havraise est donc nettement inférieur.

Certes la formation médicale est une obligation pour les médecins selon la loi HPST (90) ¹¹.

Ils sont tenus à un « développement professionnel continu » réunissant les notions de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Mais il s'agit d'apprendre à se connaître pour mieux travailler ensemble. Favoriser les rencontres entre EMG et médecins traitants, lors de FMC notamment, permet d'apprécier leur champ de compétences mutuelles, de décloisonner l'articulation entre professionnels de santé et d'apprendre à travailler en synergie. (91)

Un groupe de travail du CHU de Grenoble (80) a proposé avec succès en 2010 des rencontres entre équipes hospitalières et médecins de ville via des séances de formation continue et des journées « portes ouvertes » pendant lesquelles les médecins traitants pouvaient participer à la vie hospitalière.

Une étude faite en 2011 sur le réseau Ancrage à Paris (92) montre une plus grande sensibilisation des médecins aux spécificités de la gériatrie.

Par ailleurs, la nécessité de sensibiliser les médecins à la gériatrie s'étend également aux médecins-hospitaliers dont les urgentistes.

En effet, S. Noé a étudié une population de 77 patients évalués en UHCD par l'EMG au SAU du CH de la Rochelle. Ils ont été appariés pour être comparés à une population témoin prise en charge par les urgentistes. Les résultats sont statistiquement significatifs : sur 77 patients, 36,4 sont rentrés contre 12,5% et 63,6% ont été hospitalisés contre 87,5% (p=0,0005). Cette différence montre l'impact d'une EGS et l'amélioration possible d'une prise en charge gériatrique par les urgentistes.

¹¹ Article 59

2. S'adapter aux besoins des médecins généralistes

Les médecins de notre étude reprennent un thème qui est plus qu'un problème local. Pour proposer une prise en charge cohérente, le médecin traitant doit savoir à qui adresser son patient. Or, du fait de l'hétérogénéité des professionnels et services, l'objectif du maintien à domicile se heurte à une difficulté de coordination des soins.

Le médecin traitant est le point de départ du réseau. Il s'appuie sur des dispositifs gériatriques qui restent à développer au Havre : consultations mémoire, hôpitaux de jour (HDJ) afin de centraliser les bilans, hospitalisations programmées pour éviter le passage par les urgences.

Déjà en 2007, le rapport Colombier (93)¹² décrivait les blocages rencontrés en pratique pour les médecins traitants. Pourtant, le SROS de Haute-Normandie 2012-2017 (24)¹³ promeut le développement des admissions directes et des consultations de gériatrie.

Le CHU de Nancy a ouvert depuis juin 2014 l'Unité de Gériatrie d'Entrées Directes (UGED) (87) permettant via un réseau téléphonique dédié aux médecins traitants, d'hospitaliser un patient âgé pour un bilan programmé, ce qui constitue 4% des motifs de recours aux urgences dans l'étude menée par Y. Sevrin (56).

Quant à l'HDJ, C. Altounian (81) montre que les médecins du Nord-Pas-de-Calais le souhaitent également. Il représente un moyen de réaliser des bilans de mémoire (77% d'entre eux), de chute ou de troubles de l'équilibre (68%), un geste thérapeutique ponctuel (55%), une évaluation sociale (13%). 97% des médecins de son étude ont estimé que l'HDJ avait permis d'éviter une hospitalisation classique et 81% pensent qu'un suivi en HDJ plus régulier serait bénéfique aux patients.

Par ailleurs, le médecin se sent bien souvent impuissant pour gérer seul le social de ses patients. Il peut avoir besoin de l'appui des assistantes sociales. Lorsqu'un patient est admis aux urgences, elles l'évaluent sur sollicitation des urgentistes ou de l'EMG.

Comme le rappelle I. Blondelet (94) l'assistante sociale aux urgences a un travail de repérage et de coordination avec la filière gériatrique. Elle est un lien avec les services financeurs d'aides et les services prestataires afin d'assurer le relais post-urgence.

Ainsi, son intervention amène à des situations diverses : simple demande d'information sociale, demande d'évaluation globale, demande d'orientation rapide.

Malheureusement, au Havre, le rapport social ne parvient pas aux médecins interrogés et ils ne participent pas au projet de soins. Par ailleurs, ne recevant pas de compte rendu, les

¹² Proposition 32

¹³ Page 26

demandes peuvent être faites en double. La synthèse de l'assistante sociale pourrait pourtant facilement être adressée au médecin traitant facilitant la transmission de données.

De plus, le médecin traitant sollicite une EMG ambulatoire, extra hospitalière pour des visites à domicile communes dans les cas les plus complexes. Ceci était déjà proposé en 2005 par un gériatre (95) : « *Jusqu'à présent, on s'est interdit d'aller en ville, parce qu'on ne voulait pas heurter les médecins traitants ; en même temps, on a peut-être tort parce que si on se déplaçait en ville, on rencontrerait les médecins, on pourrait leur demander de venir avec nous au domicile, on pourrait faire avec eux des expertises gériatriques et donc leur apprendre un peu notre métier, mieux cibler les hospitalisations* » (gériatre).

Cette externalisation des compétences hospitalières est promue par le rapport Colombier en 2007 (93)¹⁴, par le SROS 2012-2017 (24)¹⁵ et par le « Parcours Santé des aînés » développé par M. Touraine depuis septembre 2013 (96).

Elle permet aussi de rencontrer les partenaires ambulatoires, de recueillir attentes et mécontentements, de redéfinir les missions de l'EMG et de rehausser l'image de l'hôpital par une prise en charge humanisée centrée autour du patient.

Il serait intéressant de confronter ces demandes avec les possibilités d'élargissement des compétences souhaitées par l'EMG.

3. Anticiper le retour à domicile

Les conditions de retour à domicile du patient âgé sont un sujet de préoccupation pour les médecins traitants interrogés. Ils sont très sensibles à l'aide apportée par l'EMG pour sécuriser le retour à domicile : prévenir le médecin traitant ou la famille, s'intéresser aux conditions de vie pour évaluer la faisabilité du retour et proposer des points d'amélioration, structurer l'offre de soins.

Rappelons que la sortie de l'hôpital est un acte juridique. Elle est prononcée par le chef d'établissement sur avis favorable du médecin ou de son représentant légal. Cet acte permet la continuité de prise en charge entre la médecine hospitalière et celle de la ville.

Laisser un patient sortir de l'hôpital revient à se demander quels sont les critères permettant à un patient âgé de regagner son domicile.

¹⁴ Proposition 43

¹⁵ Page 33

La SFMU (14) précisait en 2003 qu'«elle ne peut se concevoir que pour les PA dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant un état clinique stable. La présence d'une comorbidité et de leur gravité, l'environnement de la PA intervient dans la décision ».

Les facteurs de réadmission ont été étudiés dans la littérature médicale. En effet, elle correspond souvent à un échec du fait d'une mauvaise appréciation de l'environnement.

Un modèle unique de prise en charge ne saurait exister tant les modèles d'organisation entre chaque centre hospitalier et le milieu libéral varient. Cependant, des questions communes concernant l'évaluation du retour se posent aux urgentistes.

La SFMU propose différents points pour aider à la décision du retour à domicile : le diagnostic retenu, la situation environnementale, les critères de gravité des comorbidités et l'avis du malade et de l'entourage.

J. Rottner (97) quant à lui, évoque les antécédents, les comorbidités, les critères de gravité, le suivi par un médecin traitant informé du retour, la possibilité d'une évaluation gériatrique secondaire, l'anticipation des ordonnances, le souhait de la personne, les troubles cognitifs et la dépendance physique.

La sortie représente un moment de transition pour le patient : il passe d'un milieu où la surveillance est pluriquotidienne à un milieu incertain en termes de sécurité médicale.

La transition entre soins hospitaliers et soins à domicile fait partie intégrante des préoccupations du rapport Colombier en 2007. (93)

L'entourage, chez un patient fragile, doit donc être prévenu pour faciliter la transition. En effet, ne pas hospitaliser un patient âgé revient à considérer son entourage comme adéquat dans sa vie quotidienne. Mais a contrario, l'hospitaliser inutilement peut aboutir à une perte d'autonomie.

Il s'avère que bien souvent les aidants ou les médecins traitants ne sont pas prévenus. Or, le déficit de relations entre le généraliste et l'hôpital correspond à une rupture de soins d'autant plus dommageable que le médecin de famille a une connaissance inégalable de ses patients.

Ce défaut de coordination est malheureusement fréquent. C. Feintrenie (77) comptabilise 18% des médecins de son étude qui ne sont jamais prévenus du retour de leur patient et 43% qui le sont rarement. Les généralistes de l'étude de Grenoble mettent une note de 29,3/100 pour la préparation de la sortie, 21,1/100 pour l'association à la planification de la sortie et 25/100 pour la participation au projet thérapeutique.

Pour y remédier, ils ont proposé une procédure de sortie dans laquelle « informer le médecin traitant » serait inclus. Ceci se pratique déjà en Belgique (98) où une information est envoyée systématiquement au médecin traitant pour toute hospitalisation ou sortie.

Quant aux aidants professionnels, en concordance avec une étude réalisée en 2006 auprès de SSIAD (99), ils ressentent un manque de concertation lors des retours à domicile. Ils apprennent le retour de la personne quand elle est déjà chez elle. Cela pose un problème concret d'organisation des plannings. De plus, les prescriptions de soins ne sont pas toujours en adéquation avec leurs fonctions. Ils constatent aussi un manque de réflexion et d'interrogation sur les conditions de vie du patient.

Toutefois, les médecins rencontrés ont fait part de leurs difficultés au quotidien quant aux sorties d'hospitalisation mais cela dépasse le cadre de l'action de l'EMG aux urgences.

Cependant, le problème de fond est un problème de légitimité et de difficulté de mise en place d'une organisation cohérente.

On peut se demander à qui incombe la responsabilité de coordonner le retour à domicile : est-ce une mission des généralistes qui ont un rôle de soignants et non d'intervenants sociaux? Est-ce à l'EMG qui n'a, pour l'instant, qu'un rôle de conseil et d'expertise d'élargir son champ d'action médico-sociale pour répondre à la demande des médecins traitants havrais?

4. S'orienter vers une mutation des compétences ?

Au vu des initiatives qui ont été créées ces dernières années, on tend à s'orienter vers une mutation des compétences.

La gestion des divers intervenants est en cours de recentralisation dans une approche transversale de la personne âgée, avec création de référents, de gestionnaires de cas, de « plan personnalisé de santé ». (96)

D'autre part, les filières gériatriques s'organisent autour d'interventions multidisciplinaires au domicile du patient âgé en situation complexe. Le médecin traitant devient un élément d'un réseau, validant un plan de soins mais n'est plus le seul interlocuteur du patient et de sa famille. Ceci implique également de définir les fonctions, rôles et responsabilités de chaque acteur.

Des modèles précurseurs existent à Paris depuis 2006 avec le réseau Ancrage (92). Pluridisciplinaire, il réorganise les soins dispensés aux personnes âgées très fragiles pour améliorer leur qualité de vie au domicile. Il fait le lien entre les gestionnaires de cas et les médecins généralistes. Il propose des avis gériatriques si besoin et organise des hospitalisations directes.

Dès 2009, des Unités de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV) ont été créées à Limoges. Intervenant à la demande de la famille ou du médecin, elles réalisent une

EGS complète au domicile du patient puis proposent au patient et au médecin traitant un plan d'intervention réévalué tous les six mois.

Début 2014, une Plate-forme Opérationnelle de Sortie (POS) (100) a été instaurée au CHU de Nîmes. Quand une sortie d'un patient en situation complexe s'annonce, une équipe pluridisciplinaire intervient au domicile du patient, offrant des solutions et une approche transversale. Avec un coût annuel de 220 000 euros de fonctionnement par an, elle a généré selon le Département d'Information Médicale de Nîmes 5 millions d'économie par an.

De même, l'ARS propose le « parcours Santé des aînés » (96) et un plan personnalisé de santé sous la responsabilité du médecin traitant. Après consentement du patient, l'élaboration de ce plan permettrait une concertation pluri-professionnelle et sociale, validée par le médecin généraliste.

Tous ces modèles présentent des caractéristiques communes : un guichet unique, une évaluation par une équipe pluridisciplinaire, un plan individualisé d'aide et la coordination du parcours par un intervenant social. Ainsi, le médecin traitant demeure responsable de la trajectoire de soins de la personne sans avoir la gestion de l'organisation du domicile.

Cette demande est forte et s'en est ressentie dans mon étude où, n'ayant pas encore l'habitude de travailler avec des réseaux, les médecins havrais ont tendance à concevoir l'EMG comme une porte d'entrée dans un réseau et le gériatre comme un gestionnaire de cas.

L'enjeu repose donc sur un maillage cohérent d'intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux, ayant une transversalité de la prise en charge. C'est à ces conditions, interdisciplinarité et participation aux réseaux gérontologiques, que la coordination du maintien à domicile de la population vieillissante française sera possible.

CONCLUSION

Cette étude a permis de recueillir le ressenti et les attentes des médecins généralistes havrais à propos de l'Equipe Mobile de Gériatrie havraise. Elle s'insère dans un contexte où la population médicale havraise en diminution est confrontée à la croissance du nombre de patients de plus en plus âgés.

Elle met en exergue l'importance du travail en synergie entre l'EMG et les médecins généralistes ce qui constitue bien un enjeu médico-social et économique qu'il paraît nécessaire de développer.

Elle souligne la difficulté des médecins à se concentrer sur des tâches autres que médicales. Aussi leur intervention dans le coaching et la prise en charge sociale peut devenir plus aléatoire et induire un risque de rupture dans l'égalité des soins.

Elle met aussi en valeur la reconnaissance par les médecins généralistes du travail et de l'apport indéniable de l'EMG.

Cependant elle souligne combien le binôme généraliste-EMG est à renforcer au vu de l'évolution sociétale. Il serait utile de développer de véritables réseaux de prise en charge multidisciplinaire, également générateurs d'économie à terme. Cela permettrait d'anticiper en amont les syndromes gériatriques chez une population fragile afin d'éviter les hospitalisations, d'améliorer leur statut fonctionnel, d'aménager leur domicile pour les maintenir dans leur lieu de vie et de les inscrire dans une filière de prise en charge ambulatoire.

A l'issue de mon travail, des propositions d'amélioration ont été exprimées par les médecins généralistes: le besoin de structurer le maillage de correspondants en redéfinissant les missions de chacun, le renforcement de la communication entre généralistes et gériatres, la prise en compte du médecin traitant lors des décisions, l'évaluation conjointe avec le gériatre au domicile du patient et le recours aux alternatives à l'hospitalisation. De plus, des efforts dans le domaine de l'information et de la sensibilisation gériatrique seraient à développer. Il serait utile de présenter les initiatives réussies dans la coordination médico-sociale ou dans le développement du travail en réseau.

Dans ce système, l'EMG havraise apparaît donc comme l'initiatrice d'une synergie entre une vision médicale et sociale, nécessaire au vu des évolutions démographiques. Cependant, elle ne peut porter à elle seule la gestion de coordonner tout un réseau. Elle nécessite donc le support d'une équipe pluriprofessionnelle intervenant au domicile en accord avec le médecin traitant.

Il est donc nécessaire d'étendre le savoir-faire de l'EMG pour maintenir une qualité des soins en recourant à des actions mutualisées, en réseau et à un décloisonnement des relations entre médecins et intervenants sociaux au vu d'une logique de parcours de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE PREMIERE [Internet]. oct 2010 [cité 23 août 2015];(1320). Disponible sur: <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1810.pdf>
2. Blanpain N. 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060? INSEE PREMIERE [Internet]. oct 2010 [cité 20 juin 2015];(1319). Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/1776>
3. Delamare J, Follin J, Cousin M-H. Perspectives démographiques de l'agglomération Havraise à l'horizon 2030. AVAL; 2014.
4. Insee - Territoire - Diagnostic socio-économique du bassin d'emploi havrais [Internet]. [cité 20 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19252
5. Delamare J, Gitton F, Villet H, et al. Les territoires de santé en Haute Normandie: situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques. AVAL. mars 2012;(114).
6. Insee - Commune du Havre (76351) - Dossier complet.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-76351
7. Gautier C. Les personnes âgées dépendantes en Seine-Maritime: une augmentation potentielle de 18% entre 2005 et 2020. AVAL [Internet]. juin 2009 [cité 20 juin 2015];(80). Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/7559>
8. Mauro L, Vertueux G. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014. Dossiers solidarité et santé. juin 2015;(63).
9. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières - dossier [Internet]. 2015 [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P_432,507
10. Recensement 2010 Chiffres clés: Le Havre et ses quartiers. Agence d'urbanisme de la région du Havre et de l'estuaire de la Seine; 2013.
11. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Code de la santé publique mai 22, 2006.
12. Laperdrix S. Schéma régional d'organisation sanitaire volet "Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins [Internet]. ARH Haute Normandie; 2009 [cité 30 août 2015]. Disponible sur: http://www.parhtage.sante.fr/re7/hno/site.nsf/redirect.html?OpenNavigator&page=SROS3_en_Haute_Normandie

13. Rapport d'observations définitives sur la gestion du Groupe Hospitalier du Havre. Chambre régionale des comptes de Haute Normandie;
14. 10ème conférence de consensus: prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg, France; 2003 déc.
15. Le Breton G. La démographie médicale en région Haute Normandie: Situation en 2013. CNOM; 2013.
16. Les professionnels de santé libéraux de proximité Situation actuelle et exercice de prospective Haute-Normandie. ARS HAUTE NORMANDIE; 2013 avr.
17. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé [Internet]. 2009 [cité 23 août 2015];(12). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2009/12/1.pdf>
18. Rault JF, Le Breton G. Atlas national de la démographie médicale 2015. CNOM DATA; 2015.
19. Piou O, Raulet-Croset N. Les Associations d'aide à domicile entre pouvoirs publics et marché [Internet]. 2009 [cité 20 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/O. Piou- memoire 2009 1 .pdf>
20. Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. 2002-410 mars 28, 2002.
21. Étude prospective de l'évolution de 10 professions sur les établissements médico-sociaux Haute-Normandie [Internet]. 2013 [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/publication/etudes_prospective_de_l_evolution_de_10_professions_sur_les_etablissements_medico_sociaux.pdf
22. Anquetil B, Fossard JL, Depierre M. Infirmier (e) libéral (e) en Haute-Normandie : réalité d'un exercice. 2013.
23. PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement de la perte d'autonomie de Haute-Normandie 2015-2019. ARS; 2015.
24. d'Harcourt C. Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale de Haute-Normandie 2012-2017. ARS; 2012.
25. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : grille Aggir [Internet]. [cité 30 août 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>
26. Extraction du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) par établissements - [Internet]. Data.gouv.fr. 2015 [cité 25 août 2015]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/extraction-du-fichier-national-des-etablissements-sanitaires-et-sociaux-finess-par-etablissements/>
27. Couty E, Abenheim L. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. 2002 [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

28. Podeur A. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 [Internet]. 2007 [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
29. Debeaupuis J, Fatome T. Arrêté du 18 avril 2014 portant modification de l'arrêté du 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des missions d'intérêt général. Sécurité Sociale avr 18, 2014.
30. Montalan M-A, Vincent B. Proposition d'un modèle d'évaluation du capital immatériel pour les organisations transversales à l'hôpital: le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG). In: Crises et nouvelles problématiques de la Valeur [Internet]. 2010 [cité 7 août 2015]. p. CD - ROM. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00476676/>
31. Rapport de certification 2010 du Groupe Hospitalier du Havre [Internet]. HAS; 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1344212
32. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. BMJ: British Medical Journal. 2000;320(7227):114.
33. Impr. nationale, 1791, éditeur. Projets de décrets présentés à l'Assemblée nationale par son comité de mendicité. (31 janvier 1791.). Paris;
34. Dalloz D, Dalloz A. Jurisprudence générale: Recueil périodique et critique de jurisprudence, de législation et de doctrine en matière de droit civil, commercial, criminel, administratif, de droit des gens et de droit public. Paris, France: Bureau de la Jurisprudence générale; 1845.
35. Laroque P. Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse [Internet]. 1962 [cité 29 août 2015]. Disponible sur: <http://catalogue.bnf.fr/servlet/RechercheEquation?TexteCollection=HGARSTUVWXYZ1DIECBMJNQLOKP&TexteTypeDoc=DESNFPIBTMCJOV&Equation=IDP%3Dcb36270543n&host=catalogue>
36. Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile »: Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. Gérontologie et société. 2007;123(4):153.
37. Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures *dispositions* d'ordre social. Code de la Sécurité Sociale janv 27, 1987.
38. Loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi. Code du Travail janv 4, 1992.
39. Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers. Code du Travail, 96-63 janv 29, 1996.
40. Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. juill 26, 2005.
41. Sindou-Faurie Jarzebowski P. Maintien à domicile après 75 ans, étude qualitative à Vernon (27): le point de vue des personnes âgées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2010.

42. Programme Local de l'habitat 2010-2015 | CODAH | Communauté de l'agglomération havraise [Internet]. CODAH. 2009 [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.codah.fr/article/programme-local-de-lhabitat-2010-2015>
43. Compte rendu du Conseil des ministres du 3 juin 2014 [Internet]. Gouvernement.fr. 2014 [cité 12 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-06-03/adaptation-de-la-societe-au-vieillissement>
44. Chan M, Campo E. Smart homes—current features and future perspectives | alaa mad - Academia.edu. Maturitas. 20 oct 2009;64(2):90-7.
45. Joel M-E. Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID. Revue française des affaires sociales. 2003;1(1-2):103-22.
46. Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution: effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. Ratio. 2011;8:10.
47. Soullier N. l'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Etudes et Résultats. aout 2011;(771):8.
48. Les enquêtes Handicap-Santé - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2010 [cité 29 août 2015]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante_4267.html
49. Braithwaite V. Caregiving burden making the concept scientifically useful and policy relevant. Research on Aging. 3 janv 1992;14(1):3-27.
50. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile: la charge ressentie. Etudes et Résultats. mars 2012;(799):8.
51. Naiditch M. Communiqués de presse QES n° 176 Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? - IRDES. Questions d'économie de la santé [Internet]. mai 2012 [cité 20 juin 2015];(176). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseQes/ComPresseQes176.htm>
52. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Code de la sécurité sociale août 13, 2004. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
53. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique juill 21, 2009.
54. Bonnet H. Urgences ressenties [Texte imprimé]: analyse des motivations du recours croissant au secteur hospitalier : l'augmentation régulière et constante de la fréquentation du S.A.U.d'Auch (Gers) depuis 10 ans, est-elle due à l'absence ou à l'insuffisance d'implication des médecins généralistes dans la réponse à l'urgence ? [Internet]. Toulouse; 2001 [cité 10 août 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=6/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=bonnet+h+urgences+ressenties>
55. Jacquet A. Motivations qui conduisent les médecins généralistes à adresser leurs patients au Service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Général de Châteauroux [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2002.

56. Sevrin Y. motivations des médecins généralistes de Haute Normandie pour adresser leurs patients aux urgences [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2010.
57. Joandet-Peraut G. Etude qualitative concernant la collaboration entre les urgences et l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Toulouse: points de vue respectifs des urgentistes et des gériatres et réflexion sur les perspectives d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
58. Chevalley T. Question 8 : prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences : données médicales indispensables. Journal Européen des Urgences. sept 2004;17(3, Part 2):235-9.
59. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(3):M146-57.
60. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 30 août 2005;173(5):489-95.
61. Haute Autorité de Santé - Décision n°2013.0055/DC/SMACDAM du 16 mai 2013 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » [Internet]. [cité 20 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1605247/fr/decision-n20130055/dc/smacdam-du-16-mai-2013-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-fiche-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours-comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
62. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1, Supplement):114.
63. Closon R. tentative d' application des recommandations de la Xeme conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences de l'hôpital de la Conception à Marseille [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2007.
64. Tayech N. Equipe mobile gériatrique et service d'accueil des urgences de Seclin: profil de la personne âgée prise en soins [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
65. Lacroix O. Repérage aux urgences des patients âgés nécessitant une prise en charge gériatrique: A propos d'une étude de 221 cas [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.
66. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gérontologie et société. 1 sept 2008;126(3):91-103.
67. Kamienski P. Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais: synthèse des enjeux régionaux [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

68. Couturier P, Tranchant L, Laniece I. Fonctionnement des unités mobiles de gériatrie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). *Annales de Gériatrie*. oct 2008;1(1):17-26.
69. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. *Médecine thérapeutique*. 1 juill 2004;10(4):229-36.
70. Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gériatrique globale : où en est-on ? *La Revue de Médecine Interne*. févr 2013;34(2):114-22.
71. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
72. Le Clech N. Repérage de la fragilité au service des urgences: apport de l'intervention de l'unité mobile de gériatrie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2011.
73. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, et al. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department—the DEED II study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(9):1417-23.
74. Morin T, Laniece I, Desbois A, et al. [Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team]. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 2012;10(3):285-93.
75. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, et al. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc*. janv 2004;52(1):99-105.
76. Antrope C. Suivi des recommandations de l'Equipe mobile de gériatrie au sein des services du CHRU de Lille [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2008.
77. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. [Thèse d'exercice]. Nancy; 2010.
78. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique [Internet]. code de la santé publique, 2003-462 mai 21, 2003. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528>
79. Binart Ecales HB. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS NORD; 2012 [cité 7 août 2015]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/02_ECALE.pdf
80. François P, Boussat B, Fourny M, et al. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*

[Internet]. 2014 [cité 2 août 2015];26(2). Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-2-page-189.htm>

81. Altounian C. Impact médical de la filière gériatrique labellisée des centres hospitaliers de Seclin-Carvin sur leur territoire de santé: étude descriptive qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur de Seclin-Carvin [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
82. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie; 2013.
83. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, et al. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2015;15(85):3-11.
84. Jourdain J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital: enquête concernant le CHU de Poitiers [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2009.
85. Lo-Strauss B, Garnier V, Steenpass V, et al. Fonctionnement du secrétariat au sein de l'Équipe Mobile de Gériatrie: intérêt d'une régulation téléphonique. *La Revue de Gériatrie*. nov 2012;37(9):749-50.
86. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales: Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie*. 2013;54(2):303.
87. Réseau CHU: Téléconsultations gériatriques: une 1ère en Lorraine [Internet]. [cité 9 août 2015]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.reseau-chu.org%2Farticle%2Fteleconsultations-geriatriques-une-premiere-en-lorraine%2F](http://www.reseau-chu.org/teleconsultations-geriatriques-une-premiere-en-lorraine)
88. AHFMC. AHFMC | Association Havraise de Formation Médicale Continue [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ahfmc.fr/>
89. Noe S. Impact d'une évaluation gériatrique sur l'orientation des personnes âgées au sein d'un service d'accueil des urgences: expérience au centre hospitalier de La Rochelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
90. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la sécurité Sociale, 2009-879 juill 21, 2009.
91. Dupin M. Coordination des soins en urgence (Le point de vue des médecins généralistes). Saint-Etienne; 2013.
92. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, et al. Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. *Santé Publique*. avr 2011;23:317-28.
93. Colombier G. N° 3672 - Rapport d'information de M. Georges Colombier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales [Internet]. Assemblée Nationale; 2007 févr [cité 19 août 2015]. Report No.: n°3672. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>

94. Blondelet I. Rôle de l'assistant(e) social(e) des urgences [Internet]. SFMU; Disponible sur:
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sfm.u.org%2Fupload%2FpreferentielsSFMU%2Fpreferentiel_assistante_sociale2012.pdf&ei=Z9yGVbfPGq6t7AaroYGwBg&usg=AFQjCNEzxMbIkAya0gAhbtzrm_vibkebzA&bvm=bv.96339352,d.ZGU
95. Clément S, Mantovani J, Rolland C. Réseau de soin ou réseau de santé : les perspectives « géronto-gériatriques » révélées par les Unités mobiles hospitalières. *Sociologies pratiques*. 2005;11(2):57.
96. Le parcours santé des aînés (Paerpa) - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. [cité 16 août 2015]. Disponible sur:
[about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2Fle-parcours-sante-des-aines-paerpa.html](http://about.reader?url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2Fle-parcours-sante-des-aines-paerpa.html)
97. Rottner. Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans : aspect médical. *JEUR*. 2004;(17):269-74.
98. La Charte des Bonnes Relations entre l'Hôpital Erasme et les médecins traitants - Hopital ERASME [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=15323&langue=FR>
99. Arfeux-Vaucher G, Dorange M, Besson I, et al. Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile Recherche auprès de Services d'Aide à Domicile et de Services de Soins Infirmiers A Domicile. *fondation nationale de gérontologie*; 2006.
100. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? [Internet]. HAS; 2014. Disponible sur:
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAahUKEwir6NWTxOLHahULthQKHxZjAqc&url=http%3A%2F%2Fwww.unrsante.fr%2Fweb_documents%2Ffps_fonctions_appui_25_09_14.pdf&usg=AFQjCNH4O7rV4KTHKFqvbA44x9r-zAUwvA&bvm=bv.102022582,d.d24&cad=rja

- Faites-vous appel à leur service ?

Relance : Connaissez-vous le numéro pour les joindre ? (06 76 24 22 44)

4. Perspectives

- Quelle est votre expérience personnelle concernant la spécialité gériatrique ?

Relance : formation gériatrique ? Travail en structure gériatrique ?

- L'EMG vous sensibilise t-elle aux spécificités des patients âgés ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer vos relations ?

Relance : des demandes particulières ? Des solutions à apporter ?

Thème 1 : Les spécificités du patient âgé pour le médecin généraliste

Thème intermédiaire	Code	Signification du code	
Le mode d'exercice du médecin généraliste	Le type de pratique médicale	La solitude du libéral	
		Le manque de communication avec les médecins hospitaliers	
		Les visites à domicile	
	Le réseau gériatrique	Au centre d'un réseau informel	
		Les lacunes dans le réseau	
		L'hôpital Monod, principal interlocuteur	
	La formation gériatrique	L'expérience pratique de la gériatrie	
		L'EGS peu réalisée faute de temps et d'expérience	
		La nécessité d'une consultation dédiée et spécifique	
	Le ressenti du médecin traitant	Délaissé quant aux décisions médicales	
		Une situation récurrente	
		La hiérarchisation avec les médecins hospitaliers	
	La prise en charge du patient âgé	En consultation : les singularités des personnes âgées	Une consultation longue
			Une personne poly pathologique
			La pression familiale
Des compromis à réaliser			
L'organisation du domicile		Connaitre son environnement:	
		Instaurer d'aides	
		En relai de l'hôpital	
Les différents rôles du médecin pour les PA		Le rôle explicatif	
		Le rôle social	
		Le rôle de coach	

Les difficultés du maintien à domicile pour le médecin généraliste	Une prise en charge complexe à anticiper	La diversité de la prise en charge médicale et sociale
		La détection du moment pour instaurer les aides
		La difficulté du rôle combiné d'aidant et de médecin
		Avec un biais de subjectivité
	L'organisation des aides au domicile	Une insuffisance de structures
		Un sentiment d'impuissance
		Variable selon les quartiers
		Un manque de coordination
		Une organisation chronophage
	La pénibilité administrative	La lenteur administrative
		Les demandes d'APA
		Le rôle de gestionnaire de cas
	Les difficultés rencontrées avec l'hôpital Monod	La prise en charge médicale
		La non anticipation des retours à domicile
		Les modifications thérapeutiques non documentées
		Le manque de relai d'informations

Thème 2 : Le patient âgé aux urgences

Thème intermédiaire	Code	Signification du code
Les spécificités de la personne âgée	La notion de fragilité	Un patient fragile
		Un isolement social
	Le déni de la perte d'autonomie	Le déni de la situation
		Une personne à convaincre
	L'exigence de soins	Une exigence de soins
		Un refus de la mort
	Le maintien à domicile	Des politiques de santé actuelles
		Un souhait du patient
		Un enjeu économique
	Le patient âgé aux urgences	Les motifs d'admission vus par les médecins traitants
L'accès au plateau technique		
Un échec de prise en charge		
Une cassure dans le schéma de fragilité		
Le ressenti de la personne âgée		Une perte des repères
		Une incompréhension de la situation
		L'intérêt du dossier médical au domicile
Les conditions du maintien à domicile	Les aidants familiaux	Pilier du maintien à domicile
		Un rôle dans l'organisation
		Un épuisement des aidants
		Une diminution de l'implication
	Les aidants professionnels	Une diversité dans les soins
		Une augmentation de la demande
		Une surveillance quotidienne
		Une solution pas toujours idéale
	Les interactions entre les intervenants	La personne âgée et les aidants professionnels
		La famille et les aidants professionnels
Le médecin et les aidants professionnels		

Thème 3 : L'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie aux urgences

Thème intermédiaire	Code	Signification du code
Une prise en charge globale	Un bilan exhaustif	Une approche globale
		Et appréciée
		Une évaluation en binôme
		Un recueil d'informations complet
		Une disponibilité pour le patient
		Les spécificités de l'examen gériatrique
	Les propositions de l'EMG	Applicables pour les médecins de ville
		La iatrogénie
		A adapter au contexte
		Parfois redondantes
Une prise en charge organisée autour de la personne âgée	En amont des urgences	Des consultations spécialisées
		Des hospitalisations programmées
		Pour éviter les ré hospitalisations
		Un souci d'économie de santé
	Aux urgences	Une évaluation complémentaire
		Une approche différente
		Des moyens techniques
		Une expertise et non une décision
		Un biais : le lieu d'examen
	En aval des urgences	Un état des lieux des conditions antérieures
		Une aide à l'instauration d'un réseau
		Une meilleure continuité des soins
	Via une communication ville-hôpital	Le compte-rendu d'évaluation
L'importance de la synthèse		
La fluidité de l'information		

	La communication téléphonique	La rapidité de l'information controversée
		Une amabilité de l'accueil
		Une demande d'utilisation
	La communication par mail	Une rapidité et fluidité
		Un moyen insuffisamment utilisé
		Non encore existant à l'hôpital Monod
La diffusion de la culture gériatrique	Les avis spécialisés	Un bilan non maîtrisé
		Un regard extérieur
		Une objectivité
	La sensibilisation gériatrique	A la complexité de la gériatrie
		A la iatrogénie
		Aux nouvelles pratiques gériatriques
	Un biais	Une équipe récente

Thème 4 : Les propositions des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMG havraise

Thème intermédiaire	Code	Signification du code	
Devenir une référence	Se faire connaître	Redéfinir les missions	
		Devenir un correspondant hospitalier	
		Dans un but d'économie de santé	
	Développer le réflexe EMG	Renforcer les effectifs de l'EMG	
		Concevoir l'EMG comme une aide	
	Se former en gériatrie	Les formations gériatriques	
Les formations FMC			
Développer l'activité de l'EMG	En amont des urgences	Le conseil téléphonique	
		Les hospitalisations programmées	
		L'hôpital de jour	
		Les visites à domicile	
	Aux urgences	Majorer le nombre de patients évalués	
		En association avec l'assistante sociale	
		Une intervention plus explicite	
		Une aide concrète	
	En aval des urgences	La création de filières de santé	
		La perte du libre choix	
		Le retour à domicile coordonné	
		Les consultations de suivi	
		Le rôle du médecin traitant	
	Améliorer la communication	Les comptes rendu	La rapidité du courrier de l'EMG
			Le courrier des urgences
Le contenu des courriers			
Les communications téléphoniques		Promouvoir la communication par téléphone	
		La lisibilité du numéro	
		La plate forme gériatrique	
Les mails		Les avantages	
		Les inconvénients	

ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN

- Vous aviez l'air enthousiaste par mon sujet concernant l'EMG, avez-vous déjà eu affaire à eux ?

« *Oui, plusieurs fois.* »

- Par courrier ou par téléphone ?

« *Par courrier ou par mail, ouverture sur la ville, ou par leur 06.* »

- Et c'était pour quel type de demandes ? Dans quelles circonstances avez-vous eu affaire à eux ?

« *Des patients âgés, fragiles, pour lesquels je craignais qu'on ne fasse une hospitalisation en catastrophe en aigu, et pour lesquels j'avais besoin de faire un bilan que je n'arrivais pas à organiser en ville, parce que c'était trop coûteux en déplacement et pour lesquels il n'y avait pas d'accompagnant ou parce que je n'avais pas la plateforme technique pour associer plusieurs explorations en même temps, surtout chez des patients poly pathologiques.* »

- Donc plutôt pour orienter le patient, pour créer des consultations spécialisées ?

« *Oui, ou pour des hospitalisations qu'on a programmé ensemble par exemple : « on peut prendre ton patient dans 3 jours » ou alors « bah je n'ai pas de place d'hospit, mais on peut le prendre en consultation de gériatrie et on programme les examens un peu avant » ou ça pouvait être des hospitalisations immédiates, avec plusieurs cas de figure, et après ça dépendait de ma demande, du patient et des possibilités.*

Par exemple, un patient qu'ils n'ont pas pu prendre en hospit, ils l'ont vu en consultation et ma foi ça suffisait et c'était bien. »

- Vous arrive t-il de les appeler en consultation lorsque vous vous sentez coincés face à un patient complexe ?

« *J'ai dû les appeler une fois en consultation par rapport à une histoire d'AVK et d'indication.* »

- Est-ce qu'eux ils vous appellent ?

« *Ils m'ont déjà appelé, oui,*

Après on communique aussi par mail, je fais un copier-coller de ma consultation, je leur envoie sur le mail « ouverture sur la ville » et c'est bien dommage que ça ne soit pas sécurisé, et ils me rappellent en me disant qu'ils ont bien eu mon truc, et qu'on pourrait faire ça et ça. »

- Trouvez adapté le fait qu'ils voient les patients aux urgences ?

« Ah bah oui, c'est bien, ils peuvent apporter une culture d'observation gériatrique, non ils ont un point de vue global sur les personnes âgées

Les personnes âgées aux urgences, c'est une vision plutôt morcelée et ça permet de resituer la personne dans sa fragilité, dans son contexte et sa poly pathologie, et que du coup on ne va se retrouver en ville avec le patient sous AVK alors qu'il n'aurait pas fallu. »

- Quelles sont vos difficultés avec les patients âgés quand ils sortent des urgences ?

« On n'a pas toujours le compte rendu, les décisions qui ont été prises ne sont pas d'une limpidité formidable, les changements de traitement ne sont pas documentés, donc on ne sait pas pourquoi ils ont changé les traitements qu'on a parfois mis du temps à trouver et à adapter.

Alors après dans les comptes rendus de gériatrie ça tend à le devenir. »

- Comment trouvez-vous leurs comptes-rendus ?

« Non c'est bien qu'ils soient complets, c'est ce qu'on leur demande, ils voient les patients en binôme, pendant facilement une heure je pense, donc au contraire c'est bien que ça soit documenté, et on en apprend souvent sur nos patients. »

- Des informations qui vous manquent ?

« Justement on aimerait bien savoir pourquoi il y a eu des changements, que ça soit argumenté, aussi bien dans les compte rendus des hospitalisations, que les compte rendus de l'EMG.

Parfois toi en ville, tu as essayé de mettre en place des trucs et ça tombe à l'eau, et eux te le reproposent, alors certes tu es content de voir que tu as de bonnes idées, mais ça ne marche toujours pas.

Par exemple, ne plus conduire, si le patient ou la famille ne l'entend pas, est ce que, vu qu'on est plusieurs à le dire, ça pourrait être efficace ?

Le patient qui n'a pas accepté une aide à domicile, qui est reproposeé par cette équipe là, tu y retournes après, tu essayes, mais ça ne fonctionne toujours pas.

Après les démarches sociales ne sont pas toujours très claires, est ce que le patient a été vu par une assistante sociale, est ce que les démarches ont été débutées, ou est-ce une préconisation et on fait double travail ? »

- Est-ce que ça vous sensibilise sur certains points de la gériatrie ?

« Oui tout à fait,

Après est ce qu'on pourrait créer une consultation de suivi, faire un point «état des lieux» voir ce qui a été mis en place et ce qui pourrait l'être. »

- Et pour améliorer la communication ?

« Je trouve qu'elle est très bonne, parce que très honnêtement, il y a très peu de confrères qu'on peut appeler à l'hôpital, qui nous répondent gentiment, et qu'on n'a pas l'impression d'embêter parce qu'on leur demande de nous aider avec « notre » patient.

Parce que souvent, tu fais suer ton monde, et on te fait une fleur.

Mais quand on les appelle eux, on a l'impression qu'on parle d'un patient commun, qu'ils sont vraiment concernés par le patient et par ta problématique, et ça, ça fait toute la différence. »

- Auriez-vous besoin qu'ils développent les visites à domicile ?

« Oh que oui, et ça serait génial qu'on puisse se retrouver au chevet du patient et mutualiser les idées pour créer et aménager le domicile du patient, ça serait génial. »

- D'autres idées ? D'autres solutions à apporter ?

« Qu'on puisse se rencontrer une fois par an, pour discuter, échanger, qu'ils participent à des groupes de pairs, ou des FMC sur le Havre

Ca serait très bien qu'ils puissent nous appeler aussi quand les patients sortent avec des points à surveiller de près, mais ça ça concerne plus les hospitalisations.

Je me souviens d'une patiente pour laquelle j'avais demandé une consultation pour modifications du comportement, et troubles de la mémoire récents, ils n'ont pas pu la prendre en hospit et l'ont prise en consult quelques jours après, et le jour même où il y a eu la consultation de gériatrie, j'ai eu par mail le compte rendu de la consultation. »

- Par mail ?

« « Ouverture sur la ville » oui,

On a fait une réunion avec plusieurs gériatres et quelques médecins généralistes, mais pas nombreux et ils nous avaient parlé du mail et du portable.

Après « ouverture sur la ville », ce ne sont pas que des patients de gériatrie, je ne sais pas s'ils ont un mail dédié à l'EMG. »

(EMG)

1. Administratif

- Date de création EMG ?
- Sous quelle impulsion ?
- A quel service est elle rattachée ?
- Qui en est le responsable ? le coordinateur ?
- Comment est elle constituée ?
- Où sont ses locaux ?
- Comment peut-elle être jointe ?
- Horaires de permanence?

2. Missions

- Particularités de l'EMG havraise?
- Nombre d'avis donnés en 2014? Intra et extrahospitaliers?
- Répartition des avis par service en 2014?
- Quelle part pour les urgences?
- Comment se fait la détection des patients aux urgences ? sur appel de l'urgentiste ou passage quotidien?
- Lieu de réalisation : SAU ou UHCD ?
- Allez-vous à domicile ?

3. Communication et lien ville-hôpital

- Appels des médecins traitants?
- Courrier envoyé aux MT?
- Qui le rédige?
- Dans quel délai est-il envoyé?
- Utilisez-vous des moyens tels Apycript®?
- Avez-vous des retours des médecins traitants?
- Vous appellent-ils ? pour des précisions, des demandes de bilans, de consultation aux urgences?
- Quels sont vos rapports avec les médecins traitants havrais ? et avec les intervenants au domicile ? quelle est votre place dans le réseau havrais ?



ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE
ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE



Date de l'évaluation	médecin infirmière autre intervenant
Motif de l'hospitalisation	
Motif de l'évaluation, questions posées	
Service demandeur	Médecin référent Assistante sociale référente
<i>Étiquette SIH</i>	adresse téléphone(s) personne de confiance (si désignée)
<i>Entourage médical (médecin traitant, spécialistes)</i>	
<i>Évaluation sociale</i>	
Type d'habitat	
Personne référente	mini Zarit : 17
Proches contactés	
Entourage	
• vit seul(e) <input type="checkbox"/>	veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/>
• enfants <input type="checkbox"/>	animaux <input type="checkbox"/>
• aide-ménagère <input type="checkbox"/>
• infirmière <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/>
Aides techniques	
• portage des repas <input type="checkbox"/>	téléalarme <input type="checkbox"/>
• déambulateur <input type="checkbox"/>	canne(s) <input type="checkbox"/>
• lit médicalisé <input type="checkbox"/>	chaise percée <input type="checkbox"/>

Évaluation sociale (suite)
 Profession(s) exercée(s)

APA mutuelle ALD motif :
 sauvegarde de justice curatelle tutelle

Autonomie
 quinze jours avant l'hospitalisation :
 ADL : /6 IADL : /4
 pendant l'hospitalisation :
 AGGIR :

Évaluation sensorielle
 Vision lunettes Parinaud :
 Audition appareillage

Évaluation cognitive
 Niveau d'études Conduite automobile

□ plainte du patient ○ plainte de l'entourage

mémoire ○ attention ○ langage ○ orientation ○

ancienneté des troubles :
 installation : brutale progressive

test des trois mots normal anormal score /3
 test de l'horloge normal anormal score /7
 => CODEX A B C D MiniCog /5
 MMSE : /30

Évaluation psychiatrique
 Mini GDS : /4
 Trouble du comportement ?

CAM orientation spatiale :

Sommeil orientation temporelle :

État cutané
 Escarre localisation :
 Ulcère ou plaie localisation :
 Échelle de Broden : /23

<i>Antécédents</i>	<i>Traitement en cours</i>
pression artérielle	bruits du cœur
température	
bladder scan : avant miction : ml	après miction : ml
transit	déglutition
<i>Biologie</i>	douleur
urée mmol/l	créat. μmol/l
CRP mg/l	TSH μUI/ml
	DFG ml/min
	Hb g/dl
<i>Bilan nutritionnel</i>	
poids :	taille :
IMC :	albuminémie g/l
variation du poids dans l'année :	préalbuminémie g/l
folates ng/ml	vit. B12 pg/ml
HbA1c %	vit. D ng/ml
état bucco-dentaire :	appareillage <input type="checkbox"/>
appétit :	complément nutritionnel <input type="checkbox"/>
MNA simplifié : /14	
<i>Évaluation matrice</i>	
Test « get up and go »	
Chute récente (< 6 mois)	<input type="checkbox"/>
Syndrome post-chute	<input type="checkbox"/>
Hypotension orthostatique	<input type="checkbox"/>
Chaussage	
Kinésithérapie en cours	<input type="checkbox"/>
	à prévoir <input type="checkbox"/>

ANNEXE 6 : ECHELLES D'EVALUATION GERIATRIQUE

- *GRILLE AGGIR*

GRILLE NATIONALE AGGIR



N° 11510*01

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLEMENT : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

- GIR 1** Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
- GIR 2** Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
- Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer
- GIR 3** Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle
- GIR 4** Personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement
- GIR 5** Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
- GIR 6** Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

- CAM

A. Début brutal et évolution fluctuante : existe-t-il l'évidence d'un changement aigu dans le statut mental de base ? Cet état est-il fluctuant durant la journée ?

B. Troubles de l'attention : le patient a-t-il des difficultés pour maintenir l'attention ? Est-il facilement distrait ou a-t-il des difficultés pour saisir ce que l'on vient de lui dire ?

C. Pensée désorganisée : la pensée du patient est-elle désorganisée ou incohérente, le discours est-il décousu ou la conversation inadaptée ? L'idéation est-elle illogique et le malade saute-t-il «du coq-à-l'âne» ?

D. Modification du niveau de la vigilance : globalement le niveau de vigilance est-il alerte, vigilant, léthargique, stuporeux ?

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

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.

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 :*

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| <p>1. en quelle année sommes-nous ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. en quelle saison ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. en quel mois ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | !Oou! | <p>4. Quel jour du mois ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. Quel jour de la semaine ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | !Oou! |
|--|-------|---|-------|
- ☞ *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.*
- | | |
|--|----------------------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | <input type="text"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="text"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | <input type="text"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | <input type="text"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | <input type="text"/> |

APPRENTISSAGE

☞ *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.*

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|----------------------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | <input type="text"/> |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |
- Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ☞ *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*
- | | |
|--------|----------------------|
| 14. 93 | <input type="text"/> |
| 15. 86 | <input type="text"/> |
| 16. 79 | <input type="text"/> |
| 17. 72 | <input type="text"/> |
| 18. 65 | <input type="text"/> |

☞ *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.*

RAPPEL

☞ *Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

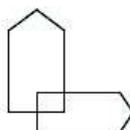
- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|----------------------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | <input type="text"/> |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |

LANGAGE

- | | |
|--|----------------------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | <input type="text"/> |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | <input type="text"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | <input type="text"/> |
- ☞ *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :*
- | | |
|---|----------------------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | <input type="text"/> |
| 26. Pliez-la en deux. | <input type="text"/> |
| 27. et jetez-la par terre ». | <input type="text"/> |
- ☞ *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :*
- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 28. « faites ce qui est écrit ». | <input type="text"/> |
|----------------------------------|----------------------|
- ☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*
- | | |
|---|----------------------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*
- | | |
|---|----------------------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | <input type="text"/> |
|---|----------------------|



SCORE TOTAL (0 à 30)

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 = baisse sévère des prises alimentaires

1 = légère baisse des prises alimentaires

2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

C Motricité

0 = au lit ou au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?

0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence légère

2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage

(sous-total max. 14 points)

12-14 points:

état nutritionnel normal

8-11 points:

à risque de dénutrition

0-7 points:

dénutrition avérée

- *Mini GDS*

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ? | Oui | Non |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui | Non |
| 3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | Oui | Non |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | Oui | Non |

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation : Si score total supérieur ou égal à 1: forte probabilité de dépression

Si score total égal à 0: forte probabilité d'absence de dépression

- *ADL*

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

Total = /6

Entourez le chiffre correspondant à l'état du sujet

Aptitude à utiliser le téléphone

Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	0
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0

Moyens de transport

Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1
Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0

Responsabilité à l'égard de son traitement

Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été à l'avance	0

Aptitude à manipuler l'argent

Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome	1
Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0

SCORE TOTAL	
--------------------	--

RESUME

Contexte :

Les projections démographiques évaluent qu'en 2060, près d'un français sur quatre serait âgé de plus de 75 ans. La question de la prise en charge globale du patient âgé à domicile est donc un enjeu croissant de santé publique.

Dans ce contexte, l'action de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) est d'apporter une expertise et une approche transversale du patient afin d'améliorer la qualité de sa prise en charge.

Objectif :

Décrire le ressenti des médecins généralistes ayant été en contact avec l'EMG en 2014 suite à une évaluation de leurs patients âgés de plus de 75 ans au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Jacques Monod du Havre.

Identifier les demandes d'amélioration de la collaboration avec l'EMG.

Méthode :

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée en avril 2015 auprès de 15 médecins généralistes de la région havraise. Les axes de travail portaient sur la connaissance du mode de fonctionnement de l'EMG par les médecins, l'apport de l'évaluation gériatrique, les moyens de communication et les perspectives d'amélioration de leur travail en binôme.

Résultats :

Les généralistes havrais, bien que conscients de la plus-value apportée par l'EMG, sont principalement préoccupés par la mise en place d'un parcours de soins cohérent pour leurs patients âgés et fragiles. Ils soulignent une insuffisance du réseau en aval, un manque de communication avec l'hôpital et une difficulté à coordonner de manière pluridisciplinaire la filière gériatrique.

Conclusion :

La place du binôme EMG-médecin traitant doit passer par la revalorisation de leur travail et par une diversification des savoir-faire de l'EMG pour offrir une compétence pluridisciplinaire à l'hôpital ou au domicile du patient.

Mots clés :

Généralistes, équipe mobile de gériatrie, évaluation gériatrique, relations interprofessionnelles, service d'accueil des urgences, maintien à domicile, enquête qualitative, réseau de soins.