



Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux : enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée

Jérôme Brasseur

► To cite this version:

Jérôme Brasseur. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux : enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665309

HAL Id: dumas-01665309

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665309>

Submitted on 15 Dec 2017

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.

THESE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 7 novembre 2017

Par

Jérôme BRASSEUR

Né le 30 juin 1987 à ANNECY (74)

**Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux:
Enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs
de l'Evaluation Gériatrique Standardisée**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Membres du jury

Madame le Professeur Nathalie SALLES

Président

Monsieur le Professeur Jean-François DARTIGUES

Rapporteur

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Juge

Madame le Docteur Céline LEPY - EL KADRI

Juge

Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Juge

Remerciements

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Natalie SALLES

Vous me faites l'honneur et le plaisir de présider ce jury de thèse, soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-François DARTIGUES

Vous avez accepté avec enthousiasme de rapporter mon travail, en posant dessus, votre regard de Professeur en Santé Publique. Veuillez recevoir ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Après avoir été dans mon jury de Portfolio, je vous remercie de vous être rendu disponible aujourd'hui afin de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver ici toute ma considération.

A Madame le Docteur Céline LEPY – EL KADRI

Merci Céline pour ton accueil chaleureux et souriant au sein du cabinet médical pendant mon dernier semestre. C'est une grande joie pour moi que tu fasses partie de mon jury aujourd'hui. Je te remercie de la confiance que tu m'accordes en me permettant de continuer à travailler avec toi ces prochaines années.

A Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Je te remercie d'avoir dirigé ma thèse et de m'avoir accompagné pas à pas. Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse qui m'ont beaucoup aidé dans ce travail.

A ma famille,

A Maï (ma grand-mère adorée)

Merci pour toutes ces vacances d'été inoubliables à la Ferme avec Benjamin. Tu es toujours souriante et prête à aider tes petits enfants. Je suis content de t'avoir au téléphone régulièrement, à défaut de pouvoir venir plus souvent. Les Ardennes, c'est loin!

Merci d'avoir pris du temps pour la relecture et la correction des fautes de grammaire, d'orthographe et de conjugaison! Ta venue pour ma soutenance me touche énormément.

A Mamino (mon autre grand-mère adorée)

C'est grâce à toi tous ces bons moments passés au Pyla, je t'en remercie. Je suis toujours content de pouvoir passer te voir.

A mon père

Tu m'as transmis la passion des voyages, j'aime partager et échanger à ce sujet avec toi. Je suis heureux que tu sois venu à Bordeaux aujourd'hui.

A ma mère

Tu m'as élevé avec amour et tendresse. Tu m'as toujours soutenu durant ces longues années d'études et je t'en remercie.

A Denis

Merci pour ta bonne humeur et ton énergie que tu apportes à chacune de nos rencontres.

A Benja, Julie et Nora

Je suis touché que vous ayez pu venir aujourd'hui. Grâce à vous, je suis un tonton comblé.

A Eli, Tiphaine, Arnaud, Valentin, Maël, Caro et Liam

Depuis mon arrivée à Bordeaux, je suis content de vous voir plus souvent. C'est toujours un plaisir de passer un moment avec vous, que ce soit pour une glace au Moulleau ou pour un Esquissé.

A mes amis,

A Annou et Tki (mes deux fidèles routards)

Que de pays découverts, de PMU validés. Et dire que tout a commencé un hiver en Clio! Tout cela dans la joie et la bonne humeur. Mon niveau d'anglais n'est peut-être pas étranger à cela: Do you want to donate? Oun, oun!

Mon petit Camille, Didier t'embrasse très fort. Au fait, j'ai oublié, il fait quoi le zèbre?

A Raf

Merci pour tous les bons moments passés ensemble depuis notre rencontre au CTM: que ce soit au ski, en soirée ou en salle de travail. J'espère qu'il y en aura pleins d'autres, d'autant plus que nous trouvons maintenant tous les deux dans le Sud-Ouest. Je te souhaite plein de bonheur.

A Claire

4 ans et demi que tu me supportes. A moins que ce ne soit l'inverse? Merci d'avoir toujours été là pour moi. Tu as rendu mon internat plus ensoleillé.

A Merry

Après 3 ans et demi de vie "commune", des centaines de matchs de tennis disputés, des milliers de kilomètres randonnés, des dizaines de bons restos avalés, je tenais à te remercier pour tous ces bons moments. A bientôt sur les pistes des Pyrénées ou sur les sommets Portugais.
Remercie également ta maman pour toutes ses gentilles attentions envers moi.

A Elisa

A toi qui avais terminé ton Portfolio avant que le mien n'est commencé: qui aurait parié que je termine cette thèse avant toi? Je te remercie pour ta bonne humeur et tes anecdotes croustillantes, pleines de rebondissement qui me font toujours rigoler. D'ailleurs, j'espère qu'en ce 7 novembre, tu n'as pas trop chaud! Plein de bonheur à vous deux, et bientôt trois.

A Thibault et Maïté

Je vous remercie pour toutes ces belles années passées à Grenoble à vos côtés. J'ai adoré vous retrouver début septembre, et pouvoir m'occuper de vos deux princesses.

N'hésitez pas à venir, revenir, revenir encore et encore à Bordeaux, même à l'improviste, vous serez toujours les bienvenus.

A Cécile

Merci pour tous les trajets Annecy-Grenoble en 106 du dimanche soir. Retours interminables mais au combien inoubliables. Tu as contribué à ma réussite en P1. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Steph, Cléa et _ _ _ _ _ (à compléter dans quelques jours).

A Bobo et Elise

Merci pour cette soirée mémorable de la Saint-Patrick au Coco Loco, plein de bonheur à vous deux.

A Sandra et Sophie

Mon semestre de pédiatrie au CHU n'aurait pas été le même sans vous. Vous aviez déjà, à mes yeux, le rang de chef de clinique en venant m'aider en cas de besoin et en m'évitant les week-ends de garde au début du stage. Vous êtes géniales, ne changez pas.

A Marika

Je suis ravi de ton installation en libéral. Ton professionnalisme est grand. J'espère pouvoir continuer à travailler avec toi.

Thomas, je te renouvelle mes félicitations pour ton concours et je te souhaite une pleine réussite pour ces deux années de formation d'IADE.

A ceux qui ont marqué ma formation médicale,

A toute l'équipe du court séjour gériatrique de Mont de Marsan

Mes premiers pas d'interne ont été avec vous. Vous m'avez chouchouté et parfaitement encadré. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes. Mon internat a commencé dans votre service de gériatrie et se termine par cette thèse... la boucle est bouclée.

A Georgine et Xavier

J'ai commencé mes premiers pas de médecin généraliste libéral à vos côtés et vous m'avez conforté dans l'idée que ce métier était fait pour moi.

A l'équipe de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité

Vous êtes toutes indispensables au bon fonctionnement de cette entité. Votre travail est essentiel pour nous médecin généraliste. J'espère que ma thèse contribuera à la bonne marche de l'unité.

A Louis

Tu m'as rendu les statistiques moins obscures. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

A Claudie, Amélie et Vanessa

Merci pour votre aide précieuse au cabinet. C'est un plaisir de travailler avec vous.

Claudie, je profite de ce 7 novembre pour te souhaiter un très bon anniversaire.

Et pour terminer en beauté:

A Alain, Jean-Luc et Pierre

Merci de m'avoir fait progresser et partager votre expérience durant mon dernier semestre.

C'est un honneur et une chance de pouvoir continuer à travailler à vos côtés.

Table des matières

Liste des abréviations.....	9
Index des figures.....	10
Index des tableaux.....	11
Résumé.....	12
Abstract.....	13
1. Introduction.....	14
1.1. Epidémiologie.....	14
1.2. Classification et évaluation du sujet âgé.....	14
1.2.1. Les personnes âgées dépendantes.....	14
1.2.2. Les personnes âgées fragiles.....	15
1.2.3. L'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS).....	16
1.3. Enjeu économique.....	20
1.4. Naissance du projet Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	21
1.4.1. Au niveau national.....	21
1.4.2. Au niveau de la ville de Bordeaux.....	22
1.5. Les dispositifs du PAERPA bordelais	23
1.5.1. Plateforme Autonomie Sénior.....	23
1.5.2. Plan Personnalisé de Santé.....	24
1.5.3. EHPAD Relais.....	24
1.5.4. Astreinte IDE nuit.....	25
1.5.5. EHPAD dans et hors les murs.....	25
1.5.6. PAACO.....	26
1.5.7. Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD).....	26
1.5.8. Equipe "urgence nuit".....	26
1.5.9. Permanence téléphonique "Gériatrie".....	27
1.5.10. Téléconsultations en EHPAD.....	28
1.5.11. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.....	28
1.6. Questions de recherche.....	31
1.6.1. Objectif principal.....	32
1.6.2. Objectifs secondaires.....	32
2. Matériels et méthodes.....	33
2.1. Schéma de l'étude	33
2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	33
2.2.1. De l'étude comparative.....	33
2.2.2. De l'étude descriptive.....	34
2.3. Recueil des données.....	34
2.3.1. De l'étude comparative.....	34
2.3.2. De l'étude descriptive.....	35
2.4. Analyse statistique.....	36
3. Résultats.....	37
3.1. Etude comparative de satisfaction.....	39
3.1.1. Caractéristiques des médecins traitants.....	39
3.1.2. Satisfaction aux propositions diagnostiques.....	40
3.1.3. Satisfaction aux propositions thérapeutiques.....	40
3.1.4. Satisfaction aux propositions d'aides humaines et matérielles.....	40
3.1.5. Satisfaction aux propositions d'aides sociales.....	41

3.1.6. Satisfaction aux propositions de suivi médical.....	41
3.1.7. Satisfaction globale.....	42
3.1.8. Recours ultérieur à l'unité pour un autre patient.....	42
3.1.9. Question ouverte.....	43
3.2. Etude descriptive.....	44
3.2.1. Les caractéristiques des patients.....	44
3.2.2. L'intervention de l'unité.....	51
3.2.3. Le devenir des patients.....	53
4. Discussion.....	54
4.1. Etude comparative.....	54
4.1.1. Critère d'exclusion.....	54
4.1.2. Caractéristiques des médecins traitants.....	54
4.1.3. Satisfaction des médecins traitants.....	55
4.2. Etude descriptive.....	56
4.2.1. Les caractéristiques des patients.....	56
4.2.2. L'intervention de l'unité.....	59
4.2.3. Le devenir des patients.....	60
5. Conclusion.....	62
Annexes.....	63
Bibliographie.....	74
Serment d'Hippocrate.....	79

Liste des abréviations

ADL: Activities of Daily Living

AGGIR: Autonomie, Gériatologie, Groupes Iso-Ressources

ARS: Agence Régionale de Santé

BMO: Bilan Médicamenteux Optimisé

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

CTA: Coordination Territoriale d'Appui

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DomCare: Domicile Care

EGS: Evaluation Gériatrique Standardisée

EMG: Equipe Mobile de Gériatrie

ESAD: Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile

GDS: Geriatric Depression Scale

HAS: Haute Autorité de Santé

HCAAM: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HDJ: Hôpital De Jour

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

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

MT: Médecin Traitant

NPI: Neuropsychiatric Inventory

PAACO: Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication santé

PAERPA: Personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS: Plan Personnalisé de Santé

SFGG: Société Française de Gériatrie et de Gériatologie

Index des figures

Figure 1: Schéma de l'étude.....	38
Figure 2A et 2B: Score ADL (A) et IADL (B) des patients.....	45
Figure 3: Score MMSE des patients.....	45
Figure 4: Score GDS (15 items) des patients.....	46
Figure 5A, 5B, 5C et 5D: Répartition des patients aux outils d'évaluation du risque de chute: Timed Up and Go Test (5A), Walking when Talking Test (5B), Appui unipodal (5C), HTOS (5D).....	47-48
Figure 6: Score de Charlson gériatrique des patients.....	49
Figure 7: Répartition des patients en fonction du nombre de traitements.....	50
Figure 8: Motifs d'intervention annoncés et retenus.....	52

Index des tableaux

Tableau 1: Age, sexe et mode d'exercice des médecins traitants.....	39
Tableau 2: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions diagnostiques.....	40
Tableau 3: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions thérapeutiques.....	40
Tableau 4: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions d'aides humaines et matérielles.....	41
Tableau 5: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions d'aides sociales.....	41
Tableau 6: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions de suivi médical.....	41
Tableau 7: Comparaison de la satisfaction globale.....	42
Tableau 8: Possibilité de recours à l'unité en 2017.....	42
Tableau 9: Age des patients.....	44
Tableau 10: Conditions de vie au moment de l'évaluation.....	44
Tableau 11: Devenir des patients à 1 mois.....	44

Résumé

Introduction: Le projet national Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est destiné aux sujets de 75 ans et plus, encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social. L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité fait partie des dispositifs testés sur la ville de Bordeaux. Elle réalise une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) de la personne âgée à son domicile afin d'identifier des problématiques, et émet des propositions de prise en charge à destination de son médecin traitant.

Notre objectif était de comparer la satisfaction des médecins traitants, demandeurs de l'EGS à celle des non demandeurs, vis-à-vis des propositions faites par l'unité.

Matériels et méthodes: Un autoquestionnaire a été envoyé aux médecins traitants, des patients évalués sur l'année 2016, permettant de recueillir leurs caractéristiques (âge, sexe, mode d'exercice) et leurs satisfactions aux propositions, classées selon cinq thématiques: diagnostique, thérapeutique, aides humaines et matérielles, aides sociales et suivi médical.

Résultats: Chez les 185 patients ayant eu une EGS sur l'année 2016, 103 médecins traitants différents ont été identifiés et inclus. 62,1 % des questionnaires ont été retournés. Quelque soit la thématique, la différence de satisfaction n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes (diagnostique $p = 0,84$; thérapeutique $p = 0,26$; aides humaines et matérielles $p = 0,37$; aides sociales $p = 0,94$; suivi médical $p = 0,67$).

Les médecins traitants sont satisfaits ou très satisfaits des propositions dans 90,7 %.

Discussion: L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité constitue une aide précieuse pour les médecins traitants dans la prise en charge des personnes âgées fragiles sur Bordeaux. Une pérennisation, ainsi qu'une extension territoriale de ce dispositif, serait souhaitable au terme du projet PAERPA.

Mots clés: Perte d'autonomie, évaluation gériatrique standardisée, projet PAERPA

Abstract

Introduction: The « Elderly at Risk of Losing Autonomy » (ERLA) national project is aimed at patients of 75 and over who are still self-sufficient but whose condition may deteriorate for medical and/or social reasons. The inner-city multi-professional geriatric evaluation unit is one of the plans that were tested in the city of Bordeaux. It undertakes a Standardized Geriatric Evaluation (SGE) of the elderly patient at their place of residence in order to identify potential problems, and it then proposes care options to the treating physician.

Our goal was to compare the general satisfaction of the treating physicians who had requested the SEG and those who had not regarding the care options proposed by the unit.

Methods: A satisfaction questionnaire was sent to the physicians treating the evaluated patients over the year of 2016 in order to collect the patients' characteristics (age, sex and exercise method) as well as the physicians' level of satisfaction to the care options proposed, according to five main themes : diagnosis, therapeutic, human and material help, social help and medical follow-up.

Results: Amongst the 185 patients concerned with a SEG over the year of 2016, 103 different treating physicians were identified and included in the study. 62,1 % of the questionnaires were filled and sent back by those physicians. No matter the theme, the satisfaction difference does not seem statistically significant between both groups (diagnosis $p = 0.84$; therapeutic $p = 0.26$; human and material help $p = 0.37$; social help $p = 0.94$; medical follow-up $p = 0.67$).

The treating physicians are either satisfied or very satisfied of the care options proposed in 90.7 % of the cases.

Discussion: The inner-city multi-professional geriatric evaluation unit constitute a precious help for treating physicians for the care of frail elderly in the city of Bordeaux. It would be advisable to make this plan durable as well as expand it over the French territory when the ERLA project will meet its term.

1. Introduction

1.1. Epidémiologie

En France, au 1er janvier 2017, les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles de 75 ans et plus, représentent respectivement 19,2 % et 9,1 % de la population (1).

Le vieillissement de la population ne cesse de s'accroître. En appliquant les tendances démographiques actuelles, la population française gagnerait 10 millions d'habitants à l'horizon 2070. La quasi-totalité de cette hausse concernerait les personnes âgées de 65 ans et plus. La part des 75 ans et plus passera à 17,9 %, soit le double qu'aujourd'hui (2).

1.2. Classification et évaluation du sujet âgé

La pyramide de Kaiser est issue d'un système de soins américain (*Kaiser permanence*). Elle stratifie, en niveaux de risque, une population atteinte d'une maladie chronique dans le but d'apporter une prise en charge appropriée et graduée (Annexe 1).

En appliquant ce modèle, non plus à une maladie, mais à la population gériatrique, on distingue trois étages:

- la base, constituée des personnes autonomes, robustes
- la partie intermédiaire, comprenant les personnes en risque de perte d'autonomie, c'est à dire fragiles
- le sommet, avec les personnes dépendantes.

1.2.1. Les personnes âgées dépendantes

Le sujet âgé dépendant est défini par Maurice Arreckx comme "tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement et, par là-même, doit avoir recours à une tierce personne, pour accomplir

les actes ordinaires de la vie" (3).

La grille Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (AGGIR) classe la population de plus de 60 ans, en six catégories de GIR 6 à GIR 1 (Annexe 2). Le montant de la prestation d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est corrélé au GIR. Les personnes âgées dépendantes sont dans le GIR 1 ou 2.

A ce stade, le degré de perte d'autonomie est tel que cet état est considéré le plus souvent comme irréversible.

1.2.2. Les personnes âgées fragiles

Si l'on se réfère au dictionnaire, la fragilité est décrite comme le manque de robustesse de quelqu'un. Elle désigne aussi un caractère précaire, vulnérable, faible et instable (4).

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) parle d'une réduction des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress (5).

En 2001, L.Fried apporte une définition clinique à celle-ci. Elle correspond à la présence d'au moins trois critères physiques parmi:

- un amaigrissement involontaire de 4,5 kilogrammes et/ou 5 % du poids sur une année ;
- une diminution de la force de préhension de plus de 20 % de la norme (ajustée sur l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle) ;
- une asthénie, recherchée par un autoquestionnaire ;
- un ralentissement moteur via un allongement du temps, de plus de 20 % de la norme pour l'âge et la taille, pour parcourir 4,57 mètres ;
- une activité physique faible caractérisée par une dépense énergétique inférieure à 383 kilocalories par semaine chez l'homme et 270 chez la femme (6).

Quelques années plus tard, la vision de la fragilité devient plus globale en intégrant une dimension psycho-cognitive et sociale (7).

A ce jour, la définition n'est toujours pas consentuelle, mais les conséquences néfastes sont multiples et reconnues: risque accru de passage vers la dépendance, de chute, d'hospitalisation ou de réhospitalisation précoce, d'institutionnalisation, de mortalité, de coût (8) (9) (10).

La fragilité est un processus possiblement réversible (5) à condition qu'elle soit repérée et prise en charge.

Pour être efficace, l'intervention gériatologique doit avoir lieu en amont de tout évènement aigu, médical ou de vie, au risque de déstabiliser les réserves d'un sujet âgé fragile. Il est donc primordial de mieux détecter ces sujets âgés en risque de perte d'autonomie (meilleur taux de repérage, identification plus précoce).

Les mesures correctrices mises en place doivent être ciblées, fortes et prolongées dans le temps. Elles visent à restaurer l'autonomie ou, à défaut, ralentir le passage vers la dépendance.

La prévalence de la fragilité est estimée à 10,7 % chez les personnes de 65 ans et plus, vivant en collectivité. Elle augmente avec l'âge: 15,7 % pour les sujets de 80 à 84 ans et 26,1 % après 85 ans (11).

1.2.3. L'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

L'EGS est une évaluation globale et pluridisciplinaire de la personne âgée. Elle vise à définir différents statuts, en s'appuyant sur des outils validés et reproductibles, afin de mettre en exergue des problématiques rendant le sujet fragile (12).

Le statut fonctionnel

Les activités de base de la vie courante (ADL) sont au nombre de six: l'habillage, l'hygiène corporelle, la continence, les transferts vers les toilettes, la locomotion et la prise alimentaire (13). L'utilisation du téléphone, la capacité à faire ses courses, sa lessive, l'entretien du domicile, la

gestion du budget, l'utilisation d'un moyen de transport, la prise des médicaments, la préparation des repas sont les huit activités les plus complexes de la vie quotidienne (IADL) (14). Un point est attribué si la personne est capable de réaliser la tâche toute seule. Le score ADL est donc compris entre 0 et 6 et le score IADL entre 0 et 8. Le sujet est dépendant lorsque le score ADL est < 3 .

Le statut cognitif

Le dépistage et le suivi d'un trouble démentiel reposent, entre autres, sur la réalisation d'un certain nombre de tests dont le Mini Mental State Examination (MMSE). Ce test sur 30 points permet d'évaluer différentes fonctions cognitives: l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'apprentissage, le calcul, la mémoire à court terme, le langage, la praxie (Annexe 2) (15).

L'HAS distingue pour la maladie d'Alzheimer un stade léger ($MMSE \geq 20$), un stade modéré ($10 \leq MMSE < 20$), un stade sévère ($MMSE < 10$) (16).

Le test de l'horloge est également très utilisé (16). Sa réalisation sollicite la praxie visuo-constructive, les capacités d'exécution et d'attention. Le patient est amené à compléter les chiffres d'un cadran d'horloge vide ainsi qu'à positionner les aiguilles pour obtenir un horaire demandé, par exemple 11h10. Sa cotation n'est pas consentuelle.

L'épreuve des cinq mots de Dubois, courte et rapide, est basée sur la mémorisation des mots par encodage visuel. Un rappel immédiat, puis différé (après une diversion de quelques minutes), permet d'obtenir un score sur dix points. Quand le score inférieur à 10, la sensibilité et la spécificité sont respectivement de 91 % et 87 % pour identifier les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (17).

Le statut psychologique

Les symptômes anxio-dépressifs chez la personne âgée peuvent entraîner ou aggraver une perte d'autonomie et justifient une prise en charge adaptée.

Le questionnaire Geriatric Depression Scale (GDS) est l'outil de référence pour le dépistage. Il existe plusieurs versions avec un nombre d'items variables (4, 15 ou 30). Dans la version à 15

items, un score normal est compris entre 0 et 4. De 5 à 12, il y a un risque de dépression. Entre 13 et 15, la dépression est sévère. La valeur prédictive négative est de 95 % en cas de score < 5 (18).

La marche et l'équilibre

Un tiers des sujets de 65 ans et plus, vivant à domicile, a chuté au moins une fois sur l'année écoulée (19). Pour repérer une personne âgée à risque de chute, l'HAS recommande de commencer par poser les questions "Êtes-vous tombé(e) durant la dernière année? Si oui, combien de fois?" (20).

Le Get Up and Go Test est rapide et simple. Le sujet est invité à se lever d'un fauteuil à accoudoirs, à marcher sur trois mètres jusqu'à un mur, à faire demi-tour sans toucher le mur, à revenir au fauteuil et à se rasseoir. La cotation varie de 1 à 5 en fonction de la stabilité.

Le Timed Up and Go Test est une version chronométrée de ce même test (21). Une méta-analyse rapporte un temps moyen qui augmente avec l'âge: 9,2 secondes pour les personnes de 70 à 79 ans et 11,3 secondes entre 80 et 99 ans (22). Le risque de chute est faible lorsque le test est réalisé en moins de 14 secondes et qu'il n'y a pas d'antécédent de chute (23). La sensibilité et la spécificité sont de 87 % pour identifier les sujets à risque de chute (24).

Le test de la double tâche, ou Walking when Talking Test, consiste à regarder si le sujet est capable de converser en marchant. Un sujet à risque de chute aura tendance à s'arrêter pour parler car son attention est insuffisante pour réaliser simultanément les deux tâches. Sa sensibilité est de 48 % et sa spécificité est de 98 % (25).

Le test d'équilibre par appui unipodal vise à demander au sujet de tenir le plus longtemps possible sur un seul pied. Un temps inférieur à cinq secondes est corrélé à un très haut risque de chute (25).

Une hypotension orthostatique est un facteur favorisant de chute. Elle correspond à une baisse tensionnelle systolique de plus de 20 millimètres de mercure et/ou une baisse diastolique de plus de 10 millimètres de mercure, dans les trois minutes suivant un passage de la position

couchée à debout. La prévalence est de 16 % chez les personnes de plus de 65 ans. Une origine iatrogène est à écarter (26).

Le statut nutritionnel

La dénutrition protéino-énergétique est un marqueur important de fragilité. Le Mini Nutritional Assessment (MNA) fait partie des moyens validés pour le dépistage (Annexe 3). Dans sa version longue, le MNA comprend 18 items composés de questions brèves et de mesures cliniques simples, afin d'obtenir un score sur 30. Le risque de dénutrition est présent entre 17 et 23,5. En dessous, la dénutrition est confirmée (27).

Les co-morbidités

La mortalité est corrélée au score de Charlson. Dix neuf pathologies sont pondérées en fonction du risque relatif de mortalité à 1 an. Le score de Charlson correspond à la somme de ces pondérations (28) (29). Initialement utilisé dans certaines spécialités médicales comme l'oncologie, la cardiologie et la néphrologie, le score de Charlson a été adapté à la gériatrie en intégrant une pondération supplémentaire, celle liée à l'âge (30) (31) (Annexe 4).

La iatrogénie

Le nombre et la classe thérapeutique des molécules prises quotidiennement par une même personne est à rechercher. Il convient d'identifier celles prescrites (ordonnance) mais aussi celles liées à l'automédication. Les dispositifs médicaux tels que la contention veineuse et les compléments nutritionnels oraux sont également inclus.

La polymédication est un facteur de risque:

- d'interaction médicamenteuse et d'effets indésirables (odds ratio à 2 si consommation de 5 ou 6 traitements) (32)
- d'erreur de prise
- d'hospitalisation
- de chute notamment avec les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques (33)

Les troubles du comportement

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est l'échelle de référence. Elle recherche 12 types de troubles du comportement: idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, sommeil, troubles de l'appétit. En cas de présence, elle précise la fréquence, la gravité et le retentissement du/des trouble(s) (34). Elle est réalisée en présence de l'aidant.

L'épuisement de l'aidant

La grille de Zarit est l'échelle d'évaluation du fardeau de l'aidant (35).

Les antécédents, l'environnement et les ressources socio-économiques

L'EGS fait aussi un état des lieux des aides sociales (revenus, allocations, etc), humaines (infirmier, famille, aidant, etc) et matérielles déjà en place. L'aménagement du domicile est également analysé.

1.3. Enjeu économique

Le système de soins français est basé sur la solidarité entre bien portants et malades (36). La dépense de soins de santé n'est pas linéaire avec l'âge. Il existe une concentration des dépenses de santé sur le grand âge, liée à la concentration des maladies. En 2010 déjà, les plus de 75 ans représentaient 25 % des personnes en Affection Longue Durée (ALD) et 20 % des dépenses de santé (37).

Face à cela et à la hausse démographique attendue, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) évoque un défi à relever pour changer la manière de prendre en charge les malades âgés fragiles.

1.4. Naissance du projet Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

1.4.1. Au niveau national

L'article 48 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2013 est le point de départ du projet PAERPA. Cet article autorise, pour une durée de cinq ans, la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (38).

Ce projet est basé sur un cahier des charges national rédigé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont définies comme l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical et/ou social (39).

Cette approche en mode parcours, basée sur une population et non une pathologie, vise à améliorer la qualité des soins délivrés en faisant appel au bon moment, aux bons professionnels, dans les bonnes structures et au meilleur coût (Annexe 6).

Au commencement du projet, neuf territoires pilotes, issus des régions Aquitaine, Bourgogne, Centre Val de Loire, Ile de France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais et Pays de Loire ont été retenus. Un territoire varie d'une commune unique à un département entier (40) (41). Certains territoires sont strictement urbains alors que d'autres sont essentiellement ruraux. Concernant l'Aquitaine, il s'agit de la ville de Bordeaux.

En 2016, le PAERPA a été étendu à l'ensemble des régions françaises (Annexe 7). Fin 2016, le projet PAERPA a été prolongé d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2018.

Avant la mise en route du projet, chaque zone géographique incluse a été décrite très précisément:

- contexte démographique et socio-économique
- état de santé et de dépendance des populations
- offres sanitaires, sociales et médico-sociales

- dépense et recours aux soins (41).

Des territoires identiques ont été recherchés afin de pouvoir comparer les progrès réalisés par l'apport des nouveaux dispositifs.

L'équilibre financier est aussi une condition déterminante de réussite. Lorsqu'une prestation innovante nécessite de nouveaux moyens financiers, ceux-ci doivent être contre-balancés par la mise en évidence d'une économie dans la consommation des soins.

Tout en s'appuyant sur les structures déjà existantes, les différents dispositifs testés, au sein de chaque territoire, dans le cadre du PAERPA, doivent permettre:

- d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants
- d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé
- de créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

1.4.2. Au niveau de la ville de Bordeaux

En 2012, 19493 personnes de 75 ans et plus habitaient la commune (42). Sur ce territoire, les indicateurs de santé étaient bons avec une mortalité, chez les personnes âgées, plus faible qu'au niveau national (5,78% versus 6,26%) et un revenu fiscal plus élevé (41).

Le projet est piloté par l'Agence Régional de Santé d'Aquitaine. La ville de Bordeaux, le Conseil général de la Gironde, le Conseil régional d'Aquitaine, les URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues), les organismes d'assurance maladie et de retraite sont également engagés.

A Bordeaux, l'accent est mis sur le rôle du médecin traitant du patient. Du fait de sa proximité et de la connaissance des conditions de vie de son patient, celui-ci est considéré comme le mieux placé pour identifier les problèmes et apporter les meilleures réponses.

En 2015, les grandes étapes ont été le déploiement progressif du projet dans les huit quartiers de Bordeaux, la tenue de réunions publiques et la formation des professionnels. La

période 2016-2018 vise l'accompagnement et l'évaluation des dispositifs du projet.

Destiné aux personnes âgées de plus de 75 ans, le projet PAERPA bordelais contient des dispositifs innovants au service de l'autonomie de cette population afin de:

- prévenir la perte d'autonomie ;
- éviter les hospitalisations et les passages aux urgences inadéquats ;
- mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation ;
- diffuser et accompagner le bon usage du médicament ;
- développer des systèmes d'informations partagés.

1.5. Les dispositifs du PAERPA bordelais

1.5.1. Plateforme Autonomie Sénior

La Plateforme Autonomie Sénior est accessible du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 18 heures. Elle dispose d'un accueil physique à la cité municipale de Bordeaux (4 rue Claude Bonnier), d'un accueil téléphonique au 0 800 625 885 et d'un site internet www.autonomieseniors-bordeaux.fr.

Cette structure est le point d'entrée unique dans le PAERPA. Elle regroupe trois dispositifs complémentaires:

- la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) qui assure le fonctionnement opérationnel du PAERPA ;
- le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ;
- la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

Vis à vis des personnes âgées et de leurs aidants, elle a pour but d'informer et d'orienter dans le parcours de santé ; de faciliter l'accès aux dispositifs de prévention (dénutrition, chute, etc) et d'éducation thérapeutique ; de mobiliser un dispositif social ou médico-social.

Du côté des professionnels, elle facilite les démarches sociales ; coordonne et suit les

actions mises en oeuvre autour de la personne âgée ; assure le suivi administratif des Plans Personnalisés de Santé (PPS).

1.5.2. Plan Personnalisé de Santé

Le PPS s'adresse aux personnes âgées fragiles. Cette caractéristique doit être recherchée par le médecin traitant en s'appuyant sur la grille de repérage (Annexe 8).

En cas de réponse négative, le suivi habituel du patient se poursuit. Dans le cas contraire, une seconde grille est disponible afin de savoir si la mise en route d'un PPS a un intérêt pour le patient (Annexe 9).

Un PPS ne peut voir le jour sans le consentement écrit de la personne âgée.

Il s'agit d'un plan d'action sanitaire et social à mettre en oeuvre, en réponse aux problèmes rencontrés. Un exemple de PPS a été rédigé par la Haute Autorité de Santé (43).

La coordination, entre les professionnels de proximité impliqués, est améliorée par l'utilisation de l'outil numérique Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication santé (PAACO).

La mise en place d'un PPS est rémunérée à hauteur de 100 euros, à répartir entre le médecin traitant et un ou deux autres professionnels de santé (60/40 ou 40/30/30).

Ce dispositif n'est pas spécifique à Bordeaux. Il est testé dans l'ensemble des territoires pilotes. Une évaluation a été menée par l'HAS à 6 mois du lancement. Il en ressort que les médecins généralistes de Bordeaux ont peu adhéré aux PPS. Au 16 décembre 2015, seulement 46 PPS ont vu le jour contre 496 en région Lorraine et 301 en Pays de la Loire (44).

1.5.3. EHPAD Relais

Afin d'éviter à la personne âgée une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation lorsqu'elle n'est pas ou plus nécessaire (simple besoin de surveillance infirmier, conditions non remplies pour un retour à domicile sécurisé, etc), des places d'hébergement relais ont vu le jour.

Quatre EHPAD ont été retenues: Le Platane du Grand Parc (association Les doyennés), Clos Serena (groupe Korian), La Clairière de Lussy (CCAS de la ville de Bordeaux) et Henry Dunant (Croix Rouge Française). Chacunes disposent d'une chambre d'hébergement.

En pratique, l'établissement de santé se charge d'informer la personne âgée des objectifs du transfert et de recueillir son consentement. Il se renseigne auprès de la Plateforme Autonomie Sénior (journée) ou du centre 15 (nuit, weekend, jour férié) sur la disponibilité d'une chambre. Un dossier d'admission est rempli par le médecin hospitalier. Le référent de l'EHPAD valide le transfert. En cas d'aggravation médicale, l'établissement de santé s'engage à réaccueillir la personne âgée rapidement.

D'autre part, la durée de séjour ne pouvant excéder sept jours, renouvelable une fois, la Plateforme Autonomie Séniors, via la CTA, s'occupe des mesures à prendre afin de permettre un retour au domicile rapide et dans de bonnes conditions.

L'ARS finance les frais d'hébergement. Un forfait journalier de 18 euros (montant égal au forfait hospitalier) ainsi que les frais relatifs aux soins de ville restent à la charge de la personne âgée.

1.5.4. Astreinte IDE nuit

L'astreinte court de 20 heures à 8 heures, sept jours sur sept. Après intervention du médecin de garde au domicile d'une personne âgée de plus de 75 ans, résidant sur Bordeaux, celui-ci peut être amené à prescrire un soin infirmier urgent (ex: sondage, pansement). Il en informe le Centre 15 pour que l'infirmier d'astreinte se déplace.

L'objectif est d'éviter le passage aux urgences en pleine nuit pour un soin réalisable au domicile.

1.5.5. EHPAD dans et hors les murs

Géré par la Villa Pia (EHPAD), ce projet consiste à équiper le domicile de patients âgés en risque de rupture, d'un dispositif d'alerte et de communication par phonie ou visiophonie,

permettant d'entrer en contact instantanément avec les infirmiers de l'EHPAD. En parallèle, des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour peuvent être débloquées.

1.5.6. PAACO

L'outil numérique PAACO offre une solution innovante pour faciliter l'information entre les différents intervenants d'une même personne âgée (agenda partagé, messagerie sécurisée ProMess).

PAACO est accessible sur ordinateur fixe, tablette et smartphone.

1.5.7. Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile (ESAD)

La secrétaire se charge de réceptionner les demandes des couples aidant/aidé. La technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants réalise une première visite à domicile et évalue le fardeau de l'aidant et ses besoins. L'assistante sociale, l'ergothérapeute et la psychologue interviennent en fonction des besoins.

Le but est d'éviter l'épuisement des aidants, tout en respectant les désirs du projet de vie du couple aidant/aidé. Les solutions sont diverses: soutien psychologique, accueil de jour, placement provisoire en EHPAD.

1.5.8. Equipe "urgence nuit"

Issue du dispositif DomCare, créée en avril 2014 sur l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué, l'équipe "urgence nuit" a intégré le projet PAERPA en mai 2015 afin d'être accessible aux services d'urgences des CHU de Bordeaux et des cliniques.

Elle évite la prolongation d'un séjour aux urgences, voire une hospitalisation, aux patients

de plus de 75 ans dont l'état de santé est compatible avec un retour au domicile.

Son action se décompose en deux volets:

- sur demande d'un médecin urgentiste et accord du patient, un binôme infirmier/aide soignant, disponible de 17 heures à 3 heures du matin, se déplace aux urgences et évalue la possibilité d'un retour à domicile sécurisé. En cas de faisabilité, le binôme est chargé d'accompagner la personne à son domicile, des soins infirmiers et d'une première évaluation de l'environnement ;
- le lendemain matin, un trinôme infirmier/aide soignant/auxiliaire de vie se rend au domicile du patient pour évaluer les besoins de celui-ci, avec une attention particulière à un possible épuisement de l'entourage. Lorsqu'ils existent, l'équipe s'appuie sur les intervenants déjà en place (médecin traitant, infirmier libéral, kinésithérapeute, auxiliaire de vie, pharmacien, etc).

Le dispositif DomCare a été évalué sur les neuf premiers mois de son fonctionnement (début avril à fin décembre 2014) à travers une étude rétrospective: 108 patients ont été pris en charge soit 2,3 % des patients de 65 ans et plus ayant été admis aux urgences de cet hôpital sur cette période. La limite d'âge d'inclusion dans DomCare était de 65 ans. Dans 50 % des cas, les patients avaient été admis suite à un problème ostéo-articulaire. Le temps médian passé aux urgences était de cinq heures et trente-trois minutes (45).

1.5.9. Permanence téléphonique "Gériatrie"

Du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures, il est possible pour les médecins libéraux, de contacter directement un gériatre sénior du CHU de Bordeaux via le 05 57 82 22 22 afin d'organiser au mieux la prise en charge d'une personne âgée en situation complexe.

En 2012, un travail a montré qu'une solution, autre que l'admission aux urgences, a été trouvée dans plus de 95 % des cas (consultation mémoire, hôpital de jour, hospitalisation programmée) (46).

1.5.10. Téléconsultations en EHPAD

La télémédecine est reconnue comme une forme de pratique médicale (47). Elle englobe quatre actes:

- la téléconsultation: consultation virtuelle entre un médecin et un patient ;
- la téléexpertise: interaction entre médecins au sujet de la prise en charge d'un patient ;
- la télésurveillance: interprétation à distance de données nécessaires au suivi médical d'un patient ;
- la téléassistance: assistance à distance d'un professionnel de santé par un médecin au cours de la réalisation d'un acte complexe (48).

Le développement des téléconsultations en EHPAD permet de répondre à la difficulté d'accès aux soins des patients non ou peu mobilisables. Elles concernent essentiellement les plaies chroniques, les pathologies psychiatriques, les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, les soins palliatifs et la fin de vie.

96% des médecins généralistes ayant fait appel à ce service entre le 13 avril et le 7 juillet 2016 sont satisfaits (49).

1.5.11. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité

L'année 2002 donne naissance aux premières Unités Mobiles de Gériatrie (EMG). A cette époque, l'EMG est définie comme une entité intra-hospitalière stricte (50). En 2007, une extension extra-hospitalière est créée, à destination des EHPAD (51).

Sur Bordeaux, l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité est opérationnelle depuis septembre 2015. Elle a pour fonction principale de proposer une évaluation pluridimensionnelle (EGS) au domicile des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Elle a comme objectifs de:

- développer un travail en pluridisciplinarité

- faciliter le maintien à domicile
- améliorer ou restaurer le parcours de soins des personnes âgées
- éviter le passage aux urgences
- lutter contre la iatrogénie.

Ce dispositif, comme l'ensemble du PAERPA, est normalement réservé aux personnes de 75 ans et plus, résidant sur Bordeaux.

L'unité est composée d'un médecin gériatre, d'un pharmacien, d'un infirmier, d'un assistant social et d'un assistant médico administratif, qui travaillent tous à plein temps. Elle est renforcée par la présence d'un médecin psychiatre et d'un ergothérapeute à mi-temps.

Ses bureaux sont situés sur l'hôpital Saint-André du CHU de Bordeaux. Elle est joignable par téléphone au 05 57 82 18 71, par fax au 05 57 82 25 50 ou par mail emgdanslacite@chu-bordeaux.fr.

Les problématiques conduisant à contacter l'unité peuvent être gériatriques et/ou sociales: chute, dénutrition, dépression, polymédication, confusion, trouble du comportement, trouble cognitif, soins palliatifs, isolement, impossibilité de déplacement, absence de médecin traitant, refus de soins, etc.

L'unité se déplace à domicile, sur demande du médecin traitant ou d'un autre acteur lié à la personne âgée (infirmier, Plateforme Autonomie Sénior, etc). Dans ce dernier cas et à condition qu'il existe, l'accord oral du médecin traitant est sollicité avant toute intervention.

Lorsqu'une demande d'évaluation est formulée, la secrétaire se charge de compléter la fiche d'appel reprenant le nom et le prénom du patient, son âge, son adresse ainsi que les coordonnées de son entourage et du demandeur. Elle recherche si le patient est déjà connu du CHU de Bordeaux.

L'infirmier contacte le patient et/ou l'entourage par téléphone pour fixer le rendez-vous.

Pendant l'EGS, le médecin gériatre se charge du recueil des antécédents, des traitements et de l'examen clinique. L'infirmier effectue l'évaluation gérontologique à l'aide des outils validés. L'assistant social récupère les informations sur les aides déjà en place et l'entourage.

Dans un second temps, le pharmacien réalise un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) grâce à la conciliation médicamenteuse (52) (53). En concertation avec le médecin gériatre, une fiche d'optimisation thérapeutique est ensuite rédigée et envoyée au pharmacien de ville et au médecin traitant du patient.

Le gériatre rédige le compte-rendu de l'EGS. Celui-ci reprend l'ensemble des résultats, les problématiques rencontrées et les propositions émises. Le document écrit est envoyé par voie postale ou par PAACO au médecin traitant.

Lorsqu'il semble exister une problématique psychiatrique, le médecin psychiatre se déplace chez le patient pour compléter l'évaluation.

De même pour l'ergothérapeute, lorsqu'une amélioration du domicile est nécessaire pour le rendre plus sécurisant. Son intervention se décompose en plusieurs visites: étude, conception, aménagement.

Un mois après l'EGS, l'IDE de l'unité se renseigne par téléphone sur le devenir du patient durant cette période (lieu de vie, hospitalisation, admission aux urgences, décès).

Les propositions formulées dans le compte-rendu de l'EGS par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité se divisent en cinq grandes thématiques:

Diagnostic

C'est l'ensemble des propositions visant à obtenir ou confirmer un diagnostic: réalisation d'examens complémentaires de biologie ou d'imagerie ; avis spécialisé notamment par le psychiatre de l'unité ; hospitalisation.

Thérapeutique

Ce sont les propositions d'optimisation des traitements: dé-prescription par réévaluation des indications ; changement de molécule, pour une mieux tolérée chez le sujet âgé ; introduction de nouveaux traitements dont la supplémentation en vitamine D, la contention des membres inférieurs, les compléments nutritionnels oraux.

Aides humaines et matérielles

Il s'agit de la prise en charge paramédicale à modifier ou instaurer (infirmier, kinésithérapeute, auxiliaire de vie, pédicure, etc) et de l'aménagement du domicile (mise en place de la téléalarme, d'un boîtier à clefs, du portage des repas, etc).

Aides sociales

Elles comprennent les demandes d'Affection Longue Durée et d'APA, la mise sous protection juridique, les demandes d'admission en EHPAD (accueil temporaire, de jour ou définitif).

Suivi médical

C'est l'ensemble des consultations à distance proposées (mémoires, spécialisées).

1.6. Questions de recherche

L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité n'émet que des préconisations sur le patient, à destination de son médecin traitant. Ce dernier reste libre de les appliquer.

Alors que nous sommes toujours en phase d'expérimentation, nous avons voulu étudier la satisfaction des médecins traitants vis-à-vis de nos propositions en regardant si le rôle joué dans la demande d'EGS conditionne celle-ci ; ainsi que notre activité sur l'année 2016.

1.6.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de comparer la satisfaction des médecins traitants, demandeurs et non demandeurs de l'EGS, vis à vis des propositions faites par l'unité pour leur patient sur l'année 2016.

1.6.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- de décrire les caractéristiques des patients ayant bénéficié d'une EGS en 2016
- de décrire les modalités d'intervention chez ces patients
- d'identifier le devenir de ces patients à 1 mois de l'EGS: maintien du domicile, passage par les urgences, admission dans la filière gériatrique, décès.

2. Matériels et méthodes

2.1. Schéma de l'étude

Ce travail se divise en deux parties:

- une étude transversale, comparative, de satisfaction des médecins traitants aux propositions faites dans l'EGS pour leur patient, selon qu'ils étaient demandeurs ou non
- une étude rétrospective, descriptive des patients évalués par l'unité et de leur devenir à 1 mois.

2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion

2.2.1. De l'étude comparative

La population incluse a été l'ensemble des médecins traitants des patients âgés pris en charge par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité pour une EGS sur l'année 2016.

Ces médecins traitants ont été divisés en deux groupes:

- le premier groupe était constitué des médecins traitants ayant contacté eux-même l'unité pour demander l'EGS
- le second comprenait les médecins traitants non demandeurs de l'EGS mais ayant simplement donné un accord oral à cette intervention.

Lorsqu'un même médecin traitant avait eu plusieurs de ses patients évalués en 2016, il n'était inclus qu'une seule fois. Son attitude vis à vis de son premier patient conditionnait son groupe.

Ont été exclus, les médecins traitants:

- des patients évalués sur le début du fonctionnement de l'unité (septembre à décembre 2015)

- des patients ayant eu une EGS incomplète. Il s'agissait de patients déjà suivis en consultation mémoire par un gériatre pour lesquels un complément d'évaluation au domicile avait été demandé.

2.2.2. De l'étude descriptive

Pour cette partie, l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une EGS complète en 2016 ont été inclus.

2.3. Recueil des données

2.3.1. De l'étude comparative

Un autoquestionnaire a été élaboré (Annexe 9).

La première partie est personnalisée pour chaque médecin. Le nom de son patient apparaît. Les propositions, issues du compte-rendu de l'EGS, sont regroupées par thématiques (diagnostique, thérapeutique, aides humaines et matérielles, aides sociales, suivi médical). Une thématique dépourvue de propositions n'est pas retranscrite sur le questionnaire.

La seconde partie, faite de cinq questions fermées et d'une question ouverte, est commune à tous les médecins.

Elle commence par trois questions ayant pour but de recueillir les caractéristiques du médecin traitant:

- sexe
- âge (< 40 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, ≥ 60 ans)
- mode d'exercice (individuel ou cabinet médical de groupe).

La question suivante permet de connaître la satisfaction du médecin vis à vis des thématiques. Pour chaque thématique présente, quatre choix de réponse sont offertes: "non satisfait", "peu satisfait", "satisfait", "très satisfait".

Le recueil de la satisfaction se termine par une question sur la volonté ou non, pour le médecin traitant, à faire appel à l'unité dans le futur.

La question ouverte vise à recueillir des remarques et les améliorations à apporter à l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Les questionnaires ont été envoyés aux médecins durant la deuxième quinzaine de février 2017 par fax, ou en l'absence de celui-ci, par courrier postal avec enveloppe pré-timbrée pour le retour.

Une relance téléphonique a été effectuée un mois plus tard.

2.3.2. De l'étude descriptive

Les données proviennent du compte-rendu de l'EGS présent dans le dossier médical informatisé du patient au CHU, ainsi que de l'appel téléphonique réalisé par l'IDE de l'unité à un mois.

Caractéristiques propres au patient

- l'âge et le sexe
- la déclaration ou non d'un médecin traitant
- le mode de vie (seul à domicile, passage d'une IDE au moins une fois par semaine, passage d'une auxiliaire de vie au moins une fois par semaine, prise en charge par un kinésithérapeute au domicile ou au cabinet)
- les ADL et IADL
- le MMSE, le test de l'horloge sur 7 points, l'épreuve des 5 mots de Dubois
- le GDS à 15 items
- le Timed up and Go Test, le Walking when Talking Test, l'appui unipodal, la présence ou non d'une hypotension orthostatique
- le MNA test
- le score de Charlson
- le nombre de traitement au moment de l'EGS

Données liées à l'intervention de l'unité

- le délai et le lieu
- les intervenants
- les problématiques motivant l'évaluation
- les problématiques retenues à l'issue de l'EGS

Informations sur le devenir du patient

- lieu de vie à 1 mois
- passage par les urgences, avec le motif, dans le mois
- admission dans la filière gériatrique dans le mois grâce à l'unité (HDJ et/ou SSR et/ou hospitalisation programmée et/ou date de rendez-vous en consultation mémoire)
- décès à 1 mois

2.4. Analyse statistique

Les données récupérées ont été répertoriées dans le logiciel informatique Excel.

Pour l'étude comparative de satisfaction, les réponses ont été rassemblées en deux groupes "non satisfait" avec "peu satisfait" et "satisfait" avec "très satisfait".

L'analyse de la satisfaction a été réalisée pour chaque thématique puis d'une façon générale en additionnant les réponses obtenues aux cinq thématiques.

Le test du Chi2, avec correction de Yates si besoin, a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Les différences étaient statistiquement significatives si $p < 0,05$.

3. Résultats

En 2016, l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité a réalisé 191 EGS soit 0,75 EGS par jour ouvré.

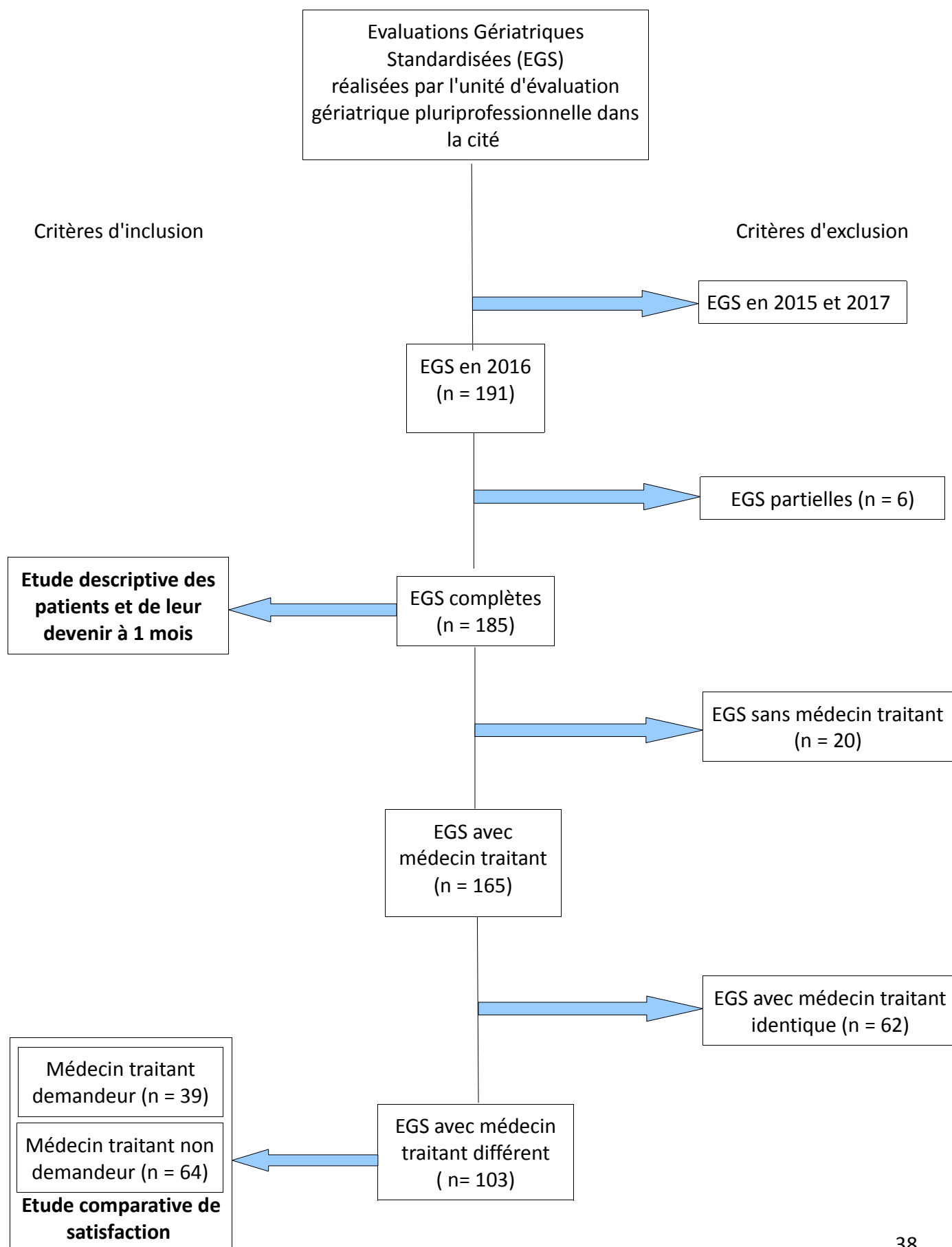
6 EGS étaient incomplètes. Elles concernaient des patients déjà suivis par un gériatre en consultation mémoire au CHU Xavier Arnozan pour lesquels un complément d'information a été effectué au domicile afin de déterminer les conditions de vie. Ces visites n'ont pas donné lieu à un courrier du gériatre car l'IDE et l'assistante sociale intervenaient seules. Ces patients et leur médecin traitant ont été exclus.

L'étude descriptive comprend les 185 patients évalués de façon complète en 2016.

L'étude comparative porte sur 103 médecins traitants différents. Ce chiffre s'explique par le fait que certains patients n'avaient pas de médecin traitant ($n = 20$) alors que d'autres avaient le même médecin traitant. Le nombre moyen de patients évalués par médecin traitant était de 1,6 [1 ; 6].

Dans 37,9 % des cas ($n = 39$), le médecin traitant était le demandeur de l'EGS et dans 62,1 % des cas ($n = 64$), il ne l'était pas (Figure 1).

Figure 1: Schéma de l'étude



3.1. Etude comparative de satisfaction

3.1.1. Caractéristiques des médecins traitants

64 médecins traitants sur 103 ont retourné le questionnaire, soit un taux de réponse global de 62,1 %. Ce taux est de 66,6 % chez les médecins demandeurs de l'EGS (26 sur 39) et de 59,4 % chez les non demandeurs (38 sur 64). Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,46$).

Au sein de notre échantillon de médecins réponders, 9,4 % ont moins de 40 ans, 20,3 % ont entre 40 et 49 ans, 39,1 % ont entre 50 et 59 ans et 31,2 % ont plus de 60 ans.

Les deux groupes, médecins traitants demandeurs et médecins traitants non demandeurs de l'EGS, sont comparables car les différences ne sont pas significatives sur l'âge ($p = 0,28$), le sexe ($p = 0,70$) et le mode d'exercice ($p = 0,48$).

Tableau 1: Age, sexe et mode d'exercice des médecins traitants

	MT demandeurs (n = 26)	MT non demandeurs (n = 38)
Age:		
< 40 ans	4 (15,4 %)	2 (5,3 %)
40 - 49 ans	7 (26,9 %)	6 (15,8 %)
50 - 59 ans	9 (34,6 %)	16 (42,1 %)
> 60 ans	6 (23,1 %)	14 (36,8 %)
Sexe:		
Féminin	8 (30,8 %)	10 (26,3 %)
Masculin	18 (69,2 %)	28 (73,7 %)
Mode d'exercice:		
Individuel	8 (30,8 %)	15 (39,5 %)
Groupe	18 (69,2 %)	23 (60,5 %)

3.1.2. Satisfaction aux propositions diagnostiques

34 médecins traitants n'étaient pas concernés par cette thématique car aucune proposition à visée diagnostique n'était faite pour leur patient.

96,7 % des médecins étaient satisfaits ou très satisfaits mais la différence n'est pas statistiquement significative entre les demandeurs et les non demandeurs ($p = 0,84$).

Tableau 2: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions diagnostiques

	MT demandeurs (n = 12)	MT non demandeurs (n = 18)
Non satisfait / peu satisfait	0 (0 %)	1 (5,6 %)
Satisfait / très satisfait	12 (100 %)	17 (94,4 %)

3.1.3. Satisfaction aux propositions thérapeutiques

Ce thème est présent dans l'ensemble des EGS sauf une ($n = 63$). 88,9 % des médecins traitants sont satisfaits ou très satisfaits mais la différence n'est pas significative entre les deux groupes ($p = 0,26$).

Tableau 3: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions thérapeutiques

	MT demandeurs (n = 26)	MT non demandeurs (n = 37)
Non satisfait / peu satisfait	1 (3,8 %)	6 (16,2 %)
Satisfait / très satisfait	25 (96,2 %)	31 (83,8 %)

3.1.4. Satisfaction aux propositions d'aides humaines et matérielles

Des propositions liées aux aides humaines et matérielles ont été faites pour les patients de 46 médecins. 93,5 % sont satisfaits ou très satisfaits mais la différence n'est pas significative ($p = 0,37$).

Tableau 4: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions d'aides humaines et matérielles

	MT demandeurs (n = 19)	MT non demandeurs (n = 27)
Non satisfait / peu satisfait	0 (0 %)	3 (11,1 %)
Satisfait / très satisfait	19 (100 %)	24 (88,9 %)

3.1.5 Satisfaction aux propositions d'aides sociales

La satisfaction globale est de 87 % sans différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,94$).

Tableau 5: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions d'aides sociales

	MT demandeurs (n = 20)	MT non demandeurs (n = 34)
Non satisfait / peu satisfait	2 (10 %)	5 (14,7 %)
Satisfait / très satisfait	18 (90 %)	29 (85,3 %)

3.1.6. Satisfaction aux propositions de suivi médical

Les propositions vis-à-vis de cette thématique ne sont pas souvent formulées ($n = 23$). La satisfaction globale est de 91,3 % sans différence statistiquement significative ($p = 0,67$).

Tableau 6: Comparaison de la satisfaction des médecins aux propositions de suivi médical

	MT demandeurs (n = 9)	MT non demandeurs (n = 14)
Non satisfait / peu satisfait	1 (11,1 %)	1 (7,1 %)
Satisfait / très satisfait	8 (88,9 %)	13 (92,9 %)

3.1.7. Satisfaction globale

En moyenne, un questionnaire contient 3,38 thématiques [2 ; 5] mais chaque thématique n'est pas représentée de façon équitable.

Chez les 64 médecins traitants répondants, l'addition des thématiques contenant des propositions est de 216.

Dans 90,7 %, les médecins traitants sont satisfaits ou très satisfaits mais la différence entre médecins demandeurs et non demandeurs n'est pas statistiquement significative ($p = 0,06$).

Tableau 7: Comparaison de la satisfaction globale

	Thématiques chez les MT demandeurs (n = 86)	Thématiques chez les MT non demandeurs (n = 130)
Non satisfait / peu satisfait	4 (4,7 %)	16 (12,3 %)
Satisfait / très satisfait	82 (95,3 %)	114 (87,7 %)

3.1.8. Recours ultérieur à l'unité pour un autre patient

92,2 % des médecins se disent prêts à faire appel à l'unité en 2017 en cas de besoin pour un autre de leur patient. La différence n'est pas significative entre les deux groupes ($p = 0,47$).

Tableau 8: Possibilité de recours à l'unité en 2017

	MT demandeurs (n = 26)	MT non demandeurs (n = 38)
Non	0 (0 %)	2 (5,3 %)
Oui	25 (96,2 %)	34 (89,4 %)
Ne se prononce pas	1 (3,8 %)	2 (5,3 %)

3.1.9. Question ouverte

27 médecins sur 64 soit 42,2 % ont laissé un commentaire écrit. Les remarques formulées sur l'unité peuvent se répartir en trois catégories: bénéfiques, critiques, améliorations.

Les bénéfices

- Rapidité d'action: "réactivité excellente" ; "patiente rentrée très rapidement en EHPAD"
- Déplacement au domicile: "Mme X avait peur de faire la démarche d'aller à la consultation mémoire. Que l'équipe vienne à elle a été un atout"
- Aide apportée dans la prise en charge des personnes âgées: "cette structure est absolument à maintenir. Elle m'a été d'un grand secours chaque fois que je l'ai sollicitée" ; "recours spécialisé très intéressant" ; "intervention d'un tiers dans la relation médecin-patient permettant d'initier une prise de conscience" ; "donne un souffle, des idées thérapeutiques"

Les critiques

- Application des propositions: "recommandations souvent difficiles à suivre en raison des troubles cognitivo-comportementaux"
- Inutilité: "appréciation globale sans intérêt. Contre productif pour le patient"

Les améliorations

- Evaluation du devenir des propositions: "joindre une fiche de suivi afin de pouvoir rapporter l'efficacité des mesures appliquées et les freins aux mesures non mises en oeuvre"
- Diffusion de l'existence de ce dispositif à poursuivre
- Extension sur d'autres communes
- Réunion de l'ensemble des acteurs avant ou au moment de l'EGS
- Envoi du compte-rendu par mail ou PAACO

3.2. Etude descriptive

3.2.1. Les caractéristiques des patients

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016, 185 patients ont bénéficié d'une EGS par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Sexe

133 étaient des femmes (71,9 %) soit un sex ratio à 2,5.

Age

10 patients avaient moins de 75 ans lors de leur évaluation.

	Moyenne	Médiane	Minimale	Maximale
Age (années)	85,8	87	66	101

Tableau 9: Age des patients

Déclaration d'un médecin traitant

Pour 165 patients (89,2 %), un médecin traitant déclaré auprès des organismes d'assurance maladie a été identifié.

Conditions de vie

	Nombre de patients n (%)
Seul au domicile	104 (56,2%)
Passage IDE	119 (64,3%)
Passage Auxiliaire de Vie	122 (65,9%)
Séances de Kinésithérapie	52 (28,1%)

Tableau 10: Conditions de vie au moment de l'évaluation

Statut fonctionnel

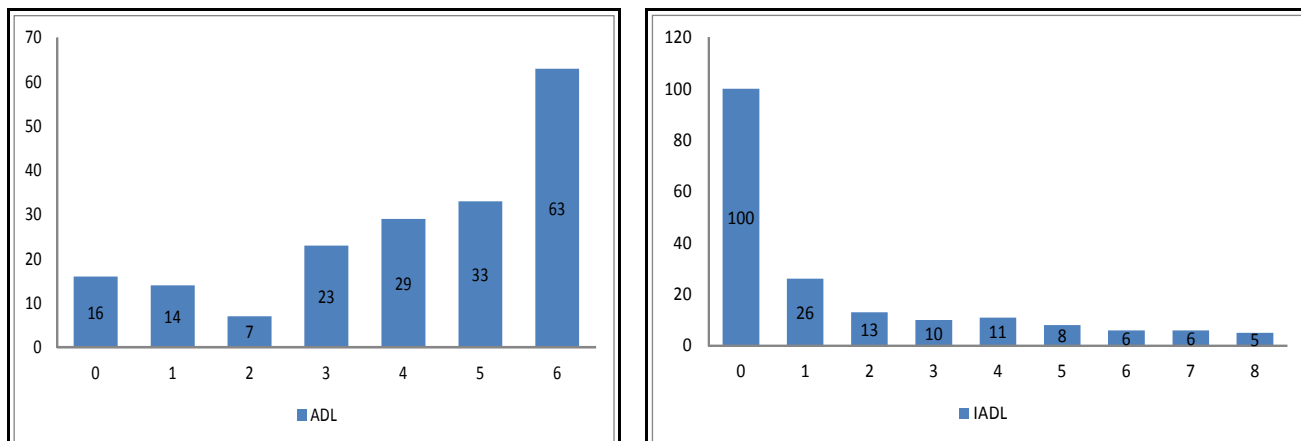


Figure 2A et 2B: Score ADL (A) et IADL (B) des patients

Evaluation cognitive

Le MMSE a été réalisé dans 85,9% des cas (159 patients). Le test était non réalisable pour 26 patients. Le nombre de patient est rapporté en fonction des stades définis par l'HAS.

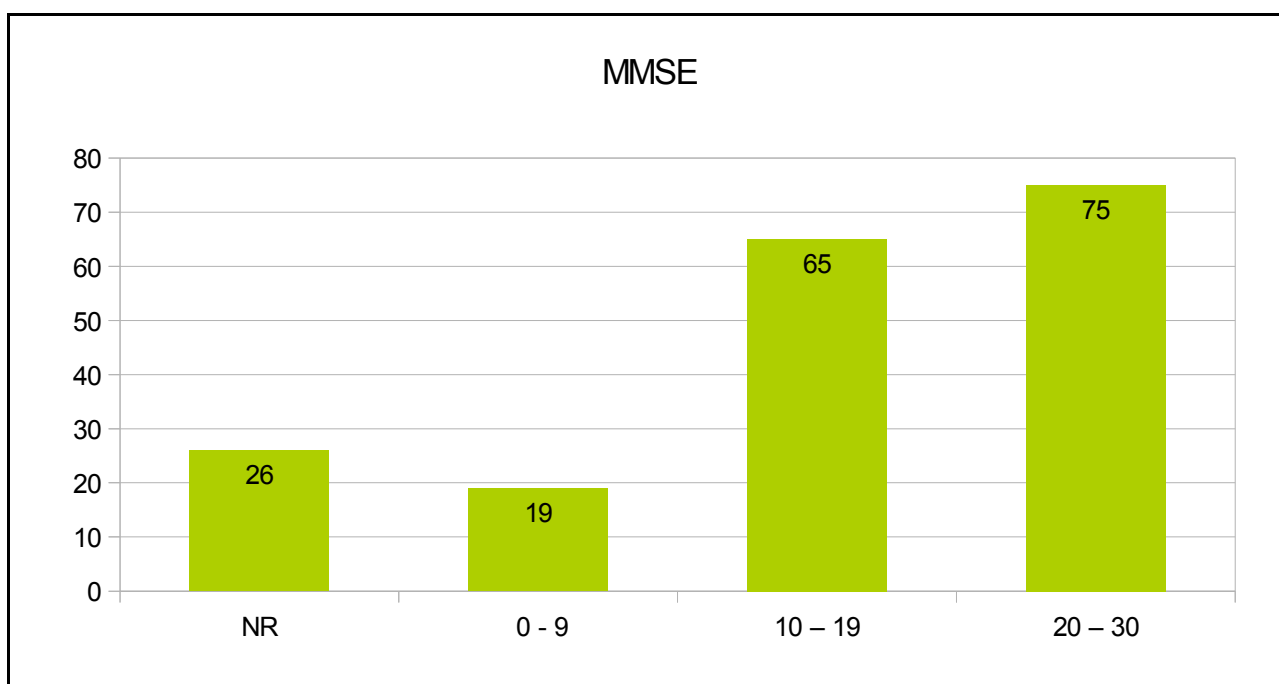


Figure 3: Score MMSE des patients

Le test des 5 mots de Dubois a été réalisé chez 124 patients. 38 personnes (30,6 %) ont eu un score de 10/10 et 86 (69,4 %) un score compris entre 0 et 9.

Le test de l'horloge, coté sur 7 points, a été réalisé chez 140 patients. Le score a été nul chez 47 patients (33,6 %) et maximal chez 14 (10 %).

Evaluation psychologique

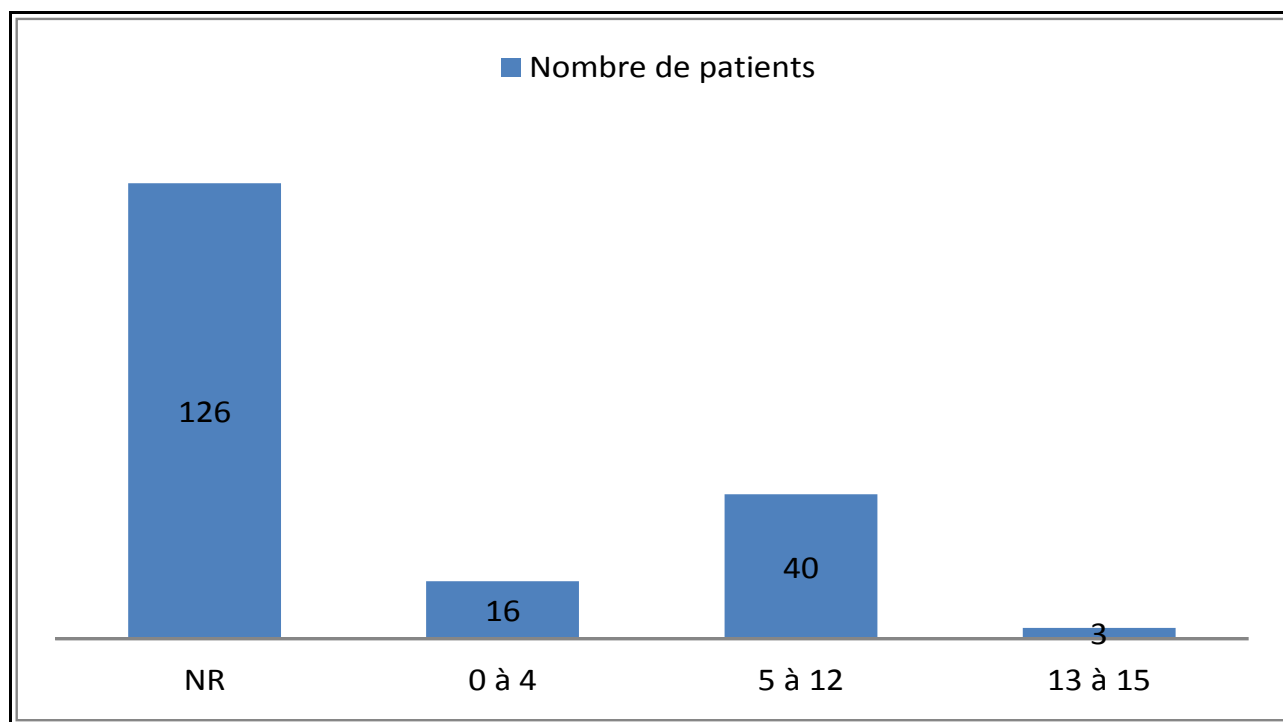


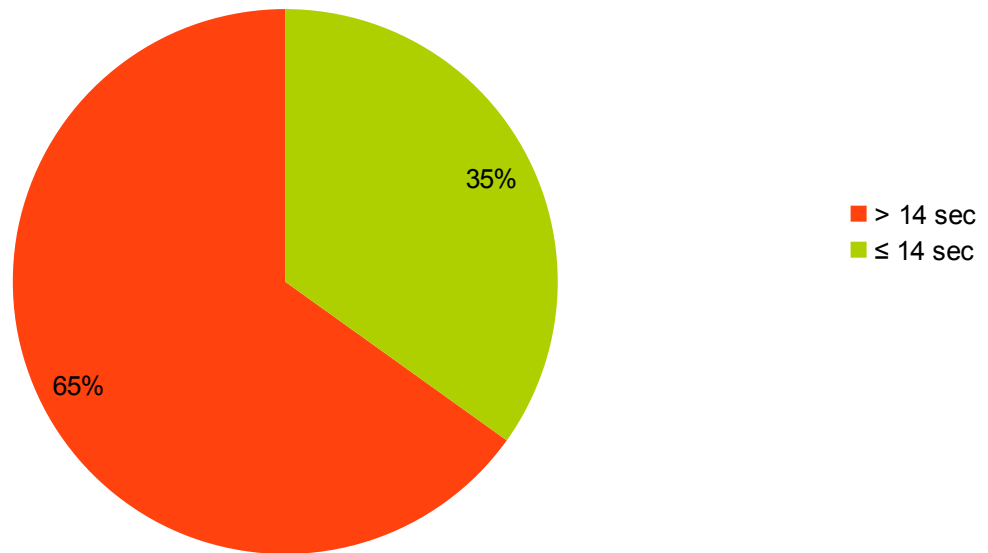
Figure 4: Score GDS (15 items) des patients

Evaluation de la marche

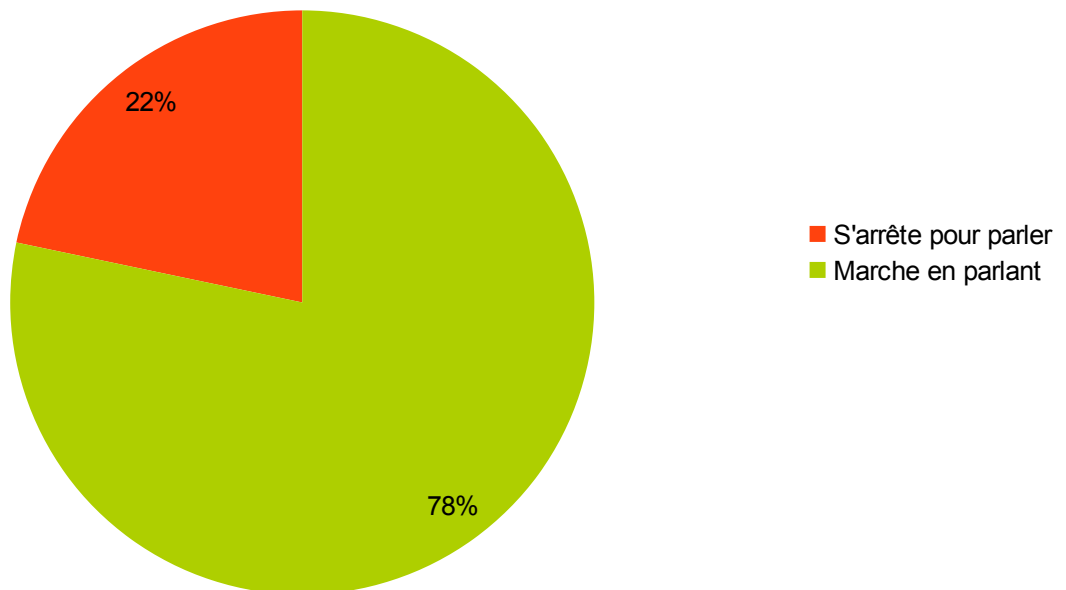
Respectivement, le Timed Up an Go Test, le Walking when Talking Test, l'appui unipodal et la recherche d'une hypotension orthostatique ont été effectués chez 106 patients (57,3 %), 152 patients (82,2 %), 127 patients (68,6 %) et 112 patients (60,5 %).

Les résultats apparaissent en figure 5. Pour chaque test, la couleur rouge orangée a été utilisée pour les sujets à risque de chute.

Timed Up and Go Test



Walking when Talking Test



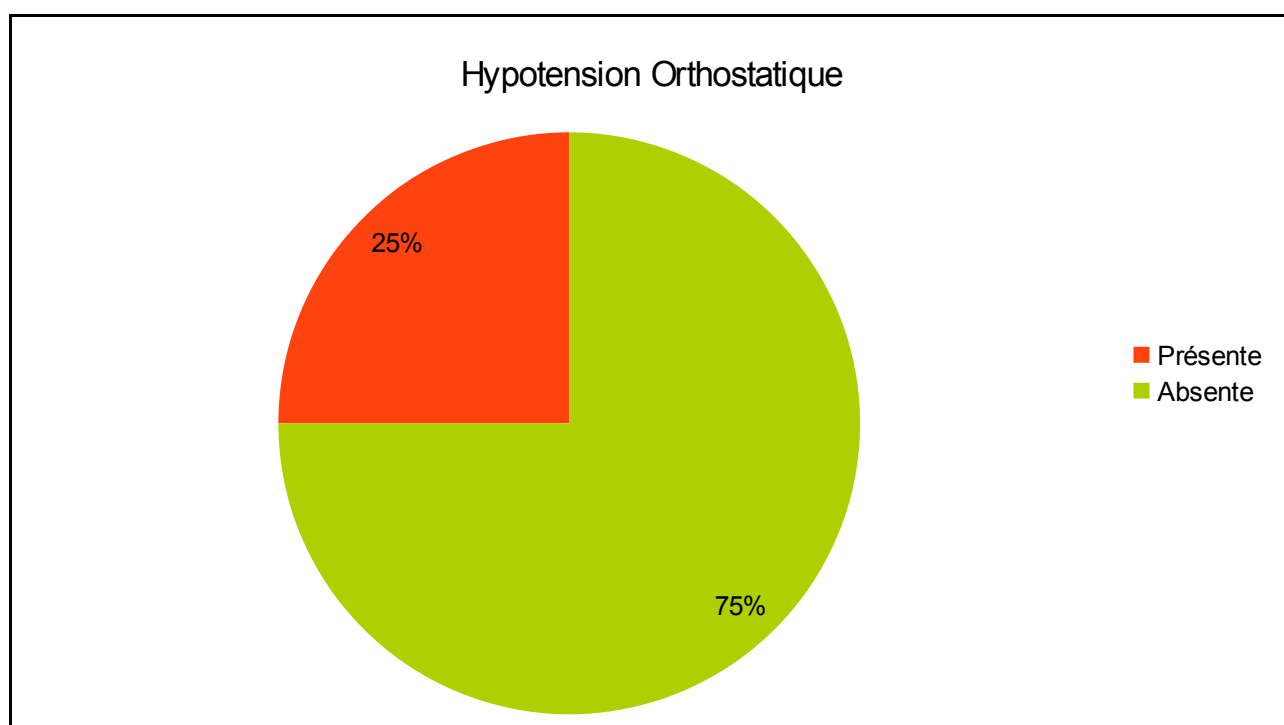
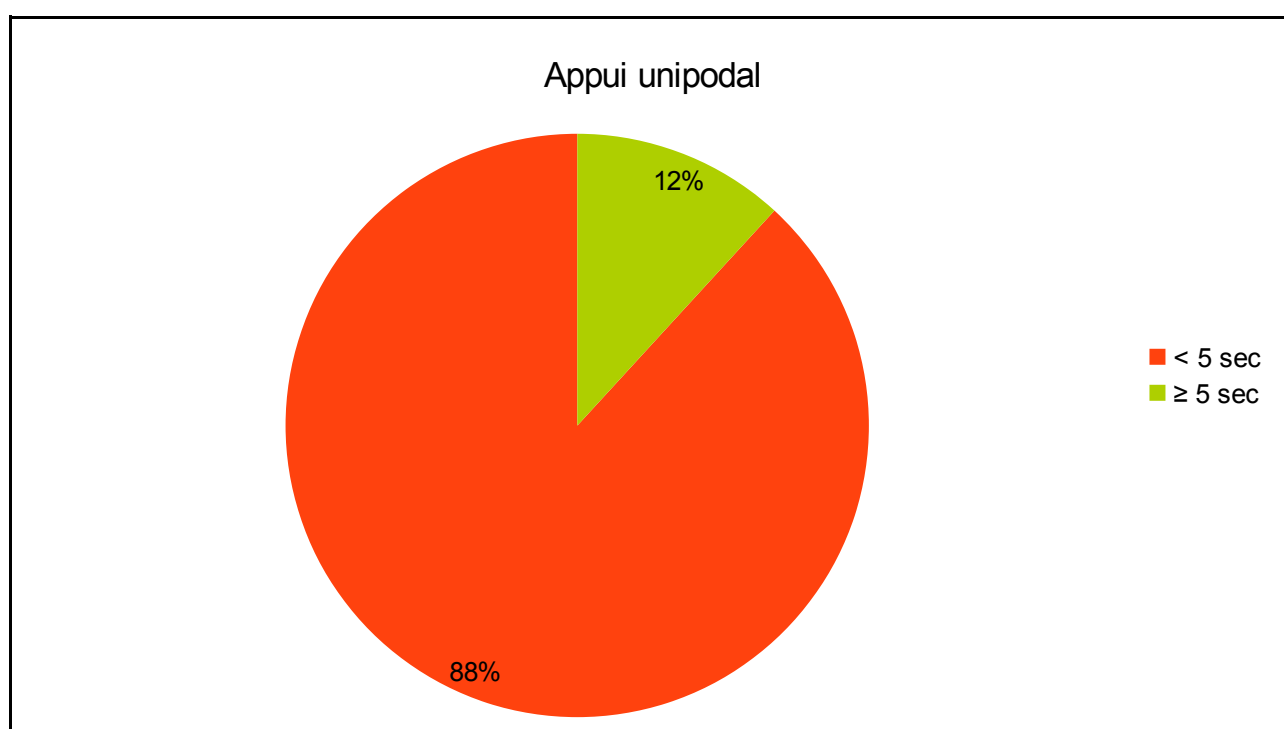


Figure 5A, 5B, 5C et 5D: Répartition des patients aux outils d'évaluation du risque de chute: Timed Up and Go Test (5A), Walking when Talking Test (5B), Appui unipodal (5C), HTOS (5D)

Statut nutritionnel

Le MNA test a été réalisé chez 156 patients. 35 d'entre eux (22,4 %) sont dénutris avec un score compris entre 0 et 16,5. 87 (55,8 %) sont à risque de dénutrition avec un score entre 17 et 23,5. 34 patients (21,8 %) ne posent pas de problèmes.

Co-morbidités

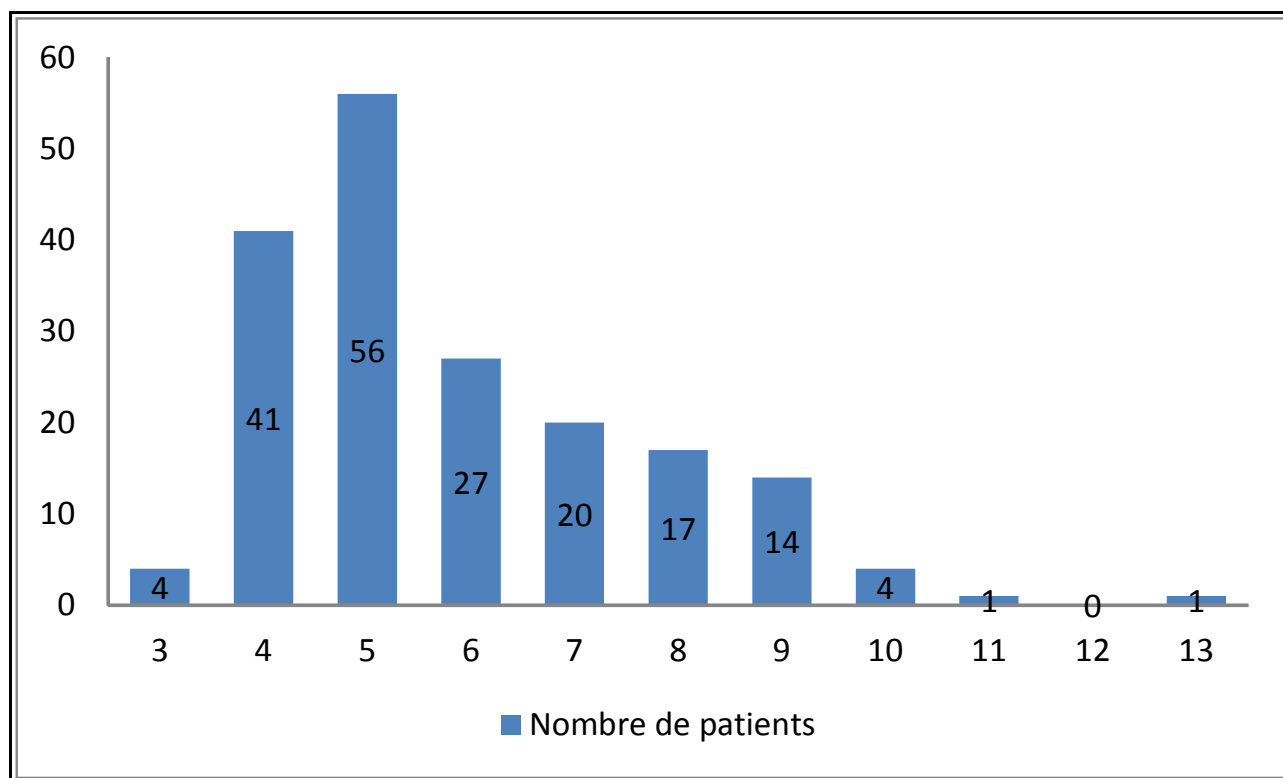


Figure 6: Score de Charlson gériatrique des patients

Prises médicamenteuses

Le nombre moyen de traitement par patient et par jour était de 5,8. Chez les patients n'ayant aucun traitement, 11 n'avaient pas de médecin traitant déclaré.

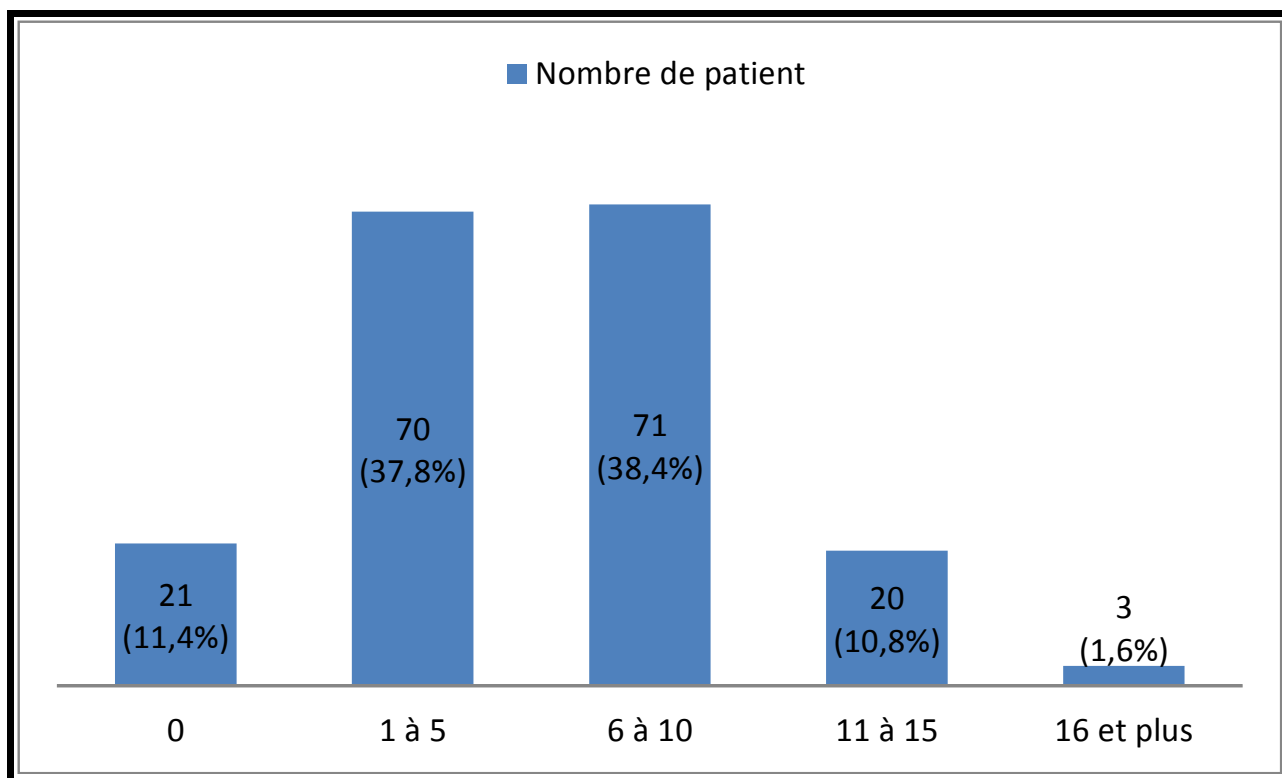


Figure 7: Répartition des patients en fonction du nombre de traitements

3.2.2. L'intervention de l'unité

Délai

En moyenne, la durée était de 4 jours entre la demande d'intervention et l'évaluation au domicile du patient.

Lieu

Ce domicile était situé dans 89 % des cas sur la ville de Bordeaux (n = 165). Les autres étaient sur des communes de l'agglomération: Pessac (n = 5), Le Bouscat (n = 4), Mérignac (n = 3), Cenon (n = 3), Talence (n = 2), Floirac (n = 1), Bègles (n = 1) et Eysines (n = 1).

Intervenants

Dans la totalité des EGS, le gériatre se déplace. Il est très souvent accompagné de l'IDE et/ou de l'AS. Le pharmacien est largement sollicité pour l'optimisation thérapeutique (91,4 %) et se déplace parfois au domicile du patient pour l'éducation thérapeutique.

Un patient sur cinq a bénéficié d'une évaluation psychiatrique complémentaire.

L'ergothérapeute a aménagé le domicile de 28,6 % des patients, ce qui a nécessité plusieurs visites.

Motifs

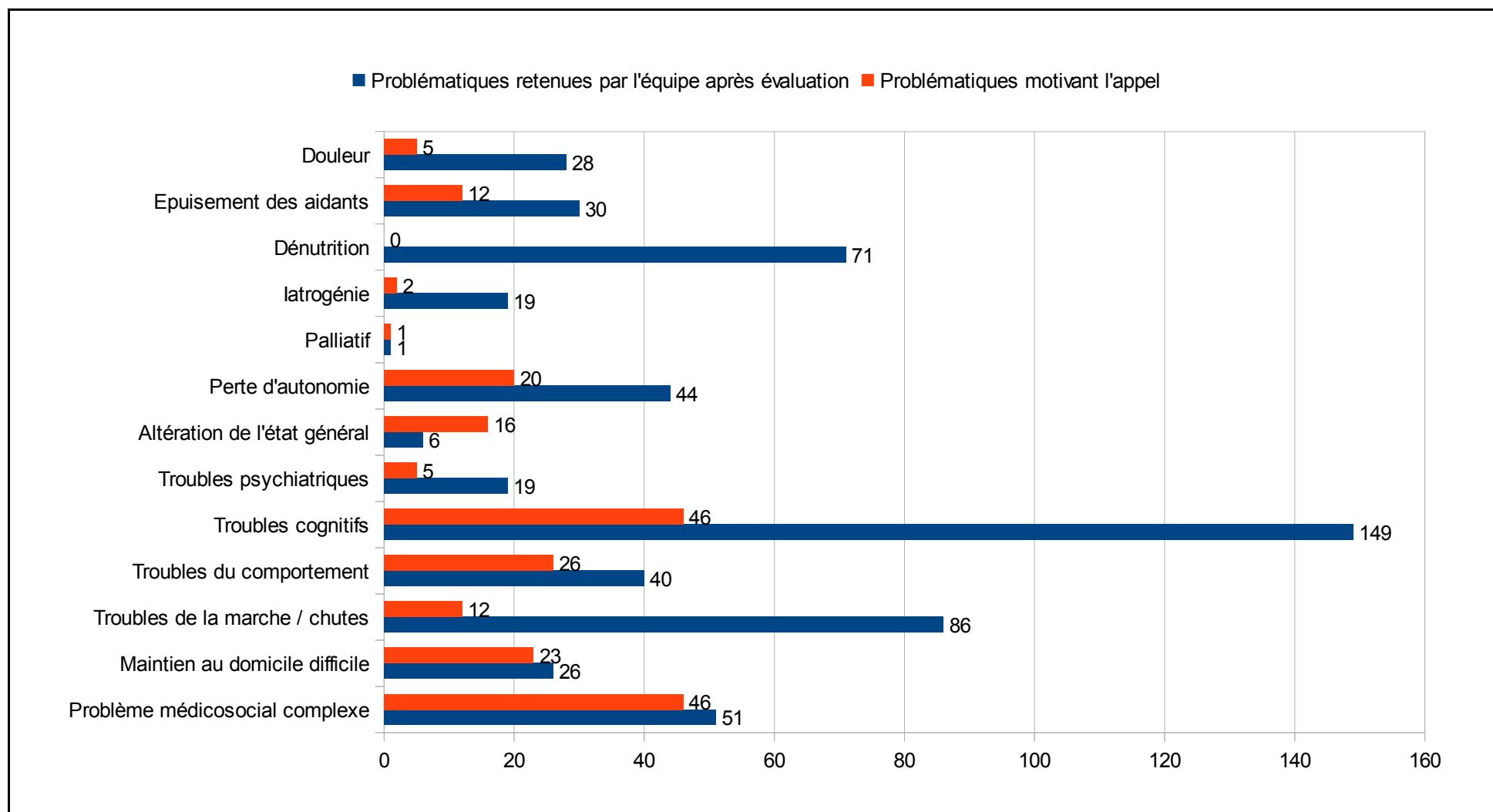


Figure 8: Motifs d'intervention annoncés et retenus

3.2.3. Le devenir des patients

Le suivi téléphonique, à 1 mois de l'EGS, a été réalisé chez 179 des 185 patients.

	Nombres de patients (%)
Lieu de vie habituel	147 (82,1 %)
Passage par les urgences	18 (10,1 %)
Admission dans la filière gériatrique	38 (21,2 %)
Décès	5 (2,8 %)

Tableau 11: Devenir des patients à 1 mois

A 1 mois de l'EGS, 147 patients étaient au domicile. 5 patients étaient en EHPAD (dont 1 en EHPAD temporaire). 5 étaient décédés (4 au domicile et 1 à l'hôpital). Les autres patients étaient hospitalisés à cette date, de façon programmée (n = 8 dont 2 en SSR), ou non programmée suite à un passage aux urgences (n = 14).

Les passages aux urgences, dans le mois suivant l'EGS, étaient liés à:

- des chutes (n = 7)
- des causes neurologiques: confusion (n = 4), état de mal épileptique (n = 1)
- des causes cardiaques: malaise (n = 3), douleur thoracique (n = 1), décompensation cardiaque (n = 1)
- des causes urologiques: rétention aiguë d'urine (n = 1)

4. Discussion

4.1. Etude comparative

4.1.1. Critère d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure les médecins traitants des patients évalués entre septembre et décembre 2015. En effet, au lancement de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité, les médecins demandeurs étaient peu nombreux car pas encore tous informés de ce nouveau dispositif. Les demandes provenaient essentiellement de la Plateforme Autonomie Senior, accessible physiquement et téléphoniquement depuis avril 2014 et par internet depuis avril 2015.

Certains patients avaient le même médecin traitant. Celui-ci avait pu être demandeur de l'EGS pour certains de ses patients et non demandeurs pour d'autres. Même si cela réduisait la taille de notre échantillon (165 à 103), nous ne pouvions l'inclure dans les deux groupes sans créer un biais. Nous avons choisi de recueillir sa satisfaction sur son premier contact avec l'unité pour ne pas induire de différence avec les médecins ayant sollicité qu'une seule fois le dispositif.

4.1.2. Caractéristiques des médecins traitants

Nous avons obtenu un taux de réponses à notre questionnaire de 62,1 %. Un questionnaire court (moins de deux pages), identifié comme un travail de thèse, est source d'un meilleur retour (54).

Le taux de réponse est comparable statistiquement entre les deux groupes. Néanmoins nous remarquons que la participation est meilleure dans le groupe des médecins demandeurs de l'EGS (66,6 % versus 59,4 %). Cela témoigne d'un plus grand intérêt chez ces médecins pour l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

La répartition par tranches d'âge des 64 médecins généralistes de notre échantillon est très proche de celle retrouvée chez l'ensemble des médecins généralistes de Bordeaux.

D'après C@rtoSanté, sur les 394 médecins généralistes installés à Bordeaux en 2015, les moins de 40 ans, les 40 - 49 ans, les 50 - 59 ans et les plus de 60 ans représentaient respectivement 13,5 % (versus 9,4 % dans notre étude), 21,1 % (versus 20,3 %), 36,3 % (versus 39,1 %) et 29,2 % (versus 31,2 %) (55).

Les femmes médecins sont légèrement sous-représentées dans notre échantillon de médecins répondants. Le sex-ratio est à 0,39 femme médecin par homme médecin alors qu'il est à 0,54 sur la commune de Bordeaux (55).

Au niveau national, entre 51 % et 54 % des médecins généralistes sont installés dans un cabinet de groupe. Cette proportion est plus grande chez les moins de 40 ans et en milieu urbain (56) (57).

Notre échantillon de médecins répondants est donc proche des médecins exerçant sur Bordeaux.

L'analyse comparative des caractéristiques des deux groupes ne montre pas de différence statistiquement significative.

En revanche, nous notons que la part des médecins demandeurs de moins de 50 ans est plus importante que celle des médecins non demandeurs. Inversement, les médecins de 60 ans et plus font davantage partie des médecins non demandeurs. Les explications avancées à cela sont: une implication plus forte des jeunes médecins dans les nouveaux dispositifs de santé destinés à faciliter leur pratique médicale quotidienne et un désir plus grand de travailler en collégialité.

De même, les médecins demandeurs sont plus souvent installés en cabinet de groupe car ils sont plus jeunes.

4.1.3. Satisfaction des médecins traitants

L'objectif principal de cette étude était de comparer la satisfaction des médecins traitants demandeurs de l'EGS à celle des médecins traitants non demandeurs, vis-à-vis des propositions formulées par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

L'analyse des données montre que la différence de satisfaction n'est pas statistiquement

significative entre les deux groupes.

Cette absence de différence est retrouvée au sein de chaque thème de propositions: diagnostique ($p = 0,84$), thérapeutique ($p = 0,26$), aides humaines et matérielles ($p = 0,37$), aides sociales ($p = 0,94$), suivi médical ($p = 0,67$).

La puissance statistique n'est pas identique sur les cinq thèmes. En effet, les propositions à visée diagnostique et sur le suivi médical sont moins présentes dans les comptes-rendus d'EGS. A l'inverse, des propositions thérapeutiques sont formulées dans la totalité des cas.

Pour augmenter la puissance, nous avons choisi d'additionner les réponses aux cinq thèmes et ainsi obtenir une satisfaction plus globale. Malgré cela, la différence n'est toujours pas significative ($p = 0,06$).

Le rôle joué par le médecin traitant dans la demande de l'EGS ne conditionne pas sa satisfaction. Ce résultat signifie que l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité doit continuer de répondre à toutes les demandes d'EGS, indépendamment du demandeur.

Sans prendre en compte ce rôle, l'ensemble des médecins traitants sont satisfaits ou très satisfaits des propositions (87,0 % à 96,7 % en fonction des thèmes). Ces taux élevés laissent penser que les propositions sont largement appliquées par la suite par les médecins traitants. Un travail est en cours sur l'optimisation thérapeutique et l'application des propositions par le médecin généraliste.

92,2 % sont prêts à refaire appel à ce dispositif sur 2017. Ce chiffre est important pour discuter une pérennisation de cette unité après la fin du projet PAERPA.

4.2. Etude descriptive

4.2.1. Les caractéristiques des patients

L'âge moyen des 185 patients évalués en 2016 est de 85,8 ans, avec un âge maximal de 101 ans et un minimal de 66 ans. Les patients de moins de 75 ans restent très minoritaires (5,4 % des patients évalués sur 2016). Le projet PAERPA est normalement réservé aux personnes de plus de 75 ans (39). Cet âge civil ou chronologique n'est pas forcément identique à l'âge physiologique ou biologique (58). Il est logique que le cahier des charges du PAERPA fasse apparaître une limite

d'âge civil car c'est un critère objectif. Mais son respect strict n'est pas souhaitable dans l'objectif de mieux prendre en charge les sujets âgés fragiles car la fragilité peut arriver plus précocément.

10 % des patients n'ont pas de médecin traitant déclaré. Il s'agit de personnes en rupture ou refus total de soins, repérées par les organismes sociaux et proposées à l'unité pour évaluation. Un travail de thèse a montré que 18,7 % des patients de plus de 70 ans admis aux urgences n'avaient pas de médecin traitant déclaré (59). Notre chiffre est plus bas mais probablement plus proche de la réalité car un patient sans médecin traitant aura moins de choix de prise en charge et se tournera davantage vers un service d'urgences lorsqu'il a un problème de santé.

Ce dispositif du PAERPA bordelais n'est pas accessible aux patients des EHPAD qui peuvent bénéficier de consultations par télé médecine. Nous avons mis en évidence que 56,2 % des patients vivent seuls à domicile, en 2011, ce chiffre était de 53,4 % sur Bordeaux pour les plus de 75 ans (41). Mais cet indicateur ne distingue pas les personnes seules, isolées socialement de celles bénéficiant d'aides extérieures (enfants, petits-enfants, etc). Or, le ou les aidants sont précieux dans le maintien à domicile car ils représentent le support affectif de la personne âgée et assurent régulièrement une présence et une surveillance (60).

Les résultats des différents tests illustrent bien le caractère fragile et le risque de perte d'autonomie des patients évalués sur l'année 2016.

Concernant le statut fonctionnel, on note qu'une forte majorité d'entre eux sont autonomes pour la plupart des activités courantes de la vie quotidienne (ADL ≥ 4 dans 67,6 %) mais sont totalement dépendants pour les activités plus complexes (IADL = 0 dans 54,1 %). Un sujet dont le score ADL est < 3 est considéré comme dépendant (13). C'est le cas chez 20 % de notre échantillon. Chez ces patients, l'EGS, dont le but est de restaurer une autonomie, est demandée trop tardivement car le stade de la dépendance est déjà important. Ces patients sont normalement hors critères d'inclusions dans le PAERPA. Néanmoins, l'EGS permet d'améliorer la qualité de vie, la prise en charge de la douleur, de l'environnement, etc.

Le MMSE a été réalisé plus souvent que le test de l'horloge ou le Dubois. Il s'agit du test le

mieux validé. 40 % des patients testés sont au stade modéré. 2/3 ont un test de Dubois pathologique (score < 10). L'atteinte mnésique est concordante avec l'atteinte fonctionnelle. Un nombre important de diagnostics de démence est posé à l'issue de l'EGS, parfois même à un stade tardif devant un trouble du comportement. Les explications avancées sont le refus du patient, le manque de suivi médical, la méconnaissance de la maladie.

Au niveau psychologique, le résultat du GDS a moins de puissance car seulement 59 patients ont été évalués. 2/3 sont à risque de dépression. Ce chiffre de prévalence est très élevé par rapport à la littérature: 8 à 16 % après 65 ans et 12 à 15 % après 85 ans (61). Mais on peut supposer que les patients, pour lesquels l'IDE ne propose pas de GDS, ne présentaient pas de symptômes dépressifs. Le GDS est utile au repérage afin de discuter l'intervention du psychiatre de l'unité.

Les patients évalués sont, pour une large majorité, à risque élevé de chute. En effet, les tests les plus sensibles, que sont le Timed Up and Go (87 %) et l'appui unipodal (61 %) retrouvent des taux de 65 % et 88 %. Le taux est moins élevé pour le Walking when Talking Test mais ce test est peu sensible (48 %) (24) (25).

La recherche d'une HTOS chez le sujet âgé doit faire partie intégrante de l'EGS car sa prévalence est forte: 16 % après 65 ans (26). Elle est de 25 % dans notre étude et participe aux facteurs de risque de chute. Elle peut être compensée par des mesures préventives simples (conseils hygiéno-diététiques, contention des membres inférieurs, éducation du patient sur les symptômes et la décomposition du lever, révision médicamenteuse en cas d'origine iatrogène).

Malgré cela, moins d'un tiers des patients bénéficiaient avant l'EGS de séances de kinésithérapie.

Sur le plan nutritionnel, le stade "en risque de dénutrition" concerne 87 patients sur 156. L'isolement social, la diminution des capacités physiques, les détériorations intellectuelles, la polymédication, la dépression sont des facteurs de risque de dénutrition (62).

L'un des objectifs annoncés de l'unité est de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse. Celle-ci peut être la conséquence d'une seule molécule, mal tolérée chez le sujet âgé, ou d'une

interaction médicamenteuse entre plusieurs molécules.

L'incidence des accidents iatrogéniques survenant chez le sujet âgé au domicile est estimé à 50/1000 personnes par année. Plus d'un quart sont considérés comme évitables (63).

La polymédication du sujet âgé est très fréquente. Elle est favorisée par le nomadisme médical, les polypathologies, la superposition de traitement symptomatique, les demandes insistantes des patients. A domicile, la moyenne se situe entre 4 et 5 médicaments différents au quotidien chez les sujets de plus de 75 ans (64). Or le nombre de traitement est un facteur de risque d'effets indésirables. Ce risque est augmenté de 4 % avec 5 médicaments, 10 % pour 6 à 10, 28 % pour 11 à 15 et 54 % au delà de 16 traitements.

Cette polymédication n'a pas reculé, elle est toujours présente en 2016. Dans notre étude, la moyenne est de 5,8 traitements par jour. La place d'un pharmacien dans l'unité est donc indispensable pour continuer à optimiser les ordonnances des personnes âgées. Le travail en cours sur l'optimisation thérapeutique va rechercher si l'EGS entraîne une décroissance du nombre de traitement.

4.2.2. L'intervention de l'unité

En moyenne, l'évaluation au domicile survient quatre jours après l'appel. Ce délai est très court compte-tenu qu'il comprend les jours où l'unité est fermée (les samedis, les dimanches et les jours fériés) et le fait d'arriver à trouver une date de rendez-vous convenant aux deux parties. Ce délai est conditionné par le nombre de demandes.

Dans 90 % des cas, le domicile des patients se situe sur la ville de Bordeaux et correspond bien au critère d'inclusion dans le PAERPA. 10 % des EGS ont néanmoins eu lieu hors Bordeaux sur des communes proches de l'agglomération, car l'unité ne dispose pas de moyen motorisé pour effectuer ses visites. L'unité répond à ces demandes en fonctions de ses capacités. A noter que certains de ces patients sont suivis par un médecin traitant installé sur Bordeaux. Lorsque la demande d'EGS provient d'un médecin traitant qui à l'habitude de faire appel à l'unité, l'équipe s'efforce d'y répondre favorablement.

Il y a en moyenne 1,2 problématiques annoncées lors de la demande versus 3,1

problématiques retenues par le gériatre après évaluation. Plusieurs explications sont possibles. Premièrement, les demandes faites par la Plateforme Autonomie Séniors ne sont pas médicales. Les problématiques nécessitant un diagnostic, comme la dénutrition, la douleur ou les troubles cognitifs, sont soit méconnues, soit incluses dans une problématique plus générale, comme l'altération de l'état général ou le maintien à domicile difficile.

La seconde réside dans le fait que l'évaluation nutritionnelle ou cognitive est chronophage. Elle est difficile à réaliser en pratique courante. Seulement 36 % des médecins généralistes réalisent le dépistage de la dénutrition chez leurs patients âgés (65).

Au total, les problématiques de chute sont 7 fois plus importantes qu'annoncées, les troubles cognitifs et l'épuisement des aidants sont 3 fois plus fréquentes, les problèmes iatrogéniques 10 fois plus, la douleur et les troubles cognitifs 4 fois plus. Quant à la dénutrition, elle n'a jamais été rapportée mais a justifié des propositions chez 71 patients.

4.2.3. Le devenir des patients

Les données relatives au devenir du patient, à 1 mois de l'EGS, proviennent des appels téléphoniques réalisés par l'infirmier de l'unité auprès du patient lui-même et/ou de son aidant et/ou de son médecin traitant.

6 patients soit 3,2 % n'ont pas eu de suivi. Il s'agit de patients non joignables pour diverses raisons (absence de téléphone pour les joindre, ou d'entourage pour répondre).

A 1 mois de l'EGS, 82,1 % des personnes âgées sont toujours à leur domicile. Ce chiffre ne tient pas compte des personnes hospitalisées à cette date, de façon programmée ou non, et qui regagneront leur domicile par la suite. Très peu de patients ont été admis en EHPAD (2,8 %), ce qui témoigne de l'efficacité de ce dispositif dans le maintien à domicile des personnes âgées.

10 % des patients ont été admis aux urgences dans le mois suivant leur EGS. Le motif de chute est particulièrement fréquent: 7/18 (38,9 %). Notre chiffre ne fait pas la distinction entre les admissions évitables de celles qui ne le sont pas. Un travail va être lancé prochainement sur ce sujet en prenant comme échantillon les patients de plusieurs EMG d'Aquitaine.

De plus, il prend en compte l'ensemble des chutes conduisant aux urgences dans le mois

suivant l'EGS, qu'elles soient précoces ou plus tardives, alors que la mise en place des propositions et l'aménagement du domicile par l'ergothérapeute ne sont pas immédiats.

L'amélioration ou la restauration du parcours de santé des aînés est un objectif annoncé de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité. A l'issue de l'EGS, 20 % des patients ont été inclus dans la filière gériatrique par programmation d'un SSR, d'une hospitalisation, d'une HDJ ou d'une consultation mémoire. Cette inclusion a pour objectif de mieux les prendre en charge via des services adaptés à la population âgée, d'éviter de les perdre de vue et de réagir plus vite en cas d'aggravation de leur état de santé.

Le taux de décès a été de 2,8 % soit 5 patients. Un seul décès a eu lieu à l'hôpital versus 4 à domicile. En gironde, en 2014, plus de la moitié des décès avaient lieu en centre hospitalier et seulement un quart à domicile (66). Notre étude montre que la répartition des lieux de décès est modifiée au profit du domicile.

5. Conclusion

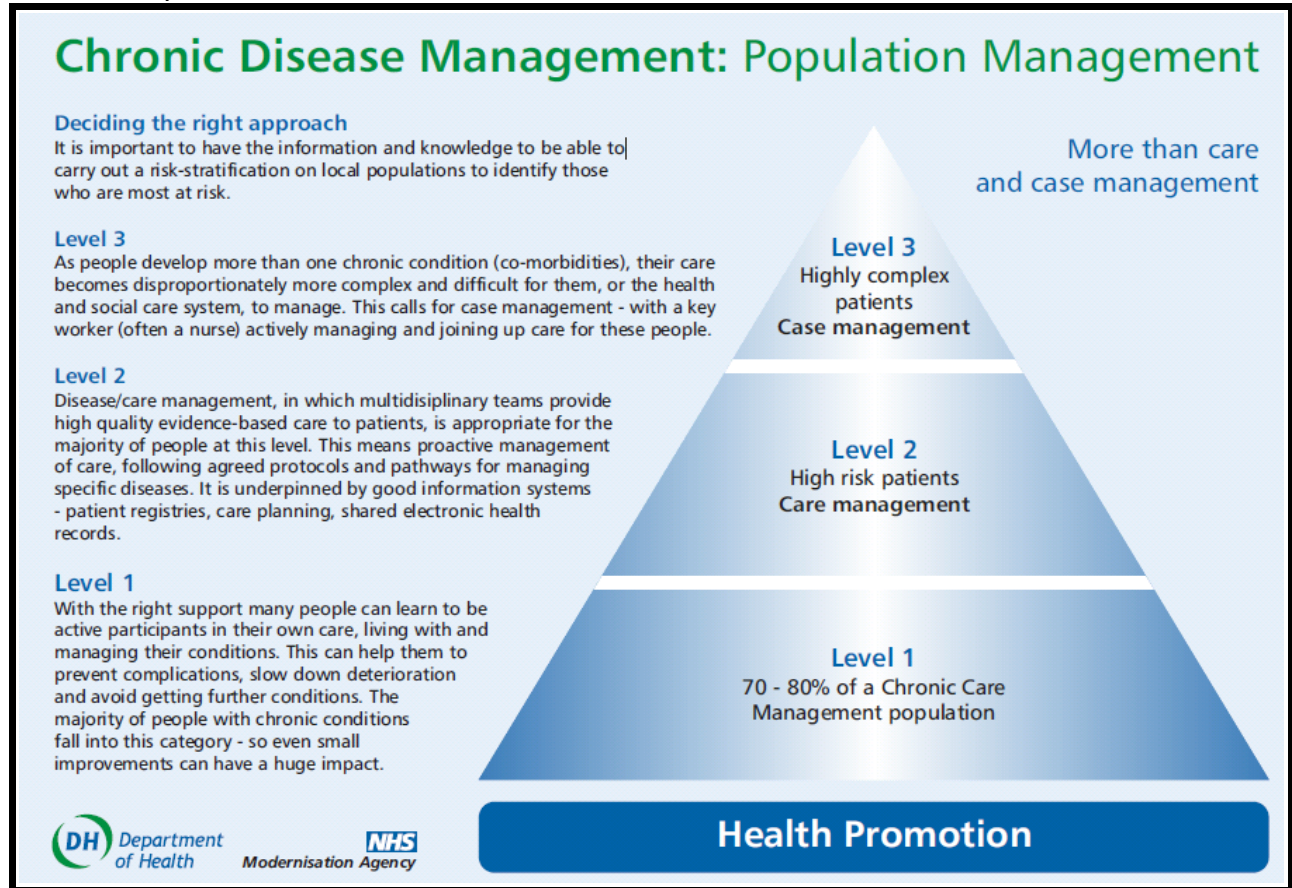
Notre étude confirme une satisfaction très forte des médecins traitants vis-à-vis des propositions émises par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité. Nos résultats ne démontrent pas d'association entre le rôle joué par le médecin traitant dans la demande de l'Evaluation Gériatrique Standardisée et sa satisfaction. Il convient donc de poursuivre l'évaluation des patients, indépendamment du demandeur de l'EGS.

Malgré une définition non consensuelle de la fragilité, l'analyse des caractéristiques des personnes âgées évaluées en 2016 montre qu'une grande proportion semble répondre au critère du PAERPA, à savoir être en risque de perte d'autonomie.

L'adhésion importante des médecins traitants à ce dispositif expérimental est un élément clé pour appuyer sa pérennisation après la fin du projet PAERPA.

Annexes

Annexe 1: Pyramide de Kaiser



Annexe 2: Classification GIR

Groupe GIR	Situation de la personne
GIR 1	Personne confinée dans un lit ou un fauteuil dont les fonctions physiques et mentales sont gravement altérées. Personnes en fin de vie. Besoin d'une présence continue
GIR 2	Personne dans l'incapacité de se déplacer dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour ses activités de la vie courante. Personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui est capable de se déplacer.
GIR 3	Personne qui a conservé ses capacités mentales et partiellement ses capacités locomotrices mais qui a un besoin d'aide quotidien pour les soins corporels
GIR 4	Personne qui a partiellement ses capacités physiques, qui peut se déplacer à l'intérieur de son logement mais qui a besoin d'aide pour la toilette et pour s'habiller.
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe 3: Mini-Mental State Examination

Nom et prénom du patient : _____

Date : _____

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.

Réponse correcte : Noter 1
Réponse incorrecte : Noter 0

ORIENTATION

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 ? _____

Sous-total : _____ / 5

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

6. Quel est le nom du cabinet (hôpital, centre, etc...) 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 situé ce département ? _____
10. A quel étage sommes-nous ? _____

Sous-total : _____ / 5

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots : je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure :

11. Cigare _____
12. Fleur _____
13. Porte _____

(Faire répéter les 3 mots)

Sous-total : _____ / 3

ATTENTION ET CALCUL

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

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

Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct, mais ce score ne doit pas figurer dans le score total.

14. $100 - 7 = 93$ _____
15. $93 - 7 = 86$ _____
16. $86 - 7 = 79$ _____
17. $79 - 7 = 72$ _____
18. $72 - 7 = 65$ _____

Sous-total : _____ / 5

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare _____
20. Fleur _____
21. Porte _____

Sous-total : _____ / 3

LANGAGE

22. Montrer un crayon : Quel est le nom de cet objet ?* _____

23. Montrer une montre : Quel est le nom de cet objet ?** _____

24. Ecoutez bien et répétez après moi*** : _____

« pas de MAIS, de SI, ni de ET » _____

25. Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au patient en lui disant : _____

Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

Prenez cette feuille de papier de la main droite _____

26. Pliez-la en deux _____

Et jetez-la par terre**** _____

27. Tendre au patient une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères « FERMEZ LES YEUX » et dire au patient : _____

« Faites ce qui est écrit » _____

28. Tendre au patient une feuille de papier et un stylo en disant : _____

« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière***** » _____

Sous-total : _____ / 8

PRAXIES CONSTRUCTIVES

30. Tendre au patient une feuille de papier et lui demander : _____

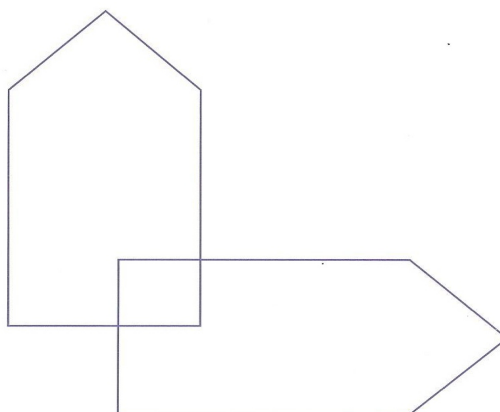
« Voulez-vous recopier ce dessin » (voir verso) _____

Sous-total : _____ / 1

SCORE TOTAL (1 à 30)

TOTAL : _____ / 30

FERMEZ LES YEUX



Annexe 4: MNA test

DÉPISTAGE

A- Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 = anorexie sévère ; 1 = anorexie modérée ; 2 = pas d'anorexie

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 ou dépression modérée ; 2 = pas de problème psychologique

F- 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

Score de dépistage (sous total sur 14 points) : / ____/

≥ 12 points : normal, pas besoin de continuer l'évaluation ;

< 12 : possibilité de malnutrition, continuer l'évaluation

ÉVALUATION GLOBALE

G- Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

0 = non ; 1 = oui

H- Prend plus de 3 médicaments ?

0 = oui ; 1 = non

I- Escarres ou plaies cutanées ?

0 = oui ; 1 = non

J- Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?

0 = 1 repas ; 1 = 2 repas ; 2 = 3 repas

K- Consomme-t-il ?

- une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui / non

- une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui / non

- chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui / non

0 = si 0 ou 1 oui ; 0,5 = si 2 oui ; 1 = si 3 oui

L- Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?

0 = non ; 1 = oui

M- Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)

0 = moins de 3 verres ; 0,5 = de 3 à 5 verres ; 1 = plus de 5 verres

N- Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance ; 1 = se nourrit seul avec difficulté ; 2 = se nourrit seul sans difficulté

O- Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)

0 = malnutrition sévère ; 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée ; 2 = pas de problème de nutrition

P- Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

0 = moins bonne ; 0,5 = ne sait pas ; 1 = aussi bonne ; 2 = meilleure

Q- Circonférence brachiale (CB en cm)

0 = CB < 21 ; 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 ; 1 = CB > 22

R- Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31 ; 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (sur 16 points) : / ____/

Appréciation de l'état nutritionnel (sur 30 points) : / ____/

≥ 24 : état nutritionnel satisfaisant ;

17 - 23,5 : risque de malnutrition ;

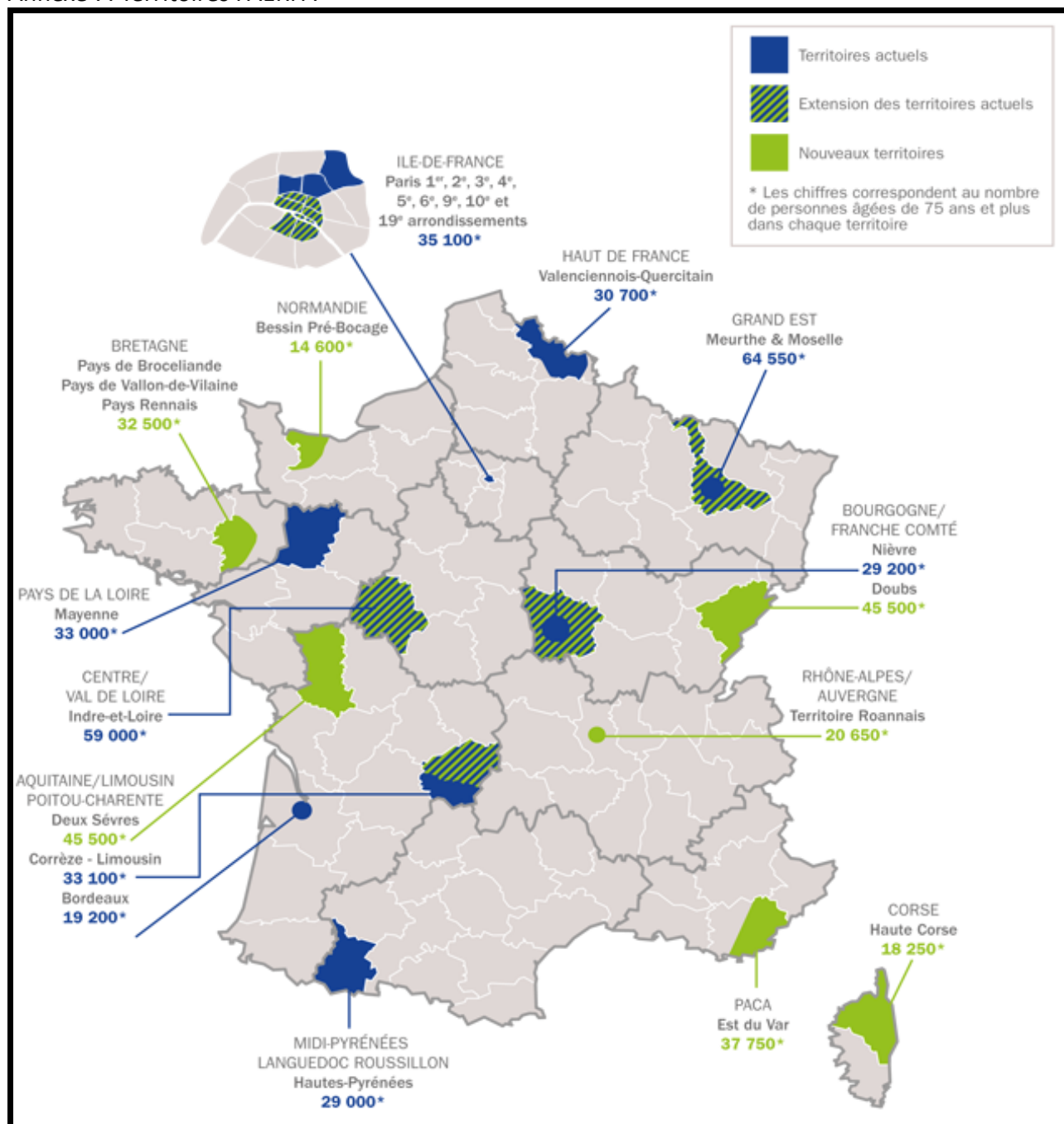
< 17 : mauvais état nutritionnel.

Annexe 5: Score de Charlson

Morbidités:	Nombre de points attribués:
- 50-60 ans - Infarctus du myocarde - Insuffisance cardiaque congestive - Maladie vasculaire périphérique (AOMI, anévrysme de l'aorte > 6 cm) - AVC ou AIT - Démence - Maladie pulmonaire chronique - Maladie de système - Ulcère peptique gastro-duodénal - Hépatopathie modérée - Diabète traité médicalement, sans complication	1
- 61-70 ans - Hémiplégie - Insuffisance rénale chronique - Diabète compliqué (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) - Tumeur solide non métastasée - Leucémie - Lymphome	2
- 71-80 ans - Cirrhose hépatique	3
- 81-90 ans	4
- 91-99 ans	5
- > 100 ans - Tumeur solide métastasée - VIH au stade SIDA	6



Annexe 7: Territoires PAERPA



Annexe 8: Grille de repérage de la fragilité du PAERPA

	OUI	NON	Ne sait pas
Durant la semaine écoulée, je me suis senti(e) seul(e)			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois de manière involontaire ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de sa mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			

Si vous avez répondu oui à une de ces questions.
 Votre patient vous paraît-il fragile ? (entourez) OUI NON

Annexe 9: Grille de repérage pour l'élaboration d'un PPS

Vous pouvez initier un PPS si vous répondez oui à l'une des 6 interrogations suivantes			
La personne :	OUI	NON	Ne sait pas
a-t-elle hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
a-t-elle une polypathologie (n>3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ ou une polymédication (n>10) ?			
a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours de santé ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			



Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité
1 rue Jean Burguet – CS11261- 33075 Bordeaux
Tél. 05 57 82 18 71
Fax. 05 57 82 25 50

BORDEAUX, le 15 février 2017.

Cher confrère, chère consoeur,

Dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale, dirigée par le Dr VIDEAU Marie-Neige, je me permets de vous solliciter à propos de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Cette unité est intégrée dans le projet "Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie" (PAERPA) de la ville de Bordeaux.

Ce projet PAERPA est expérimental (2013-2017). Il est donc important pour nous de recueillir votre satisfaction vis-à-vis des propositions faites par l'unité pour votre patient(e) afin de pérenniser cette unité après 2017.

Pour cela, je vous remercie de répondre à un très court questionnaire.

Le retour du questionnaire peut se faire par FAX au 05 57 82 25 50, par mail emgdanslacite@chu-bordeaux.fr ou par courrier postal (Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité, Hôpital Saint André, 1 rue Jean Burguet, CS 11261, 33075 BORDEAUX).

Cordialement.

Jérôme BRASSEUR

Bonjour **Dr X**,

En 2016, l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité est intervenue au domicile de votre patiente **Mme Y**.

Pour rappel, les propositions faites dans l'EGS étaient les suivantes:

1- Sur le plan diagnostique:

- dépakinémie, contrôle plaquettes (136 000 en juin 2016)
- indication à une imagerie cérébrale (TDM crâne car est porteuse d'un PM)
- consultation avec le Dr FORZAN (psychiatre de l'équipe) ce jour

2- Sur le plan médicamenteux:

- arrêt TERCIAN, arrêt ATARAX (cf courrier Dr FORZAN)
- supplémentation Vit D

3- Sur les aides humaines et matérielles:

- Passage de l'ergothérapeute de l'équipe Mme LIES, pour évaluation de l'aide technique et optimisation des déplacements au domicile.
- poursuite kinésithérapie

4- Sur le plan social et du devenir:

- le projet d'une orientation en accueil de jour a été évoqué, à réévaluer en fonction de l'autonomie de son mari (refus de l'EHPAD Le Sablonat car trop dépendante)
- le couple va bénéficier prochainement du dispositif « EHPAD hors les murs » de la Villa Pia

5- Sur le suivi médical:

- sera revue par le DR FORZAN au domicile
- consultation neurologique à réévaluer selon évolution clinique à l'arrêt du TERCIAN (nous pouvons l'organiser à Xavier Arnozan si vous le désirez)

Merci de répondre aux questions suivantes:

1] Quel est votre âge:

- ☐ < 40 ans ☐ 40-49 ans ☐ 50-59 ans ☐ > 60 ans

2] Quel est votre sexe:

- ☐ masculin ☐ féminin

3] Etes-vous le seul médecin généraliste au sein de votre cabinet?

- ☐ oui ☐ non

4] Concernant les propositions faites par l'unité, vous êtes:

Sur le plan diagnostique:

- ☐ non satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait

Sur le plan médicamenteux:

- ☐ non satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait

Sur les aides humaines et matérielles:

- ☐ non satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait

Sur le plan social et du devenir:

- ☐ non satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait

Sur le suivi médical:

- ☐ non satisfait ☐ peu satisfait ☐ satisfait ☐ très satisfait

5] Pensez-vous faire appel à l'unité, en 2017?

☐ oui

☐ non

6] Avez-vous des remarques à nous faire parvenir? Quelles seraient vos idées pour améliorer les actions de notre unité?

.....
.....
.....
.....
....

Questionnaire à retourner par FAX au 05 57 82 25 50, par mail emgdanslacite@chu-bordeaux.fr, ou par courrier postal.

Bibliographie

1. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016. 2017. 4 p. (Insee Première).
2. Tableaux de l'économie française [Internet]. 2017^e éd. [cité 3 avr 2017]. 276 p. (Insee Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2587886>
3. Arreckx M. L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 1979 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1981_num_36_4_17233
4. Définitions : fragilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragilit%C3%A9/34950?q=fragilit%C3%A9#34914>
5. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
6. Fried L. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Sci*. 2001;56A(3):M146-56.
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Med Can*. 30 août 2005;173(5):489-95.
8. Tom SE, Adachi JD, Anderson FA, Boonen S, Chapurlat RD, Compston JE, et al. Frailty and fracture, disability, and falls: a multiple country study from the global longitudinal study of osteoporosis in women. *J Am Geriatr Soc*. mars 2013;61(3):327-34.
9. Pugh JA, Wang C-P, Espinoza SE, Noël PH, Bollinger M, Amuan M, et al. Influence of frailty-related diagnoses, high-risk prescribing in elderly adults, and primary care use on readmissions in fewer than 30 days for veterans aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc*. févr 2014;62(2):291-8.
10. Shamliyan T, Talley KMC, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Res Rev*. mars 2013;12(2):719-36.
11. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. août 2012;60(8):1487-92.
12. Di Pollina L, Steiner A-S, Gold G. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). HUG [Internet]. nov 2010; Disponible sur: http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soign

13. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.
16. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. 2011.
17. Dubois B, al. « Les 5 mots », épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Press Med*. 2002;31:1696-9.
18. HAS. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. [Internet]. 2014 [cité 21 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012937/fr/avis-de-la-has-sur-le-referentiel-concernant-le-reperage-et-l-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-depression-chez-les-seniors-de-55-ans-et-plus-saisine-du-30-octobre-2014
19. Dargent-Molina P, Breart G. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *RESP*. 1995;43(1):72-83.
20. SFDRMG - HAS. Préventions des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
21. PUISIEUX F. Get Up and Go Test and Timed Up and Go Test: 2 tests to assess very simply fall risk. *La Revue de Gériatrie*. 40(6). juin 2015;366.
22. Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2001. 2006;29(2):64-8.
23. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile [Internet]. Saint-Denis; 2005. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/C_FESBases/catalogue/pdf/830.pdf
24. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*. sept 2000;80(9):896-903.
25. HAS. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. 2012.
26. Société Française d'HyperTension Artérielle. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. 2014.
27. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional

Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* févr 1999;15(2):116-22.

28. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83.
29. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2011;173(6):676-82.
30. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* nov 1994;47(11):1245-51.
31. De Decker L. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Annales de Gériatriologie.* sept 2009;2(3):159-60.
32. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med.* 9 juill 2001;161(13):1629-34.
33. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 23 nov 2009;169(21):1952-60.
34. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* déc 1994;44(12):2308-14.
35. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: suivi médical des aidants naturels [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf
36. Code de la sécurité sociale - Article L111-2-1. Code de la sécurité sociale.
37. « Vieillissement, longévité et assurance maladie ». Constats et orientations. Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie; 2010 avril p. 11.
38. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 - Article 48. 2012-1404 décembre, 2012.
39. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA [Internet]. 2013 [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
40. Arrêté du 8 octobre 2014 fixant le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes mentionné à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

41. IRDES. Atlas des territoires pilotes PAERPA. 2012.
42. Insee. Commune Bordeaux - Système d'Information Géographique de la politique de la ville [Internet]. 2012 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/33063/onglet/DonneesLocales#>
43. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
44. Haute Autorité de Santé - Mise en oeuvre du PPS PAERPA: bilan à 6 mois. 2015.
45. Aloird P. Evaluation du dispositif DOMCARE d'aide au retour à domicile des personnes âgées après consultation aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picque. Bordeaux; 2016.
46. Diallo L. Communication ville-hôpital en gériatrie: évaluation d'une ligne d'appel directe pour les médecins libéraux : expérience du CHU de Bordeaux et de l'URPS des médecins libéraux d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2012.
47. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
48. Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la santé publique.
49. Haw-Shing L. Programme « Télémédecine en EHPAD » en Gironde: enquête de satisfaction en médecine générale. 2016.
50. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
51. Circulaire DHOS/O2/n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
52. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. [Internet]. 2016 [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
53. Berrut G. Medication reconciliation: a learning process for reduce the risk of medication errors. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2017;15(1):4.
54. Morice E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale? Exercer. 2012;23(100):31-2.

55. CartoSanté [Internet]. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#sly=a_arm2015_DR;s=2015;v=map12;i=gene_popage.eft;sid=12993;f=A;l=fr;z=410754,6427546,16852,10823
56. DREES. Portrait des professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf>
57. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé - URPS des médecins libéraux. Février 2013;
58. Belsky DW, Caspi A, Houts R, Cohen HJ, Corcoran DL, Danese A, et al. Quantification of biological aging in young adults. *Proc Natl Acad Sci*. 28 juill 2015;112(30):E4104-10.
59. Minost J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences? [Internet]. Paris Diderot; 2009 [cité 21 juin 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3324_MINOST_Jerome_these.pdf
60. Méret T, Floccia M. La personne démente à domicile. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2005;3((Suppl.1)):S14-25.
61. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. In: *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement*. p. S7-12. (2004).
62. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Enseignement du 2ème cycle - Polycopié national. 2008.
63. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 5 mars 2003;289(9):1107-16.
64. HAS. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. 2005 [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
65. Kadi A. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure et Loir: enquête auprès des médecins généralistes. Tours; 2013.
66. Dalla Longua M. Insee Flash Aquitaine. 32 350 décès: le niveau reste élevé en 2014. 2015.

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.