



Analyse d'activité de l'équipe mobile d'évaluation à domicile Elbeuf-Louviers sur une période de 12 mois. Quels bénéfices apportés aux patients et aux médecins traitants ?

Romain Legras

► **To cite this version:**

Romain Legras. Analyse d'activité de l'équipe mobile d'évaluation à domicile Elbeuf-Louviers sur une période de 12 mois. Quels bénéfices apportés aux patients et aux médecins traitants ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01315856

HAL Id: dumas-01315856

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01315856>

Submitted on 13 May 2016

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 : 2016

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Romain LEGRAS

Né le 05 Novembre 1986 à MONT SAINT AIGNAN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 AVRIL 2016

**Analyse d'activité de l'équipe mobile d'évaluation à domicile
Elbeuf-Louviers sur une période de 12 mois.
Quels bénéfices apportés aux patients et aux médecins traitants ?**

Président de jury : Monsieur le Professeur Philippe CHASSAGNE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibault SIMON

Membres du jury : Madame le Professeur Véronique MERLE

Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN THANH

Monsieur le Docteur André BARREL

[illegible]

Professeur Pierre FREGIER

Professeur Michel GUERBET

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>sumombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>sumombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Guy BONMARCHAND (<i>sumombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>sumombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
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 CZERNICHO	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>sumombre</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>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</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 - Vénéréologie
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	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
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	CRMPR	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	Epidémiologie, 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 AGREGÉ OU CERTIFIÉ

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 CERTIFIE

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 Elisabeth 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 Elisabeth 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

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1976, 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 interprétation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe CHASSAGNE,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre formation lors de mes études médicales et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN THANH,

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Je vous remercie pour votre enseignement et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de mon plus grand respect.

A Madame le Professeur Véronique MERLES,

Vous avez accepté avec enthousiasme de juger ce travail. Soyez assurée de ma profonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur André BARREL,

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Vous avez été mon premier maître de stage durant mon internat de médecine. Vous m'avez sensibilisé à la prise en charge des personnes âgées et ses subtilités. Je garde un merveilleux souvenir de ce semestre passé au sein de votre service. Soyez assuré de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur Thibault SIMON,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse.

Vous m'avez fait également l'honneur d'accepter de diriger le travail de ma thèse.

Vous avez su me proposer un thème qui me tenait à cœur ; le maintien à domicile des personnes âgées.

Je vous remercie pour votre aide si importante ainsi que pour votre gentillesse.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Aux Docteurs, Emmanuel LEFEBVRE, Frédéric AVENEL, Sabine DURANTON, Véronique NERON, Marie-France GUILLAMANT, Christine TERRISSE, Didier LEFEBVRE, Valérie MASSOL, Valérie KALISKAN, Xavier LAKERMANCE, Samy AIT SAADA, Kontantinos BACHOUMAS, Mathieu EMPIS, Franck GOY, Christiane LE GOUIC, Dana DABBAGH, Isabelle GILLES, Ama JOHNSON, Hicham KANAAN, Anne-Sophie LETY, Marc LEVY, Lahouan SENOUCI, Michel CINGOTTI, Lucian GOIA, Ionut POP, Sylvio TIFREA, Stéphane LOHIER, Eric GUILLEM, Sophie MARTIN et nombreux autres encore ...

Merci pour votre enseignement, votre disponibilité, votre dévouement ainsi que pour tous ces bons moments passés ensemble.

Aux Docteurs, Catherine DELRUE, Marc DURET, Jean-Paul BUTELET, Mathieu SURLEMONT et Pascal LOUBEYRE, merci pour votre accueil au sein de votre cabinet, la confiance que vous me témoignez ainsi que pour tous vos conseils.

Au Docteur Philippe LAINE, vous avez été plus qu'un simple médecin traitant pour moi. Vous avez été un exemple et m'avez donné envie de faire ce métier. Merci pour votre soutien tout au long de ces années.

Aux infirmières de l'EMED Elbeuf-Louviers, Mme Annick CHEVALIER et Mme Machia AUGER, merci pour votre participation à ce projet et votre professionnalisme.

A mes relecteurs, merci Elise, Alexis, Annick, Evelyne, Julien et papa.

Merci Marie pour ton aide et tes explications concernant la méthodologie statistique adaptée à ce travail.

A mes co-internes avec lesquels j'ai passé des moments mémorables marqués par des fous rires, mais aussi parfois des situations plus difficiles faisant partie intégrante de notre travail.

Merci en particulier à Romain, Pascal, Benjamin, Flore, Thomas, Dana, Florian, Thibault pour n'en citer qu'une petite partie.

Aux équipes soignantes et tout particulièrement aux équipes du Centre hospitalier Durécu-Lavoisier de Darnétal, du Service des Urgences et SAMU du CH de Dieppe, du service de pédiatrie du CHI d'Evreux ainsi qu'aux sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CH de Dieppe.

Merci pour votre présence, votre patience, votre sympathie et votre partage tout au long de mon internat.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre éducation, votre soutien et les sacrifices réalisés afin que vos enfants puissent poursuivre leurs études dans les meilleures conditions possibles.

A mon frère Julien à qui je souhaite épanouissement et grande réussite dans sa vie privée et professionnelle.

A mes grands-parents maternels, merci pour votre soutien et votre présence.

J'espère vous avoir à mes côtés en bonne santé encore longtemps.

A mes grands-parents paternels partis trop tôt et que je n'ai malheureusement jamais eu la chance de connaître.

A mon parrain, merci pour ta gentillesse et ton soutien.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines, quelle joie de se revoir à l'occasion des fêtes familiales.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil et votre soutien.

A mes amis, vous faites partie de ma famille, Romain N, Romain L, Alexis, Laure, Quentin, Guillaume, Audrey, Chloé, Thibault, Nicolas, Vincent...
Les moments passés ensemble sont des instants privilégiés.

Merci à mon adorable et si délicieuse compagne, Elise.

Merci pour ton soutien constant et indéfectible tant dans les épreuves professionnelles que personnelles.

Merci de m'avoir donné une si merveilleuse petite fille née le 22 Mai 2015.

L'arrivée d'Emilie dans notre vie fut un bonheur incommensurable et tout simplement le plus beau jour de ma vie.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	13
---------------------------	-----------

LISTE DES ABREVIATIONS	26
-------------------------------------	-----------

I. INTRODUCTION	29
------------------------------	-----------

1. Création d'une équipe mobile d'évaluation à domicile ; une nécessité	29
1.1. Un projet de partenariat entre ville, hôpital, et CLIC	29
1.2. Les missions de l'Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile	30
1.3. Organisation d'une intervention conjointe de l'équipe du CLIC et de l'IDE de l'EMED.....	31
1.4. Un travail de synthèse et de concertation	31
2. Objectifs de l'étude.....	32

II. GENERALITES	33
------------------------------	-----------

1. Comprendre l'évolution démographique.....	33
2. Définition de la personne âgée	33
3. Une transition sanitaire et médico-sociale en France	34
4. Contexte Haut-Normand.....	38

4.1. Le développement d'une offre sanitaire et médicosociale adaptée aux personnes âgées de Haute-Normandie	38
4.1.1. Prévalence et évolution des principales causes de perte d'autonomie et de mortalité : les maladies neurodégénératives et cérébro-vasculaires	38
4.1.2. Le Projet Régional de Santé (PRS) de Haute-Normandie 2011	39
4.1.3. Le Schéma Régional de l'Organisation Médico – Sociale (SROMS) de Haute Normandie de 2012 à 2017.....	41
4.1.3.1. L'offre médico-sociale et sanitaire à visée gériatrique en Haute-Normandie	43
A. Les offres favorisant le maintien à domicile.....	43
B. L'offre d'hébergement en établissement	48
C. L'offre sanitaire	50
D. L'offre oncogériatrique.....	51
E. L'offre gérontopsychiatrique	51
F. Etat des lieux de l'offre spécifique à la maladie d'Alzheimer	52
G. La personne âgée fragile au sein de l'ensemble de ces dispositifs en 2012	58
4.1.3.2. Les enjeux du schéma d'organisation.....	60
 III. MATERIEL ET METHODOLOGIE.....	62
 1. Conception de l'étude	62
1.1. Type d'étude et période d'inclusion	62
1.1.1. Etude descriptive de l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers durant 12 mois	63
1.1.2. Evaluation de la satisfaction des médecins traitants.....	64
1.2. Population étudiée.....	64
1.2.1. Les patients.....	64
1.2.2. Les médecins généralistes participants.....	66

1.3. Procédure	66
1.3.1. Une évaluation gériatrique standardisée.....	66
1.3.1.1. Motifs et demandeurs d'intervention de l'EMED	67
1.3.1.2. Une évaluation sociodémographique	68
1.3.1.3. Une évaluation épidémiologique	68
1.3.1.4. Une évaluation de l'autonomie.....	70
A. Grille des activités de la vie quotidienne selon le score ADL de Katz.....	70
B. Grille des activités instrumentales de la vie quotidienne selon le score IADL de Lawton	71
C. Grille AGGIR.....	71
1.3.1.5. Une évaluation des comorbidités : le score de Lee	73
1.3.1.6. Tests de dépistage cognitif	74
A. Niveau scolaire	74
B. Réalisation d'un Mini Mental State (MMSE) de Folstein	74
C. Test de l'horloge	75
1.3.1.7. Recherche d'un syndrome confusionnel	76
1.3.1.8. Test de dépistage thymique : le score mini GDS à 4 items	78
1.3.1.9. Evaluation de l'état nutritionnel	78
A. Anthropométrie.....	78
B. MNA dépistage	79
C. Diagnostic de dénutrition chez la personne âgée	79
1.3.1.10. Evaluation de la motricité.....	81
1.3.1.11. Evaluation subjective du fardeau de l'aidant.....	82
1.3.1.12. Respect des préconisations	82
1.3.1.13. Passage par le service des urgences après intervention de l'EMED	83
1.3.2. Enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins traitants	83
2. Analyse statistique.....	83

IV. RESULTATS DE L'ETUDE	86
1. Analyse d'activité de l'EMED Elbeuf Louviers entre le 1 ^{er} juillet 2014 et le 28 février 2015	86
1.1. Répartition des évaluations initiales au cours des 8 premiers mois	86
1.2. Motifs d'intervention de l'EMED	87
1.3. Personnes ou structures sollicitant l'intervention de l'EMED	88
2. Analyse de la population	89
2.1. Données anthropomorphiques	89
2.1.1. L'âge	89
2.1.1.1. Ratio	90
2.1.1.2. Statistiques	90
2.1.2. Le sexe	91
2.1.3. L'indice de masse corporelle	92
2.1.3.1. Ratio	92
2.1.3.2. Statistiques	93
2.2. Les données sociales	94
2.2.1. Niveau d'étude	94
2.2.2. Proportion de patients ayant au moins un aidant principal	95
2.2.3. Lieux de vie	95
2.2.4. Concernant la couverture maladie	96
2.2.4.1. Complémentaire santé	96
2.2.4.2. Affection Longue Durée	96
2.2.5. Protection juridique	97
2.2.6. Aides médico-sociales, humaines, techniques et financières	97

2.2.6.1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie	97
2.2.6.2. Passage infirmier à domicile	98
2.2.6.3 Aides ménagères.....	98
2.2.6.4. Portage de repas.....	99
2.2.6.5. Téléalarme	99
2.3. Données médicales.....	100
2.3.1. Antécédents médicaux.....	100
2.3.2. Traitements médicamenteux.....	101
2.4. Evaluation de l'autonomie	103
2.4.1. Grille AGGIR	103
2.4.2. Grille IADL	104
2.4.3. Grille ADL.....	105
2.5. Evaluation cognitive et thymique	106
2.5.1. Evaluation cognitive.....	106
2.5.1.1. Le MMS.....	107
2.5.1.2. Le test de l'horloge.....	108
2.5.2 Evaluation thymique.....	109
2.6. Chute dans les 6 derniers mois.....	109
2.7. Evaluation du taux de survie à 4 ans selon le score de Lee	110
3. Respect des préconisations émises lors de la première visite de l'EMED	110
4. Evolution situationnelle des patients	112
5. Taux de passages par les services d'urgence d'Elbeuf et Louviers dans les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED	113
6. Analyse statistique descriptive	113
7. Résultats de l'auto-questionnaire adressé aux médecins traitants	121
7.1. Description de la population médicale.....	121
7.1.1. Répartition par sexe.....	121

7.1.2. L'âge des médecins traitants concernés	122
7.1.3. Lieux et mode d'exercice	122
7.1.4. Le médecin traitant face à des difficultés de maintien à domicile	123
7.1.5. Connaissance de l'EMED Elbeuf-Louviers	124
7.1.6. Proportion de médecins traitants ayant déjà sollicité l'intervention de l'EMED avant la période d'inclusion de notre étude	124
7.1.7. Activité des médecins généralistes concernés	125
7.1.8. Les médecins interrogés se sentent-ils intégrés à la démarche de soins ?	126
7.1.9. L'EMED apport-elle un vrai plus aux médecins traitants ?	127
7.1.10. Persuasion de l'EMED	128
7.1.11. Moyens et motifs de demande d'interventions de l'EMED Elbeuf-Louviers	129
7.1.12. Format des comptes rendus d'intervention de l'EMED	130
7.2. Analyse statistique descriptive	131
V. DISCUSSION	134
1. Rappel sur la méthode	134
1.1. Analyse d'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers	134
1.2. Point de vue du médecin traitant	134
2. Discussion sur la méthode	135
2.1. Les points forts de notre étude	135
2.2. Les points faibles	136
3. Rappel des principaux résultats	137
3.1. Les principaux résultats de l'analyse descriptive	137
3.1.1. Activité de l'EMED Elbeuf-louviers	137
3.1.2. Les médecins traitants	140

3.2. Les principaux résultats de l'analyse statistique	141
3.2.1. Les résultats statistiquement significatifs	141
3.2.1.1. Risque de passage dans un service d'urgences.....	141
3.2.1.2. Médecins traitants.....	143
3.2.2. Les résultats sans lien statistique significatif.....	143
3.2.2.1. Activité de l'EMED et recours à un service d'urgences	143
3.2.2.2. Le recours ultérieur à l'EMED par les médecins traitants	146
4. Discussion des résultats	147
4.1. Discussion sur les résultats de l'analyse descriptive.....	147
4.1.1. Activité de l'EMED Elbeuf-louviers.....	147
4.1.2. Les médecins traitants	152
4.2. Discussion sur les résultats de l'étude analytique.....	154
4.2.1. Activité de l'EMED.....	154
4.2.2. Recours ultérieur à l'EMED par les médecins traitants	160
 VI. CONCLUSION	 162
 BIBLIOGRAPHIE	 164
 ANNEXES	 178
 Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	 178
Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction pour les médecins traitants.	179
Annexe 3 : Echelle ADL de Katz.	184
Annexe 4 : Echelle IADL de Lawton.	185

Annexe 5 : Grille AGGIR.....	186
Annexe 6 : Score de Lee.....	187
Annexe 7 : MMSE de Folstein.	189
Annexe 8 : Test de l’horloge.	190
Annexe 9 : Echelle mini-GDS à 4 items.....	191
Annexe 10 : Echelle GDS à 15 items.	192
Annexe 11 : MNA dépistage.	193
Annexe 12 : Grille de Zarit.....	194
Annexe 13 : Grille du mini-Zarit.....	197
Annexe 14 : Modèle d'ajustement des odds ratio.....	198

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL: *Activities of Daily Living*.

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources.

AG3C : Association Gérontologique des 3 Cantons.

ALD : Affection de Longue Durée.

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ARS : Agence Régional de Santé.

CAM : *Confusion Assessment Method*.

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique   Temps Partiel.

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CLIC : Centre Local d' Information et de Coordination.

CMP : Centre Médico-Psychologique.

DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*.

EC : Ecart-Type.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

EMED : Equipe Mobile d'Evaluation   Domicile.

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie.

EURODEM : *European community concerted action on the epidemiology and the prevention of Dementia*.

GCSMS: Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GDS : *Geriatric Depression Scale*.

GIR : Groupe Iso-Ressources.

HAD : Hospitalisation A Domicile.

IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*.

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%.

IDE : Infirmier(e) Diplômée d'Etat.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INCa : Institut National du Cancer.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons.

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

MMSE : *Mini-Mental State Examination*.

MNA : *Mini Nutritional Assessment*.

NPI : Inventaire Neuro-Psychiatrique.

NSP : Ne Sait Pas.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

OR : Odds Ratio.

PA : Pression Artérielle.

PAQUID : Personne Agée Quid.

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

PATHOS : Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées.

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PRS : Projet Régional de Santé.

PSI : Plan de Services Individualisé.

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériatologie.

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile.

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale.

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale.

UCOG : Unités de Coordination et antennes d'Oncogériatrie.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée.

USLD : Unité de Soins de Longue Durée.

I. INTRODUCTION

1. Création d'une Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile ; une nécessité

1.1. Un projet de partenariat entre ville, hôpital, et CLIC

En 2011, sous l'égide de l'ARS de Haute-Normandie, plusieurs missions ont été définies afin de permettre aux personnes âgées concernées de bénéficier d'une prise en charge adaptée au mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux (1).

Comme nous le verrons dans la suite de ce travail, la piste d'une prise en charge au domicile a été privilégiée avec la nécessité d'une coordination autour de la personne âgée fragile de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) de Louviers et d'Elbeuf et l'équipe de Gériatrie du Centre hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil se sont organisés pour mettre en place l'Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile (EMED) dont l'objectif principal est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Ce partenariat s'accompagne d'un lien privilégié avec les professionnels de santé et médico-sociaux de ville, en particulier des médecins traitants.

L'EMED participe à l'optimisation d'un travail coordonné et partenarial de proximité dans l'élaboration d'un parcours individuel de soins et de vie adapté soulignant les compétences réciproques de chacun des acteurs et la légitimité de son intervention.

L'amélioration de la prise en charge à domicile ne se substitue en aucun cas à l'offre de soins préexistante. Elle doit être entreprise avec participation des médecins généralistes et des autres professionnels libéraux qui doivent être co-initiateurs du projet.

Elle propose une synthèse de ses recommandations et des synthèses pluridisciplinaires sont également organisées le cas échéant.

1.2. Les missions de l'Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile

L'un des principaux objectifs est de compléter la réponse du CLIC aux situations complexes rencontrées à domicile concernant les aspects médicaux et médicosociaux (rupture de soins, problème somatique associé à la situation sociale complexe, usure des services d'aides à domicile, troubles du comportement alimentaire, etc.).

Il est aussi de dépister précocement la fragilité en se basant sur une évaluation gériatrique globale (sociale et médicale), afin de proposer un plan d'actions médicales et sociales adapté.

Il s'agit également de prévenir les situations de crise, les hospitalisations inadéquates et en urgence, de favoriser les hospitalisations directes et programmées ainsi qu'un accès direct aux consultations de gériatrie, de faciliter les sorties d'hospitalisation en coordination avec les professionnels du domicile et permettre une évaluation globale à distance d'une hospitalisation.

1.3. Organisation d'une intervention conjointe de l'équipe du CLIC et de l'IDE de l'EMED

La personne âgée et/ou son entourage devant bénéficier de l'intervention de l'EMED signe un consentement lors de la visite de l'IDE à domicile. Il a été modifié au début de ce travail de thèse afin de les avertir que les données récupérées pourraient être utilisées à des fins de recherche.

Il s'agit d'une intervention commune entre intervenante du CLIC et IDE de l'EMED ; selon les situations, l'intervention peut être réalisée en deux temps. Conjointement, l'équipe du CLIC réalise l'évaluation sociale et l'infirmière de l'EMED réalise une évaluation gériatrique standardisée avec évaluations fonctionnelles, cognitives, nutritionnelles, de la marche, de la vue et toute autre évaluation médicale jugée nécessaire.

Le médecin traitant peut adresser à l'EMED une fiche de renseignements sur le patient et son entourage avant la visite.

Le médecin est informé de la date de la visite s'il souhaite y participer.

Si la situation du patient ne répond pas aux critères d'intervention de l'EMED, l'évaluation n'est que sociale et réalisée par le CLIC.

1.4. Un travail de synthèse et de concertation

L'intervention de l'EMED et de l'équipe du CLIC aboutit à l'élaboration d'un plan d'aide et de soins.

Une synthèse médico-sociale est présentée au médecin gériatre qui propose les actions sur le plan médical (conseils de traitement, orientation vers hospitalisation ou consultation mémoire, conseils diététiques, bilan complémentaire biologique, etc...).

Un plan d'aide et de soins est élaboré dans chacun des CLIC lors de staff commun avec présence de l'IDE de l'EMED et invitation du médecin traitant et/ou professionnel de santé de ville si nécessaire. Dans les cas complexes, le médecin gériatre participe au staff de concertation.

Un document de synthèse est rédigé et intégré au dossier médical informatisé du CHI Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil. Ce document est ensuite communiqué au médecin traitant.

Le plan d'aide et de soins est proposé au patient et à son entourage par le CLIC et/ou l'EMED ; il peut orienter, si besoin, les personnes âgées vers la consultation mémoire ou d'évaluation gériatrique, préparer les hospitalisations inéluctables en évitant le passage aux urgences et mettre en contact les médecins traitants avec les gériatres de la filière.

Des staffs réguliers IDE/médecin gériatre/CLIC sont organisés pour le suivi des situations en cours.

Le document de synthèse édulcoré des éléments médicaux est envoyé au CLIC.

2. Objectifs de notre travail

Jusqu'à présent, lorsqu'une visite de l'EMED Elbeuf-Louviers au domicile du patient était réalisée, de multiples préconisations étaient émises sans contrôle systématique de leur observance ou application.

A partir de cet état de fait, il a été souhaité d'effectuer, dans un souci de qualité et d'efficience, un travail analysant l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers, la population concernée et le respect des préconisations ainsi que leurs conséquences.

Nous nous sommes aussi attachés à connaître le point de vue des médecins traitants concernés.

II. GENERALITES

1. Comprendre l'évolution démographique

Les progrès de la médecine, notamment dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires et les cancers, ont largement contribué à la forte augmentation de l'espérance de vie observée en France durant ces dernières décennies. Pour l'année 2014, en France métropolitaine, celle-ci atteint 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes (2).

Cet allongement de la durée de vie, avec parallèlement, l'arrivée à l'âge de la retraite depuis 2005 des générations nombreuses du baby-boom ont pour conséquence une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Se pose dès lors d'une façon de plus en plus aigüe le problème de la prise en charge médicale, mais aussi sociale, de cette population.

En parallèle, on note un recul de l'âge du veuvage et donc une augmentation de la part de la population âgée de plus de 60 ans vivant encore en couple (3).

2. Définition de la personne âgée

Il est assez difficile de donner une définition exacte du terme « personne âgée », tant cette notion est liée à un contexte social et culturel.

Dans les statistiques démographiques de l'INSEE, il s'agit d'une personne âgée de 60 ans et plus, 60 ans constituant jusqu'à il y a encore peu de temps l'âge légal de départ à la retraite (4).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la personne âgée se définit comme étant une personne ayant 65 ans et plus (5).

Aux Etats-Unis, le National Institut of Aging (6) a également permis de définir la personne âgée selon leur classe d'âge : « Young-old » pour les 65-74 ans, « Old » pour les 75-84 ans et « Oldest-old » pour les 85 ans et plus.

3. Une transition sanitaire et médico-sociale en France

La santé s'entend au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé comme : « un état de bien être total physique, social et mental de la personne » (7).

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a quant à elle adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modelée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome » (8).

L'avancée en âge s'accompagne d'un risque accru d'apparition de troubles neurocognitifs majeurs comme la maladie d'Alzheimer qui est le plus fréquent chez le sujet âgé (entre 70 et 80 %) (9) (10).

Les autres formes de troubles neurocognitifs majeurs sont celles liées aux maladies cérébro-vasculaires, à d'autres affections neurodégénératives, à des pathologies générales ou des causes toxiques.

La maladie d'Alzheimer et ses apparentées sont actuellement les causes les plus fréquentes de dépendance (11).

Le poids du vieillissement dans la pathogénèse est confirmé par les courbes de recours aux soins selon l'âge (12) montrant, avec leurs formes en « V », que c'est bien aux deux extrémités de la vie que l'on a le plus recours aux soins de santé.

A titre individuel, une longévité accrue reste une bonne nouvelle, à condition que les années de vie gagnées ne soient pas vécues dans de mauvaises conditions.

Certaines pathologies liées à l'âge sont génératrices de déficiences décrites par la terminologie de Philip Wood en 1980.

Par exemple, une arthrose de hanche peut entraîner une déficience mécanique de l'articulation. Ces déficiences peuvent, à leur tour, entraîner des incapacités (exemple : l'incapacité de monter un escalier) qui peuvent retentir sur la vie sociale et être à l'origine de handicaps (exemple : réduire la mobilité à l'espace d'une seule pièce habitable) avec une tendance à se manifester de plus en plus tard, même si depuis 2005 on note une probable régression (13).

Ces incapacités et ces handicaps induisent une dépendance : la personne ne peut plus réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seule dans un logement ordinaire et dépend d'un tiers pour les actes élémentaires de la vie courante.

Il est difficile de prévoir, à moyen et à long terme, le nombre de personnes âgées dépendantes, d'autant que l'intensité des soins médicaux peut contribuer à augmenter la durée de la dépendance. Entre des projections pessimistes qui verraient le nombre de personnes dépendantes augmenter au prorata de la population âgée et une projection optimiste où l'amélioration de l'état de santé des nouveaux sujets âgés viendrait quasiment compenser l'augmentation de leur nombre, la projection intermédiaire prévoit un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes au sens de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) de 2010 à 2060 (14).

Depuis 2002, l'APA est attribuée par les conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans et plus, dépendantes d'après la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) (15), permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs, qu'ils vivent à domicile ou en établissement.

Cette prestation vise à financer les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Jusqu'à présent, les différences entre les diverses projections portent uniquement sur l'évolution de la dépendance modérée : le nombre de personnes appartenant aux GIR 3 et 4 serait multiplié par 1,2 à 1,5 entre 2010 et 2030, et par 1,5 à 2,5 entre 2010 et 2060 (16).

Les effectifs de personnes âgées dépendantes selon trois hypothèses de projection (optimiste, intermédiaire et pessimiste), avec deux variantes démographiques (espérance de vie haute et basse) pour le scénario intermédiaire seraient d'un peu plus de 2 264 000 personnes à l'horizon 2060 contre 1 100 000 en 2010 (16).

Ensuite, il est bien connu que l'attachement au domicile, lieu sécurisant pour la personne âgée, entraîne parfois le désir irraisonnable de rester chez soi.

Le domicile peut alors représenter un danger tant pour la personne âgée que pour son entourage qui s'expose au risque d'épuisement.

« Les trois quarts des décès dus à des chutes touchent les plus de 65 ans. Les accidents domestiques ont des répercussions psychologiques pouvant entraîner des peurs de tomber, de se blesser et conduisant à une réduction de l'espace habituellement maîtrisé » (17).

La proportion de personnes âgées dans la population française s'accroît et ce depuis plusieurs décennies (18). Inévitablement, les taux d'entrée en institution sont en constante augmentation tout comme le nombre de personnes âgées restant à domicile (19).

Devant ce constat, les pouvoirs publics ont fait du maintien à domicile un objectif prioritaire de la politique du vieillissement, encourageant les prises en charge hors des structures hospitalières, son coût étant globalement moins élevé que celui de la prise en charge institutionnelle (20).

Le développement du maintien à domicile a entraîné l'accroissement de services divers et variés avec des professionnels (travailleurs sociaux, personnels soignants, médecins...) permettant un accompagnement global de la personne afin qu'elle puisse maintenir ses capacités et rester en toute sécurité chez elle.

Enfin, les solidarités familiales n'ont pas diminué (21), c'est leur mobilisation qui a changé : même si le taux de cohabitation intergénérationnelle continue de décroître (22), les liens familiaux restent très forts.

L'investissement de l'entourage couplé à celui des professionnels doit garder pour objectif de placer la personne âgée au centre de la démarche de soins. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, il faut amener le patient à la réflexion d'une possible entrée en institution, qu'elle soit temporaire ou définitive, afin d'initier au plus tôt les démarches auprès des établissements médico-sociaux.

4. Contexte Haut-Normand

4.1. Le développement d'une offre sanitaire et médicosociale adaptée aux personnes âgées de Haute-Normandie

4.1.1. Prévalence et évolution des principales causes de perte d'autonomie et de mortalité : les maladies neurodégénératives et cérébro-vasculaires

« L'incidence annuelle des pathologies démentielles pour les personnes âgées de 65 ans et plus représente entre 5 300 et 6 700 cas dans la région, dont 1 500 à 2 000 dans l'Eure et 3 800 à 4 700 en Seine-Maritime. Près de 90 % de ces personnes sont âgées de 75 ans et plus.

Entre 20 000 à 25 000 personnes de 65 ans et plus seraient atteintes de pathologies démentielles (dont 70 % de Maladie Alzheimer) en Haute-Normandie en 2006.

L'application des taux de prévalence aux projections de population réalisées par l'INSEE a permis de prévoir une prévalence globale de 36 600 cas de démence en 2025 en Haute-Normandie (dont 11 400 dans l'Eure et 25 200 en Seine-Maritime). L'amélioration de la prise en charge et de la prévention pourrait entraîner une variation de plus ou moins 10 % autour des valeurs centrales » (23).

Tableau 1 : Estimation de l'incidence et de la prévalence des maladies d'Alzheimer et apparentées chez les personnes de 65 ans et plus en Haute-Normandie en 2006 (23).

	Incidence		Prévalence		Part dans la pop.régionale	
	Total 65 ans et +	Dont 75 ans et +	Total 65 ans et +	Dont 75 ans et plus	Part + de 65 ans	Part + de 75 ans
Etude Paquid	5 422	4 847	25 050	22 380	9 %	16 %
Etude Eurodem	5 318	4 759	19 795	16 753	7 %	12 %

4.1.2. Le Projet Régional de Santé de Haute-Normandie 2011 (1)

Elaboré par l'ARS en concertation avec les gériatres et la Société Gériatologique de Normandie, le PRS a permis d'évaluer les « besoins de santé régionaux et leur évolution, d'analyser l'offre de soins et son évolution, d'établir des objectifs et mesures de coordination avec les autres politiques de santé ».

Il avait pour intention, selon les orientations nationales (24), d'adapter et restructurer le dispositif médico-social, de diversifier les modes de prise en charge adaptés aux personnes âgées et d'améliorer la professionnalisation des accompagnements.

Il précise que le SROS (25) a aussi pour objectif de permettre aux personnes âgées d'accéder à des prises en charge globales et coordonnées entre les secteurs de la prévention et du médicosocial. Ceci a fait suite à une mise en avant du thème des pathologies du vieillissement (26) dont la maladie d'Alzheimer (27).

Il rappelle l'ensemble des acteurs, dispositifs et structures du parcours de vie et de santé :

- Favorisant le maintien à domicile : les professionnels de santé libéraux, SSIAD et équipes spécialisées Alzheimer, réseaux de santé, HAD, services de répit, CLIC, MAIA, services d'aide à domicile, CCAS, opérateurs de la prévention.
- Permettant la prise en charge hospitalière : filières de soins gériatriques, court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unités de consultation et d'hospitalisation de jour, SSR gériatriques, polyvalents et UCC, USLD, gérontopsychiatrie.
- Assurant les hébergements classiques ou temporaires : EHPAD, PASA et UHR.

Le PRS préconisait un rassemblement de tous les acteurs dans chaque territoire de parcours défini, sous forme de partenariats organisés et formalisés, pilotés par une instance de coordination. Il recommandait pour améliorer l'organisation du parcours de vie et de santé, un dépistage précoce de la fragilité et une évaluation multidimensionnelle dans le lieu de vie des personnes âgées.

Quant aux équipes mobiles de gériatrie, elles se devaient surtout d'anticiper les situations de crise, de prévenir les hospitalisations avec passage aux urgences, de proposer des alternatives à l'hospitalisation, d'orienter dans la filière de soins gériatriques, d'organiser les sorties, mais aussi conseiller, informer et former des équipes et diffuser les bonnes pratiques.

Leur fonctionnement était défini comme pouvant être effectué en intra-hospitalier, aux urgences, dans les services non gériatriques et dans les hôpitaux locaux.

Dans un cadre expérimental, leur activité a été étendue au sein des EHPAD, au domicile des patients pris en charge en SSIAD ou par un réseau de santé en mars 2007 suite à une circulaire (28). Cette dernière précisait la composition minimale d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) avec : un gériatre, un infirmier diplômée d'Etat, un assistant social, un psychologue, un ergothérapeute, un diététicien et une secrétaire.

Leur recensement réalisé en 2011 dénombrait, au niveau intra-hospitalier, cinq EMG, annexées aux services de courts séjours gériatriques (CHU Rouen, Elbeuf-Louviers, Dieppe, Le Havre et Evreux), travaillant en collaboration avec le service des urgences et divers services hospitaliers. L'activité extrahospitalière des EMG était principalement tournée vers les EHPAD avec l'élaboration d'un projet pilote à partir du CHU de Rouen.

Les acteurs de l'évaluation à domicile en 2011 étaient principalement le CLIC et le SSIAD.

Par conséquent, le parcours de vie et de santé a été considéré comme un élément indispensable d'évaluation, de conseil et de diagnostic, à tous les stades du parcours (domicile, EHPAD ou hospitalisation), en lien avec les acteurs concernés (médecin traitant, SSIAD, CLIC...).

Une poursuite du développement des Equipes Mobiles de Gériatrie intra-hospitalières a été préconisée, avec renfort ou création d'EMG dans tous les établissements de santé supports de filière de soins gériatriques et vers les établissements partenaires.

Un accroissement de l'activité vers les EHPAD, en articulation avec les autres équipes mobiles de soins palliatifs et de gériopsychiatrie, mais aussi le développement de l'évaluation à domicile était elle aussi favorisée.

4.1.3. Le Schéma Régional de l'Organisation Médico – Sociale (SROMS) de Haute-Normandie de 2012 à 2017 (29)

Le SROMS a pour objectif de « prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie » (29-30).

En fonction des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés, il vise à harmoniser la couverture régionale de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

De même, il prend en compte les besoins de formation des professionnels structurant la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale (31).

Il consiste donc à adapter l'offre aux besoins de la population avec pour objectif, une amélioration de l'efficience des modes de prise en charge pour une meilleure qualité de soins dans le respect de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (ONDAM) (32).

Les conseils généraux, principaux responsables des politiques d'actions sociales, sont en charge de l'élaboration et la mise en œuvre de schémas départementaux dont le schéma gérontologique (33).

Les schémas cibles de l'offre médico-sociale reposent sur une coordination des acteurs (coopération entre professionnels) : opérateurs de prévention et de promotion de la santé, offres de soins ambulatoires, acteurs du champ médico-social et social.

Il y est précisé que la personne âgée fragile ou confrontée à des difficultés spécifiques doit pouvoir rester actrice, accéder à la santé, au logement et à la citoyenneté, être représentée au sein de l'ensemble des politiques publiques, plus spécifiquement dans le cadre gériatrique, des politiques sanitaires (soins et prévention) et sociales.

Selon la définition du SROS III de Haute-Normandie (23), la personne âgée fragile est une « personne de plus de 65 ans, polypathologique, présentant ou étant à risque de perte d'autonomie ou de dépendance ou présentant des symptômes mal définis, n'orientant pas d'emblée vers une pathologie d'organe, et justifiant une prise en charge globale : physique, psychologique, psychique, sociale et environnementale ».

La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences et notamment l'entrée en dépendance des personnes âgées. Ainsi, la fragilité serait potentiellement réversible, du moins en partie (34).

4.1.3.1. L'offre médico-sociale et sanitaire à visée gériatrique en Haute-Normandie

A. Les offres favorisant le maintien à domicile

- L'offre libérale

Tableau 2 : Densité des professionnels de santé ayant une activité libérale ou mixte en Haute-Normandie au 1^{er} janvier 2014 (nombre des professionnels pour 100 000 habitants) (35).

	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs kinésithérapeutes	Chirurgiens dentistes
Seine-Maritime	104	124	63	36
Eure	78	86	49	33
Haute-Normandie	96	111	58	35
France métropolitaine	106	154	97	57

- L'hospitalisation à domicile (HAD)

Elle permet parfois d'éviter l'hospitalisation en établissement de santé, du moins d'en diminuer la durée et est réservée aux prises en charge les plus lourdes.

Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé.

En 2014, l'HAD dans la région, représentait 308 places, soit un taux d'équipement de 20 places pour 100 000 habitants (35).

Les conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD répondent à des critères précis et réglementaires (36), car elle est soumise à la tarification à l'activité.

La nature des soins nécessaires aux patients pris en charge par l'HAD diffère de celle des patients du SSIAD, mais l'amélioration de l'état de santé des personnes amène fréquemment à envisager une prise en charge en SSIAD dans les suites d'une HAD.

A l'inverse, les patients devenus trop lourds pour une prise en charge SSIAD sont pris en charge par l'HAD, permettant d'adapter les moyens à mobiliser et de rester en cohérence avec le financement des deux modes de prise en charge.

Dans les faits, l'HAD prend en charge très peu de patients gériatriques. Cela provient très certainement du fait que les critères de prise en charge de l'HAD ne correspondent pas aux patients gériatriques et correspondent surtout à une technicité des soins à apporter (37).

- Les réseaux de santé (23)

Les réseaux de santé visent à améliorer l'accès aux soins, leur coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Depuis la parution de ce dernier SROMS, il existe seulement trois réseaux à destination gériatrique avec trois réseaux de maintien à domicile (AG3C à Saint-Romain-de-Colbosc, gérontologique du pays dieppois, multithématique du Pays des Hautes-Falaises).

Le réseau pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, le Réseau Mémoire et Gérontologie Eure (38), a quant à lui été supprimé le 1^{er} janvier 2016.

- Les SSIAD et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

Les SSIAD prennent en charge les personnes âgées au domicile ou éventuellement en établissement non médicalisé uniquement sur prescription médicale (39-40). Ils fournissent des

soins infirmiers et d'hygiène générale sous forme de soins techniques ou de soins de base relationnels contribuant ainsi au maintien à domicile des personnes âgées.

La composition minimale d'un SSIAD comprend un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, des aides-soignants qui assurent les soins de base et relationnels ainsi qu'une aide à l'exécution des actes essentiels de la vie et des aides médico-psychologiques.

Le SSIAD peut également employer des infirmiers pour effectuer les soins, pédicures, podologues, ergothérapeutes et psychologues (41).

Il peut passer une convention avec des infirmiers libéraux qui sont alors associés aux interventions du service (40).

Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), quant à eux, assurent les missions d'un SSIAD et les missions d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

Une prise en charge SSIAD n'a pas vocation à se pérenniser et le relais peut justement être réalisé par un SPASAD.

Le financement du SSIAD dépend de la sécurité sociale alors que celui d'un SPASAD est mixte. Ce dernier est composé en partie par un financement départemental et un financement personnel.

Tableau 3 : Taux d'équipement SSIAD et SPASAD réunis au 1^{er} janvier 2014 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (35).

	Taux d'équipement
Haute-Normandie	20,4 ‰
Seine-Maritime	20,3 ‰
Eure	20,6 ‰
France	19,8 ‰

- Accueil de Jour

Destiné aux personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées, il peut s’effectuer durant une ou plusieurs journées.

Il a pour objectifs principaux de préserver leur autonomie et de soulager temporairement les aidants familiaux.

Les accueils de jour peuvent être autonomes ou adossés à un établissement de santé ou médico-social.

Tableau 4 : Places autorisées d’accueil de jour et taux d’équipement pour 1000 personnes âgées au 1^{er} janvier 2014 (35).

	Places autorisées	Pour Alzheimer
Haute-Normandie	475	450
Seine-Maritime	300	290
Eure	175	160

- Hébergement Temporaire

Les EHPAD peuvent mettre en place un accueil temporaire pour les personnes âgées afin de soulager provisoirement les familles, de préparer la personne âgée à un hébergement permanent ne réalisant pas une rupture brutale avec son environnement ou de mieux affronter des périodes difficiles comme la saison hivernale ou une convalescence ne nécessitant pas de médicalisation.

Tableau 5 : Etablissements et services, lits ou places installés au 1^{er} janvier 2014 publics ou privés (35).

	EHPAD	Hébergement temporaire	Accueil de jour	SSIAD et SPASAD
Seine Maritime	10 074	128	290	2 293
Eure	4 622	77	160	964
Haute-Normandie	14 696	205	450	3 257
France	544 218	11 318	10 441	115 361

- L'offre sociale

L'offre sociale comporte des services d'aide à domicile, des services développés par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou des associations comme le portage de repas, les transports adaptés...

Les Haut-Normands disposent de 20 Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC) : 16 en Seine-Maritime et 4 dans l'Eure (42)

Leur planification est départementale et répond ainsi au pilotage des conseils généraux (43).

Tableau 6 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en Haute-Normandie au 1^{er} janvier 2014 (35).

	Part de la population de 75 ans et plus bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2
Eure	15,7 %	35,0 %
Seine-Maritime	24,2 %	20,4 %
Haute-Normandie	21,7 %	23,1 %
France métropolitaine	20,5 %	19,7 %

B. L'offre d'hébergement en établissement

- Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit à risque de décompensation répétée et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Ces situations cliniques exigent un suivi rapproché avec des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (44) : présence médicale le jour, et, au minimum, une astreinte la nuit, présence infirmière 24 heures sur 24, équipement des chambres d'USLD en fluides médicaux (oxygène, vide), accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans des délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standards sans préparation et accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courantes. Leur capacité minimum est de 30 lits (45).

Au 1^{er} janvier 2014, la Haute-Normandie disposait de 12 USLD, regroupant 837 lits dont 665 lits en Seine-Maritime et 172 lit dans l'Eure (35).

- Les EHPAD (35)

Au 1^{er} janvier 2014, étaient recensés 153 établissements en Haute-Normandie pour une capacité totale de 14 696 lits permanents.

Pour le département de l'Eure, on recensait 4 622 lits pour 48 établissements et dans le département de Seine-Maritime, 10 074 lits pour 105 établissements.

Depuis 2011 (46-47), l'enveloppe que les Agences Régionales de Santé allouent aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD), en remboursement des prestations de soins qu'ils délivrent, est déterminée à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'établissement (mesuré par la grille AGGIR) et par les soins médicotехniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies (mesurés par l'outil PATHOS).

PATHOS fait la photographie des pathologies d'un patient et des soins requis un jour donné.

Il évalue les soins requis pour tous les « états pathologiques » présentés par un patient un jour donné. Un thésaurus de 50 états pathologiques est utilisé regroupant toute expression d'un dysfonctionnement : symptôme, diagnostic précis, ou encore syndrome général.

Ces états pathologiques recouvrent la totalité des situations rencontrées, limitant à 1,5 % les états pathologiques codifiés : « autres états pathologiques ».

L'état pathologique « seul » ne suffit pas à indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge, il faut le caractériser par les besoins en soins techniques nécessaires : c'est la notion de profil de soins.

Un profil de soins est à choisir pour qualifier chaque état pathologique identifié chez un patient, car l'état pathologique simple ne suffit pas à indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge. Il faut le caractériser par son « profil » de soins techniques nécessaires.

C'est le couple état pathologique / profil de soins qui détermine la quantité de mobilisation nécessaire des 8 postes de ressources (gériatre, psychiatre, infirmière, biologie, imagerie, rééducateurs kiné/ergo/orthophoniste, psychologue, médicament).

Tableau 7 : Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2014 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

	Taux d'équipement en lits médicalisés d'EHPAD	Taux d'équipement en lits médicalisés d'hébergement permanent non EHPAD
Seine-Maritime	89.1 ‰	60.2 ‰
Eure	98.7 ‰	41.4 ‰
Haute-Normandie	91.9 ‰	54.7 ‰
France métropolitaine	95.1 ‰	27.3‰

C. L'offre sanitaire

En 2005, le SROS III dénombrait sept filières de soins gériatriques intra-hospitalières, appartenant aux sept établissements supports que sont : le CHU de Rouen, le CHI Elbeuf-Louviers, le Groupe Hospitalier du Havre (GHH), le CHI du Pays des Hautes Falaises à Fécamp, le CH de Dieppe, le CHI Eure-Seine et le CH de Gisors.

L'intégralité de ces établissements dispose de services de court séjour gériatrique, mais le CHI du Pays des Hautes Falaises et le CH de Gisors n'avaient pu bénéficier de la création d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) intra-hospitalière.

En 2013, une EMG du CHI du Pays des Hautes Falaises fut créée, conséquence du PRIAC 2012-2016 et confirmée lors du PRIAC 2014-2018 (48).

D. L'offre oncogériatrique

Les résultats portant sur l'évaluation initiale des personnes âgées malades et leur suivi, ont permis à l'Institut National du Cancer (INCa) d'élaborer un cahier des charges pour le déploiement d'Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) qui a débuté en 2011.

L'INCa a proposé la vulgarisation de l'outil de repérage « Oncodage » en huit items (49) afin de mieux identifier les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux (dénutrition, comorbidités, polymédication ou encore des troubles cognitifs) et de proposer une consultation adaptée aux anomalies dépistées et/ou une évaluation gériatrique approfondie avant de commencer le traitement anticancéreux. Son utilisation a été validée par le Plan Cancer 2009-2013.

E. L'offre gérontopsychiatrique

Son organisation repose principalement sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) des secteurs psychiatriques.

Certains établissements hospitaliers et EHPAD bénéficient de consultations psychiatriques organisées au sein de leur établissement.

Le CH du Rouvray possède une structure spécifique à visée gériatrique au sein de l'hôpital, en structure ambulatoire et à destination des EHPAD.

En 2013, elle comprenait une unité d'hospitalisation de 20 lits, un hôpital de jour d'une capacité de 15 places et un CATTP (Centre Thérapeutique à Temps Partiel), une unité de consultation et de liaison de psychiatrie pour personnes âgées et une équipe mobile de psychiatrie pour 2523 résidents d'EHPAD (50). Le CH Navarre à Evreux possède également une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées, opérationnelle depuis le 1^{er} septembre 2011.

F. Etat des lieux de l'offre spécifique à la maladie d'Alzheimer

L'importance épidémiologique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées a nécessité l'élaboration d'actions spécifiques, soutenues par le déploiement du plan Alzheimer 2008-2012 visant à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, la recherche et la mobilisation de la société.

a. Les plateformes de répit (51)

Son impact sur les proches et en particulier la famille des personnes malades a été à l'origine du développement du concept de « répit » pour les aidants.

Cette notion de répit a été décrite comme une « prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne dépendante dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal et ainsi d'éviter un épuisement qui compromettrait aussi bien sa santé que le maintien à domicile de la personne malade » (51).

Le répit correspond à une prise en charge qui peut être assurée par des aides à domicile, un accueil en centre de jour (voire le soir ou la nuit) ou un hébergement temporaire.

D'autres formes de répit se sont développées avec notamment pour objectif de permettre aux personnes malades et à leurs aidants de passer du « bon temps » ensemble, dans le cadre de séjours de vacances, de la pratique d'activités culturelles ou de loisirs.

Ainsi, le répit doit être complété par des dispositifs qui permettent de protéger sa propre santé.

Le développement d'une offre de répit et d'accompagnement doit également prendre en compte les obstacles à son utilisation par les personnes qui en ont besoin.

En effet, même si le besoin d'aide est avéré, un aidant peut avoir des difficultés à concevoir la nécessité d'un soutien. Dans d'autres cas, ce sont l'éloignement, les difficultés de déplacement ou encore le coût pour les personnes qui compromettent l'accès à certaines formules d'aide.

Cet éventail de prises en charge répond aux quatre objectifs suivants :

- Offrir du temps libre (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et du patient) ou accompagné (sans séparation / intégrant la dimension de «bon temps passé ensemble»).
- Informer, soutenir et accompagner les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer.
- Favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et contribuer à leur bien-être psychologique et émotionnel. La personne malade et son aidant ne sont pas réduits à leur statut de malade ou de soutien.
- Contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

	Exemples de formules (énumération non exhaustive)															
	Accueil de jour	Répit/relais à domicile	Garde itinérante de nuit	Accueil de nuit	Hébergement temporaire	Accueil familial	Animation à domicile	Groupe de parole	Rencontres d'échange et d'information	Coping individuel	Séjours vacances	Activités culturelles, artistiques, sorties	Autres activités valorisantes pour le couple	Atelier de réhabilitation	Activités physiques	Stimulation sensorielle
Objectif 1	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x			
Objectif 2								x	x	x						
Objectif 3	x						x				x	x	x			
Objectif 4	x													x	x	x

Figure 1 : Exemples de plateformes de répit répondant aux objectifs précédemment cités.

- b. Les MAIA (52) (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Les dispositifs MAIA se déploient sur l'ensemble du territoire national depuis 2011.

Les premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3ème plan Alzheimer et leur généralisation en 2011, ont permis la création de 252 dispositifs MAIA en fonctionnement (en décembre 2014).

En 2014, 35 % des dispositifs MAIA étaient portés par des conseils départementaux, 11 % par des CLIC, 13 % par des établissements de santé et 6 % par des réseaux de santé.

En 2015 et en 2016, ce sont 100 nouveaux dispositifs (50 chaque année) qui seront déployés pour permettre la poursuite du maillage du territoire national.

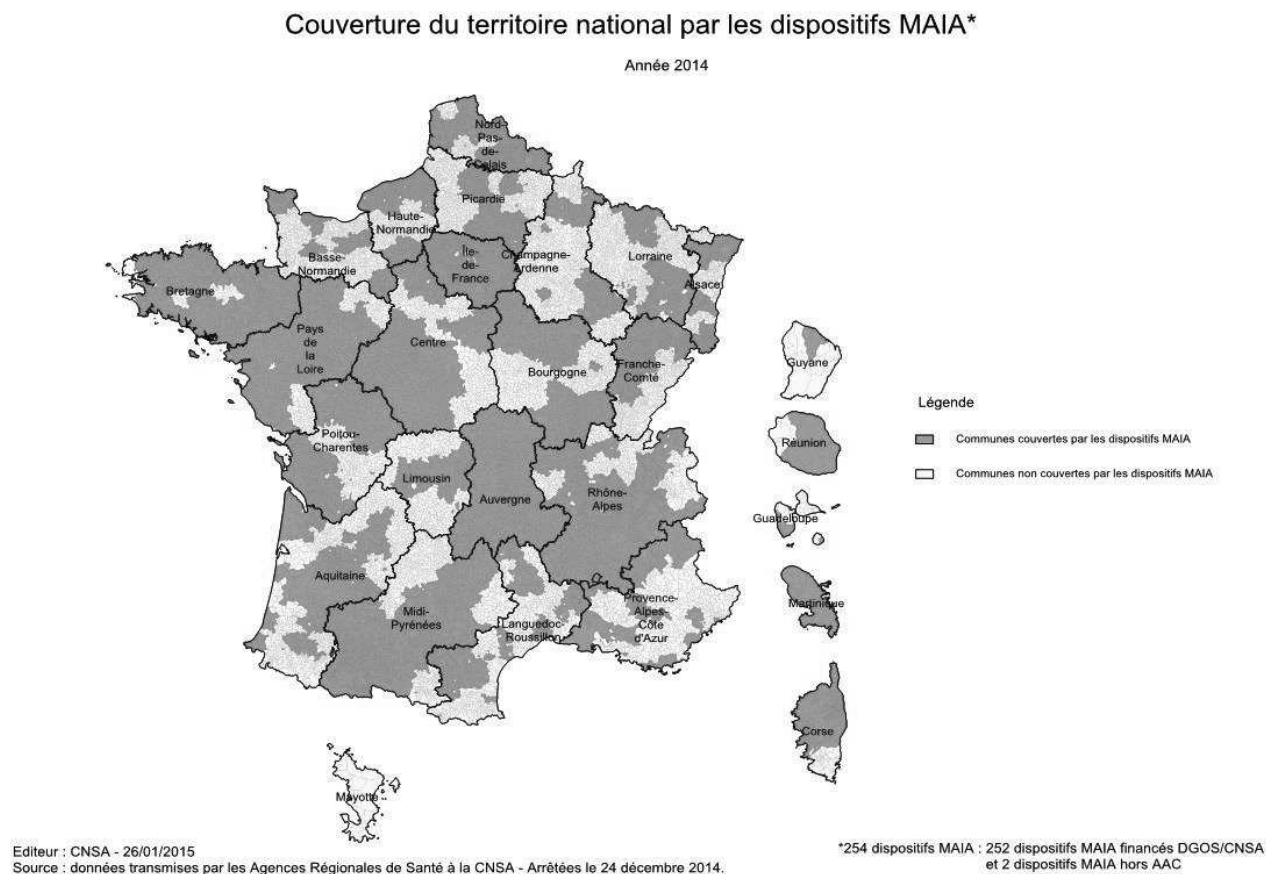


Figure 2 : Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA en 2014.

L'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation permet de simplifier les parcours des personnes et de réduire sensiblement le nombre de contacts : 1,3 interlocuteur pour trouver des solutions adaptées sur un territoire intégré, contre 3,2 interlocuteurs différents avant le déploiement de l'intégration.

Mesure phare du plan Alzheimer 2008-2012, les MAIA visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie.

Elles ont pour objectif d'atténuer les difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de services parfois insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge suffisamment coordonnée.

Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire ; il s'agit du guichet intégré. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.

Les MAIA décloisonnent le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Elles organisent leur coopération, afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et des pratiques communes.

Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas. Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ainsi, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.

Un pilote MAIA est chargé de veiller à la mise en cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire.

Trois outils permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, afin de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert :

- Le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle (utilisé par les gestionnaires de cas).

- Le Plan de Service Individualisé (PSI). C'est un outil de gestion de cas servant à définir, à planifier et à suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions assurées auprès d'une personne âgée en situation complexe.
- Le système d'informations partageables entre les professionnels du territoire dans un objectif de continuité des parcours de vie des personnes.



Figure 3 : Territoires MAIA sur le territoire haut-normand en mai 2015.

Tableau 8 : Offre spécifique régionale pour la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées (53-23).

Structures	Etat des lieux 2014 en Haute-Normandie
Accueil de jour spécifique Alzheimer	408 places
Plateforme de répit et d’accompagnement	4 dispositifs
MAIA	11 dispositifs
Consultations mémoire	14 sites
UHR	82 places
PASA	288 places
Aide aux aidants	60 structures
EHPAD + USLD	16 092 places
Etablissement d’hébergement	24 079 places
Places spécifiques Alzheimer	1688 places

G. La personne âgée fragile au sein de l’ensemble de ces dispositifs en 2012

L’ANAP avait identifié cinq facteurs de rupture dans le parcours de soins :

- La structuration imperméable entre acteurs (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, médecine de ville et soins à domicile),
- L’étanchéité des accompagnements entre institutions et domicile,

- La mauvaise articulation entre les prestations de soins et les actions hors soins venant compenser la perte d'autonomie,
- La cohabitation entre plusieurs modes d'exercice des professionnels (libéral/salarié),
- En matière de contenu des prestations, une trop forte étanchéité des savoir-faire sur les composantes physiques et psychiques de la personne accompagnée.

Le nombre important d'intervenants, de cultures parfois différentes (sanitaire, sociale, médico-sociale) autour de la personne âgée est également source de rupture de la prise en charge.

Les médecins traitants des personnes âgées sont amenés à gérer des situations complexes, pour lesquelles une partie des solutions, notamment sociales, les éloignent des tâches relevant de leur exercice médical.

Des coordinations étaient alors en cours de développement, mais ne regroupaient pas l'ensemble des acteurs ; elles étaient soumises à des pilotages émanant d'institutions différentes au niveau local ou régional et étaient le fait de réflexions et de volontés locales.

Fin 2011, l'évaluation réalisée par les travailleurs sociaux des conseils généraux en charge de l'APA, évaluation menée par les CLIC, évaluations gériatriques réalisées dans les consultations hospitalières et les évaluations menées par les professionnels intervenant au domicile restaient parcellaires du fait du cloisonnement des acteurs.

Les coopérations les plus parachevées s'appuyaient sur des expériences construites dans la durée, évolutives dans le temps et ayant le souci de regrouper la majorité des acteurs présents volontaires. Elles incluaient toujours les CLIC du territoire desservi, des professionnels de santé libéraux, des SSIAD, des établissements sanitaires et des EHPAD. Le territoire concerné était un territoire opérationnel, construit sur l'historique et la réalité des partenaires.

4.1.3.2. Les enjeux du schéma d'organisation

Il s'agit de développer l'évaluation gériatrique dans le lieu de vie de la personne en s'appuyant sur la filière de soins gériatrique (équipe mobile, SSR...) et les structures du domicile (CLIC, SSIAD). Cette intervention coordonnée devait répondre aux situations complexes rencontrées à domicile, permettre l'élaboration d'un plan d'actions adapté, éviter les situations de crise, des hospitalisations inadéquates et en urgence, favoriser des admissions directes en hospitalisation et un accès direct aux consultations de gériatrie et enfin faciliter le retour à domicile en coordination avec les professionnels du domicile.

Ainsi, les volets « personnes âgées fragiles » des SROS et SROMS de Haute-Normandie structurent des parcours de vie et de santé, organisent la région en huit territoires identifiés selon plusieurs critères : présence ou création dans le cadre du SROS IV d'une filière de soins gériatriques, densité de population âgée de 75 ans et plus, présence d'acteurs sociaux, médico-sociaux. Ces huit territoires de parcours de vie et de santé s'intègrent dans les territoires de santé :

- Rouen / Yvetot / Neufchâtel,
- Le Havre,
- Fécamp / Bolbec / Lillebonne,
- Dieppe / Eu,
- Gournay en Bray / Gisors,
- Elbeuf / Louviers / Le Neubourg,
- Pont-Audemer / Bernay,
- Evreux / Verneuil / Vernon / Les Andelys – Gaillon.

Pour chacun des huit parcours de vie et de santé, le partenariat est formalisé par une convention constitutive, traduisant l'implication des différents acteurs. Différents modes de coopération existaient auparavant et devront être développés au sein d'un même parcours via des réseaux de santé : la constitution de GCSMS, une convention entre CLIC et SSR gériatriques pour les équipes mobiles d'évaluation à domicile (EMED) et une convention de mutualisation.

III. MATERIEL ET METHODOLOGIE

1. Conception de l'étude

Un consentement par écrit a été préalablement recueilli auprès du patient ou sa famille (Annexe 1) précisant également que les données seront intégrées au dossier médical informatisé du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil et susceptibles d'être utilisées dans le cadre de recherches médicales.

Le codage des dossiers a également été réalisé de manière totalement anonyme. Chaque patient s'est vu attribuer un numéro qui a été réutilisé dans le cadre de son suivi au cours de cette étude.

1.1. Type d'étude et période d'inclusion

Notre étude est divisée en deux grandes parties. La première partie consiste en une étude descriptive de l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers durant 12 mois tandis que la seconde consiste en une évaluation de la satisfaction des médecins traitants concernés par l'intervention de l'EMED sur cette même période.

1.1.1. Etude descriptive prospective de l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers

Pour rappel, les enquêtes descriptives décrivent la distribution des états de santé et des facteurs de risque dans les populations.

Elles se répartissent en enquêtes de prévalence et d'incidence. Les enquêtes de prévalence correspondant à des enquêtes transversales qui estiment le nombre de cas présents dans une population à un instant donné.

Le taux de prévalence est le rapport du nombre de cas recensés sur l'effectif de la population à un instant donné.

Les enquêtes d'incidence correspondent à des enquêtes longitudinales qui estiment le nombre de nouveaux cas de maladie dans une population, pendant une période donnée.

Le taux d'incidence est le rapport du nombre de nouveaux cas de maladie recensés au nombre de personnes susceptibles d'être atteintes dans la population, pendant une période donnée.

Dans cette enquête, une première évaluation à domicile, réalisée par l'EMED Elbeuf-Louviers, débutant au 1^{er} juillet 2014 et se terminant le 28 février 2015 a permis de décrire une population sur les plans, médicaux, sociaux et sanitaires, de cibler les problématiques, ainsi que d'élaborer des préconisations visant à maintenir à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions de vie et de sécurité ou organiser une institutionnalisation les cas échéants.

Une deuxième visite à domicile 4 mois plus tard, une hospitalisation programmée ou un suivi hospitalier (consultation mémoire et consultation gériatrique) ont permis d'évaluer l'observance des préconisations, ainsi que l'évolution de leurs situations (amélioration, stabilisation ou dégradation). La durée totale du recueil des données a donc duré 12 mois.

Nous nous sommes également attachés, au sein de cette enquête, à trouver des facteurs de risque d'hospitalisation inappropriée dans les 6 mois suivant la première évaluation (passage aux urgences).

La récupération de l'ensemble des données a pu se faire grâce au recueil des comptes rendus d'interventions de l'EMED Elbeuf-Louviers, d'hospitalisations programmées et de consultations mémoires.

1.1.2. Evaluation de la satisfaction des médecins traitants

Il a consisté en une évaluation de la satisfaction des médecins traitants concernés par l'intervention de l'EMED sur cette même période grâce à la réalisation d'un auto-questionnaire (Annexe 2).

1.2. Population étudiée

1.2.1. Les patients

Les critères d'inclusion des patients reprennent strictement ceux permettant le déclenchement d'une intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers durant la période d'inclusion définie ci-dessus. L'EMED est destinée aux personnes de plus de 75 ans et par dérogation aux personnes entre 60 ans et 75 ans.

Néanmoins, l'intervention de l'EMED n'est déclenchée que si la situation de la personne répond à au moins deux des critères suivants et/ou après l'avis du médecin gériatre :

- Dont un critère somatique,
- Critère social : Logement insalubre / inadapté,
- Epuisement des aides à domicile,
- Refus du plan d'aide par personne / entourage,
- Rupture de soins,
- Critère fonctionnel : GIR 1 à 4,
- IADL,
- Critère somatique,
- Deux hospitalisations non programmées,
- Chutes,
- Troubles cognitifs,
- Plaies chroniques,
- Polypathologies,
- Troubles du comportement (positif et négatif),
- Troubles nutritionnels.

Si les critères ne sont pas réunis, le CLIC répond à la sollicitation d'intervention selon sa procédure habituelle.

1.2.2. Les médecins généralistes participants

Chaque patient inclus dans notre étude a un médecin traitant qui a été contacté et qui a reçu un auto-questionnaire permettant de nous soumettre son regard critique quant au fonctionnement de l'EMED Elbeuf-Louviers.

1.3. Procédure

1.3.1. Une évaluation gériatrique standardisée

Lors de l'évaluation gériatrique réalisée par l'EMED Elbeuf-Louviers, les données suivantes sont renseignées :

- Le médecin de l'EMED,
- L'infirmière de l'EMED,
- Date de l'intervention,
- Motif d'intervention,
- La durée de l'intervention,
- Coordonnées de la personne référente.

1.3.1.1. Motifs et demandeurs d'intervention de l'EMED

Les motifs sont classifiés en plusieurs catégories : « Médical », « Médico-social », « Cognitif » ou « Epuisement aidant(s) ».

Tout professionnel de santé et médico-social de ville ou d'un établissement de santé, les personnes âgées elles-mêmes ou leur entourage peuvent solliciter l'intervention de l'EMED.

La demande d'intervention se réalise auprès du CLIC Repère'Âge d'Elbeuf ou du CLIC de Louviers.

Si le patient répond aux critères la procédure suivante est engagée :

- Le CLIC complète la fiche de transmission,
- La fiche est transmise par mail à l'adresse umg@chi-elbeuf-louviers.fr ,
- Le médecin gériatre confirme l'indication de l'intervention de l'EMED,
- L'IDE de l'EMED contacte l'interlocutrice du CLIC pour fixer la date et l'heure de visite,
- Le médecin traitant est informé de la date précise de la visite afin de, s'il le souhaite, participer à l'évaluation,
- Le CLIC contacte le patient et/ou l'entourage pour donner le rendez-vous.

Après évaluation, une synthèse de l'intervention sera réalisée par l'infirmière de l'EMED. Cette synthèse est systématiquement validée par un médecin gériatre.

1.3.1.2. Une évaluation sociodémographique

L'évaluation réalisée au travers de l'intervention de l'EMED à domicile prend note de l'âge, du sexe, du mode de vie, de l'entourage, du type d'habitation et du nombre de niveaux, du passage éventuel d'une IDE et/ou aide-ménagère, du portage de repas ou non. Est également précisé si le patient possède une téléalarme, s'il a une Affection de Longue Durée (ALD), une complémentaire santé, une Allocation Personne Agée ou encore s'il fait l'objet d'une protection juridique.

1.3.1.3. Une évaluation épidémiologique

L'EMED relève systématiquement les antécédents du patient ainsi que son traitement habituel. Pour une simplification du recueil des données, seule la pharmacodynamie de chaque molécule a été tracée. Le nombre de médicaments pris quotidiennement a été regroupé par classe d'âge et exprimé en fréquence.

De cette manière, nous avons pu regrouper les différents traitements en six grandes familles principales que sont :

- Les traitements à visée cardiovasculaire (antihypertenseurs, diurétiques, antiarythmiques, cardiotoniques et dérivés nitrés),
- Les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires,
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et antalgiques de paliers II et III,
- Les traitements des troubles métaboliques (diabètes de type 1 et 2 ainsi que les dyslipidémies),

- Les traitements neurologiques (antiparkinsoniens et antiépileptiques),
- Les psychotropes (anticholinestérasiques, neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques).

Nous avons également décidé de regrouper les antécédents médicaux sous forme de 11 grandes familles de pathologies :

- Les pathologies cardiovasculaires (HTA, HCT, troubles du rythmes cardiaques, insuffisance cardiaque, antécédents de coronaropathie ou AOMI),
- Le diabète (type 1 et type 2),
- Les dysthyroïdies (hyper et hypothyroïdies),
- Les troubles psychiatriques à l'exception des insomnies,
- Les troubles neurocognitifs (vasculaires, dégénératifs et mixtes),
- Les pathologies rhumatologiques et/ou troubles fonctionnels,
- Les maladies respiratoires chroniques (insuffisance respiratoire chronique, BPCO, asthme),
- Les troubles neurosensoriels et neurologiques périphériques,
- Les accidents vasculaires cérébraux,
- Les cancers actifs,
- L'exogénose.

1.3.1.4. Une évaluation de l'autonomie

A. Grille des activités de la vie quotidienne selon le score ADL de Katz

Ce score comprend 6 items (Annexe 3) évaluant de manière objective les activités de la vie quotidienne. Pour une simplicité d'utilisation lors de l'évaluation gériatrique par l'EMED, ces items ont été jugés de manière binaire, c'est-à-dire par OUI ou par NON. OUI cote pour 1 point et NON cote pour 0 point.

Le score total score total est compris entre 0 et 6 points.

Un score de 6 points indique une autonomie complète.

Un sujet dont le score est inférieur à 3 est considéré comme fortement dépendant.

Cette échelle décrit une perte d'autonomie sévère. Elle est très utile dans les services d'hospitalisation et est très robuste. Elle a pour défauts de ne pas prendre en compte certaines conséquences des dépendances d'origine cognitive (cohérence, orientation...) et d'inclure un item relevant d'une pathologie, l'incontinence urinaire, qui n'est pas obligatoirement responsable de dépendance si la personne peut gérer les conséquences sans l'aide d'une tierce personne. Ses avantages sont une passation brève et simple.

Un autre avantage réside dans le fait que cet outil est très largement utilisé dans la littérature internationale.

Afin d'optimiser le recueil de données, nous nous sommes inspirés d'une étude de l'INSERM de novembre 2011 « Projet dépendance, 4 cohortes épidémiologique – Haute-Normandie - Paquid, 3Cités et AMI ». Nous n'avons considéré que les 4 items suivants dans notre évaluation : s'habiller, faire sa toilette, réaliser le transfert lit-fauteuil et s'alimenter.

En effet, les autres items étaient fréquemment considérés comme non applicables générant une grande variabilité des scores.

B. Grille des activités instrumentales de la vie quotidienne selon le score IADL de Lawton

Ce score comprend 8 items (Annexe 4) évaluant le comportement et l'utilisation des outils usuels.

Le temps d'évaluation est bref (environ 5 minutes).

C'est un questionnaire adapté aux personnes âgées vivant à leur domicile.

Tout comme pour le score ADL, pour une simplicité d'utilisation lors de l'évaluation gériatrique par l'EMED, ces items ont été jugés de manière binaire, c'est-à-dire par OUI ou par NON. OUI cote pour 1 point et NON cote pour 0 point.

Le score total est compris entre 0 et 8 points. Cependant, les activités qui n'ont jamais été réalisées par le patient sont cotées comme « non applicables » diminuant ainsi le nombre d'items quantifiables.

Comme pour l'échelle ADL, afin d'obtenir un maximum de données, nous n'avons considéré que les 5 items suivants dans notre évaluation : utiliser le téléphone, faire ses courses, utiliser les transports, gérer son budget et gérer la prise de médicaments.

C. Grille AGGIR (Annexe 5)

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens.

Elle concerne les personnes à domicile ou en établissement et sert de support pour déterminer le montant de l'APA qui sera versée.

Cette grille comprend 17 variables se rapportant au comportement, à la communication, à l'orientation dans l'espace, et dans le temps, à la réalisation de la toilette et de l'habillage, à l'alimentation, à l'élimination, aux transferts et aux déplacements à l'intérieur.

Chaque variable est évaluée et codifiée (a, b ou c) en fonction du degré de dépendance :

a : Fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement.

b : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement.

c : Ne fait seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Cette évaluation conduit à classer la personne âgée dans un Groupe Iso-Ressources (GIR) :

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'habillage.

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.

1.3.1.5. Une évaluation des comorbidités : le score de Lee (54)

Le score de Lee (Annexe 6) est un index pronostic, incluant l'âge, le sexe, les comorbidités rapportées et des mesures fonctionnelles.

Il permet d'estimer le risque de mortalité à 4 ans chez des sujets âgés par un auto-questionnaire.

Il peut être une aide à l'estimation de la survie en oncogériatrie par exemple.

Ce score a été conservé volontairement dans le recueil de données de l'EMED Elbeuf-Louviers, car son questionnaire est inspiré de celui de l'unité mobile de gériatrie (UMG) dont l'activité est parfois orientée vers l'oncogériatrie.

Ainsi, le score de Lee est toujours réalisé lors d'une intervention et a pour seul objectif d'être informatif, car non validé lors de situations non oncogériatriques.

Le score total est traduit en pourcentage de décès à 4 ans :

0-5 points : Moins de 4% de risque de décès à 4 ans.

6-9 points : Environ 15%.

10-13 points : Environ 42%.

14 points et plus : Environ 64%.

1.3.1.6. Tests de dépistage cognitif

A. Niveau scolaire

Bien évidemment, l'évaluation cognitive ne sera pas cotée de la même manière selon le niveau d'études du patient. Ce dernier sera coté « sans diplôme » ou « CAP - CEP -4ème » ou « 3ème – BEPC à Terminale » encore « BAC et plus ».

B. Réalisation d'un Mini Mental State (MMSE) de Folstein

Le MMSE (Annexe 7) explore l'orientation temporo-spatiale, la mémoire immédiate et différée, le calcul, la dénomination, la réalisation d'ordres complexes, la lecture, l'écriture et le visuo-spatial (dessin).

Le score total est compris entre 0 et 30 points.

Selon la version GRECO de 2003 (55), des seuils pathologiques ont pu être estimés en fonction du niveau d'étude et de l'âge.

Ainsi, le score est considéré comme pathologique s'il est inférieur aux valeurs suivantes :

Sans diplôme : 22. Si plus de 80 ans : 21.

CEP – CAP – 4ème : 23. Si plus de 80 ans : 22.

3ème – BEPC à terminale : 25. Si plus de 80 ans : 24.

BAC et plus : 26. Si plus de 80 ans : 25.

Durée : 15 minutes.

Il est non interprétable chez les patients analphabètes, d'où l'importance de connaître le niveau scolaire du patient.

Il ne permet pas de poser un diagnostic, mais a l'avantage d'être un outil de suivi des patients.

C. Test de l'horloge

Le test de l'horloge (56) (Annexe 8) consiste à demander au patient de placer les chiffres et les aiguilles d'une horloge dans un cercle, en lui indiquant l'heure que l'on souhaite.

Ce test nécessite une bonne vision et donc potentiellement le port de lunettes.

Il teste les capacités d'abstraction et visuo-spatiales.

Le score total est compris entre 0 et 7 points.

On donne 1 point pour chaque élément correct tel que décrit ci-dessous :

- Seuls les nombres de 1 à 12 sont présents (arabes ou romains),
- Nombres dans le bon ordre,
- Nombres en position correcte,
- Deux aiguilles présentes,
- L'heure cible est indiquée : elle peut être indiquée par une flèche ou un cerclage,
- Le nombre cible des minutes : peut être indiqué par une petite flèche ou un cerclage,
- Les aiguilles doivent être dans des proportions correctes.

Il sera considéré comme pathologique s'il est inférieur à 6 points.

1.3.1.7. Recherche d'un syndrome confusionnel (57)

La confusion aiguë est un diagnostic clinique parfois difficile à porter chez une personne âgée. Elle doit être évoquée quand la personne présente un changement rapide de son comportement habituel ou en cas d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil).

Les signes de la confusion à rechercher sont :

- Une perturbation de la conscience de soi et de son environnement (par exemple le patient ne sait plus qui il est, ne reconnaît pas sa famille),
- Un trouble de l'attention (par exemple, les questions doivent être répétées à plusieurs reprises, le patient est facilement distrait par des stimuli extérieurs),
- Des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, en particulier de la mémoire des faits récents, désorientation temporo-spatiale, discours parfois décousu, voire incohérent),
- Un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle normal veille/sommeil incluant l'inversion du rythme nyctéméral),
- Des troubles psychiatriques (interprétation erronée des perceptions sensorielles, hallucinations).

Tous ces symptômes peuvent générer une grande anxiété (perplexité anxieuse) et une agitation chez le patient. Le début brutal ou rapidement progressif et la fluctuation des signes dans la journée avec une recrudescence vespérale des symptômes sont caractéristiques de la confusion (mais peuvent également être présents dans la démence à corps de Lewy).

Il en existe différents tableaux cliniques qui nécessitent tous la même stratégie diagnostique :

Des formes incomplètes ; des formes hyperactives, dominées par l'agitation avec plus fréquemment des interprétations erronées, des perceptions sensorielles ou des hallucinations ; des formes hypoactives plus difficiles à diagnostiquer où prédominent une apathie, voire un état d'obnubilation.

La CAM (58) (*Confusion Assessment Method*) est un outil de dépistage des confusions aiguës principalement fondé sur les critères du DSM-IV (59) (A: Altération de la conscience avec diminution de la capacité à focaliser son attention ; B: Modification cognitive ou perturbation de la perception qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante ; C: Les troubles fluctuent sur une courte période de temps et tendent à fluctuer au cours d'une journée ; D: On peut identifier une cause organique dans l'histoire, l'examen clinique ou les investigations)

La CAM est largement utilisée par les équipes soignantes dans les pays anglo-saxons. Il en existe une traduction française qui n'a pas été encore validée.

Cependant, nous n'avons pas souhaité retenir cet item dans la suite de ce travail. En effet, ce dernier était rarement renseigné et évalué de manière totalement subjective.

Certains patients présentés comme confus avaient tout de même été évalués sur le plan cognitif.

Ainsi nous nous sommes posés la question de la validité de la recherche d'un état confusionnel.

1.3.1.8. Test de dépistage thymique : la mini-GDS à 4 items (Annexe 9)

La mini-GDS (60) est une version courte de l'échelle GDS à 15 items (Annexe 10) et plus facilement utilisée en ville.

Cette échelle consiste à poser 4 questions au patient en lui précisant que pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

Si le score est égal à 1 ou plus, il y a une très forte probabilité de dépression ; si le score est égal à 0, il y a une très forte probabilité d'absence de dépression. La possibilité alors de mettre en place un traitement antidépresseur et/ou une prise en charge psychothérapique, ainsi qu'un soutien aux aidants expliquant ce qui est en train de se jouer au niveau du processus de deuil, sont les différentes possibilités thérapeutiques existantes. Elles sont à ajuster selon les patients.

1.3.1.9. Evaluation de l'état nutritionnel

A. Anthropométrie

Si possible, le poids et la taille sont mesurés permettant de calculer un Indice de Masse Corporelle (IMC).

Formule de calcul de l'IMC : poids (Kg) / taille (m) ²

B. MNA dépistage (61) (Annexe 11)

Ce test est réalisé uniquement s'il existe un doute sur l'état nutritionnel de la personne âgée.

Index multifactoriel validé chez les sujets âgés de plus de 70 ans.

La perte de poids est très fréquente chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle peut être précoce.

C. Diagnostic de dénutrition chez la personne âgée (62)

Il repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois

Le poids de référence est idéalement un poids mesuré antérieurement. Si cette donnée n'est pas disponible, on peut se référer au poids habituel déclaré. En cas de pathologie aiguë, on se réfère au poids précédent l'affection en cours. Il est important de tenir compte des facteurs qui peuvent modifier l'interprétation du poids, comme une déshydratation, des œdèmes, des épanchements liquidiens.

- Indice de masse corporelle < 21

Un IMC < 21 est un des critères de dénutrition chez la personne âgée. Par contre, un IMC ≥ 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (par exemple en cas d'obésité avec perte de poids).

- Albuminémie < 35 g/l

L'hypoalbuminémie n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle peut être observée dans de nombreuses situations pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel, en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire. Il est donc recommandé d'interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué par le dosage de la protéine C-réactive. L'albuminémie est un facteur pronostique majeur de morbi-mortalité.

De plus, elle permet de distinguer deux formes de dénutrition : la dénutrition par carence d'apport isolée, où l'albuminémie peut être normale ; la dénutrition associée à un syndrome inflammatoire et à un hypercatabolisme, où l'albuminémie baisse rapidement.

- MNA global < 17.
- Diagnostic de dénutrition sévère

Il repose sur un ou plusieurs des critères suivants : perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ; IMC < 18 ; albuminémie < 30 g/l. Il est important de distinguer les formes sévères de la dénutrition.

La dénutrition sévère est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité. Elle justifie donc une prise en charge nutritionnelle rapide.

1.3.1.10. Evaluation de la motricité

- Chute dans les 6 derniers mois ?
- Syndrome post-chute ?

Le Collège des Enseignants de Neurologie en a donné la définition suivante (63) :

« C'est l'apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique.

Il correspond à un ensemble de troubles psychologiques, de l'équilibre et de la marche observés après une chute : il s'agit d'une véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche ».

Au début sur le plan sémiologique, il s'agit surtout d'une anxiété, une perte des initiatives, un refus de mobilisation, une tendance à la rétropulsion avec flexion des genoux lors du lever du fauteuil aidé par l'examineur.

Plus tard, il s'accompagne d'un syndrome de régression psychomotrice, avec une conduite d'évitement se définissant par un confinement au domicile de crainte de tomber à nouveau, une rétropulsion à la station debout avec appui du pied sur le talon et orteils en griffe, une marche précautionneuse, les mains s'agrippant aux meubles ou à l'examineur, l'ensemble de ces symptômes constituant une réelle stasobasophobie.

Son évolution reste réversible si le syndrome post-chute est pris en charge précocement. Sinon l'évolution se fera inéluctablement vers une grabatisation irréversible.

- Appui unipodal : supérieur ou inférieur à 5 secondes.

- Hypotension orthostatique ?

Le Société Française d'Hypertension Artérielle en a donné la définition suivante (64) :

Elle se définit comme « une diminution de la pression artérielle (PA) systolique d'au moins 20 mm Hg et/ou de la PA diastolique d'au moins 10 mm Hg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout. L'hypotension orthostatique peut être symptomatique ou non ».

1.3.1.11. Evaluation subjective du fardeau de l'aidant

L'échelle de Zarit (Annexe 12) (65), n'est jamais réalisée lors de l'intervention de l'EMED certainement par manque de temps. En effet, cette dernière comprend 19 items.

Mais il existe une échelle mini-Zarit (Annexe 13) (66), simplifiée, comprenant 7 items et donc plus simple à réaliser. Cette dernière pourrait être intégrée lors d'une mise à jour du formulaire d'évaluation gériatrique de l'EMED.

1.3.1.12. Respect des préconisations

Une évaluation du respect des préconisations émises lors de l'évaluation initiale a été réalisée environ 4 mois après cette dernière. Les préconisations émises étaient séparées en deux catégories : « Médicale » et « Médicosocial ».

Ainsi pour ces deux variables, le respect des préconisations était considéré comme « Total », « Partiel » ou encore « Nul ».

1.3.1.13. Passage par le service des urgences après intervention de l'EMED

Nous avons jugé intéressant de connaître le taux de passage par les urgences durant les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED, ainsi que ses facteurs de risques.

1.3.2. Enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins traitants

Ce travail a été réalisé au travers d'un auto-questionnaire comprenant 13 questions fermées, une question semi-ouverte et une question ouverte. Une première partie vise simplement à décrire la population de médecins généralistes interrogés et la seconde à connaître leur point de vue ainsi que leur degré de satisfaction quant à l'intervention de l'EMED au domicile de leurs patients.

2. Analyse statistique

Tout d'abord, une analyse descriptive des données sera réalisée tant sur l'activité propre de l'EMED Elbeuf-Louviers, que sur la population ainsi que sur l'auto-questionnaire adressé aux médecins traitants.

Concernant les variables quantitatives, les moyennes, médianes, écart-types, valeurs minimales, valeurs maximales et taux de prévalence, ils ont été calculés grâce au logiciel EXCEL.

Une analyse descriptive des variables qualitatives a également été réalisée en mettant en évidence leur prévalence.

Ensuite, nous nous sommes attachés à déterminer le risque relatif de passer par les urgences selon certaines variables qualitatives (exemples : sexe, antécédents médicaux, traitement habituel, respect des préconisations, passage IDE, aide-ménagère, portage de repas, APA etc.). Les variables quantitatives, quant à elles, auront été transformées en variables qualitatives (exemples : Age, scores ADL et IADL, résultats MMSE, Test de l'Horloge etc.).

En prenant l'exemple du score MMSE, son interprétation en fonction du niveau d'étude permettra de dire simplement si le patient présente un trouble neurocognitif ou pas, coté OUI/NON. Il en va de même pour le test de l'horloge.

Le risque relatif permet de mesurer le risque de survenue d'un événement dans un groupe par rapport à l'autre. Il est égal au rapport du risque de maladie chez les sujets exposés sur le risque de maladie chez les sujets non-exposés. Le risque relatif se réfère à un modèle multiplicatif : ainsi un risque relatif égal à 2 signifie que les sujets exposés ont un risque de maladie 2 fois supérieur à celui des sujets non exposés.

Ensuite, une analyse bivariée a été réalisée grâce au test du Chi².

Si ce dernier n'était pas réalisable compte tenu des effectifs, le test exact de Fisher a été utilisé afin de connaître la significativité statistique de chaque variable avec le risque de passer par les urgences dans les 6 mois suivant l'intervention de l'EMED.

Le test de Fisher est une alternative au test du Chi² lorsque les échantillons attendus sont petits.

La recherche d'un lien statistique, entre les moyennes de certaines variables quantitatives et les passages dans un service d'urgences, a été réalisée grâce au test de Wilcoxon.

La comparaison des moyennes des variables quantitatives pour chaque groupe ne pouvait être réalisée par le test de Student, car la distribution de chaque effectif ne suit pas une loi normale.

La valeur du seuil a été définie comme $p \leq 0.05$. Au-delà de 5%, les résultats ne pourront donc pas être considérés comme statistiquement significatifs.

Les tests du χ^2 , de Fisher et de Wilcoxon ont été réalisés grâce au logiciel SAS 9.2.

Les calculs des odds ratios bruts et ajustés, avec leurs intervalles de confiance à 95%, ont également été réalisés grâce au logiciel SAS 9.2.

IV. RESULTATS DE L'ETUDE

L'EMED Elbeuf-Louviers est intervenue aux domiciles de 78 patients durant la période allant du 1^{er} juillet 2014 au 28 février 2015.

Parmi ces 78 patients, 3 patients ont refusé son intervention.

Parmi les 75 patients ayant laissé intervenir l'EMED, presque tous n'ont pu avoir des évaluations complètes.

Les items non renseignés présentaient des motifs allant du simple refus du patient, en passant par des épisodes de confusion, de grande fatigue, une anxiété importante ou encore une alcoolisation aiguë.

Parfois certains items n'étaient pas renseignés manifestement par manque de temps.

1. Analyse d'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers entre le 1^{er} juillet 2014 et le 28 février 2015

1.1. Répartition des évaluations initiales au cours des 8 premiers mois de l'étude

Il est assez logiquement observé que l'activité de l'EMED aurait tendance à voir moins de patients durant les périodes de vacances scolaires et en quelque sorte rattraper son retard en sortie de vacances scolaires.

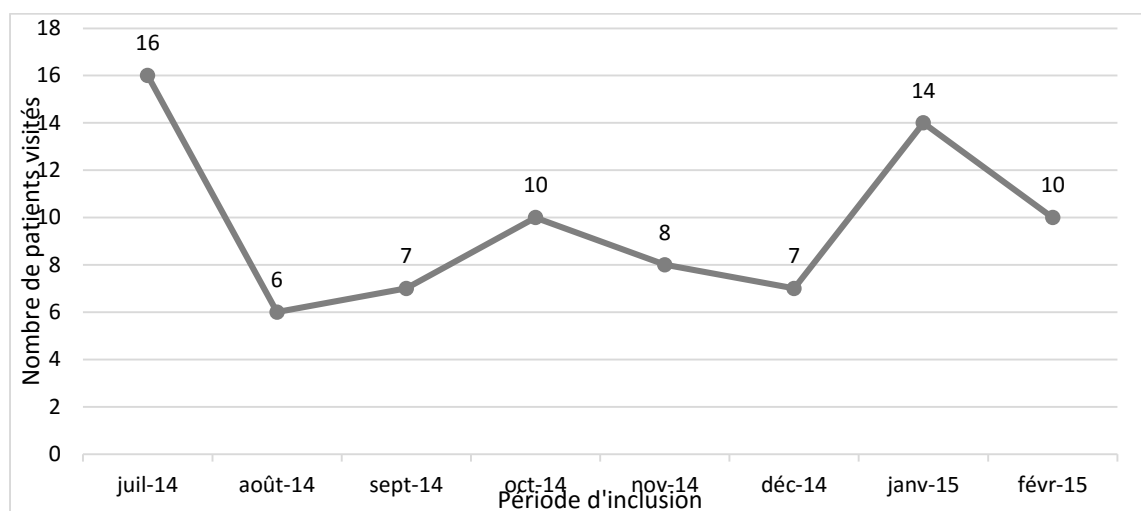


Figure 4 : Analyse mensuelle de l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers.

1.2. Motifs d'intervention de l'EMED

Le motif prépondérant correspond aux problèmes médico-sociaux pour 61 patients. Ensuite viennent les troubles cognitifs pour 8 patients, les problèmes médicaux pour 7 patients et enfin l'épuisement de l'aidant pour 2 patients.

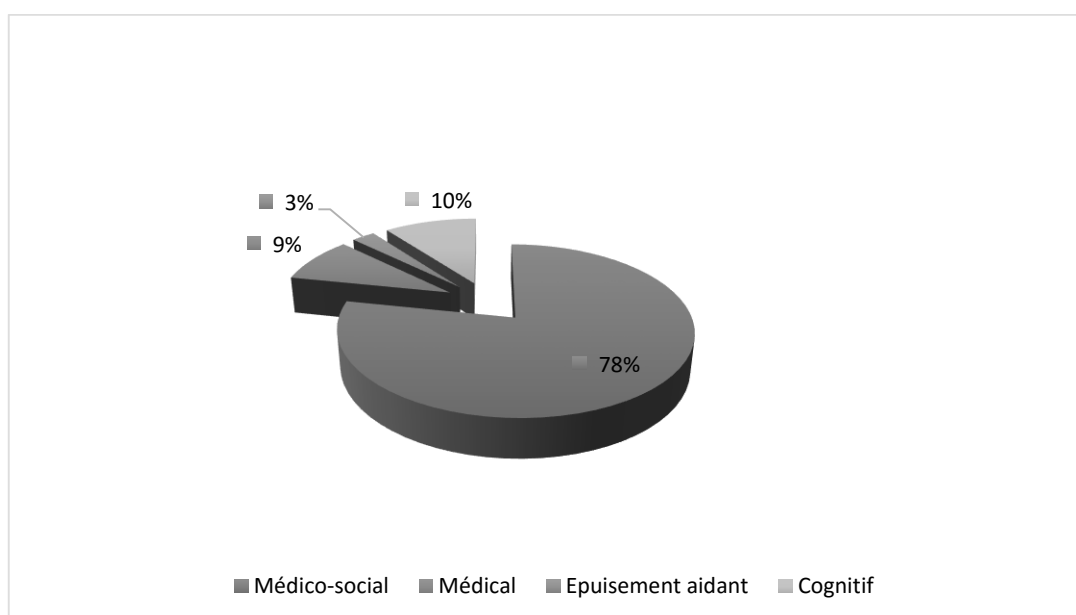


Figure 5 : Répartition des motifs d'intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers

1.3. Personnes ou structures sollicitant l'intervention de l'EMED

Comme le suggère le tableau suivant, il est possible de se rendre compte que les demandes d'intervention émanent de multiples structures ou personnes sans réelle prédominance pour l'une ou pour l'autre.

22% des sollicitations émane des médecins traitants et autant des médecins gériatres ou autres médecins hospitaliers.

Le CLIC représente 18% des demandes. Ensuite, viennent le personnel paramédical avec 14%, puis les services sociaux avec 12% et l'entourage avec 11%.

Tableau 9 : Effectifs des différentes personnes ou structures sollicitant l'intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers.

Personnes ou structures sollicitant l'intervention de l'EMED	Nombre
Médecin traitant	17
Paramédicale	11
Entourage	9
Elus	1
Services sociaux	9
CLIC	14
Géiatre - Médecin hospitalier	17

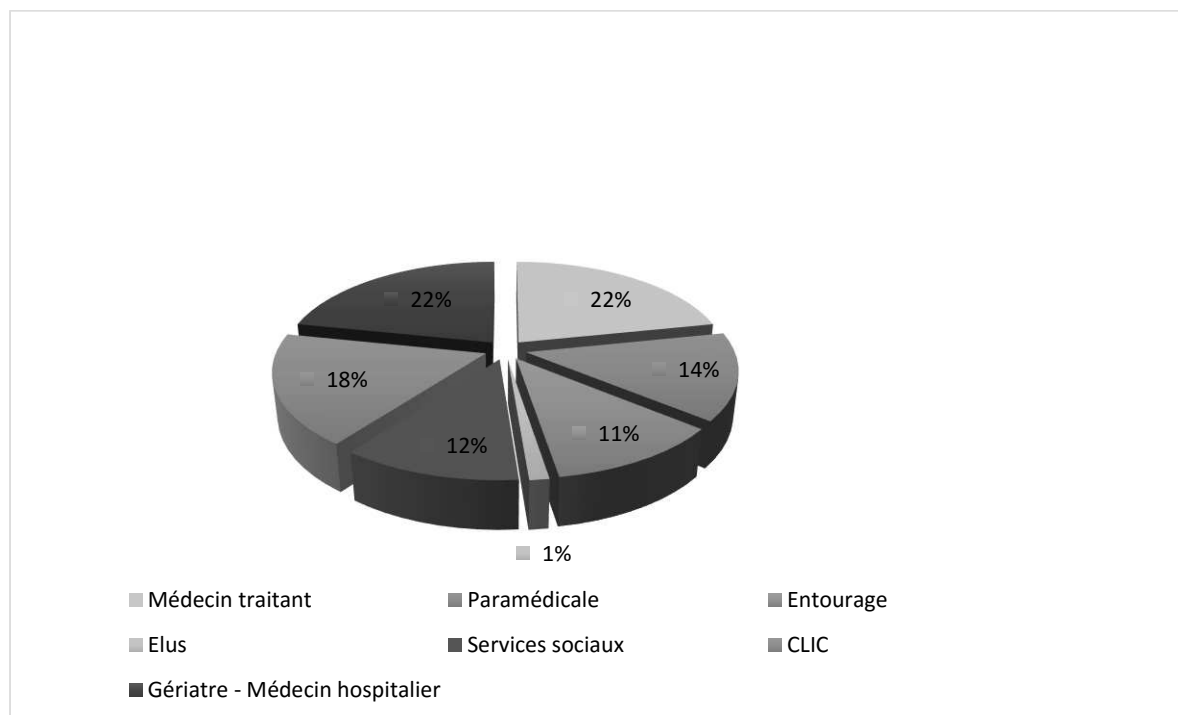


Figure 6 : Répartition en pourcentage des personnes ou structures sollicitant l'intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers.

2. Analyse de la population

2.1. Données anthropomorphiques

2.1.1. L'âge

L'âge moyen des 78 patients était de 82,6 ans. Le patient le plus jeune inclus avait 64 ans et le plus âgé 95 ans.

L'âge moyen des femmes était de 82,8 ans tandis que celui des hommes était quasi similaire à 82,2 ans.

2.1.1.1. Ratio

La répartition des patients a été réalisée par tranches d'âge.

La principale tranche d'âge est représentée par les 85-89 ans avec une prévalence de 33,3% de notre population initiale.

Ensuite viennent celle des 80-84 ans avec 26,9%, puis les 64-74 ans avec 15,5%, les 90 ans et plus avec 14,1% et enfin les 75-79 ans avec 10,3%.

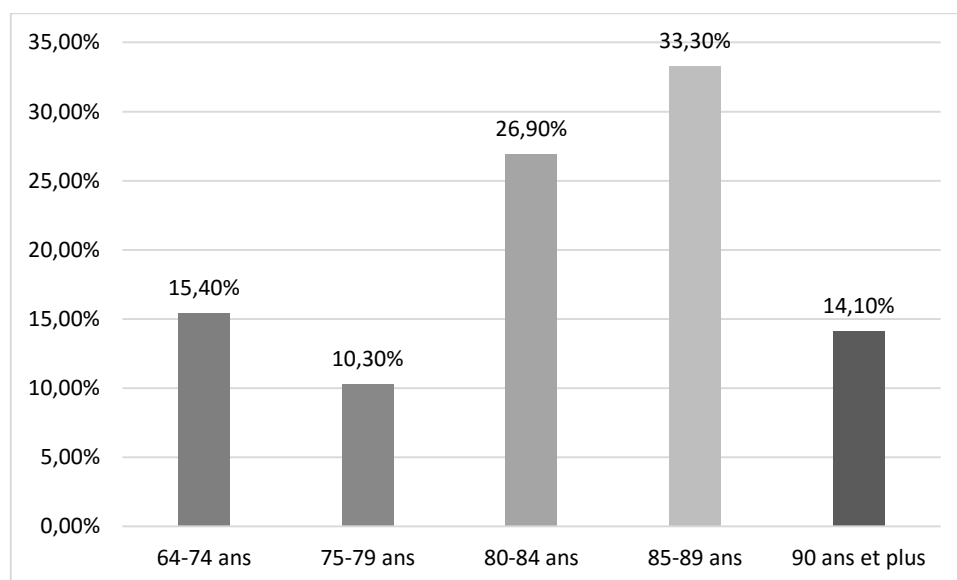


Figure 7 : Répartition de notre population par classe d'âge.

2.1.1.2. Statistiques

Différents éléments statistiques sont obtenus avec une moyenne d'âge de 82,6 ans subissant des valeurs extrêmes. La médiane se situe à 83,5 ans.

La plage de valeurs des âges varie de 64 ans à 95 ans.

Tableau 10 : Analyse statistique des données concernant l'âge.

Moyenne	82,6
Médiane	83,5
Ecart-type	6,7
Valeur min	64
Valeur max	95

2.1.2 Le sexe

Notre population est constituée de 23 hommes (29,5 %) et 55 femmes (70,5%).

Parmi les 3 refus d'intervention de l'EMED, 2 concernaient des hommes et 1 concernait une femme.

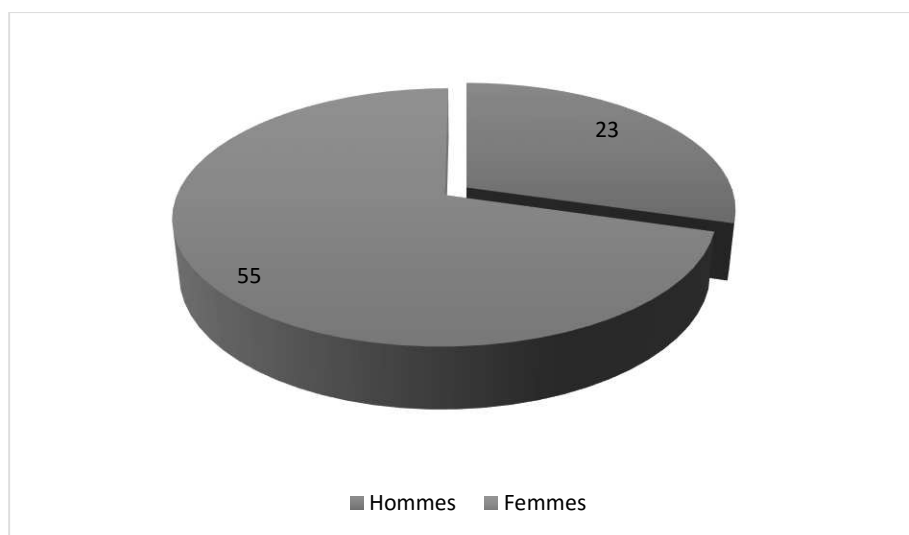


Figure 8 : Répartition selon le sexe.

2.1.3. L'indice de masse corporelle

Une modification de cette échelle d'IMC est à prendre en compte chez le sujet âgé, car on définit volontiers la dénutrition sévère lorsque l'IMC passe sous la barre de 18 Kg/m².

A contrario, il est également possible de retrouver une dénutrition chez une personne âgée ayant un IMC anormalement élevé. Ceci s'explique par la rapidité d'installation de la dénutrition dans cette population.

A part ces deux remarques, l'IMC reste un calcul simple et reproductible.

L'IMC a été renseigné pour 42 patients soit 53,8% de notre effectif initial.

2.1.3.1. Ratio

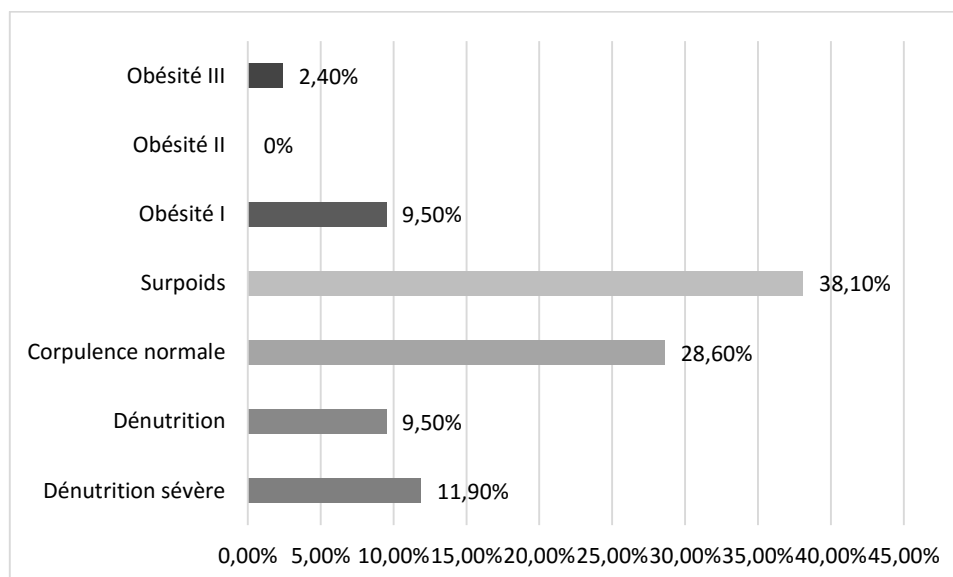


Figure 9 : Répartition des patients selon leur IMC.

Notre population se répartit ainsi :

- 28,6% (12 patients) des 42 patients pour qui l'IMC a pu être calculé, ont un IMC normal (21 à 25 kg/m²),
- 38,1 % (16 patients) sont en surpoids (IMC entre 25 et 30 kg/ m²),
- 11,9% (5 patients) sont obèses (IMC supérieur à 30),
- 21,4% (9 patients) sont dénutris si l'on se réfère à la définition de la dénutrition avec un IMC inférieur à 21. Parmi eux, 5 patients (55,6% des patients dénutris) sont en dénutrition sévère (IMC inférieur à 18).

2.1.3.2. Statistiques

La moyenne des IMC se situe à 24,97 kg/m² en zone de corpulence normale, mais très proche de la zone de surpoids. La valeur minimale notée est de 16 kg/m² (zone de dénutrition sévère) et la valeur maximale est de 34 kg/m² (zone d'obésité modérée).

Tableau 11 : Analyse statistique des données concernant l'IMC.

Moyenne	24,9
Médiane	24,9
Ecart-type	5,7
Valeur min	16
Valeur max	44

2.2. Données sociales

2.2.1. Niveau d'étude

Le recueil du niveau d'étude a pu être réalisé chez 31 patients soit 39,7% de l'effectif initial.

Parmi eux, 11 patients ont un niveau CEP-4^{ème}, 9 patients n'ont pas de diplôme, 9 ont au moins le baccalauréat et enfin 2 patients ont le brevet.

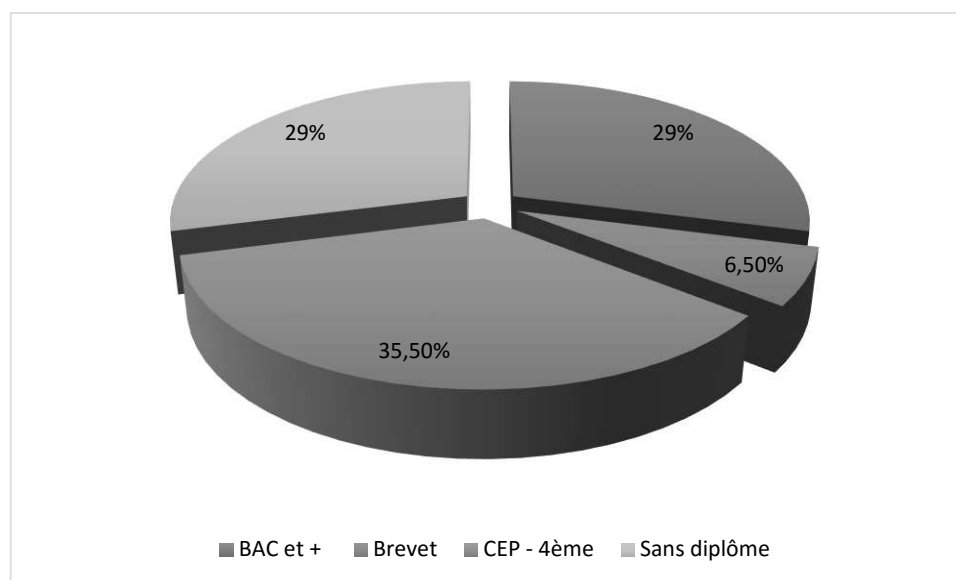


Figure 10 : Répartition des patients selon leur niveau d'étude.

2.2.2. Proportion de patients ayant au moins un aidant principal

Parmi l'effectif initial, deux patients n'ont pu être renseignés et faisaient partie des 3 patients refusant l'intervention de l'EMED.

Sur les 76 patients (97,4% de l'effectif initial), 67 avaient au moins un aidant principal soit 88,2% des patients renseignés pour cet item.

Sur ces 67 patients, 12 d'entre eux (soit 17,9%) avaient leur aidant principal épuisé selon une évaluation subjective réalisée par l'infirmière.

2.2.3. Lieux de vie

Le mode de vie était renseigné pour 76 patients, soit 97,4% de l'effectif initial.

49 d'entre eux vivent en maison individuelle, 15 patients vivent en appartement, 9 patients vivent en collectivité (communauté religieuse proche d'Elbeuf).

Enfin 3 patients résident en RPA

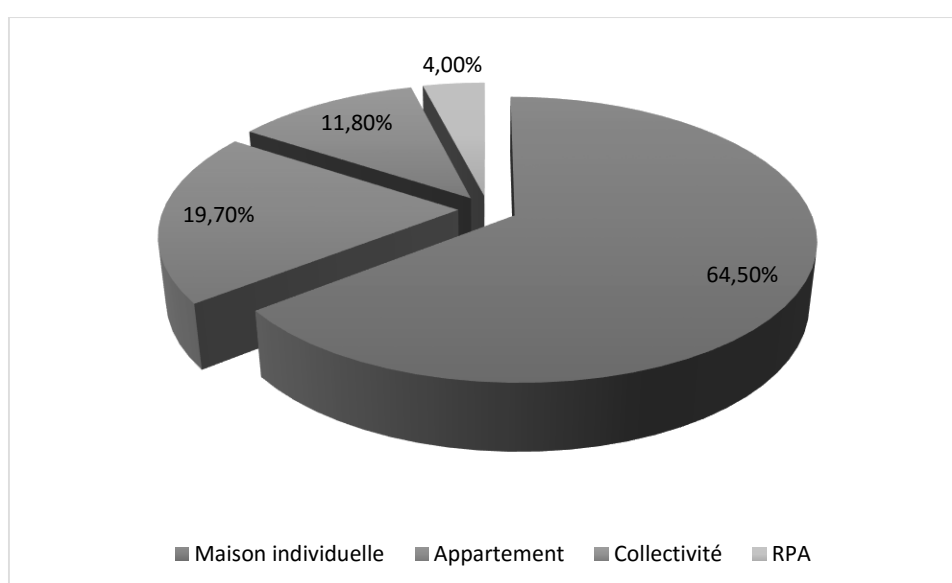


Figure 11 : Répartition des patients selon leur lieu de vie.

2.2.4. Concernant la couverture maladie

2.2.4.1. Complémentaire santé

12 patients n'étaient pas renseignés pour cet item soit 15,4% de notre effectif initial.

60 patients bénéficiaient d'une complémentaire santé (91% des patients renseignés) tandis que 6 (9% des patients renseignés) n'en bénéficiaient pas.

2.2.4.2. Affection Longue Durée

Cet item a pu être renseigné pour 58 patients (74,4% de notre effectif initial).

Parmi eux, 41 patients (70,7%) souffraient de pathologies les faisant entrer dans le cadre d'une prise en charge au titre d'une ALD leur assurant une prise en charge totale des frais de santé en lien avec leur maladie.

Dix-sept patients (29,3%) n'en bénéficiaient pas.

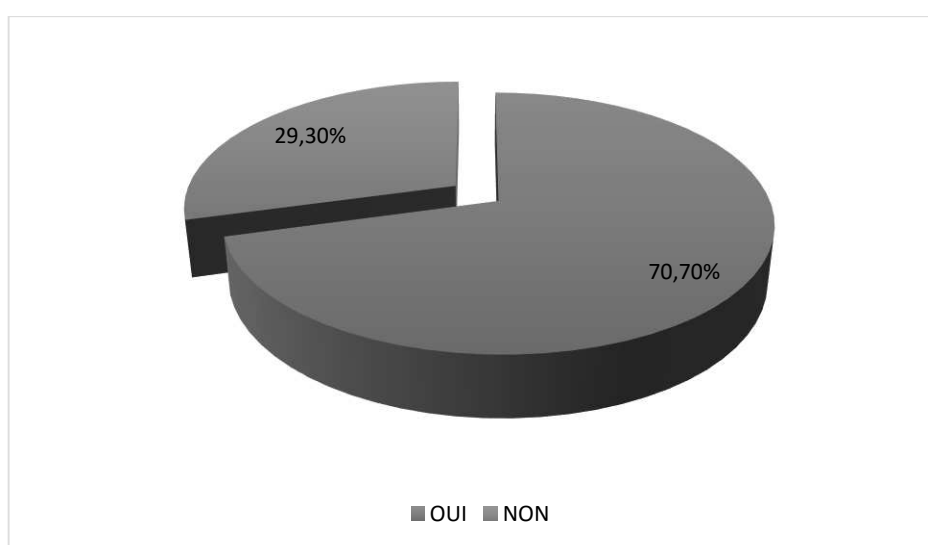


Figure 12 : Patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD.

2.2.5. Protection juridique

76 patients (97,4% de l'effectif initial) étaient renseignés pour cet item.

Parmi eux, 6 patients (7,9%) étaient protégés par une mesure de tutelle ou de curatelle.

2.2.6. Aides médico-sociales humaines, techniques et financières

2.2.6.1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Pour cet item, 76 patients étaient renseignés soit 97,4% de l'effectif initial.

Parmi eux, 28 patients bénéficiaient de l'APA (36,8%), 48 (63,2%) n'en bénéficiaient pas.

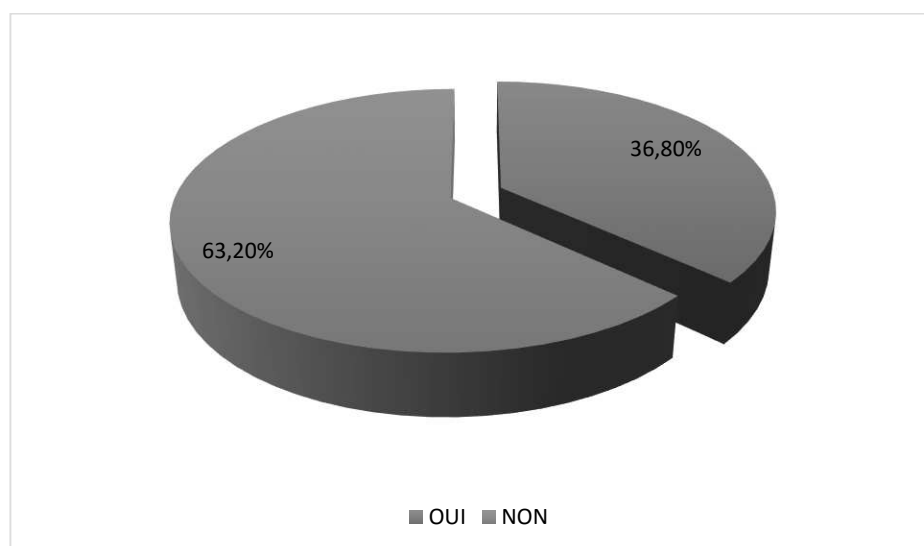


Figure 13 : Proportion de patients bénéficiant de l'APA.

2.2.6.2. Passage infirmier à domicile

76 patients ont été renseignés pour cette catégorie.

Parmi eux, 36 patients (47,4%) bénéficiaient d'une intervention infirmière à domicile et 40 patients (52,6%) n'en bénéficiaient pas.

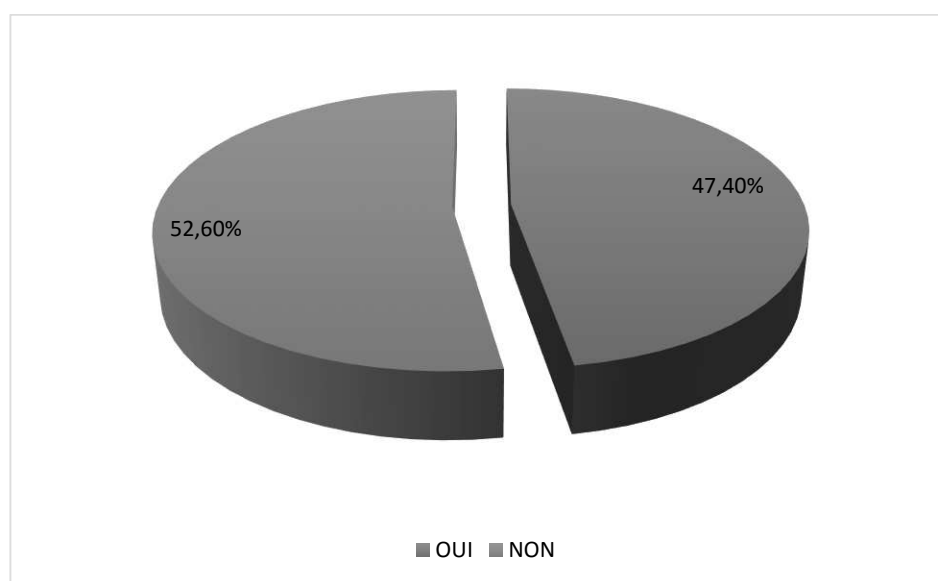


Figure 14 : Proportion de patients bénéficiant d'un passage infirmier à domicile.

2.2.6.3. Aides ménagères

76 patients ont pu être renseignés pour cet item.

49 patients (64%) bénéficiaient d'une aide-ménagère alors que 27 (36%) n'en bénéficiaient pas.

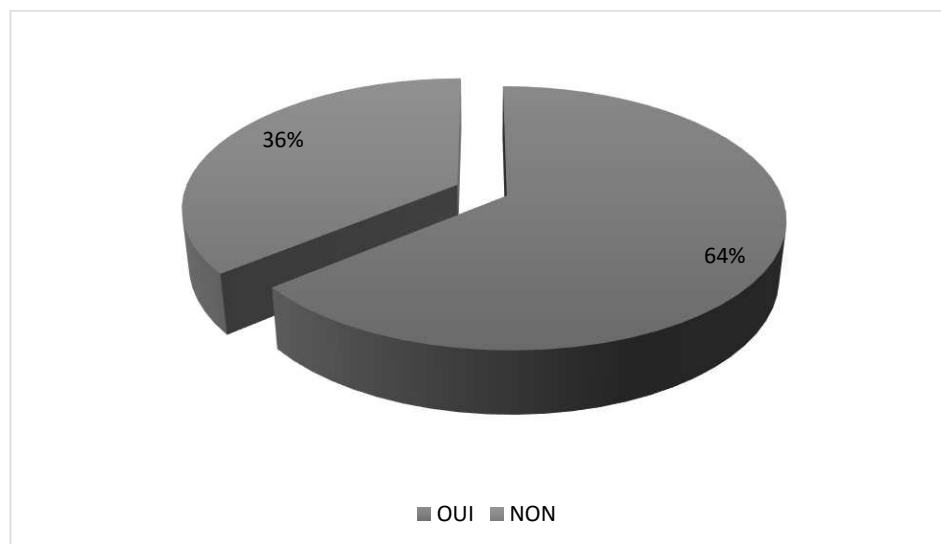


Figure 15 : Proportion de patients bénéficiant d'une aide-ménagère.

2.2.6.4. Portage de repas

75 patients ont pu être renseignés pour cet item. Parmi eux, 25 patients bénéficiaient d'un portage de repas soit 33% des patients renseignés.

2.2.6.5. Téléalarme

Pour cet item, 75 patients étaient renseignés.

Seuls 13 patients (17%) étaient équipés d'un système de téléalarme et 62 (83%) ne l'étaient pas.

2.3. Données médicales

2.3.1. Antécédents médicaux

Sur les 78 patients initiaux, l'EMED a pu renseigner les antécédents médicaux de 71 patients (91% de l'effectif initial).

Ces antécédents ont été regroupés par catégories permettant une visualisation simple et globale de l'état de santé de notre population.

Les patients présentant une insomnie ne sont pas classés dans la catégorie « troubles psychiatriques ».

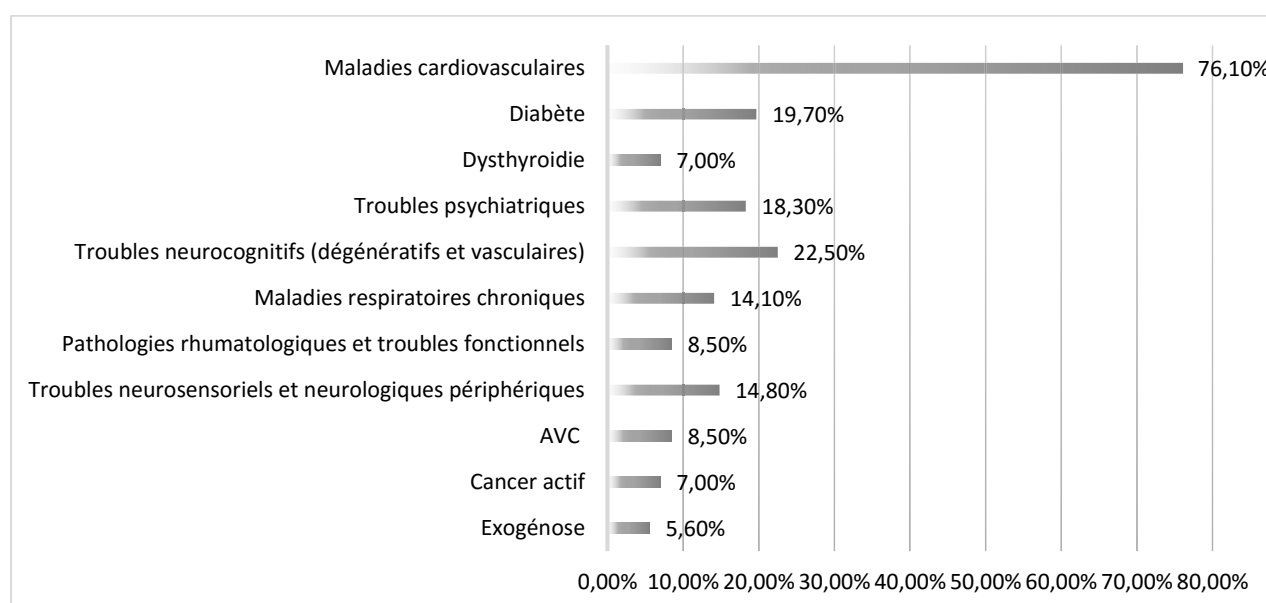


Figure 16 : Prévalence des antécédents médicaux regroupés par catégorie.

Grâce à l'histogramme ci-dessus, il est à remarquer que la principale catégorie est représentée par les maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 76,1%.

Ensuite vient la catégorie des « Troubles neurocognitifs » toutes étiologies confondues avec une prévalence de 22,5%.

Enfin, pour ne citer que les principales, viennent les catégories « Diabète », « Troubles psychiatriques », « troubles neurosensoriels et neurologiques périphériques » et « Maladie respiratoire chronique » avec des prévalences respectives de 19,7%, 18,3%, 14,8% et enfin 14,1%.

2.3.2. Traitements médicamenteux

Le renseignement des traitements habituels a pu être réalisé pour 72 patients (92,3% de l'effectif initial).

La moyenne du nombre de molécules thérapeutiques prescrite de manière quotidienne est de 4 par jour. La médiane se situe à 4.

La valeur minimale était de zéro et la maximale de 10 par jour.

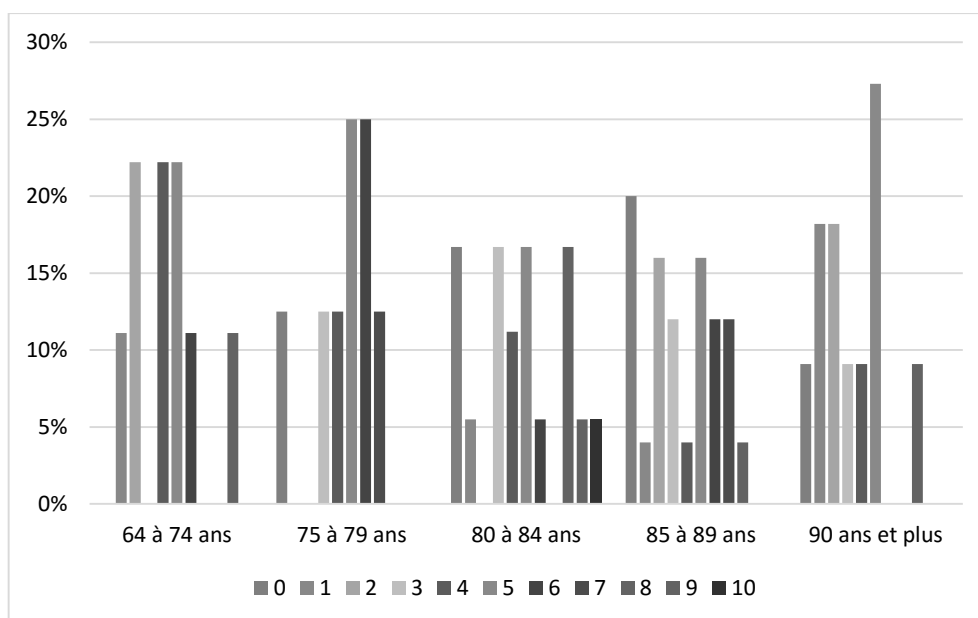


Figure 17 : Prévalences du nombre de médicaments prescrits quotidiennement et réparties par classe d'âge.

Les différents traitements ont ensuite été regroupés par grandes familles comme décrit dans la partie « Méthodologie » de ce travail.

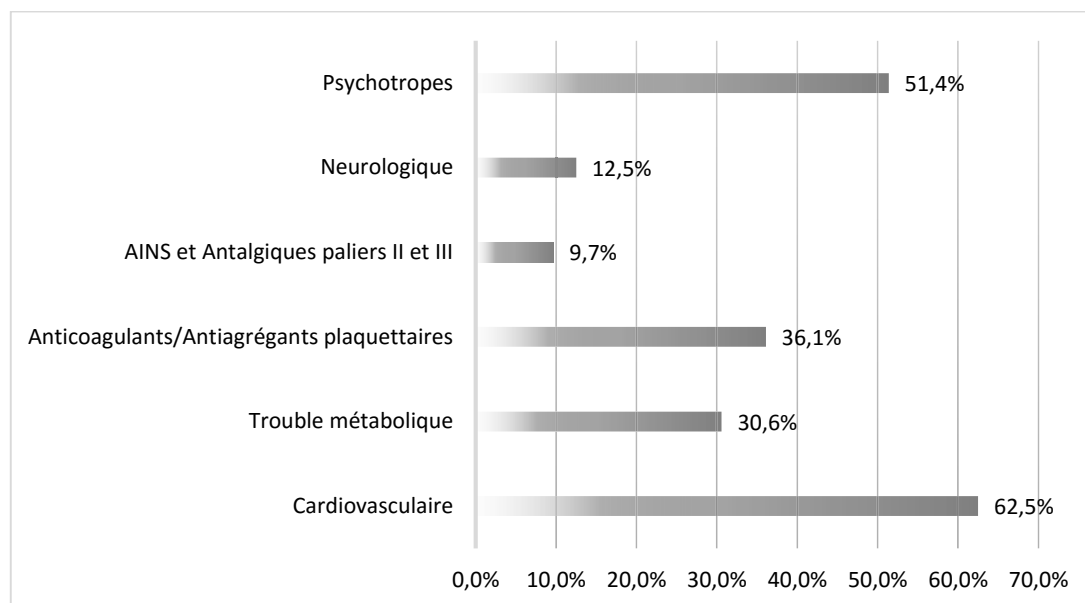


Figure 18 : Prévalence des grandes classes pharmacologiques.

Dans la logique des antécédents médicaux, la principale famille médicamenteuse correspond aux traitements à visée cardiovasculaire avec une prévalence de 62,5%.

En seconde place, 51,4% des patients ont une prescription de psychotropes.

Puis 36,1% des patients ont une prescription d'un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant plaquettaire, 30,6% d'un traitement pour des troubles métaboliques (diabète type 1 et 2 – dyslipidémie), 12,5% prennent un traitement à visée neurologique et enfin dans 9,7% des cas, on retrouve sur l'ordonnance des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou des antalgiques de paliers II ou III.

2.4. Evaluation de l'autonomie

2.4.1. Grille AGGIR

L'évaluation AGGIR a pu être réalisée chez 70 patients (89,7% de l'effectif initial).

Le score moyen était de 3,9 sur 6 points.

Ce score arrondi au score GIR 4 signifie qu'il s'agit globalement d'une population pouvant avoir besoin ponctuellement de l'aide d'une tierce personne pour l'hygiène corporelle, mais reste autonome pour se déplacer à l'intérieur de son domicile.

Tableau 12 : Analyse statistique des résultats du score GIR.

Moyenne	3,9
Médiane	3,5
Ecart-type	1,6
Valeur min	2
Valeur max	6

Il a ensuite été tenté d'étudier les prévalences observées par âge de la dépendance aux scores GIR donnant l'histogramme suivant.

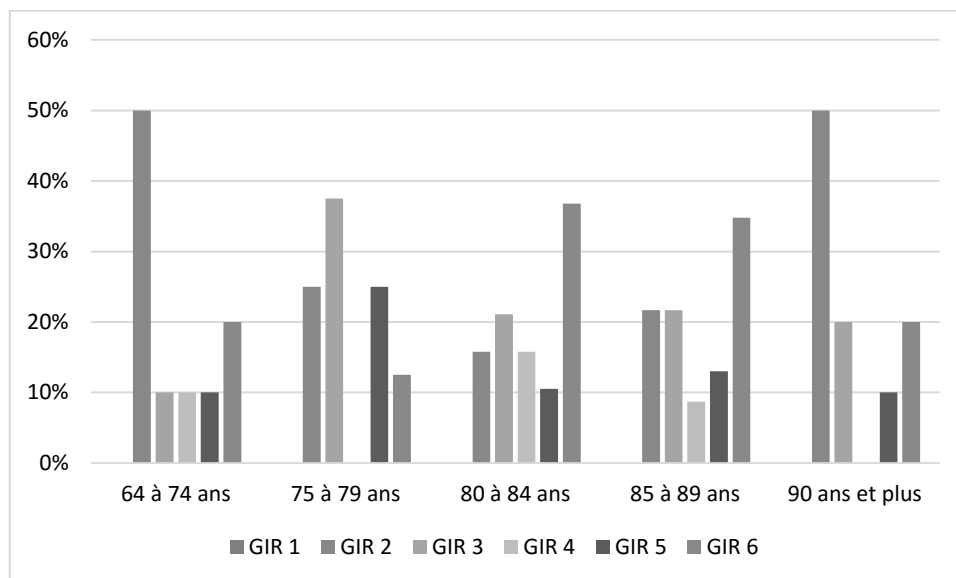


Figure 19 : Prévalences observées par classe d'âge de la dépendance GIR.

Les résultats ne comportent pas de score GIR 1.

La proportion des patients GIR 4 et 6 aurait tendance à décroître à partir de 80 ans. Celle des patients GIR 5 aurait tendance à décroître à partir de 75 ans.

Ensuite, il est à remarquer que la prévalence de patients GIR 2 est importante pour la classe d'âge 64 à 74 ans pour décroître jusqu'à 80 ans et ensuite ré-augmenter.

2.4.2. Grille IADL

Le score moyen était de 1/5 sur 71 patients ayant été renseignés (91% de la population initiale).

Ce score moyen chute principalement entre 80 ans et 89 ans.

Tout comme avec le score GIR, ont été étudiées les prévalences observées par classe d'âge de la dépendance des scores IADL à l'âge des patients.

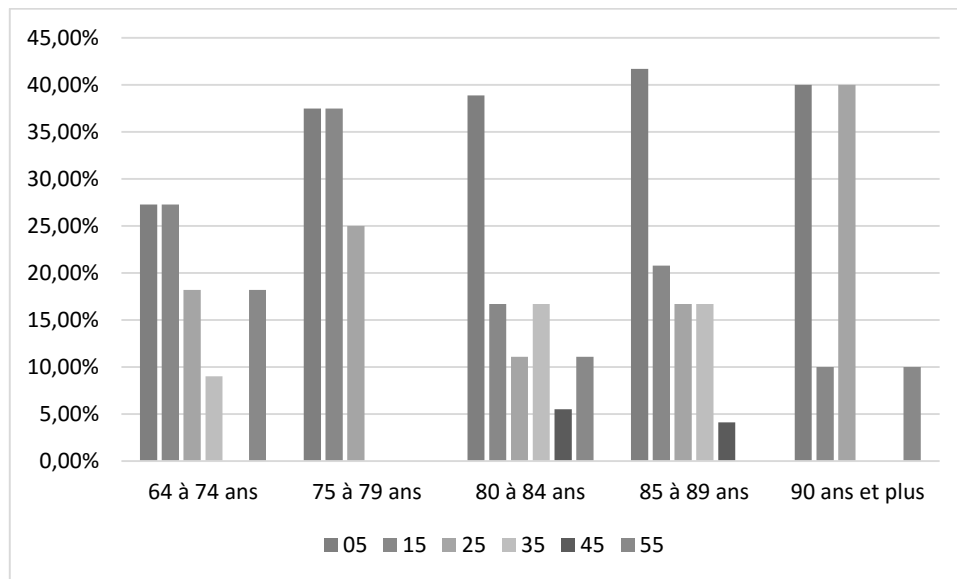


Figure 20 : Prévalences observées par classes d'âge de la dépendance IADL.

Ainsi, il est constaté que l'autonomie instrumentale aurait tendance à diminuer pour les classes d'âge allant de 75 à 89 ans.

La prévalence du score IADL 0/5 augmente avec l'avancée en âge dès 64 ans.

Les scores IADL 4/5 et 5/5 ont tendance à diminuer avec l'avancée en âge.

Ce graphique ne nous permet pas de correctement déceler une dégradation de l'autonomie instrumentale avec l'avancée en âge.

Ceci reste dû à un effectif trop faible et un recrutement avant 75 ans par dérogation pouvant rendre des résultats paradoxaux.

2.4.3. Grille ADL

Le score moyen était de 2,8/4 arrondi à 3 sur 4 points pour 69 patients renseignés (88,5% de la population initiale).

Ainsi, l'autonomie concernant la réalisation des gestes basiques de la vie quotidienne resterait globalement préservée.

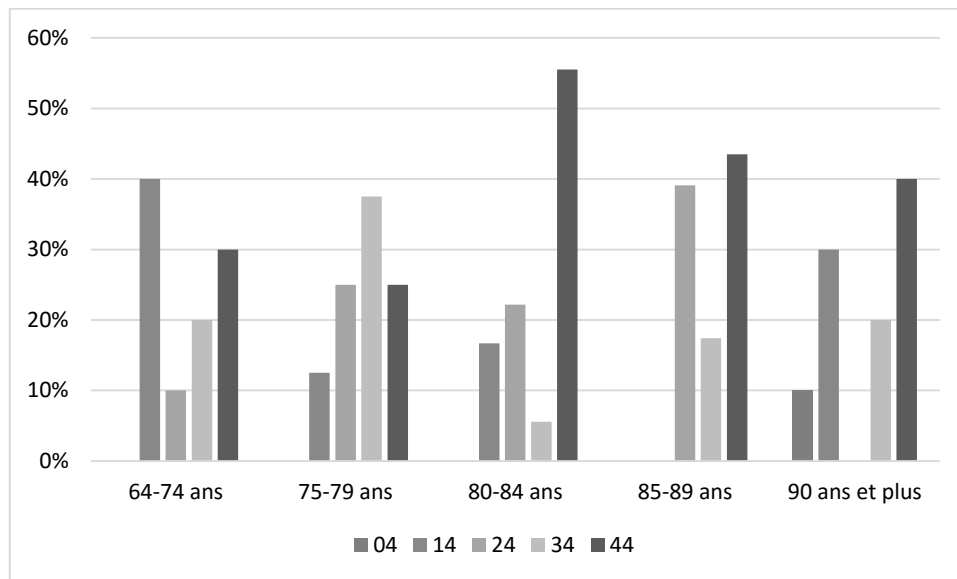


Figure 21 : Prévalences observées par classes d'âge de la dépendance ADL.

La répartition par tranches d'âge n'a pas permis de faire ressortir une classe d'âge à partir de laquelle une dégradation de l'autonomie non instrumentale deviendrait notable.

Il faut tout de même relever que la seule classe d'âge ayant un score de 0/4 points est celle de 90 ans et plus. La prévalence du score ADL 1/4 aurait tendance à augmenter à partir de 75 ans.

A partir de 80 ans, la prévalence des scores ADL 4/4 diminue.

2.5. Evaluation cognitive et thymique

2.5.1. Evaluation cognitive

Afin de connaître la prévalence de patients ayant potentiellement des troubles cognitifs, chaque score de MMS a été interprété en fonction du niveau scolaire de chaque patient.

Si le MMS n'était pas connu, nous nous sommes basés sur la réalisation du test de l'horloge lorsque celui-ci a été effectué.

Il ressort ainsi que sur 34 patients testés, 26 présentaient des résultats anormaux (76%) et 8 n'en présentaient pas (24%).

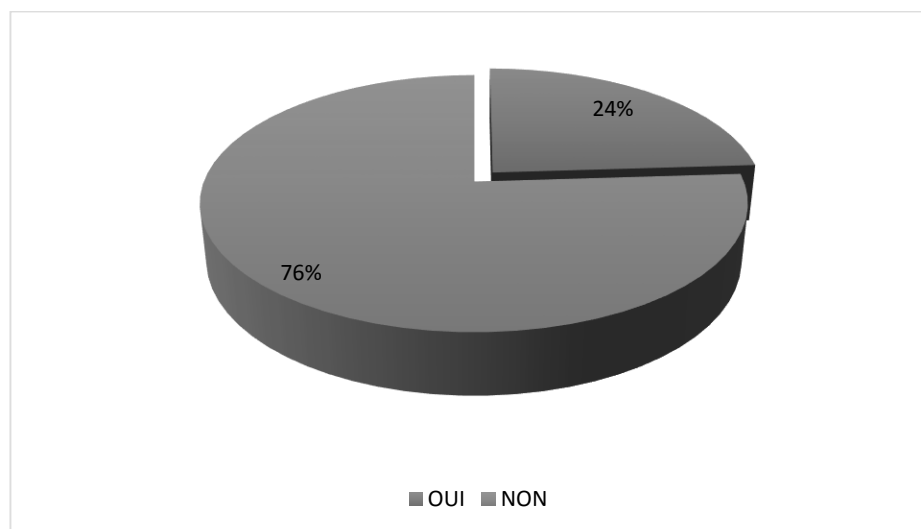


Figure 22 : Proportion d'anomalies décelées par le MMSE et/ou test de l'horloge.

2.5.1.1. Le MMS

Le MMS moyen était de 18,1 sur 30 points et réalisé chez 37 patients (47,4% de la population initiale). La médiane se situait à 20/30 et la valeur minimale relevée était de 5/30.

Tableau 13 : Analyse statistique des résultats au MMSE.

Moyenne	18,1
Médiane	20
Ecart-type	6,5
Valeur min	5
Valeur max	29

2.5.1.2. Le test de l'horloge

Le test de l'horloge relevait un score moyen de 2,8 points sur 7 (résultat anormal), mais n'a été réalisé que pour 18 patients (23,1% de la population initiale).

La médiane se situait à 2 et la valeur minimale relevée était de 0/7.

Tableau 14 : Analyse statistique des résultats au test de l'horloge.

Moyenne	2,8
Médiane	2
Ecart-type	2,8
Valeur min	0
Valeur max	7

2.5.2. Evaluation thymique

L'échelle mini-GDS retrouvait un score moyen de 0,8 points sur 4 et avait été réalisée chez 19 patients (24,4% de la population initiale). Parmi ces patients, la thymie moyenne semble donc correcte.

Tableau 15 : Analyse statistique des résultats à l'échelle mini-GDS.

Moyenne	0,8
Médiane	0
Ecart-type	1,3
Valeur min	0
Valeur max	4

2.6. Chute dans les 6 derniers mois

48 patients (61,5% de la population initiale) ont pu être renseignés concernant une chute survenue durant les 6 derniers mois. Parmi eux, le nombre de patients ayant chuté était de 16 (33,3%).

La notification d'un syndrome post-chute concernant ces patients chuteurs n'a été faite que pour un seul patient.

Ainsi pour une large majorité de patients chuteurs, il n'a pas été notifié ou recherché de syndrome post-chute.

2.7. Evaluation du taux de survie à 4 ans selon le score de Lee

Le score de Lee moyen réalisé pour 46 patients (59% de la population initiale) était de 10,5. La médiane se situe à 11. La valeur maximale relevée était de 17 (69% de risque de décès à 4 ans). Bien que non validé en gériatrie non oncologique, ce score moyen signifierait qu'environ 40% des 46 patients risqueraient de décéder d'ici à 4 ans.

Tableau 16 : Analyse statistique des résultats au score de Lee.

Moyenne	10,5
Médiane	11,0
Ecart-type	3,9
Valeur Min	2,0
Valeur Max	17,0

3. Respect des préconisations émises lors de la première visite de l'EMED

Sur les 78 patients, 26 n'ont pu être réévalués et donc suivis sur le plan des préconisations initiales médicales et médico-sociales.

Concernant les préconisations médicales, sur les 52 patients réévalués (66,7% de la population initiale), 12 n'avaient pas eu de préconisation initiale.

Pour 26 patients (50%) les préconisations étaient intégralement respectées. Elles ne l'étaient que partiellement pour 6 d'entre eux (11,5%) et nullement respectées pour 8 patients (15,4%).

Concernant les préconisations médico-sociales, sur les 52 patients réévalués, 5 n’avaient pas eu de préconisation initiale (9,6%). Pour 24 de ces patients (46,2%), les préconisations étaient intégralement respectées. Elles ne l’étaient que partiellement pour 14 d’entre eux (26,9%) et nullement pour 9 patients (17,3%).

Pour la suite de ce travail, il a été décidé de regrouper les deux catégories de préconisations pour obtenir une seule variable composite : « Respect global ». Les patients non réévalués n’ont pas été pris en compte pour la suite de cette analyse.

Le résultat donné de ce regroupement suit le schéma décrit dans le tableau suivant :

Tableau 17 : Schéma permettant d’interpréter le regroupement des catégories « respect des préconisations médicales » et « respect des préconisations médico-social ».

Respect préconisations médicales	Respect préconisations médico-sociales	Respect global
Total	Total	Total
Total	Partiel	Partiel
Total	Nul	Partiel
Total	Absence de préconisation	Total
Partiel	Total	Partiel
Partiel	Partiel	Partiel
Partiel	Nul	Partiel
Partiel	Absence de préconisation	Partiel
Nul	Total	Partiel
Nul	Absence de préconisation	Nul
Nul	Partiel	Partiel
Nul	Nul	Nul
Absence de préconisation	Total	Total
Absence de préconisation	Partiel	Partiel
Absence de préconisation	Nul	Nul

4. Evolution situationnelle des patients

Sur les 52 patients réévalués, 51 ont été renseignés concernant leur situation après la première intervention de l'EMED. L'évaluation situationnelle a été réalisée de manière subjective sans critère spécifique puisque les influences sont multifactorielles et propres à chaque patient.

L'évolution situationnelle était décrite, soit comme « stable », « dégradée » ou « améliorée ».

Le tableau suivant permet une visualisation rapide et globale de l'évolution situationnelle selon le degré de respect des préconisations initiales.

Tableau 18 : Evolution situationnelle des patients selon le degré de respect des préconisations initiales.

Respect global des préconisations initiales	Evolution situationnelle		
	Amélioration	Stabilité	Dégradation
Total	0 (0%)	13 (61,9%)	6 (22,2%)
Partiel	3 (100%)	6 (28,6%)	16 (59,3%)
Nul	0 (0%)	2 (9,5%)	5 (18,5%)

Pour pouvoir exploiter ces résultats, il a été décidé de regrouper les modalités « Total » et « Partiel » de la variable « Respect global des préconisations initiales ».

Nous avons également décidé de regrouper les modalités « Amélioration » et « Stabilité » de la variable « Evolution situationnelle ».

Ainsi, cela permet d'obtenir un tableau de contingence simplifié avec deux variables et deux modalités par variable nous autorisant à utiliser le test du Chi 2.

5. Taux de passage par les services d'urgences d'Elbeuf et Louviers dans les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED

Sur 78 patients, 33 (42,3%) sont passés par un service d'urgences, soit à l'hôpital d'Elbeuf soit à l'hôpital de Louviers. Les patients décédés dans les 6 mois, mais n'étant pas passés par un service d'urgences ont été tout de même inclus dans ce calcul.

La fréquence de passage par les urgences dans les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers est de 44% parmi les 75 patients ayant laissé l'EMED intervenir.

6. Analyse statistique descriptive

Des liens statistiques ont été recherchés entre les données recueillies par l'EMED Elbeuf-Louviers au travers de son évaluation initiale et les réévaluations à 4 mois. Ceci a permis d'appréhender le respect des préconisations initiales ainsi que l'évolution situationnelle du patient et les passages par les services d'urgences des hôpitaux d'Elbeuf et de Louviers (hospitalisations inappropriées).

Les liens statistiquement significatifs entre certaines variables et la survenue d'une hospitalisation imprévue ont été surlignés en jaune.

Tableau 19.: Recherche de facteurs favorisant la survenue d'hospitalisations inappropriées, dans les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED, par le test de Wilcoxon.

		Total (n=78)	Passage aux Urgences (n= 33)	Pas de recours aux urgences (n=45)	<i>p-value</i>
Age (années)	Médiane [min ; max]	84 [64 ; 95]	85 [67 ; 94]	83 [64 ; 95]	0,18
	Moyenne [EC]	82,62 [6,73]	83,84 [6,11]	81,76 [7,07]	
ADL	Médiane [min ; max]	3 [0 ; 4]	2 [0 ; 4]	3 [1 ; 4]	0,13
	Moyenne [EC]	2,80 [1,18]	2,53 [1,23]	3 [1,13]	
IADL	Médiane [min ; max]	1 [0 ; 5]	1 [0 ; 5]	1 [0 ; 5]	0,4
	Moyenne [EC]	1,36 [1,45]	1,17 [1,36]	1,49 [1,52]	
AGGIR	Médiane [min ; max]	3.5 [2 ; 6]	3 [2 ; 6]	4 [2 ; 6]	0,39
	Moyenne [EC]	3,88 [1,62]	3,65 [1,47]	1,05 [1,72]	
IMC	Médiane [min ; max]	24,90 [15,4 ; 44,2]	25,30 [16 ; 44,2]	24,50 [15,4 ; 34,2]	0,47
	Moyenne [EC]	24,97 [5,65]	26,10 [7,27]	24,31 [4,52]	
Score de Lee	Médiane [min ; max]	11[2 ;17]	12 [2 ;17]	10 [5 ;16]	0,41
	Moyenne [EC]	10,51 [3,86]	11,12 [4,35]	10,17 [3,01]	

Tableau 20 : Recherche de facteurs favorisant la survenue d'hospitalisations inappropriées, dans les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED, par les tests du Chi² et de Fisher.

	Passage par les services d'urgences avant 6 mois					
Variables	Limites	OUI (n=33)	NON (n=45)	Risque relatif	<i>p-value</i>	Test
Age	> 85 ans	18 (54,5%)	19 (42,2)	1,33	0,282	Chi 2
	< 85 ans (Référence)	15 (45,5%)	26 (57,8%)	1		
Sexe	Homme	10 (30,3%)	13 (28,9%)	1,04	0.892	Chi 2
	Femme (Référence)	23 (69,7%)	32 (71,1%)	1		
Aidant	OUI	19 (59,4%)	28 (63,6%)	0,90	0,706	Chi 2
	NON (Référence)	13 (40,6%)	16 (36,4%)	1		
IDE	OUI	13 (40,6%)	23 (52,3%)	0,76	0,476	Chi 2
	NON (Référence)	19 (59,4%)	21 (47,7%)	1		
Aide-ménagère	OUI	22 (68,8%)	27 (61,4%)	1,21	0,507	Chi 2
	NON (Référence)	10 (31,2%)	17 (38,6%)	1		
APA	OUI	16 (51,6%)	12 (26,7%)	1,83	0,027	Chi 2
	NON (Référence)	15 (48,4%)	33 (73,3%)	1		
ALD et/ou Complémentaire Santé	OUI	30 (100,0%)	31 (88,6%)	> 200	0,118	Fisher
	NON (Référence)	0 (0,0%)	4 (11,4%)	1		
Chute 6 mois auparavant	OUI	8 (42,1%)	8 (27,6%)	1,45	0,297	Chi 2
	NON (Référence)	11 (57,9%)	21 (72,4%)	1		

Maladie cardiovasculaire	OUI	23 (74,2%)	31 (77,5%)	0,91	0,746	Chi 2
	NON (Référence)	8 (25,8%)	9 (22,5%)	1		
Anomalies lors des tests cognitifs	OUI	14 (77,8%)	12 (75,0%)	1,08	1.000	Fisher
	NON (Référence)	4 (22,2%)	4 (25,0%)	1		
Diabète	OUI	10 (32,3%)	4 (10,0%)	1,94	0,019	Chi 2
	NON (Référence)	21 (67,7%)	36 (90,0%)	1		
Troubles psychiatriques	OUI	6 (19,4%)	7 (17,5%)	1,07	0.841	Chi 2
	NON (Référence)	25 (80,6%)	33 (82,5%)	1		
Dysthyroïdie	OUI	1 (3,3%)	4 (10,0%)	0,44	0,378	Fisher
	NON (Référence)	30 (96,7%)	36 (90,0%)	1		
Troubles Neurocognitifs connus	OUI	6 (19,4%)	10 (25,0%)	0,83	0,572	Chi 2
	NON (Référence)	25 (80,6%)	30 (75,0%)	1		
Troubles rhumatologiques et fonctionnels	OUI	6 (18,8%)	4 (10,0%)	1,46	0,323	Fisher
	NON (Référence)	26 (81,2%)	36 (90,0%)	1		
Maladie respiratoire chronique	OUI	6 (19,4%)	0 (0,0%)	2,60	0,005	Fisher
	NON (Référence)	25 (80,6%)	40 (100,0%)	1		
Troubles neurosensoriels et neurologiques	OUI	4 (12,9%)	6 (15,0%)	0,90	1,000	Fisher
	NON (Référence)	27 (87,1%)	34 (85,0%)	1		
Traitement cardiovasculaire	OUI	20 (66,7%)	25 (59,5%)	1,20	0,537	Chi 2
	NON (Référence)	10 (33,3%)	17 (40,5%)	1		
Traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire	OUI	13 (43,3%)	13 (30,9%)	1,35	0,281	Chi 2
	NON (Référence)	17 (56,7%)	29 (69,1%)	1		

Traitement troubles métaboliques	OUI	11 (36,7%)	11 (26,2%)	1,32	0,341	Chi 2
	NON (Référence)	19 (63,3%)	31 (73,8%)	1		
AINS et antalgiques paliers II et III	OUI	2 (6,7%)	5 (11,9%)	0,66	0,691	Fisher
	NON (Référence)	28 (93,3%)	37 (88,1%)	1		
Traitements neurologiques	OUI	2 (6,7%)	7 (16,7%)	0,5	0,288	Fisher
	NON (Référence)	28 (93,3%)	35 (83,3%)	1		
Psychotropes	OUI	16 (53,3%)	21 (50,0%)	1,08	0,780	Chi 2
	NON (Référence)	14 (46,7%)	21 (50,0%)	1		
IPP	OUI	10 (32,3%)	10 (24,4%)	1,24	0,460	Chi 2
	NON (Référence)	21 (67,7%)	31 (75,6%)	1		
Score de Lee > 9	OUI	10 (37,5%)	16 (57,1%)	1,15	0,728	Chi 2
	NON (Référence)	6 (62,5%)	12 (42,9%)	1		
GIR > 2	OUI	22 (73,3%)	28 (70,0%)	1,10	0,759	Chi 2
	NON (Référence)	8 (26,7%)	12 (30,0%)	1		
Anomalies IMC (> 25 ou < 21)	OUI	12 (80,0%)	17 (65,4%)	1.67	0,479	Fisher
	NON (Référence)	3 (20,0%)	9 (34,6%)	1		
Epuisement aidant	OUI	2 (7,1%)	10 (25,6%)	0.35	0.051	Chi 2
	NON (Référence)	26 (92,9%)	29 (74,4%)	1		
Nombre de classes médicamenteuses quotidiennes	< 3	10 (33,3%)	13 (30,9%)	1,07	0.831	Chi 2
	≥ 3 (Référence)	20 (66,7%)	29 (69,1%)	1		
	< 4 (Référence)	12 (40,0%)	19 (45,2%)	1	0,658	Chi 2

	≥ 4	18 (60,0%)	23 (54,8%)	1,14		
	< 5 (Référence)	13 (43,3%)	25 (59,5%)	1	0,275	Chi 2
	≥ 5	17 (56,7%)	17 (40,5%)	1,47		
	< 6 (Référence)	20 (66,7%)	32 (76,2%)	1	0,374	Chi 2
	≥ 6	10 (33,3%)	10 (23,8%)	1,30		

Lorsqu'un lien statistique significatif a été retrouvé ($p \leq 5\%$) dans les tableaux 19 et 20, l'odds ratio (OR) brut a été calculé ainsi que son intervalle de confiance à 95%. Un ajustement aux variables, pour lesquelles une $p\text{-value} \leq 0.20$ avait été trouvée, a également été réalisé en suivant une analyse multivariée. Ceci permet de contrôler a posteriori l'effet de multiples facteurs de confusion dans la relation entre un facteur de risque et le passage par les urgences.

Cet ajustement affirme ou non la réalité d'une majoration de risque de passer par les urgences selon le facteur étudié.

Par contre, les variables « maladie respiratoire chronique » et « ALD/Complémentaire santé » n'ont pas été intégrées à ce modèle de régression logistique, car un des effectifs du tableau de contingence était nul. Les patients n'ayant pas reçu de préconisation initiale, non réévalués ou ayant un score ADL nul, n'ont pas été inclus dans le modèle d'ajustement.

Les OR ajustés, leurs intervalles de confiance à 95% et le modèle d'ajustement sont précisés en annexe 14.

Ainsi, pour le diabète l'OR brut retrouvé est de 4,499 avec IC 95% = [1,248 ; 16,210]. Mais lorsque l'on ajuste ce résultat aux autres variables, on obtient un OR ajusté de 70,230 avec IC 95% = [2,292 ; > 999,999].

Pour la maladie respiratoire chronique, l'OR brut retrouvé est supérieur à 999,999 avec IC 95% =] 0,001 ; + infini [. Ce résultat n'a pu être ajusté aux autres variables compte tenu du faible nombre de patients souffrant d'une pathologie respiratoire chronique et de l'absence de patient en souffrant non passé par les urgences.

Concernant l'APA, l'OR brut retrouvé est de 3,142 avec IC 95% = [1,185 ; 8,332]. L'ajustement aux autres variables donne un OR ajusté de 20,695 avec IC 95% = [1,860 ; 230,254].

Malgré une absence de $p\text{-value} \leq 5\%$, l'OR brut calculé pour la variable « âge » est de 1,05 avec IC 95% = [0,980 ; 1,130]. Lorsqu'on ajuste ce résultat aux autres variables, on obtient un OR ajusté de 1,269 avec IC 95% = [1,054 ; 1,527].

Tableau 21 : Analyse de l'influence du respect des préconisations sur le passage par les urgences.

Population hors ceux sans préconisations initiales et ceux sans réévaluation		Total (n=51)	%	(n=27)	%	(n=24)	%	<i>p-value</i>	Test
Suivi global	Nul respect des préconisations	7	13,73	3	11,11	4	16,67	1	Fisher
	Respect partiel des préconisations	25	49,02	14	51,85	11	45,83		
	Respect total des préconisations	19	37,25	10	37,04	9	37,5		

Il a été décidé de ne pas tenir compte des patients sans préconisation initiale ou n'ayant pas été réévalués. Comme cité précédemment, le modèle d'ajustement et les OR ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95% sont détaillés en annexe 14. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre ces variables avec une *p-value* à 1.

Tableau 22 : Existence d'un lien statistique entre le degré de respect des préconisations initiales et l'évolution situationnelle de la personne âgée.

		Evolution de la situation du patient			<i>p-value</i>	Test
		Dégradation	Stable ou amélioration	Risque relatif		
Respect total des préconisations initiales	OUI	6 (21,4%)	13 (54,2%)	0.48	0,018	Chi 2
	NON (Référence)	21 (78,6%)	11 (45,8%)	1		

L'OR brut retrouvé est de 0,240 avec IC 95% = [0,070 ; 0,810].

Aucun ajustement n'a été réalisé, car une seule variable a été étudiée dans l'influence de l'évolution de la situation de la personne.

7. Résultats de l'auto-questionnaire adressé aux médecins traitants

7.1. Description de la population médicale

7.1.1. Répartition par sexe

Tout d'abord, sur les 43 médecins traitants concernés, 28 ont rempli ce questionnaire, soit un taux de participation de 65,1%. Parmi eux, 17 étaient des hommes et 11 étaient des femmes.

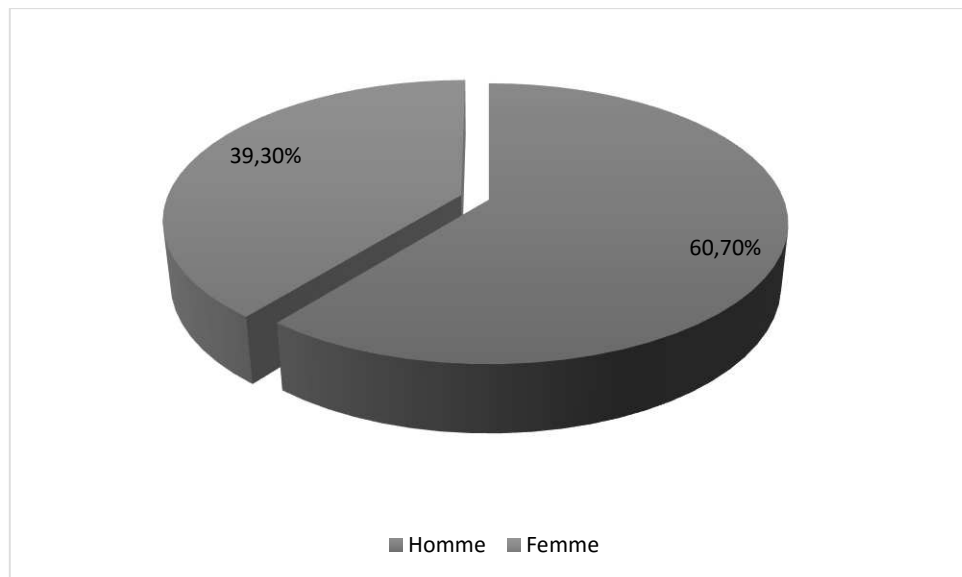


Figure 23 : Répartition de la population médicale selon le sexe.

7.1.2. Âge des médecins traitants concernés

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire avaient plus de 50 ans (20 contre 8). Est-ce la conséquence d'un vieillissement de la population médicale autour d'Elbeuf et Louviers ou bien les médecins plus âgés participent-ils plus facilement aux travaux de thèse ? Il est impossible d'être affirmatif compte tenu du faible effectif disponible.

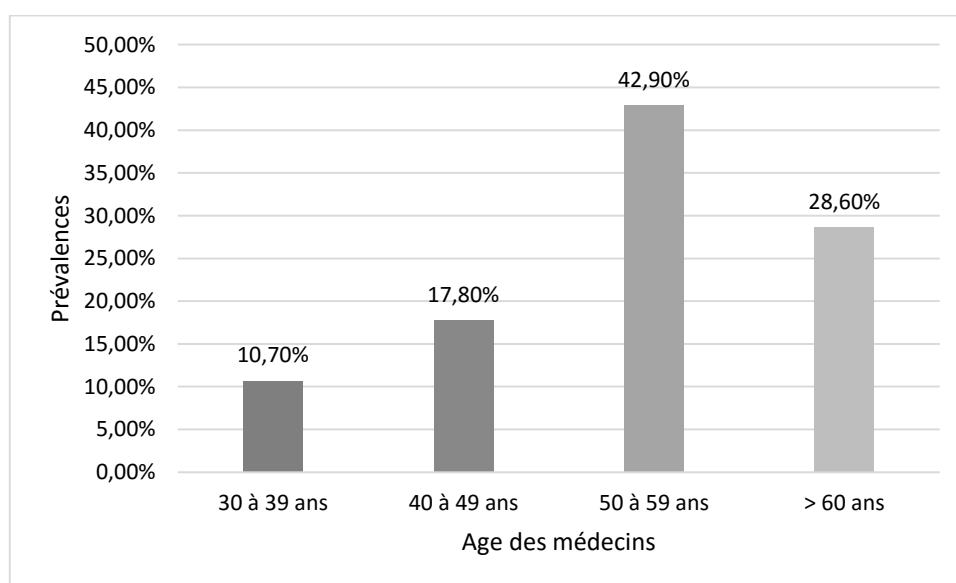


Figure 24 : Répartition des médecins traitants selon leur âge.

7.1.3. Lieux et modes d'exercice

Parmi la population médicale, il est possible de relever que leur lieu d'exercice est très peu rural.

En effet, seulement 4 médecins (14,3%) ayant répondu avaient un exercice rural sur les 28 médecins au total. 12 médecins exercent en milieu semi rural et 12 médecins exercent en milieu urbain.

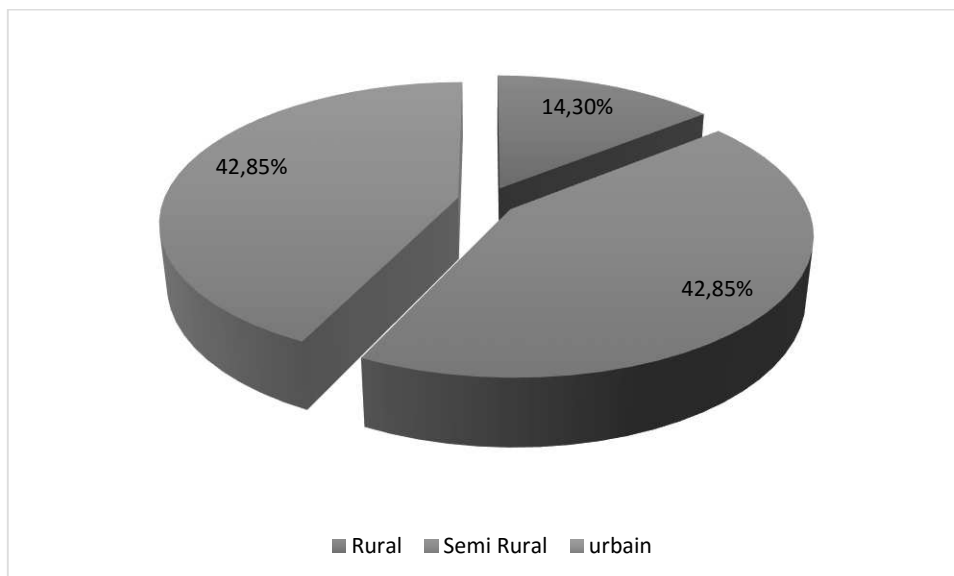


Figure 25 : Répartition des médecins traitants par mode d'exercice.

Il est également constaté que le mode d'exercice professionnel prédominant est le travail en cabinet de groupe avec 18 médecins (64%) en cabinet de groupe contre 10 (36%) exerçant seuls.

7.1.4. Le médecin traitant face à des difficultés de maintien à domicile

La majorité des médecins traitants participants se retrouve au moins une fois par mois confrontée à des difficultés pour maintenir à domicile des personnes âgées.

Aucun médecin nous rapporte ne jamais avoir été confronté à ces difficultés.

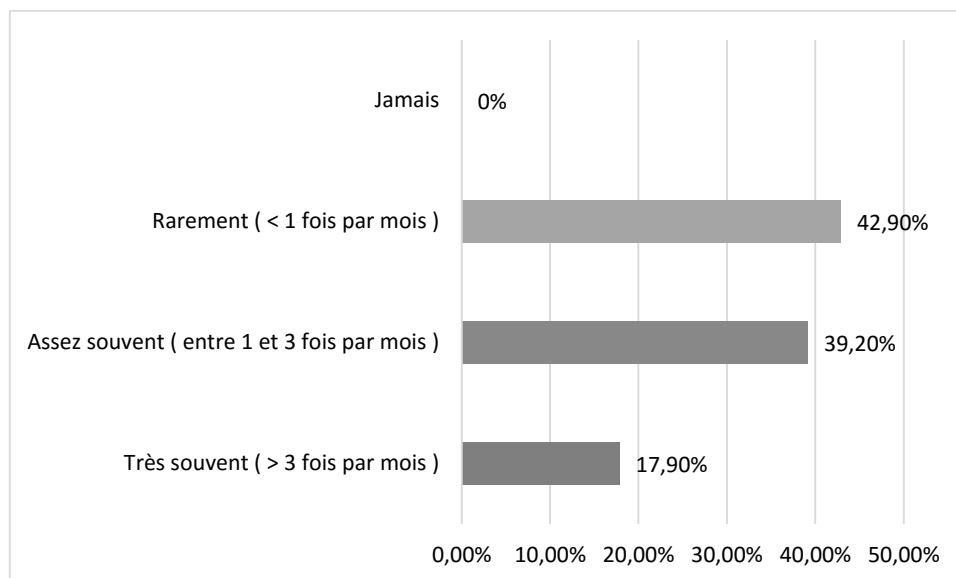


Figure 26 : Fréquences estimées des difficultés de maintien à domicile rencontrées par les médecins traitants.

7.1.5. Connaissance de l'EMED Elbeuf-Louviers

17 médecins en avaient connaissance (60,7%) tandis que 11 ne connaissaient pas cette structure (39,3%).

Cinq d'entre eux faisaient remonter la même critique : le manque de promotion de l'EMED auprès des médecins traitants.

7.1.6. Proportion de médecins traitants ayant déjà sollicité l'intervention de l'EMED avant la période d'inclusion de notre étude

Parmi les 28 médecins traitants participants, 14 d'entre eux (50%) avaient déjà fait appel à une intervention de l'EMED.

7.1.7. Activité des médecins généralistes concernés

D'après l'histogramme suivant, on peut noter que la majorité des médecins (60,7%) effectue au minimum 120 consultations par semaine.

96,4% des médecins interrogés effectue au minimum 90 consultations par semaine.

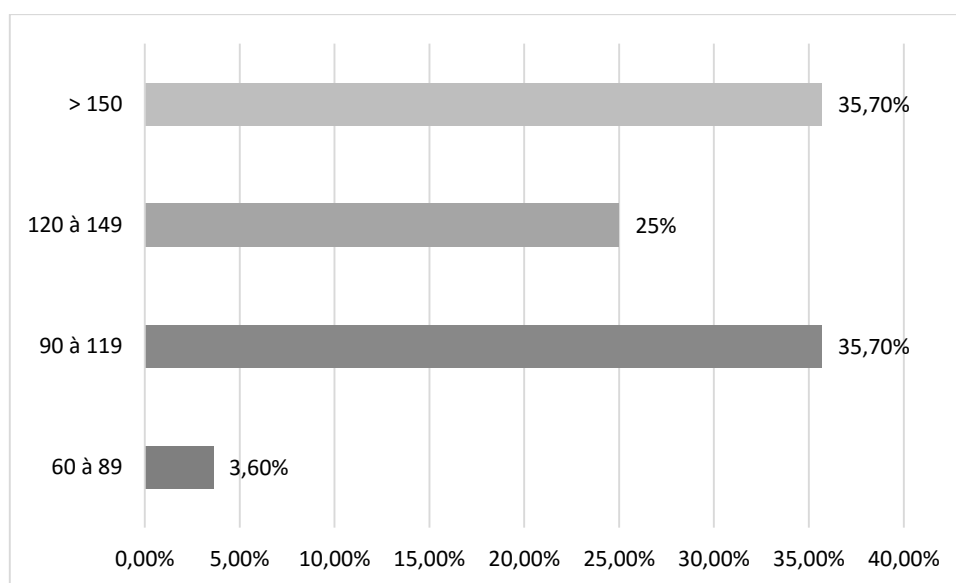


Figure 27 : Répartition des praticiens selon le nombre de consultations hebdomadaires.

Il est à noter, d'après l'histogramme suivant, que la majorité (53,6%) des médecins effectue au minimum 6 visites à domicile par semaine. 35,7% réalise entre 3 et 5 visites hebdomadaires. Ainsi 89,3% des médecins interrogés rapporte effectuer au minimum 3 visites à domicile chaque semaine.

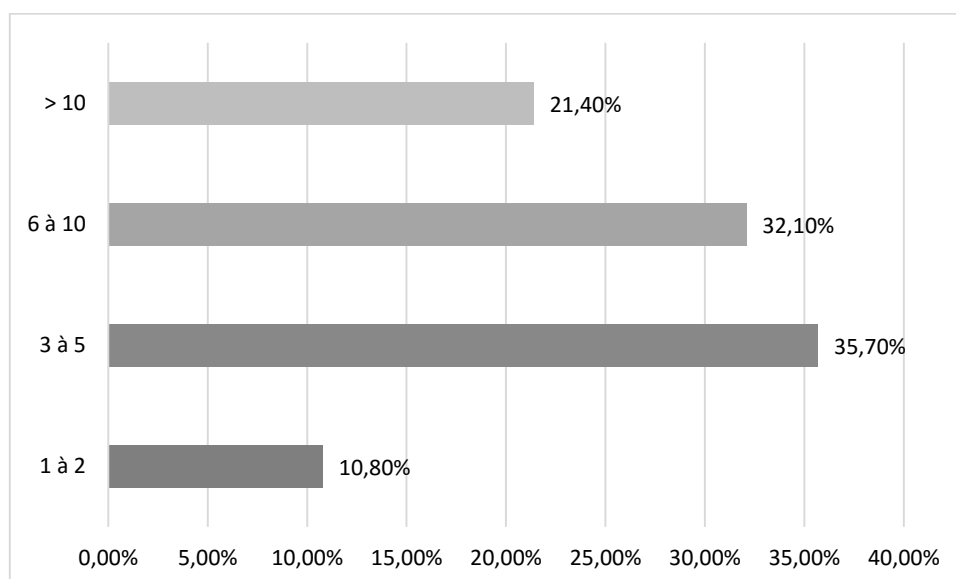


Figure 28 : Répartition des praticiens selon le nombre de visites hebdomadaires.

7.1.8. Sentiment d'intégration des médecins traitants à la démarche de soins

27 praticiens ont répondu à cet item sur les 28 questionnaires réceptionnés.

40,7% d'entre eux rapportent le sentiment de ne pas avoir été suffisamment inclus dans la démarche de soins, voire même exclus.

Une majorité à minima (51,9%) s'est sentie quant à elle totalement intégrée à la démarche de soins avec IC 95% = [33,1% ; 70,7%].

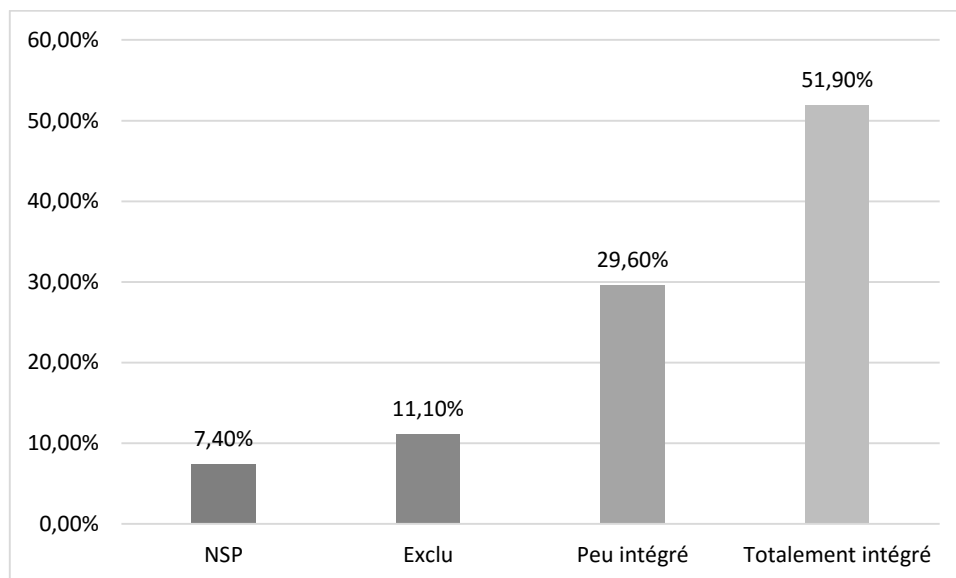


Figure 29 : Sentiment d'intégration des médecins à la démarche de soins.

7.1.9. Aide ressentie par les médecins traitants

Parmi les 28 participants, 27 ont répondu à cet item. L'aide ressentie par les médecins traitants ne semble pas catégorique.

La majorité (52%) estime qu'elle ne leur apporte que peu d'aide dans leur exercice professionnel ou bien elle ne sait pas l'évaluer. L'intervalle de confiance à 95% pour cette proportion est le suivant : [33,2% ; 70,8%].

48% des médecins généralistes estiment que l'aide apportée par l'EMED est importante.

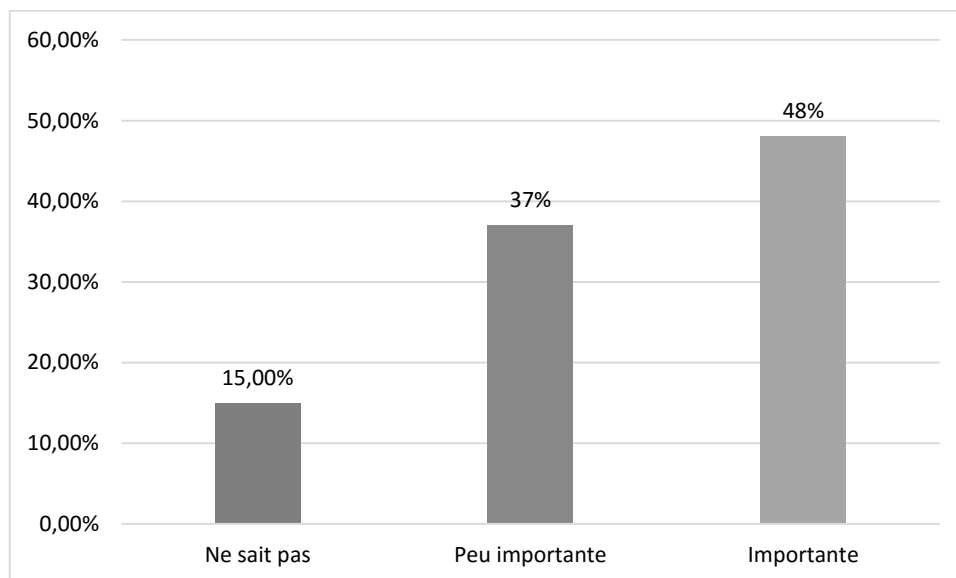


Figure 30 : Degré d'aide ressentie par les médecins traitants.

7.1.10. Persuasion de l'EMED

Parmi les 28 médecins participants, 78,6% (22 praticiens) avec IC 95% = [63,4% ; 93,8%], nous ont fait part de leur intention de faire appel à l'EMED lorsque de nouvelles situations de maintien à domicile compliquées apparaîtront.

Seulement 2 médecins ont répondu ne pas vouloir faire appel à l'EMED par la suite (7,1%).

Quatre médecins ne savaient pas répondre à cette question (14,3%).

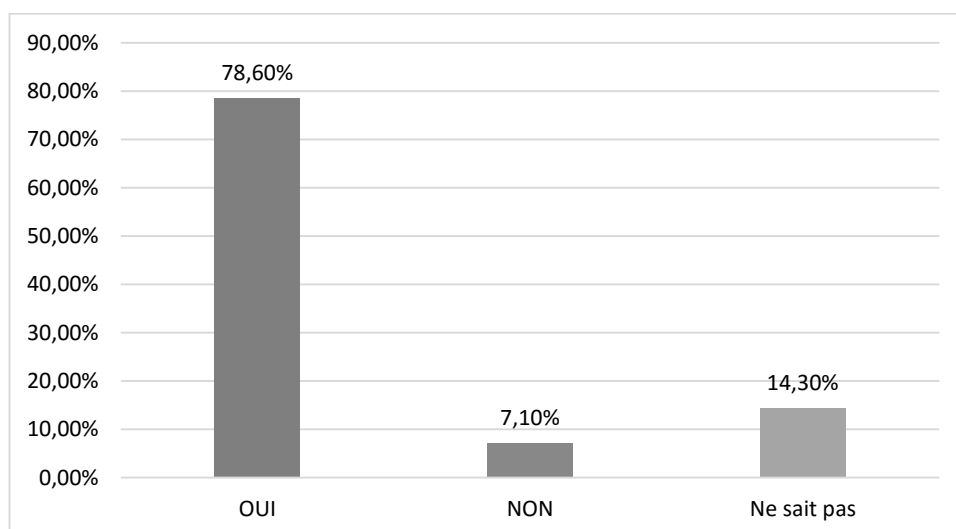


Figure 31 : Proportion des médecins traitants souhaitant faire appel à l'EMED Elbeuf-Louviers par la suite.

7.1.11. Moyens et motifs de demande d'intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers

Les moyens et les motifs sont multiples.

Il est à remarquer que le CLIC draine la majorité des demandes d'intervention de l'EMED.

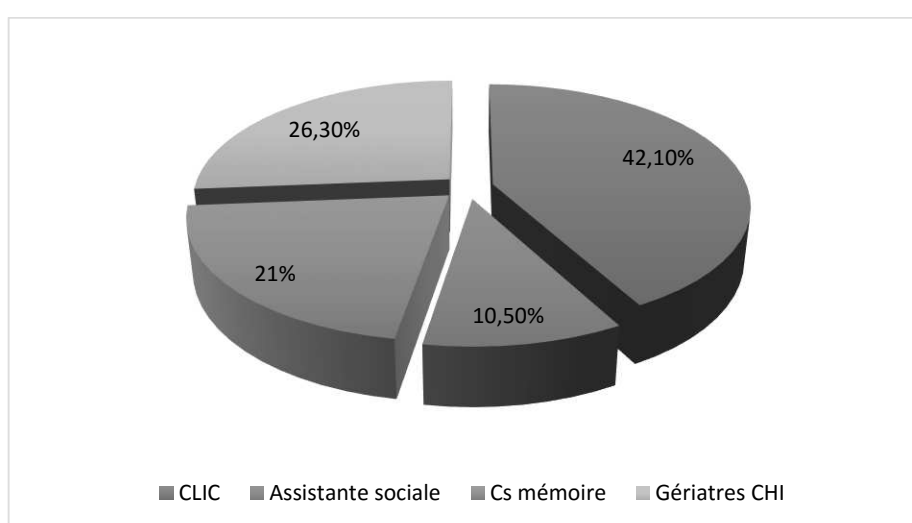


Figure 32 : Moyens utilisés par les médecins traitants pour faire appel à l'EMED Elbeuf-Louviers.

Les motifs des demandes d'intervention de l'EMED par les médecins traitants étaient répartis en termes de fréquence de manière équivalente pour les critères somatiques et sociaux (40,7% chacun). Le critère fonctionnel reste quant à lui assez loin, représentant une fréquence de seulement 18,6% des demandes d'intervention.

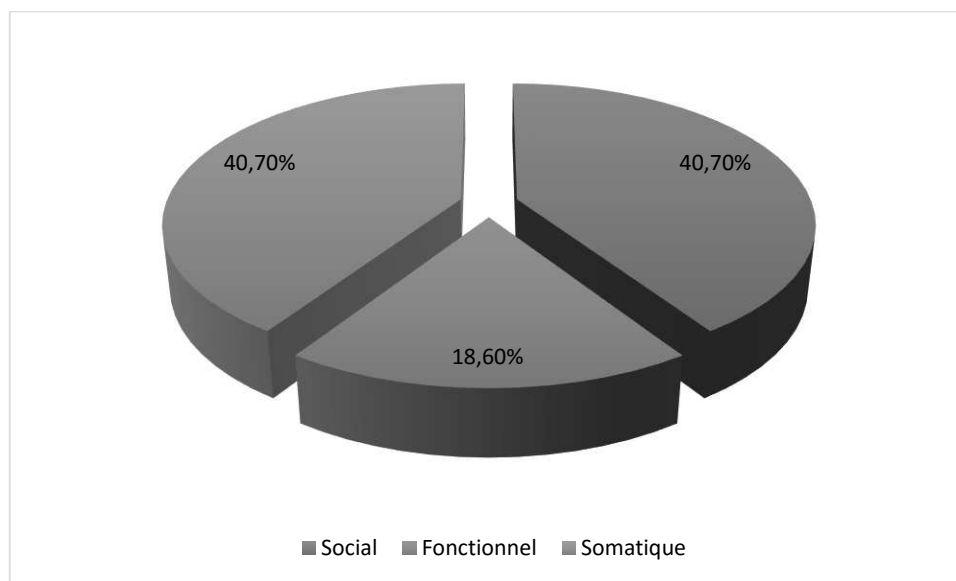


Figure 33 : Critères de demande d'intervention.

7.1.12. Format des comptes rendus d'intervention de l'EMED

Une très large majorité rapporte être satisfaite par le format et le contenu des comptes rendus envoyés systématiquement au médecin traitant après chaque intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers.

7.2. Analyse statistique descriptive

Des liens statistiques ont été recherchés entre les données recueillies par l'auto-questionnaire réalisé par les médecins traitants concernés et l'intention de solliciter une nouvelle intervention de l'EMED.

Malheureusement, il n'a pas été possible de mettre en évidence de lien statistique entre les variables décrivant la population médicale, leur connaissance, leur utilisation de l'EMED et la variable « demande d'intervention de l'EMED par la suite ».

Tableau 23 : Recherche de facteurs favorisant une demande d'intervention de l'EMED par les médecins traitants après notre étude.

		Demande d'intervention de l'EMED par la suite ?				
Variables	Limites	OUI	NON	Risque relatif	p-value	Test
Sexe	Homme	14 (63,6%)	1 (50,0%)	1,05	1,000	Fisher
	Femme	8 (36,4%)	1 (50,0%)	0,95		
Age	< 40 ans	1 (4,5%)	1 (50,0%)	0,52	0,163	Fisher
	≥ 40 ans	21 (95,5%)	1 (50,0%)	2,00		
	< 50 ans	5 (22,7%)	1 (50,0%)	0,88	0,446	Fisher
	≥ 50 ans	17 (77,3%)	1 (50,0%)	1,14		
	≥ 60 ans	8 (36,4%)	0 (0,0%)	1,14	0,536	Fisher
	< 60 ans	14 (63,6%)	2 (100,0%)	0,88		

Exercice rural	OUI	3 (13,6%)	1 (50,0%)	0,79	0,312	Fisher
	NON	19 (86,4%)	1 (50,0%)	1,27		
Exercice urbain	OUI	9 (40,9%)	1 (50,0%)	0,97	1,000	Fisher
	NON	13 (59,1%)	1 (50,0%)	1,03		
Exercice semi rural	OUI	10 (45,5%)	0 (0,0%)	1,17	0,493	Fisher
	NON	12 (54,5%)	2 (100,0%)	0,85		
Nombre de visites hebdomadaires	≥ 3	21 (95,5%)	1 (50,0%)	1,91	0,163	Fisher
	< 3	1 (5,0%)	1 (50,0%)	0,52		
	> 5	13 (59,1%)	0 (0,0%)	1,22	0,199	Fisher
	≤ 5	9 (40,9%)	2 (100,0%)	0,82		
	> 10	4 (18,2%)	0 (0,0%)	1,11	1,000	Fisher
	≤ 10	18 (81,8%)	2 (100,0%)	0,90		
Nombre de consultations hebdomadaires	≥ 120	15 (68,2%)	0 (0,0%)	1,14	0,348	Fisher
	< 120	7 (31,8%)	1 (100,0%)	0,88		
	> 150	9 (40,9%)	0 (0,0%)	1,15	0,511	Fisher
	≤ 150	13 (59,1%)	2 (100,0%)	0,87		
Sentiment d'être totalement intégré	OUI	14 (63,6%)	0 (0,0%)	1,25	0,163	Fisher
	NON	8 (36,4%)	2 (100,0%)	0,80		
Pratique facilité de manière importante	OUI	13 (61,9%)	0 (0,0%)	1,25	0,178	Fisher
	NON	8 (38,1%)	2 (100,0%)	0,80		
Réponse totale à la demande	OUI	10 (50,0%)	0 (0,0%)	1,20	0,481	Fisher
	NON	10 (50,0%)	2 (100,0%)	0,83		

Difficulté maintien à domicile rencontré très souvent	OUI	4 (18,2%)	0 (0,0%)	1,11	1,000	Fisher
	NON	18 (81,8%)	2 (100,0%)	0,90		
Connaissance EMED auparavant	OUI	17 (77,3%)	0 (0,0%)	1.40	0.076	Fisher
	NON	5 (22,7%)	2 (100,0%)	0.71		

V. DISCUSSION

1. Rappel sur la méthode

1.1. Analyse d'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers

Il s'agissait d'une étude descriptive reposant sur l'analyse d'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers exploitant les données recueillies par cette dernière au travers d'un hétéro-questionnaire d'évaluation gériatrique standardisée, d'un suivi à 4 mois du respect des préconisations émises lors de la première intervention et de l'évolution de la situation du patient.

Il a également été effectué un suivi des passages par les services d'urgences d'Elbeuf et Louviers durant les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED.

Une analyse descriptive des résultats des évaluations fut réalisée puis une analyse bivariée de chaque critère par un test d'indépendance ; le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher.

1.2. Point de vue du médecin traitant

Cette étude visait également à recueillir le point de vue des médecins traitants concernés par des patients pris en charge par l'EMED durant la période d'inclusion. Ceci fut réalisé au travers d'un auto-questionnaire à questions semi-fermées.

Puis, comme pour l'analyse d'activité de l'EMED, il a été décidé de réaliser une analyse descriptive des résultats des auto-questionnaires de satisfaction réalisés par les médecins traitants, ainsi qu'à titre informatif une analyse bivariée de chaque critère par un test d'indépendance ; le test exact de Fisher.

2. Discussion sur la méthode

La méthodologie statistique (ainsi que le calcul de certains résultats) a été validée par l'unité de biostatistique du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

2.1. Les points forts de l'étude

L'évaluation gériatrique réalisée dans le cadre de l'intervention de l'EMED évaluant la personne âgée au sein de son habitat permet de mieux comprendre le mode de vie et les difficultés rencontrées par certains de ces patients.

Cette évaluation se fait au travers d'un hétéro-questionnaire permettant une évaluation gériatrique standardisée.

L'infirmière réalisant cette évaluation a également été formée à ce type d'intervention permettant ainsi un recueil fiable de données.

Les patients ont ensuite pu être réévalués à 4 mois de la première intervention selon différentes modalités :

- soit les infirmières de l'EMED retournaient aux domiciles des patients,
- soit ceux-ci étaient réévalués en milieu hospitalier (hospitalisations programmées, consultations mémoire ou de gériatrie).

Tous les patients ont pu être suivis, en termes de passages par les urgences, pendant 6 mois après la première intervention de l'EMED.

L'auto-questionnaire adressé aux médecins traitants concernés était clair, simple et rapide permettant un taux de participation au-delà de 50%.

Celui-ci nous éclaire rapidement sur le degré de satisfaction des médecins généralistes à propos des interventions de l'EMED ainsi que des critiques qu'ils peuvent en faire.

2.2. Les points faibles

Pour commencer, les effectifs (patients et médecins traitants) étaient trop faibles conférant peu de puissance statistique à cette étude.

Ensuite, l'intervention à domicile de l'EMED ne permettait pas d'évaluer l'intégralité des items consignés par son propre hétéro-questionnaire rendant parfois trop parcellaire l'évaluation de certains patients et hétérogène la globalité des résultats.

Aussi, devant la charge de travail importante des infirmières de l'EMED, certains patients n'ont tout simplement pas pu être réévalués à environ 4 mois par cette dernière.

Enfin, nous verrons au fur et à mesure de la discussion sur les résultats que des biais inhérents au type d'étude et au recueil de données ont pu s'insinuer dans ce travail de thèse.

3. Rappel des principaux résultats

3.1. Les principaux résultats de l'analyse descriptive

3.1.1. Activité de l'EMED Elbeuf-Louviers

Pour commencer, ce résultat était attendu, mais on peut remarquer la prépondérance des femmes qui représentent 70,5% de notre effectif. L'âge moyen, sexes confondus, était de 82,6 ans.

Le motif principal de demande d'intervention de l'EMED est le thème « Médico-social » représentant 78% des demandes.

La grande majorité des patients (71,4 %) ayant été mesurés et pesés ont un IMC anormal (inférieur à 21 ou supérieur à 25).

88,2% des patients renseignés ont au moins un aidant principal à leurs côtés. Parmi eux, 17,9% ont leur aidant principal épuisé.

Seulement 4% vivent en RPA. La grande majorité (84%) vit en appartement ou en maison individuelle.

Parmi les antécédents médicaux relevés dans notre étude, on note que les antécédents cardiovasculaires représentent de loin la première catégorie avec une prévalence de 76,10%.

Ensuite arrivent les troubles neurocognitifs, le diabète, les pathologies psychiatriques, les troubles neuro sensoriels et neurologiques périphériques, enfin les maladies respiratoires

chroniques avec respectivement des prévalences de 22,5%, 19,7%, 18,3%, 14,8% et enfin 14,1%.

Conséquence de la forte prévalence des pathologies cardiovasculaires, 62,5% des patients renseignés prennent un traitement à visée cardiovasculaire.

Il est également à remarquer que 51,4 % prennent quotidiennement un traitement psychotrope et 36,1% sont sous antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant.

Enfin, 30,6% des patients ont un traitement à visée métabolique.

Concernant l'autonomie, la proportion des patients GIR 4 et 6 aurait tendance à décroître à partir de 80 ans. Celle des patients GIR 5 aurait tendance à décroître à partir de 75 ans. Ainsi, la dépendance au sens du GIR aurait tendance à croître avec l'avancée en âge. Le GIR moyen était de 3,9 signifiant qu'il s'agit globalement d'une population pouvant avoir besoin ponctuellement de l'aide d'une tierce personne pour l'hygiène corporelle, mais reste autonome pour se déplacer à l'intérieur de son domicile.

D'un point de vue de la dépendance aux ADL, il est à remarquer que la seule classe d'âge ayant un score de 0/4 points est celle de 90 ans et plus. La prévalence du score ADL 4/4 aurait tendance à diminuer à partir de 80 ans, ceci signifiant un déclin de l'autonomie pour les gestes basiques avec l'avancée en âge. Le score moyen ADL était de 2,8/5 signifiant que globalement l'autonomie concernant la réalisation des gestes basiques de la vie quotidienne reste préservée.

Quant à l'évaluation de l'autonomie instrumentale, la prévalence du score IADL 0/5 aurait tendance à augmenter avec l'avancée en âge dès 64 ans tandis que les scores IADL 4/5 et 5/5 diminueraient. Ceci pourrait souligner le déclin de l'autonomie des activités dites

instrumentales avec le vieillissement. Le score moyen IADL était de 1/5 signifiant globalement une franche altération de l'autonomie instrumentale dans notre population.

Les patients testés sur le plan cognitif présentent des résultats anormaux dans 76% des cas. Le MMSE moyen était de 18,1/30.

Il est à relever que sur 16 patients chuteurs, 15 d'entre eux (93,4%) n'ont pas présenté de notification ou de recherche d'un syndrome post-chute.

A titre indicatif, nous avons souhaité conserver le score de Lee dont la moyenne était de 10,5 signifiant qu'environ 40% des patients renseignés risquent de décéder dans les quatre années à venir.

Concernant le respect global des préconisations initiales émises par l'EMED lors de la première visite à domicile, 19 patients soit une prévalence de 36,5% présentaient un respect total à 4 mois, 25 patients soit 48% présentaient un respect partiel et enfin 7 patients soit 13,5% une absence complète de respect des recommandations initiales.

Enfin, le taux des hospitalisations inappropriées (passages par un service d'urgences) est de 44% dans les 6 mois succédant la première intervention de l'EMED à leur domicile.

3.1.2. Les médecins traitants

Le taux de participation à l'enquête de satisfaction, par les médecins traitants concernés, est tout de même de 65%.

Une large majorité des participants est représentée par les hommes (plus de 60%) et la classe d'âge la plus importante, sexes confondus, est représentée par les 50 – 59 ans (42,9%). Les plus de 60 ans représentent également une part importante avec 28.6%. Quant aux praticiens de moins de 50 ans, ils représentent seulement 28,5% des participants à cette enquête.

Concernant le mode d'exercice, l'activité rurale représente une faible part des médecins participants avec une prévalence de seulement 14,3%.

Une large majorité exerce en cabinet de groupe (64%).

Les difficultés de maintien à domicile des personnes âgées touchent assez fréquemment ces praticiens avec 57,1% des participants qui y sont confrontés au minimum une fois par mois.

La majorité d'entre eux (53,5%) réalise au minimum 6 visites à domicile par semaine.

60,7% des praticiens connaissaient l'existence de l'EMED Elbeuf-Louviers et 50% des médecins n'y avaient jamais fait appel.

Sur 28 participants, 5 médecins (17,9%) ont fait remonter la même critique ; cette structure manque de promotion auprès des professionnels de santé.

La majorité (51,9%) dit s'être totalement sentie intégrée dans la démarche de soins proposée par l'EMED.

48% des praticiens ont estimé que l'aide apportée par l'EMED est importante dans leur pratique professionnelle courante.

L'EMED Elbeuf-Louviers semble avoir convaincu ces médecins généralistes puisque 78,6% d'entre eux, avec IC 95% = [63,4% ; 93,8%], souhaitent faire appel à l'EMED lorsqu'une nouvelle situation complexe de maintien à domicile se présentera.

3.2. Les principaux résultats de l'analyse statistique

3.2.1. Les résultats statistiquement significatifs

3.2.1.1. Risque de passage dans un service d'urgences

Il a été souhaité de connaître les variables pouvant prédisposer la personne âgée à passer dans un service d'urgences durant les 6 mois suivant l'intervention de l'EMED.

D'après l'analyse statistique, les patients ayant une maladie respiratoire chronique ont 2,6 fois plus de risque (risque relatif à 2,6) de passer dans un service d'urgences dans les 6 mois suivant l'intervention de l'EMED contrairement aux patients indemnes de pathologie respiratoire ($p=0,005$).

L'odds ratio brut est très élevé ($> 999,999$) avec IC 95% =] 0,001 ; + infini [. Ce résultat n'a pu être ajusté aux autres variables compte tenu du faible effectif de patients atteints d'une maladie respiratoire chronique. 1 étant inclus dans cet intervalle, il n'est pas possible d'affirmer ce sur-risque.

Les patients diabétiques (types 1 et 2) présentent 94% de risque supplémentaire par rapport aux patients non diabétiques ($p=0,019$). L'OR ajusté aux autres variables est de 70,230 avec IC 95% = [2,292 ; > 999,999]. 1 n'étant pas compris par cet intervalle, cela permet d'affirmer la majoration du risque de passage par un service d'urgences pour les patients diabétiques.

De manière fortuite, mais intéressante, il a été décrit le fait que les patients bénéficiant de l'APA avant la première intervention de l'EMED, ont 83% de risque supplémentaire par rapport à ceux ne disposant pas de l'APA ($p=0,027$). L'OR ajusté aux autres variables est de 20,695 avec IC 95% = [1,860 ; 230,254]. 1 étant exclu de cet intervalle de confiance, on peut affirmer qu'il existe une majoration du risque de passages itératifs dans un service d'urgences pour les personnes bénéficiant de l'APA.

Enfin, il a été trouvé un lien statistique fort entre le respect des préconisations initiales émises par l'EMED lors de sa première visite et la situation de la personne âgée lors de sa réévaluation à 4 mois.

En effet, les patients qui ont bénéficié d'un respect total des préconisations globales ont un risque deux fois moins important (risque relatif à 0,48) que leur situation se dégrade dans les 4 mois ($p=0,018$). L'OR brut calculé est de 0,240 avec IC 95% = [0,070 ; 0,810]. 1 étant exclu, ceci permet donc d'affirmer l'effet protecteur des préconisations émises par l'EMED Elbeuf-Louviers pour les personnes âgées.

3.2.1.2. Médecins traitants

Malheureusement, il n'a pas été possible de mettre en évidence de lien statistique entre la variable « demande d'intervention de l'EMED ultérieurement » et les multiples variables décrivant les praticiens, leur activité et leur regard critique sur l'EMED Elbeuf-Louviers.

3.2.2. Les résultats sans lien statistique significatif

Ces résultats sont surtout délivrés à titre indicatif, car certains pourraient mériter d'être approfondis lors d'une prochaine étude avec un grand effectif.

3.2.2.1. Activité de l'EMED et recours à un service d'urgences

Concernant les données anthropomorphiques, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les sexes par rapport au risque de passage itératif aux urgences.

Par contre, l'âge est intéressant de ce point de vue, car le risque relatif est de 1,33 pour les plus de 85 ans, soit un risque qui serait plus élevé que les moins de 85 ans ($p=0,282$).

Le test de Wilcoxon n'a pas permis de mettre en avant un lien statistique significatif avec une *p-value* à 0,18. Néanmoins, l'odds ratio ajusté de 1,269 avec IC 95% = [1,054 ; 1,527] permet tout de même de conforter l'idée qu'une avancée dans l'âge majore le risque de passer par un service d'urgences.

Un IMC anormal pourrait lui aussi favoriser un recours aux services d'urgences avec un risque relatif de 1,67 ($p=0,479$). Il n'a cependant pas été mis en évidence de différence significative entre les moyennes des IMC de patients passant ou non par les urgences ($p=0,47$)

Les intervenants à domicile auraient tendance à diminuer ce risque, tout comme la présence d'un aidant principal avec un risque relatif de 0,9 ($p=0,706$).

Il en irait de même avec le passage infirmier avec un risque relatif à 0,76 ($p=0,476$).

Les patients disposant d'une complémentaire santé ou d'une exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD présentent un risque relatif extrêmement élevé (risque relatif supérieur à 200) de passer dans un service d'urgences durant les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED ($p=0,118$).

Parmi les antécédents médicaux, la catégorie « troubles rhumatologiques et fonctionnels » augmenterait le risque d'orientation des patients vers un service d'urgences.

Parmi, les traitements médicamenteux, les traitements à visée cardiovasculaire augmenteraient de 20% le risque d'un passage par les urgences avec un risque relatif de 1,20 ($p=0,537$).

Les traitement anticoagulants et antiagrégants plaquettaires majoreraient également ce risque avec un risque relatif de 1,35 ($p=0,281$), tout comme les traitements métaboliques avec un risque relatif de 1,32 ($p=0,341$) et les traitements par IPP avec un risque relatif de 1,27 ($p=0,460$).

Quant aux patients chuteurs, une chute survenue dans les 6 mois précédent l'intervention de l'EMED pourrait majorer la menace de passer par un service d'urgences après intervention de l'EMED (risque relatif de 1,45 et $p=0,297$).

La comparaison des moyennes des scores d'autonomies (ADL, IADL et GIR) par le test de Wilcoxon n'aura pas permis de relever une différence significative entre les groupes de patients

passés ou non par les urgences. Il faut aussi rappeler que le score de 0/4 pour l'échelle ADL n'a pas été intégré au modèle d'ajustement des OR du fait du sur-risque pour ces patients de passer fréquemment par les urgences.

Les patients ayant un score de Lee strictement supérieur à 9 auraient un risque accru de passer dans un service d'urgences (risque relatif à 1,15 et $p=0,728$). Les moyennes des scores de Lee pour les patients hospitalisés ou non ne sont pas revenues significativement différentes au test de Wilcoxon avec une *p-value* de 0,41.

Le nombre croissant de traitements quotidiens aurait lui-aussi une influence sur le risque de faire passer rapidement le patient par un service d'urgences. Il est constaté que le risque relatif augmente au fur et à mesure que le nombre de médicaments pris quotidiennement augmente. Malheureusement aucun lien statistique n'a pu être retrouvé, car la *p-value* reste largement supérieure à 5%.

La recherche d'un lien statistique, entre le degré de respect des préconisations et un passage précoce par ce type de service hospitalier, n'a pu aboutir avec une *p-value* à 1.

Une information importante et étonnante est à prendre en compte.

Les patients ayant des aidants épuisés auraient moins de risque d'être adressés dans un service d'urgences par rapport à ceux dont les aidants ne sont pas épuisés, avec un risque relatif de 0,35 avec une *p-value* proche du seuil de significativité ($p=0,051$).

3.2.2.2. Le recours ultérieur à l'EMED par les médecins traitants

Le sexe ne semble pas influencer le recours ultérieur à l'EMED avec des risques relatifs très proches de 1 ($p=1$).

Puis il est remarqué que le risque relatif (risque relatif supérieur à 1) serait augmenté avec l'avancée en âge des praticiens. Le résultat le plus fiable a été obtenu avec une *p-value* à 0,163 pour un risque relatif à 2 chez les praticiens de 40 ans et plus. C'est-à-dire que ces praticiens seraient doublement tentés de recontacter l'EMED par rapport aux praticiens de moins de 40 ans.

Il faut noter que l'exercice rural aurait tendance à diminuer ce recours avec un risque relatif à 0,79, mais $p=0,312$.

Les praticiens effectuant au minimum 3 visites à domicile par semaine auraient tendance à vouloir recourir à l'EMED par la suite de l'étude avec un risque relatif à 1,91 ($p=0,163$).

Leur sentiment d'avoir été totalement intégrés à la démarche de soins, tout comme le fait que l'aide ressentie soit importante, augmenteraient le recours ultérieur avec un risque relatif retrouvé à 1,25 pour ces deux variables et des *p-values* respectives de 0,163 et 0,178.

Le fait que l'EMED ait répondu à l'intégralité des demandes émanant des médecins traitants favoriserait son recours ultérieur avec un risque relatif à 1,20 ($p=0,481$).

La fréquence de rencontre de problèmes de maintien à domicile pourrait aussi inciter les praticiens à faire appel à cette structure avec un risque relatif de 1,11 mais un $p=1$.

Enfin, de manière presque significative, la connaissance antérieure de l'EMED par les praticiens augmenterait significativement leur recours futur avec un risque relatif à 1,10 et une *p-value* proche de la valeur seuil ($p=0,076$).

4. Discussion des résultats

4.1. Discussion sur les résultats de l'analyse descriptive

4.1.1. Activité de l'EMED Elbeuf-Louviers

Pour commencer, les femmes représentent 70,5% des personnes âgées évaluées par l'EMED durant la période d'inclusions.

Ceci est expliqué par l'évolution démographique française, mais aussi au niveau de la région Haute-Normandie (67).

L'âge moyen de 82,6 ans de notre effectif peut s'expliquer par le fait que le niveau de dépendance a tendance à fortement augmenter à partir de l'âge de 85 ans (67).

Le motif principal d'intervention relevé par l'EMED est le thème médico-social (78% des demandes). Ce thème peut être considéré comme vaste et peut donc expliquer que le motif majoritaire soit ce dernier. Il peut également témoigner du fait que le secteur médico-social est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale et à leur bon fonctionnement (68).

Ceci souligne l'importance des problèmes sociaux et la nécessité d'une coopération entre l'infirmière de l'EMED et l'assistante sociale du CLIC.

Il est relevé que 17.9% des patients ont leur aidant principal épuisé, mais ce résultat doit être analysé avec précaution.

En effet, l'EMED n'utilise aucune échelle validée pour rechercher un état d'épuisement des aidants. Cette évaluation se pratique uniquement de manière subjective.

Dans la littérature (69), les principaux antécédents médicaux relevés chez les personnes âgées fréquentant les services d'urgence sont :

- Une hypertension artérielle,
- Une pathologie cardiovasculaire,
- Un diabète,
- Une maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée,
- Un cancer,
- Un accident vasculaire cérébral,
- Une pathologie respiratoire chronique,
- Un trouble psychiatrique.

Ainsi, en ne citant que les antécédents médicaux les plus fréquents de cet effectif, il est à relever qu'ils sont également prépondérants chez les personnes âgées fréquentant les urgences.

Une pathologie iatrogénique médicamenteuse serait retrouvée chez environ 20% des personnes âgées de plus de 80 ans hospitalisées. Parmi les manifestations les plus fréquentes, on relève les chutes et les malaises (psychotropes ou traitements à visée cardiovasculaire, trouble

métabolique induit, hypotension orthostatique secondaire), les symptômes gastro-intestinaux (dyspepsie, constipation, rarement hépatites), l'insuffisance rénale fonctionnelle (diurétiques) ou les hémorragies (surdosage en AVK) (70).

Comme 62,5% des patients renseignés prennent un traitement à visée cardiovasculaire, 51,4 % prennent quotidiennement un traitement psychotrope, 36,1% sont sous antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant et 30,6% des patients ont un traitement à visée métabolique, ces prévalences informent sur le haut risque de iatrogénie dans cette population et donc le haut risque de fréquenter un service d'urgences.

Durant les 6 mois succédant la première intervention de l'EMED, 44% des patients sont passés par un service d'urgences. Cette forte proportion provient très certainement d'un biais de sélection des patients. L'EMED n'intervient que pour des patients âgés fragiles. De fait, ces patients sont logiquement surexposés au risque de fréquenter des services d'urgences.

Une très grande majorité de ces patients vivent en logement individuel (maison ou appartement) et seulement 4% d'entre eux vivent en RPA. Ceci peut s'expliquer tout simplement par le faible nombre de places en RPA et l'attachement sentimental des personnes à leur domicile.

Concernant les niveaux de dépendance selon l'âge des patients, nous avons pu mettre en évidence le fait que les GIR 4 à 6 auraient tendance à diminuer en prévalence avec l'avancée en âge. Cependant, les patients GIR 2 sont représentés en fréquence importante dans la classe d'âge 64 à 74 ans. Ensuite, la prévalence des patients GIR 2 diminue jusqu'à 79 ans pour réaugmenter à partir de 80 ans.

Ce dernier résultat provient très certainement du faible effectif disponible et aussi du fait que l'EMED n'est sensée intervenir que pour des patients de plus de 75 ans.

Ainsi, les patients visités par l'EMED avant 75 ans l'ont été par dérogation devant une dégradation importante de leur autonomie.

Pour les mêmes raisons que pour les résultats GIR, les prévalences des scores ADL de la classe d'âge 64 à 74 ans se trouvent biaisées par le recrutement sur dérogation.

Il est à noter tout de même que la seule classe d'âge ayant un patient avec un score ADL de 0/4 est celle des 90 ans et plus. Le score ADL $\frac{1}{4}$ aurait tendance à augmenter à partir de 75 ans. Ceci allant tout de même dans le sens d'une augmentation de la dépendance avec l'avancée en âge.

Comme le score ADL, le score IADL interprété selon l'âge a permis de relever une augmentation de la dépendance instrumentale avec une avancée en âge ; ceci en accord avec la littérature (71).

Avec la réalisation du MMSE ainsi que du test de l'horloge, on a relevé que 76% des patients évalués avaient une forte suspicion de trouble cognitif. Ceci en accord avec la littérature relevant également une prévalence croissante des troubles neurocognitifs majeurs avec l'avancée en âge.

Le MMS moyen était de 18,1/30 indiquant, quel que soit le niveau moyen d'étude, que notre population présente un MMS altéré. A titre informatif, le MMS moyen lors de la première consultation mémoire au CHI Elbeuf-Louviers, pour l'année 2015, était de 21,27/30 avec un écart-type à 5,86 (72). Le score MMS de ces patients est donc en moyenne inférieur à celui réalisé en consultation.

Ceci devrait encourager les différents intervenants à dépister plus précocement les troubles cognitifs afin de mettre en place des dispositifs d'aides plus tôt et par conséquent éviter ou retarder certaines situations de crise.

Comme cité un peu plus haut, 93,4% des patients ayant chuté dans les 6 mois précédent l'intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers n'ont pas été renseignés à propos d'un potentiel syndrome post-chute. Or, il est bien connu que la chute de la personne âgée peut avoir des conséquences médicales (fractures, traumatismes sans fracture, confusion, déshydratation, escarre ...), mais aussi des conséquences psychosociales importantes.

En effet, une personne âgée qui chute est souvent conduite en urgence en milieu hospitalier, source de stress risquant de précipiter le malade vers la perte d'autonomie et le placement.

À moyen terme, la perte d'autonomie est l'aboutissement des répercussions psychomotrices de la chute, c'est-à-dire le syndrome post-chute.

Ceci souligne l'importance de son recueil systématique lors d'une évaluation gériatrique standardisée.

Concernant le respect des préconisations initialement émises lors de la première intervention de l'EMED Elbeuf-Louviers, il faut relever que seulement 36,5% des patients visités les ont vu totalement appliquées dans les 4 mois suivant cette intervention. Ceci peut avoir de multiples causes (refus des patients, désaccords familiaux, délais d'attribution des aides etc...).

Or, comme nous le verrons dans la suite de cette discussion, il existe un lien statistique fort entre le fait que les préconisations ne soient pas intégralement appliquées et le risque de voir la situation globale des patients se dégrader.

Enfin, la moyenne du score de Lee est revenue à 10,5 avec un risque d'environ 40% de décès à quatre ans. Ce score n'a pas encore été validé en gériatrie non oncologique et ne peut être présenté qu'à titre indicatif.

4.1.2. Les médecins traitants

Le taux de participation des médecins traitants est de 65% prouvant l'importance de la thématique du maintien à domicile des personnes âgées en médecine générale.

La majorité des médecins participants est représentée par des hommes dont la prévalence était de 60%.

La grande majorité a plus de 50 ans (71,5%) et la classe d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans avec une prévalence de 42,9%.

Ces deux informations, concernant la répartition par âge et par sexe, sont représentatives de la situation démographique médicale en Haute-Normandie (73).

Concernant le mode d'exercice de ces médecins généralistes, une faible proportion d'entre eux (14,3%) exerce en zone rurale. Ceci peut être expliqué par la faible densité des habitants vivant en zone rurale, mais aussi par l'attractivité des zones urbaines pour les professionnels de santé. Par ailleurs, une large majorité de ces praticiens (64%) exerce en cabinet médical de groupe ce qui est représentatif du mode d'exercice des médecins hauts-normands et ceci devrait se développer avec la création des maisons médicales pluridisciplinaires en zones de faible densité médicale (74).

La majorité des médecins participants affirme être mensuellement confrontée à au moins une difficulté de maintien à domicile d'une personne âgée.

A propos des visites à domicile, la plupart des médecins traitants (53,5%) affirme effectuer au minimum 6 visites hebdomadaires.

Ces données montrent l'intérêt qu'une structure comme l'EMED Elbeuf-Louviers peut susciter. Cela montre également qu'elle pourrait leur apporter une aide non négligeable dans leur pratique professionnelle.

60,7% de ces praticiens connaissaient l'EMED avant le début de notre étude et un praticien sur deux n'avait jamais sollicité son intervention.

Cinq d'entre eux, soit 17,9%, nous rapportaient un manque de promotion de cette structure. Cela signifierait qu'une campagne d'information auprès des médecins généralistes pourrait être utile afin que l'EMED Elbeuf-Louviers puisse soulager certains médecins lorsqu'ils sont confrontés à d'importantes difficultés de maintien à domicile.

Cette donnée est d'autant plus importante que 48% des médecins traitants ont jugé comme importante l'aide proposée par l'EMED. Cette proportion minoritaire reste cependant à relativiser, car pour les 52% de médecins ne ressentant pas une aide importante de l'EMED, $IC\ 95\% = [33,2\% ; 70,8\%]$.

Cet intervalle reste étendu avec une borne inférieure à 33,2%. Ainsi, on ne peut pas affirmer que la majorité des médecins traitants ne ressent pas une aide importante de la part de l'EMED Elbeuf-Louviers.

51,9% des praticiens nous rapportaient avoir été totalement intégrés à la démarche de soins proposée par l'EMED. Même si ce résultat représente une majorité de praticiens, cela pourrait souligner un possible manque de communication envers le médecin traitant lorsqu'un de ses patients est pris en charge. Cependant pour cette proportion, $IC\ 95\% = [33,1\% ; 70,7\%]$ ne permet pas d'affirmer que la majorité des médecins traitants se sent intégrée à la démarche de soins.

Enfin, l'EMED Elbeuf-Louviers semble avoir convaincu les praticiens de son utilité et de l'aide qu'elle peut potentiellement leur apporter. En effet, 78,6% d'entre eux nous ont rapporté vouloir faire appel à l'EMED lorsqu'une future situation de maintien à domicile complexe se présentera à eux.

Pour rappel, IC 95% = [63,4% ; 93,8] pour cette proportion. Donc ceci signifie qu'au risque de 5% de se tromper, on peut affirmer qu'une large majorité des médecins traitants feront de nouveau appel à l'EMED Elbeuf-Louviers.

4.2. Discussion sur les résultats de l'étude analytique

4.2.1. Activité de l'EMED

La littérature permet d'affirmer une forte augmentation ces dernières années du taux d'entrée dans les services des urgences pour les personnes de 85 ans et plus (75). Ceci conforte notre résultat allant dans le sens d'une augmentation du risque de passer rapidement par un service d'urgences dans les 6 mois succédant l'intervention de l'EMED, pour les personnes de 85 ans et plus, avec un risque relatif de 1,33, bien qu'aucun lien statistique n'ait pu être trouvé ($p=0,282$).

Une prise en compte des facteurs de confusion, respectant le modèle d'ajustement de l'annexe 14, a donc été réalisée pour des besoins statistiques, afin d'obtenir un modèle valable.

Pour l'échelle ADL, le score 0/4 a été exclu pour la validité du modèle, car ce profil de patients avec une dépendance totale présente un sur-risque d'hospitalisation (épuisement des aidants, défaut de coordination à domicile). Ensuite, ces choix restent critiquables, car on peut déplorer une perte d'information ou encore un biais de classement. Il faut préciser aussi que, plus le

nombre de variables est important pour une analyse multivariée, plus on risque de perdre en effectif et donc en précision malgré l'ajustement qui permet une analyse plus fine.

Le test de Wilcoxon comparant les moyennes d'âges des personnes passées ou non par un service d'urgences n'a également pas permis d'affirmer un lien statistique entre l'âge et les hospitalisations imprévues, avec une *p-value* à 0,18.

Un lien statistique a pu être objectivé entre deux antécédents médicaux et le risque d'hospitalisation non programmée. Dans cette étude, les patients souffrant d'une pathologie respiratoire chronique ont plus de risque que ceux n'en souffrant pas (risque relatif = 2,6 et $p=0,005$).

L'OR brut est très élevé ($> 999,999$) avec IC 95% =] 0,001 ; + infini [. Il aurait été intéressant d'ajuster ce résultat aux autres variables afin de valider ces résultats. Le faible nombre de patients atteints d'une pathologie respiratoire chronique et le faible effectif de notre étude n'a pas permis de le réaliser. 1 étant compris dans cet intervalle de confiance, il n'est malheureusement pas possible d'affirmer la majoration de risque de passer par les urgences chez les personnes atteintes d'une pathologie respiratoire chronique.

Les patients diabétiques auraient 94% plus de risque que les non diabétiques ($p=0,019$). L'OR ajusté aux autres variables est de 70,230 avec IC 95% = [2,292 ; $> 999,999$]. 1 étant exclu de cet intervalle, cela permet d'affirmer la majoration du risque de passage par un service d'urgences pour les patients diabétiques.

Ces résultats sont assez logiques puisque ces deux antécédents médicaux font partie des antécédents les plus fréquemment retrouvés chez les personnes âgées passant par ces services

hospitaliers. Leur risque de décompensation et leurs thérapeutiques médicamenteuses avec la iatrogénie associée expliquent aussi ces résultats.

Il y aurait fort à parier que d'autres antécédents médicaux auraient pu être associés à un taux majoré de passage dans un service d'urgences si l'effectif avait été plus conséquent.

Par exemple, la catégorie « troubles rhumatologiques et fonctionnels » augmenterait le risque de faire passer les patients par ces services. Ceci paraît logique compte tenu du fait que cette catégorie majore le risque de chute chez la personne âgée (76) par les troubles de l'équilibre et les difficultés à se mouvoir.

Or on sait que la part des patients chuteurs représente une proportion non négligeable des entrées dans ce type de service hospitalier (77).

Cette donnée va dans le sens de notre travail avec une majoration de ce risque chez un patient ayant déjà chuté dans les 6 mois précédant la première visite de l'EMED Elbeuf-Louviers avec un risque relatif de 1,45, mais une *p-value* supérieure à 5% ($p=0,357$).

En effet, un patient ayant déjà chuté est nettement plus à risque de rechuter (78) et donc de passer par un service d'urgences.

Ceci conforte l'intérêt d'une évaluation à domicile afin d'observer la personne dans son environnement et proposer éventuellement une adaptation du logement si nécessaire afin de diminuer le risque de chute.

Comme remarqué précédemment, le syndrome post-chute n'est pas suffisamment recherché ou annoté. Un renseignement plus précis pourrait éviter la survenue de nouvelles chutes associées à de potentielles lésions traumatiques.

Concernant les traitements médicamenteux, il est bien connu qu'ils peuvent avoir des effets indésirables. Cette iatrogénie peut être retrouvée de façon plus importante lorsque plusieurs

molécules sont associées ; c'est le cas de la polymédication. Cette dernière peut également favoriser l'inobservance des traitements par ces patients.

Ainsi, les résultats statistiques de ce travail vont dans le sens de ce que décrit la littérature.

Dans cette étude, les traitements à visée cardiovasculaire augmenteraient de 20% le risque de passage dans un service d'urgences avec un risque relatif de 1,20 sans lien statistique trouvé ($p=0,625$) et les traitement anticoagulants et antiagrégants plaquettaires majoreraient également ce risque avec un risque relatif de 1,35 ($p=0,326$), tout comme les traitements métaboliques avec un risque relatif de 1,32 ($p=0,438$) et les traitements par IPP avec un risque relatif de 1,27 ($p=0,435$).

La *p-value* pour chacune de ces variables reste trop élevée du fait du faible effectif de notre population conférant peu de puissance statistique à cette étude.

Il a aussi été rapporté qu'un nombre croissant de traitements pris quotidiennement a une influence sur le risque de faire passer rapidement le patient par un service d'urgences.

Dans ce travail, il a été noté que le risque relatif augmente au fur et à mesure que le nombre de médicaments pris quotidiennement augmente. Malheureusement notre trop faible effectif n'a pas permis de retrouver un lien statistique, car la *p-value* reste largement supérieure à 5%.

De manière assez logique, les intervenants à domicile auraient tendance à diminuer le risque pour le patient d'une hospitalisation inappropriée. Ce risque diminuerait en cas de présence d'un aidant principal avec un risque relatif de 0,9 ($p=0,812$).

Il en irait de même pour le passage infirmier avec un risque relatif à 0,76 ($p=0,358$).

Par contre, parmi les patients ayant des aidants, ceux qui ont un aidant épuisé auraient moins de risque d'être adressés dans un service d'urgences avec un risque relatif de 0,35 avec une *p-value* proche du seuil de significativité ($p=0,051$). Ce résultat étonnant peut-il être expliqué par un manque de lucidité des aidants lors d'un état de fatigue physique et psychologique ? Ceci mériterait une nouvelle étude avec un effectif plus important afin de confirmer ces résultats.

Par ailleurs, ce résultat doit être analysé avec précaution puisque l'évaluation par l'EMED du fardeau de l'aidant est réalisée de manière subjective et ne repose donc pas sur un score standardisé et validé.

Ensuite, les patients disposant d'une complémentaire santé ou d'une exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD présentent un risque relatif extrêmement élevé (risque relatif supérieur à 200) de passer par un service d'urgences durant les 6 mois suivant la première intervention de l'EMED ($p=0,118$). Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients entrant dans le cadre d'une ALD souffrent d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) plus ou moins lourde(s), les exposant à certaines thérapeutiques médicamenteuses et leur potentielle iatrogénie.

Puis, il a été décrit le fait que les patients disposant de l'APA avant la première intervention de l'EMED, ont 83% de risque supplémentaire par rapport à ceux ne disposant pas de l'APA ($p = 0,032$). L'OR ajusté à toutes les variables est de 20,695 avec IC 95% = [1,860 ; 230,254]. Ces résultats permettent d'affirmer la majoration de risque chez les patients bénéficiant de l'APA.

Afin de bénéficier de l'APA, la personne âgée doit être évaluée sur le degré de perte d'autonomie sur la base de la grille nationale AGGIR. Ce résultat conforte l'intérêt de garder une évaluation des patients par la grille AGGIR lors d'une visite de l'EMED.

Ainsi, les personnes bénéficiant de l'APA présentent une autonomie altérée pour de multiples raisons et peuvent être considérées comme fragiles. Ceci permet de comprendre pourquoi ces patients s'exposent à un risque accru de fréquenter un service d'urgences.

Les conditions de vie de la personne âgée sont également étudiées en vue d'élaborer un plan d'aide. Divers éléments de l'environnement matériel, social et familial du demandeur sont

notamment pris en compte : entourage, habitat, aides techniques, situation géographique, existence de réseaux médicaux et la présence de services d'aides à domicile ou de portage de repas. Cela conforte l'intérêt de systématiquement renseigner ces informations.

Cette donnée est à prendre en compte par l'EMED Elbeuf-Louviers, car jusqu'à preuve du contraire, le plan APA d'une personne visitée devrait être systématiquement considéré comme insuffisant.

Ceci pourrait aussi signifier que les modalités d'attribution de l'APA ne sont pas assez fréquemment réévaluées afin d'adapter au mieux les aides et de diminuer le risque de survenue de situations de crise.

On peut également s'étonner de ne pas retrouver une majoration de risque statistiquement significative, chez les personnes de groupes iso-ressources GIR bas et donc très dépendantes, alors que l'évaluation du plan APA repose principalement sur une évaluation de l'autonomie suivant la grille AGGIR.

Enfin, un lien statistique fort a été prouvé entre le respect des préconisations initiales émises par l'EMED lors de sa première visite et la situation de la personne âgée lors de sa réévaluation à 4 mois. Les patients qui ont bénéficié d'un respect total des préconisations globales ont un risque deux fois moins important (risque relatif à 0.48) que leur situation se dégrade dans les 4 mois ($p=0,018$ avec $OR= 0.240$ et $IC\ 95\% = [0,070 ; 0,810]$).

Ce résultat conforte l'intérêt d'une évaluation de la personne âgée à son domicile ainsi que la justesse des préconisations émises par l'EMED.

Il serait intéressant de rechercher au travers d'un autre travail les causes de non-respect des préconisations afin d'améliorer leur observance et donc l'évolution situationnelle des personnes âgées en difficulté.

4.2.2. Recours ultérieur à l'EMED par les médecins traitants

Il a été remarqué que l'avancée en âge pourrait augmenter le risque de faire appel à l'EMED par la suite de ce travail avec un risque relatif augmenté (risque relatif supérieur à 1). Le résultat le plus fiable a été obtenu avec un $p = 0,163$ pour un risque relatif à 2 chez les praticiens de 40 ans et plus. Ceci va dans le sens de la littérature avec un lien fort entre l'avancée en âge du médecin généraliste et celui de sa patientèle (79).

Ainsi, plus le médecin généraliste avancera en âge, plus sa patientèle risque d'être âgée et donc poser des problématiques de maintien à domicile.

Il faut noter que l'exercice rural aurait tendance à diminuer ce recours avec un risque relatif à 0,79, mais $p = 0,312$.

Il a été relevé que les praticiens effectuant au minimum 3 visites à domicile par semaine auraient tendance à vouloir recourir à l'EMED par la suite avec un risque relatif à 1,91, mais avec une $p\text{-value} > 5\%$ ($p = 0,163$). Naturellement, il est facile de comprendre qu'un médecin généraliste effectuant un minimum de visites à domicile s'expose plus à une situation de maintien à domicile difficile d'une personne âgée qu'un médecin n'en effectuant aucune.

Autres points importants, l'intégration à la démarche de soins, la communication envers les médecins traitants par l'EMED et une aide importante ressentie, semblent être des facteurs prédisposant ces praticiens à solliciter l'EMED par la suite.

Le sentiment d'avoir été totalement intégrés à la démarche de soins, tout comme le fait que l'aide ressentie soit importante, augmenteraient le recours ultérieur avec un risque relatif retrouvé à 1,25 pour ces deux variables et des $p\text{-values}$ respectives de 0,163 et 0,178.

Le respect complet des demandes émanant des médecins traitants favoriserait son recours ultérieur avec un risque relatif à 1,20 ($p = 0,481$).

Tout ceci s'explique simplement par le fait que le praticien apprécie que ses requêtes soient prises en compte et qu'il ne soit pas exclu de la démarche de soins.

Enfin, la connaissance antérieure de l'EMED par les praticiens augmenterait le fait qu'ils la sollicitent ensuite, avec un risque relatif à 1,10 et une *p-value* proche de la valeur seuil de 5% ($p=0,076$).

Pour rappel, 17,9% des médecins participant rapportaient un manque de promotion de l'EMED Elbeuf-Louviers, d'où un intérêt majeur pour cette structure d'informer les praticiens sur son existence et son intérêt tant pour les patients que pour eux-mêmes.

VI. CONCLUSION

Cette étude comprenait de multiples objectifs.

Tout d'abord, il a été souhaité d'étudier l'observance des préconisations émises par l'EMED Elbeuf-Louviers ainsi que leurs répercussions sur la situation initiale ayant motivée une intervention à domicile.

Avec un lien statistique fort, il a été prouvé qu'un respect complet des préconisations initiales émises par l'EMED Elbeuf-Louviers protège les patients du risque de voir encore leur situation se dégrader. Or seulement 36,5% de ces patients ont pu observer un respect complet de ces préconisations. Un travail sur l'observance des préconisations serait à envisager afin de connaître les facteurs pourvoyeurs d'inobservance et d'y remédier.

Puis la population prise en charge par l'EMED Elbeuf-Louviers a été décrite et suivie durant les 6 mois consécutifs à son intervention, afin de connaître les taux de passage par les services d'urgences et trouver des facteurs de risque d'hospitalisation inappropriée et non programmée. Trois liens statistiquement forts ont pu être établis.

Les patients bénéficiant déjà d'un plan APA voient leur risque de passages itératifs dans un service d'urgences significativement majoré. Un lien statistique significatif a été retrouvé pour les patients diabétiques et les patients souffrant d'une maladie respiratoire chronique, mais la majoration du risque de passer aux urgences n'a pu être affirmée pour ce dernier.

D'autres liens auraient certainement pu être trouvés si notre effectif avait été plus conséquent, avec par exemple, les pathologies rhumatologiques, les troubles cognitifs, la polymédication et sa iatrogénie, le déclin de l'autonomie etc...

Un effectif plus important aurait également permis de noter certains facteurs protecteurs des passages itératifs aux urgences comme la présence d'un aidant principal ou encore le passage infirmier.

Ce travail fait ressortir un résultat étonnant avec un lien statistique presque établi. Le fait d'avoir un aidant épuisé serait protecteur d'une hospitalisation non programmée contrairement au fait d'avoir un aidant principal non épuisé.

Il serait donc intéressant d'effectuer le même travail sur l'ensemble de la région et une période d'inclusion plus longue, afin d'obtenir un effectif important et suffisant, pour conforter ce résultat et comprendre son mécanisme.

Ensuite, le point de vue des médecins traitants concernés par des patients pris en charge par l'EMED Elbeuf-Louviers a été recueilli.

17,9% d'entre eux émettaient une seule et unique critique ; le manque de promotion de cette structure.

Pourtant, celle-ci semble avoir convaincu de son utilité tant pour les patients que pour leurs médecins traitants. Il faut rappeler que 78,6% des médecins participants avec IC 95% = [63,4% ; 93,8%] affirmaient vouloir faire appel à l'EMED à la suite de ce travail, confortant le fait qu'une large majorité des praticiens sollicitera une intervention lorsqu'une nouvelle situation complexe se présentera. Ce résultat est d'autant plus fort que seul 60,7% des praticiens la connaissaient avant d'avoir un patient pris en charge et seulement 50% y avaient déjà recouru.

Ainsi, une campagne d'information auprès des praticiens libéraux serait-elle à envisager ?

Pour terminer, il serait intéressant de savoir si l'intervention de l'EMED peut diminuer les taux de passages dans un service d'urgences. Mais comment connaître une population témoin, ayant les mêmes caractéristiques, non prise en charge par une EMED ?

Ceci pourrait faire l'objet d'une future étude lors d'un prochain travail de thèse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr Odinet Raulin E. Projet Régional de Santé présenté à la Société Gériatrique de Normandie. ARS Haute Normandie. 2011, 11 p. Page consultée le 20/08/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.geronto-normandie.org/uploads/Journees%20printemps%20et%20automne/Journee%20Dieppe%202011/PRS.pdf>
2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Évolution de l'espérance de vie à divers âges. 2014. Page consultée le 15/07/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Recensements de la population. Nombre et proportion de personnes en couple. Page consultée le 15/07/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1281
4. INSEE. Personnes âgées dépendantes : projections à l'horizon 2030. 2014. Page consultée le 21/09/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/actualites/act_presse/IP29_diaporama.pdf
5. Jouanny P. Vieillissement : définition, épidémiologie. 2008. Page consultée le 13/02/2016. Disponible à l'URL :
[http://www.sgoc.fr/DIU%20soignants/2008-2009/s%C3%A9minaire%201/Pr%20P%20Jouanny%20-%20Vieillissement%20def%20epidemiologie%20\[Mode%20de%20compatibilit%C3%A9\].pdf](http://www.sgoc.fr/DIU%20soignants/2008-2009/s%C3%A9minaire%201/Pr%20P%20Jouanny%20-%20Vieillissement%20def%20epidemiologie%20[Mode%20de%20compatibilit%C3%A9].pdf)

6. Rey M et Richard R. National Institute of Aging. 1985.
7. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946 ; et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100.
8. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, De Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. 2011. Page consultée le 16/07/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.jle.com/download/--gpn-290654-la_fragilite_de_la_personne_agee_un_consensus_bref_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_gerontologie-VjTTHH8AAQEAAADxMQ9UAAAAB.pdf
9. Audiffren M. Trois clés pour la préservation de l'autonomie des seniors. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Page consultée le 23/07/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=18282&page=decima
[l/dec2012315/dec2012315_p12.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=18282&page=decima/dec2012315/dec2012315_p12.htm)
10. Berr C, Tasnime Akbaraly N, Nourashemi F, Andrieu S. L'épidémiologie des démences. Inserm Montpellier. 2007, 22 p. Page consultée le 01/08/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.hal.inserm.fr/docs/00/10/90/71/DOC/Epidemiologie_des_demences.doc
11. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. 2011, p. 7. Page consultée le 01/08/2015. Disponible à l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf.

12. Dormont B et Huber H. Vieillessement de la population et croissance des dépenses de santé. Institut Montparnasse. 2013, 56 p. Page consultée le 02/08/2015. Disponible à l'URL :

http://www.institut-montparnasse.fr/wp-content/files/Collection_recherches_n_2.pdf

13. Robine J-M. Espérance de vie et espérance de santé à 65 ans pour l'Europe de 2005 à 2011. INSERM. 2013. Page consultée le 08/08/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances>

14. Lecroart A. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2011, p. 27. Page consultée le 08/08/2015. Disponible à l'URL :

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource_method23.pdf

15. Code de l'action sociale et des familles. Article R232-3 modifié par le décret n° 2008-821 du 21 août 2008 – art. 1. Page consultée le 08/08/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006905623&dateTexte=&categorieLien=cid>

16. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Delphine Roy D. Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation. Dossiers Solidarité et Santé. 2013, 28 p. Pages consultée le 08/08/2015. Disponible à l'URL :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2013/43/article43.pdf>

17. Laurence Hardy L. Vieillir chez soi : choix ou nécessité ? Aide et soins à domicile. Guide des formations des métiers. Collection DOC Gérontologie. 2011, p. 16.
18. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France m ropolitaine à l'horizon 2050. INSEE. Page consulté le 15/08/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
19. INSEE. Personnes âgées dépendantes. Page consulté le 15/08/2015. Page consultée le 15/05/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
20. Kubiak Y. Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. INSEE. Consulté le 15/08/2015. Disponible à l'URL :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18899
21. Bigot R et Foucaud D. Le baromètre des solidarités familiales en France. 2007, 5 p. Page consultée le 18/08/2016. Disponible à l'URL :
<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R242.pdf>
22. TNS Sofres. Les Français et l'intergénérationnel. 2013, 33 p. Page consultée le 18/08/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2013.12.19-intergenerationnel.pdf>
23. ARS Haute-Normandie. Parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile. 2011, 25 p. Disponible à l'URL :
http://ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/actualites/PRS/SROMS/3_a_chapitre2.pdf
24. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Livre des plans de santé publique. 3 me Edition. 2011, 90 p. Page consultée le 25/08/2015. Disponible à l'URL :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf

25. République française. Ministère de la santé et des sports. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS – PRS Version 2. 2012, 110 p. Page consultée le 28/08/2015. Disponible à l'URL :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf
26. République Française. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan national "bien vieillir" 2007 – 2009. 2010, 35 p. Page consultée le 01/09/2015. Disponible à l'URL :
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
27. République Française. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. 2014, 124 p. Page consultée le 01/09/2015. Disponible à l'URL :
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
28. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Page consultée le 01/09/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
29. ARS de Haute Normandie. PRS Haute Normandie 2012-2017 – Schéma régional de l'organisation médicosociale de Haute Normandie. 2012, 152 p. Page consultée le 17/06/2015. Disponible à l'URL :
http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARPRS/definitif/SROMS_sans_annexes_definitif.pdf
30. Code de santé publique. Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 modifiant l'article L.1434-12. Journal Officiel de la République Française 2013. Page consultée le 10/09/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020891647&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

31. Code de la santé publique. Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé. Article R. 1434-6. Journal Officiel de la République Française 2010. Page consultée le 10/09/2015. Disponible à l'URL :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022235390&categorieLien=idn>

32. Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. Journal Officiel de la République Française, 2014. Page consultée le 08/09/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029953502>

33. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, Journal Officiel de la République Française 1986. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel de la République Française. Page consultée le 03/09/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000320195>

34. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire ? 2013, p. 1. Page consultée le 12/07/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf

35. ARS Haute-Normandie. STATISS 2014. 2014, 52 p. Page consultée le 28/08/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_AR/publication/2015/statiss_2014.pdf

36. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

République française. Page consultée le 12/07/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110058.htm>

37. Circulaire N°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. République Française. Page consultée le 12/07/2015.

Disponible à l'URL :

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15980.pdf

38. ARS Haute-Normandie. Coordonnées des Réseaux de Santé en Haute-Normandie - Maintien à domicile des Personnes Agées. 2015, p. 3. Page consultée le 02/07/2015.

Disponible à l'URL :

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/SoinsEtAccompagnement/Reseaux_de_sante/MAJ_Internet_AR_S_HN_fevrier_2015.pdf

39. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 – art. 124. Modifiant les articles D. 312-1 à D. 312-5-1 du Code de l'Action Sociale et des familles. Journal Officiel de la République Française 2009. Page consultée le 18/07/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892715>

40. Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile. République française. Page consultée le 18/07/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm>
41. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. République française. Page consultée le 15/07/2015. Disponible à l'URL :
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170&dateTexte=20150325>
42. Annuaire disponible à l'URL :
<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=centres-locaux-information-coordination-p-a---c-l-i-c---463®ion=haute-normandie&details=associations>
43. Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 – art. 1. Modifie l'article L 113-2 du Code de l'Action et des Familles. Journal Officiel de la République Française 2015. Page consultée le 05/08/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796430&dateTexte=&categorieLien=cid>
44. ARS Haute-Normandie. PRS Haute-Normandie 2012-2017 – SROMS - Soins de longue durée. 2011, 4 p. Page consultée le 05/09/2015. Disponible à l'URL :
http://ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/actualites/PRS/SROS/3.7_offre_hospitaliere_-_soins_de_longue_duree.pdf
45. Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

modifiée concernant les unités de soins de longue durée. République française. Page consultée le 05/09/2015. Disponible à l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060121.htm>

46. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. République Française. Page consultée le 25/09/2015. Disponible à l'URL :

http://www.cnsa.fr/documentation/circulaire_du_6_decembre_2013-composition_commission_regionale_coordination_medicale.pdf

47. Arrêté du 31 octobre 2011 portant création du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS mentionnés respectivement à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles et au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et fixant ses missions et sa composition. Journal Officiel de la République Française 2014. Page consultée le 05/11/2015. Disponible sur l'URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029053338&categorieLien=id>

48. ARS Haute-Normandie. PRIAC 2014-2018. 2014, 43 p. Page consultée le 11/11/2015. Disponible à l'URL :

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/actualites/2014_prs_priac/priac_2014_2018.pdf

49. Institut National du Cancer. Oncodage. 2012. Page consultée le 19/10/2015. Disponible à l'URL :
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/ONCODAGE-Outil-de-depistage-geriatrique-en-oncologie>
50. Demas B. Organisation des soins psychiatriques. 2013, 36 p. Page consultée le 22/10/2015. Disponible à l'URL :
http://www.ch-lerouvray.fr/Centre_hospitalier/presentation.pdf
51. CNSA. Appel à candidatures 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies Alzheimer et apparentées. 2009, 6 p. Page consultée le 12/12/2015. Disponible à l'URL :
http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Appel_a_projets_pour_l_experimentation_de_plateformes_d_accompagnement_et_de_repit_-_janvier_2009.pdf
52. CNSA. MAIA. 2015. Page consultée le 05/01/2016. Disponible à l'URL :
<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
53. Fondation Médéric Alzheimer Haute-Normandie en 2014. Page consultée le 15/12/2015. Disponible à l'URL :
www.fondation-mederic-alzheimer.org/.../Haute_Normandie_2014.pdf
54. Lee et al. JAMA 2006 ; 295:801- 808.
55. Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Etalonnage français du MMS version GRECO. Revue de neuropsychologie. 2003. 13 ; 2 : 209-236.
56. Solomon et al. Arch of Neurol., 1998, dérivée de Freeman.
57. HAS. Recommandations de bonne pratique - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. 2009. Disponible à l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf

58. J Am Geriatr Soc. Author manuscript; available in PMC 2009 May 1.
59. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association. 2000.
60. Yesavage J-A: Geriatric depression scale. Psychopharm Bulletin 1988;24:709 -710.
Clément J-P, Nassif R-F, Léger J-M, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-99. à 4 items
61. Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Suisse, Trademark Owners. Nestlé Nutrition Institute, 2006. Page consultée le 19/11/2015. Disponible à l'URL :
http://www.mna-elderly.com/practice/forms/MNA_french.pdf
62. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Avril 2007. Page consultée le 21/01/2015. Disponible à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
63. Collège des Enseignants de Neurologie. Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé. Page consultée le 05/01/2016. Disponible à l'URL : <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Troubles%20de%20la%20marche,%20de%20l'%C3%A9quilibre,%20chutes%20sujet%20%C3%A2g%C3%A9/index.phtml#III>

64. Pathak A, Elghozi J-L, Fortrat J-O, Senard J-M, Hanon O. Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. 2014, 4 p. Page consultée le 03/02/2016. Disponible à l'URL : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/07/Consensus_d_experts_decembre_2014_SFHTA.pdf
65. Page consultée le 20/12/2015. Disponible à l'URL : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/grilledelarit.pdf
66. INPES, Maladie d'Alzheimer : réaliser une visite longue. 2012. Page consultée le 17/12/2015. Disponible à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1401.pdf>
67. Gautier C. Une population dépendante de plus en plus âgée et féminine. Insee Haute-Normandie. Page consultée le 28/10/2015. Disponible à l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=14868#un
68. CNSA. Le secteur médico-social. Comprendre pour agir mieux. 2013. Page consultée le 16/09/2015. Disponible à l'URL : <http://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>
69. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2012. 10 – 2. Disponible à l'URL : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/les_personnes_agees_de_75_ans_et_plus_en_service_durgences_293257/article.phtml?tab=texte

70. Société Francophone de médecine d'Urgence. 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES. 2003. Disponible à l'URL :
http://www.sfmur.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
71. INSERM - Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI. Page consultée le 23/11/2015. Disponible à l'URL :
http://www.cnsa.fr/documentation/_projet_dependance_4_cohortes_cnsa_version_finale_nov2011_.pdf
72. Rapport d'activité pour la période du 01 janvier 2015 au 01 janvier 2016. Centre(s) : CM Elbeuf/Louviers. Rapport réalisé le: jeudi 21 janvier 2016.
73. Le Breton-Lerouillois G. Ordre Nationale des Médecins - LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION HAUTE-NORMANDIE : Situation en 2015. p.45. Disponible à l'URL :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf
74. Seigneur Y. L'exercice de la médecine générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ? Thèse de Doctorat en Médecine. Rouen : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2013. Page consultée le 09/02/2016. Disponible à l'URL :
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960372/document>
75. Büla C, Jaccard Ruedin H, Carron P-N. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. Revue Médicale Suisse – 2012 ; 1534-1538. Page consultée le 19/01/2016. Disponible à l'URL :
<http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-350/Personnes-agees-aux-urgences-defis-actuels-et-futurs>

76. INPES. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. 2012. Page consultée le 05/03/2016. Disponible à l'URL :
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
77. Sautebin A, Monod S, Büla C, Clerc D, Garcia W. Patients âgés admis aux urgences suite à une chute : que faire ? Revue Médicale Suisse 2012 ;1539-1543. Disponible à l'URL :
<http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-350/Patients-ages-admis-aux-urgences-suite-a-une-chute-que-faire>
78. Michel M. Chute du sujet âgé. DIU soignant en gériatrie. 2013. Page consultée le 03/03/2016. Disponible à l'URL :
https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20131121024418dsommechute_diu_soignants.pdf
79. Favier C. « Quels patients pour quels médecins ? Etude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée. »
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Lille. Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2014. Disponible à l'URL :
<http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4b8f5b2d-e5f8-441f-854d-ed466fe06090>

ANNEXES

Annexe 1 : Consentement de prise en charge de l'EMED Elbeuf-Louviers.



CLIC-Repère'âge

EQUIPE MOBILE D'EVALUATION A DOMICILE

Consentement de prise en charge concernant

Mme / Mr

Adresse

Madame, Monsieur

L'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatologique à Domicile, composée d'une infirmière, d'un médecin gériatre et d'un intervenant du Centre Local d'Information et de Coordination, a été sollicité par pour évaluer votre situation.

Dans le cadre de cette activité de partenariat, les intervenants médico-sociaux s'engagent à coordonner leurs activités afin d'apporter des réponses adaptées à vos besoins.

Ils s'engagent à respecter votre manière de vivre, vos valeurs, vos convictions, sans jugement, en référence à la charte des droits et libertés de la personne accueillie (disponible sur demande).

Avec votre accord, les intervenants pourront partager les informations de nature confidentielles vous concernant. Ces informations confidentielles sont couvertes par le secret professionnel.

Le document de synthèse de l'intervention de l'équipe mobile d'évaluation à domicile sera intégré au dossier médical informatisé du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val-de-Reuil. Vous avez, à tout moment, la possibilité de refuser que certaines informations vous concernant soient partagées ou enregistrées dans le cadre d'un traitement automatisé (CNIL, loi du 6 janvier 1978) en informant les intervenants de l'équipe mobile. Ce document de synthèse sera adressé à votre médecin traitant.

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des modalités et principes de fonctionnement de l'équipe Mobile d'évaluation à domicile et demande à bénéficier de ses services

Fait à ,le

Nom et
Signature de l'utilisateur

Nom et
Signature aidant principal

Nom et
Signature de l'intervenant

Annexe 2 : Auto-questionnaire de satisfaction adressé aux médecins traitants.

Questionnaire de satisfaction réalisé auprès des médecins traitants dont les patients ont été pris en charge par l'EMED Elbeuf – Louviers du 1er Juillet 2014 et au 30 Juin 2015.

Questionnaire adressé aux médecins généralistes concernés par l'intervention de l'EMED Elbeuf – Louviers, dans le cadre de la réalisation d'un travail de thèse pour l'obtention du doctorat en médecine générale.

L'objectif de ce questionnaire est de compléter un travail analysant l'activité de l'EMED Elbeuf - Louviers pour la période du 1er Juillet 2014 au 30 Juin 2015 et de connaître le point de vue du médecin généraliste à son égard.

A. Profil du médecin

1. Quel est votre âge ?

- ☐ < 30 ans ☐ 30 à 39 ans ☐ 40 à 49 ans
☐ 50 à 59 ans ☐ > 60 ans

2. Quel est votre sexe ?

☐ Femme ☐ Homme

3. Quel est votre mode d'exercice ?

☐ Rural (< 2000 hab) ☐ Semi rural (2000 à 10 000 hab)

☐ Urbain (> 10 000 hab)

4. Dans votre cabinet, vous exercez :

☐ Seul(e) ☐ En cabinet de groupe

5. Combien de consultation réalisez-vous par semaine ?

☐ < 60 ☐ 60 à 90 ☐ 90 à 120 ☐ 120 à 150 ☐ > 150

B. Concernant l'EMED :

6. A quelle fréquence, dans vos consultations et visites, êtes-vous confronté(e)s à des difficultés dans maintien à domicile de personnes âgées ?

☐ Jamais

☐ Rarement (< 1 fois par mois)

☐ Assez souvent (entre 1 et 3 fois par mois)

☐ Très souvent (> 3 fois par mois)

7. Aviez-vous connaissance de l'existence de l'EMED auparavant ?

☐ OUI ☐ NON

8. Si oui, comment avez-vous contacter l'EMED ? Par :

☐ Le CLIC ☐ La consultation mémoire

☐ Les gériatres du CHI directement ☐ Autre

9. Avez-vous déjà sollicité l'intervention de l'EMED ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, pour quel motif ?

☐ Critère social	Exemples : Logement insalubre / inadapté Epuisement des aides à domicile Refus du plan d'aide par personne / entourage Rupture de soins
☐ Critère fonctionnel	Exemples : GIR 1 à 4 - IADL
☐ Critère somatique	Exemples : 2 hospitalisations non programmées Chutes Troubles cognitifs Plaies chroniques Polypathologies Troubles du comportement (positif et négatif) Troubles nutritionnels
☐ Autre motif ?	Merci de préciser :

10. L'intervention de l'EMED a-t-elle répondu à votre demande ?

- ☐ TOTALEMENT
- ☐ PARTIELLEMENT
- ☐ AUCUNEMENT

11. Vous diriez que son action facilite votre pratique quotidienne de façon :

- ☐ IMPORTANTE
- ☐ PEU IMPORTANTE
- ☐ INSIGNIFIANTE

12. Vous vous êtes senti(e) :

- ☐ TOTALEMENT INTEGRE(E) DANS LA DEMARCHE DE SOINS
- ☐ PEU INTEGRE(E) DANS LA DEMARCHE DE SOINS
- ☐ EXCLU(E) DE LA DEMARCHE DE SOINS

13. Par la suite, ferez-vous à l'intervention de l'EMED ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

14. Vous trouvez les comptes rendus de l'EMED :

- ☐ PEU EXHAUSTIFS
- ☐ CORRECTES
- ☐ TROP EXHAUSTIFS

15. Avez-vous d'autres critiques à nous soumettre ?

Si OUI, lesquelles ?

Je vous remercie vivement de l'attention et du temps que vous avez consacré à mon travail.

Annexe 3 : Echelle ADL de Katz.

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de laçer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

Annexe 4 : Echelle IADL de Lawton.

I - Utiliser le téléphone 1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. ☐ 2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus. 3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler. 4 - Ne se sert pas du tout du téléphone. * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.	VI - Utiliser les transports 1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. ☐ 2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné. 3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers. 4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.
II - Faire des courses 1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. ☐ 2 - N'est indépendant que pour certaines courses. 3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses. 4 - Est complètement incapable de faire des courses. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	VII - Prendre des médicaments 1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. ☐ 2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels. 3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance. 4 - Est incapable de prendre ses médicaments. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.
III - Préparer des repas 1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. ☐ 2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis. 3 - Peut réchauffer et servir des repas préculés ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient. 4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	VIII - Gérer ses finances 1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. ☐ 2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert. 3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses. 4 - Est incapable de s'occuper d'argent. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.
IV - Faire le ménage 1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). ☐ 2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit. 3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison. 4 - Ne participe à aucune tâche ménagère. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	
V - Faire la lessive 1 - Fait sa propre lessive. ☐ 2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes. 3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc. 4 - La lessive doit être faite par des tiers. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	

Score Global

Annexe 5 : Grille AGGIR.

Nom et prénom		M. Sec. Soc.		Adresse		Né(e) le		Âge		Date de l'évaluation		Fiche récapitulative AGGIR	
Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalelement C = Correctement		Code		Code final		Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.	
		S	T	C	H								
1. Transferts		☐	☐	☐	☐							Codage intermédiaire	
2. Déplacements à l'intérieur		☐	☐	☐	☐							Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).	
3. Toilette												Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.	
haut		☐	☐	☐	☐							▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A.	
bas		☐	☐	☐	☐							(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)	
4. Élimination												▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas)	
urinaire		☐	☐	☐	☐							▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B.	
fécale		☐	☐	☐	☐							Codefinal si sous-variables	
5. Habillage												▪ Cohérence :	
haut		☐	☐	☐	☐							- AA = A ;	
moyen		☐	☐	☐	☐							- CC, CB, BC, CA, AC = C ;	
bas		☐	☐	☐	☐							- AB, BA, BB = B	
6. Cuisine		☐	☐	☐	☐							▪ Orientation :	
7. Alimentation												- AA = A ;	
se servir		☐	☐	☐	☐							- CC, CB, BC, CA, AC = C ;	
manger		☐	☐	☐	☐							- AB, BA, BB = B	
8. Suivi du traitement		☐	☐	☐	☐							▪ Toilette :	
9. Ménage		☐	☐	☐	☐							- AA = A ;	
10. Alerter		☐	☐	☐	☐							- CC = C ;	
11. Déplacements à l'extérieur		☐	☐	☐	☐							- Autres = B	
12. Transports		☐	☐	☐	☐							▪ Habillage :	
13. Activités du temps libre		☐	☐	☐	☐							- AAA = A ;	
14. Achats		☐	☐	☐	☐							- CCC = C ;	
15. Gestion		☐	☐	☐	☐							- Autres = B	
16. Orientation												▪ Alimentation :	
dans le temps		☐	☐	☐	☐							- AA = A ;	
dans l'espace		☐	☐	☐	☐							- CC, BC, CB = C ;	
17. Cohérence												- Autres = B	
communication		☐	☐	☐	☐							▪ Élimination :	
comportement		☐	☐	☐	☐							- AA = A ;	
		☐	☐	☐	☐							- CC, BC, CB, AC, CA = C ;	
		☐	☐	☐	☐							- Autres = B	
												Groupe iso-ressources Défini par le système informatique	

Annexe 6 : Score de Lee.

1. Age :

60-64 : 1 point.

65-69 : 2 points.

70-74 : 3 points.

75-79 : 4 points.

80-84 : 5 points.

85 : 7 points.

2. Sexe Male : 2 points.

3. IMC < 25 : 1 point.

4. Est-ce qu'un docteur vous a déjà parlé de diabète ou d'un excès de sucre ? Diabète : 2 points.

5. Est-ce qu'un médecin vous a parlé de cancer ou de tumeur maligne, excepté les petits cancers de la peau ? Cancer : 2 points.

6. Avez-vous une maladie chronique du poumon qui limite vos activités habituelles ou nécessite de l'oxygène à la maison ? Maladie pulmonaire : 2 points.

7. Est qu'un docteur vous a parlé d'insuffisance cardiaque congestive ? Insuffisance cardiaque : 2 points.

8. Avez-vous fumé des cigarettes durant la dernière semaine ? Tabac récent : 2 points.
9. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à prendre un bain ou une douche ? Bain : 2 points.
10. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à gérer votre argent- comme payer des factures ou faire vos comptes ? Finances : 2 points.
11. Du fait de problème de santé, avez-vous des difficultés à marcher quelques centaines de mètres ? Marche : 2 points.
12. Du fait de problème de santé, avez-vous des difficultés à tirer ou pousser de gros objets comme un fauteuil par exemple ? Pousser ou tirer : 1 point.

Annexe 7 : MMSE de Folstein.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

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 :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

☐
☐
☐
☐
☐

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

☐
☐
☐
☐
☐

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

☐
☐
☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | ☐ |
| 15. | 86 | ☐ |
| 16. | 79 | ☐ |
| 17. | 72 | ☐ |
| 18. | 65 | ☐ |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

☐
☐
☐

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

☐
☐
☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

☐
☐
☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

☐

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. »*****

☐

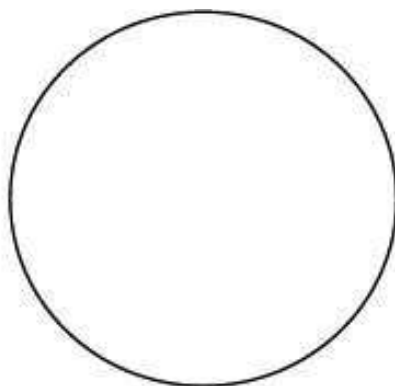
Praxies constructives

/ 1

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

☐

Annexe 8 : Test de l'horloge.



Test de l'horloge

Consignes de passation

« Imaginons que ce cercle représente le cadran d'une horloge (ou d'une montre). Vous allez dessiner les chiffres représentant les heures dans ce cercle comme vous les verriez sur le cadran d'une horloge. »

Donnez au patient un crayon et une gomme et attendez qu'il inscrive les chiffres de 1 à 12.

Une fois terminé, mettez un point au centre et dites-lui :

« Ceci étant le centre du cadran, dessinez moi les aiguilles de sorte à lire 11H10. »

Annexe 9 : Echelle mini GDS à 4 items. Dépistage de la dépression chez le sujet âgé.

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?oui = 1, non = 0.
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?oui = 1, non = 0.
3. Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?oui = 0, non = 1.
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? ...oui = 1, non = 0.

Cotation :

Si score total égal ou supérieur à 1, très forte probabilité de dépression.

Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression.

Annexe 10 : Echelle GDS à 15 items. Dépistage de la dépression chez le sujet âgé.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE A 15 ITEMS

GDS - 15	Compter 1 point si :
Etes-vous satisfait de votre vie ?	Non
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Non
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui
Etes-vous heureux la plupart du temps	Non
Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui
Préférez-vous rester seul dans votre chambre / chez vous plutôt que de sortir ?	Oui
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Non
Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Non
Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui
Score	/15

<http://www.wikimedecine.fr>

Annexe 11 : MNA dépistage.

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

Annexe 12 : Grille de ZARIT - Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère.

Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

0 = jamais

1 = rarement

2 = parfois

3 = assez souvent

4 = presque tout le temps

A quelle fréquence vous arrive-t-il :

1. Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?

2. Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?

3. Vous sentir tiraillé entre les besoins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ?

4. Vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ?

5. Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?
6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ?
7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?
8. Sentir que votre parent est dépendant de vous ?
9. Vous sentir tendu en présence de votre parent ?
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?
14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ?

16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?

17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?

18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?

19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?

Annexe 13 : Grille Mini – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Patient

Notation : 0 = jamais, ½ = parfois, 1 = souvent 0

1 Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ?
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?
- un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

2 Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

3 Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

4 Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

5 Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

Annexe 14 : Modèle d'ajustement des Odds Ratio.

Modèle d'ajustement avec prise en compte : âge, sexe, APA, suivi global (à l'exception des patients sans préconisation initiale et ceux non réévalués), diabète, ADL (à l'exclusion de ceux ayant un score à 0).

Les modalités d'ajustement :

- Le suivi global : pour s'intéresser à l'effet sur le passage aux urgences de l'observance des préconisations de l'EMED, il s'agit d'exclure les patients pour lesquels on ne peut pas avoir d'information sur leur observance. La modalité « absence de préconisation initiale » présente un défaut de pertinence, car un OR des « absences de réévaluation » n'apporte aucune information sur le pronostic en lien avec le type d'observance des préconisations.

- Le score ADL : un score nul a été exclu pour la validité du modèle.

Tableau 24 : Récapitulatif des Odds ratio ajustés.

Odds ratio ajustés et intervalles de confiance à 95%				
Variables	Limites	OR ajustés	Limites intervalles de confiance à 95%	
APA	OUI	20.695	1.860	230.254
	NON (Référence)	1		
Age (moyennes en années)	85	1.269	1.054	1.527
	83	1		
Sexe	Femmes	2.116	0.217	20.613
	Hommes (Référence)	1		

Odds ratio ajustés et intervalles de confiance à 95%				
Variables	Limites	OR ajustés	Limites intervalles de confiance à 95%	
Diabète	OUI	70.230	2.292	>999.999
	NON (Référence)	1		
Respect global	Nul	0.161	0.009	2.775
	Total (Référence)	1		
	Partiel	1.934	0.214	17.460
	Total (Référence)	1		
ADL	1/4	1.939	0.124	30.214
	4/4 (Référence)	1		
	2/4	3.992	0.265	60.145
	4/4 (Référence)	1		
	3/4	1.068	0.080	14.255
	4/4 (Référence)	1		

Tableau 25 : Récapitulatif des Odds Ratio bruts pour tous les types de « respect global » à l'exception de « absence de préconisation initiale ».

Odds Ratio bruts et intervalles de confiances à 95%				
Variables	Limites	OR	Limites intervalles de confiance à 95%	
APA	OUI	3.142	1.185	8.332
	NON (Référence)	1		
Diabète	OUI	4.499	1.248	16.210
	NON (Référence)	1		
Respect global	Absence de préconisation initiale	>999.999	<0.001	>999.999
	Total (Référence)	1		
Respect global	Nul	0.750	0.129	4.356
	Total (Référence)	1		
Respect global	Partiel	1.083	0.322	3.641
	Total (Référence)	1		
Sexe	Femmes	0.827	0.308	2.225
	Hommes (Référence)	1		
ADL	1/4	1.852	0.446	7.691
	4/4 (Référence)	1		
	2/4	2.857	0.808	10.099
	4/4 (Référence)	1		
	3/4	1.111	0.265	4.666
	4/4 (Référence)	1		

RESUME

INTRODUCTION : La proportion de personnes âgées, en particulier avec une dépendance modérée et à domicile, s'accroît depuis plusieurs décennies. En 2011, l'ARS de Haute-Normandie a souhaité un rapprochement des Centres Locaux d'Information et de Coordination et des équipes de gériatrie des centres hospitaliers, par la création des Equipes Mobiles d'Evaluation à Domicile. L'EMED Elbeuf-Louviers élabore un plan d'aide et de soins au domicile du patient dont les effets ont été analysés dans ce travail.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude descriptive prospective de l'activité de l'EMED Elbeuf-Louviers durant 12 mois. Les critères d'inclusion des patients reprennent ceux du déclenchement d'une intervention de l'EMED. Une première visite réalise une évaluation gérontologique standardisée ciblant les problématiques et élaborant des préconisations. Une réévaluation à 4 mois a permis d'apprécier l'observance des préconisations et l'évolution des situations de ces patients. Une évaluation de la satisfaction des médecins traitants concernés a été réalisée au travers d'un auto-questionnaire.

RESULTATS : Un lien statistique, entre les patients ayant une maladie respiratoire chronique et le passage dans un service d'urgences dans les 6 mois, a été trouvé ($p = 0.005$), comme pour les patients diabétiques ($p = 0.019$) et les patients bénéficiant déjà de l'APA ($p = 0.027$). Il a aussi été prouvé qu'un respect total des préconisations évite une dégradation de la situation ($p=0.018$). Enfin, l'EMED semble avoir convaincu les praticiens, car 78.6% d'entre eux, avec un intervalle de confiance à 95% = [63.4% ; 93.8%], ont rapporté vouloir y faire appel pour de nouvelles situations de maintien à domicile difficiles.

CONCLUSION : L'apport bénéfique que peut apporter l'EMED Elbeuf-Louviers a pu être établi pour les personnes âgées. Les médecins traitants y trouvent également leur intérêt puisqu'une large majorité fera appel à l'EMED pour une nouvelle situation complexe.

MOTS CLES : maintien à domicile, personnes âgées, gériatrie, autonomie, fragilité, équipe mobile d'évaluation à domicile, préconisations, médecine générale.