



HAL
open science

Équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière dans le Var-Est : enquête de satisfaction des médecins traitants

Johanna Gaydu

► **To cite this version:**

Johanna Gaydu. Équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière dans le Var-Est : enquête de satisfaction des médecins traitants. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01960066

HAL Id: dumas-01960066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01960066v1>

Submitted on 19 Dec 2018

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.



UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière dans le Var-Est :
enquête de satisfaction des médecins traitants**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2018 à 17 heures
A la Faculté de Médecine de Nice

Par Madame Johanna GAYDU

Née le 26 septembre 1989 aux Abymes

JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Françoise DELAUNAY
KAIDOMAR

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr. DELLAMONICA jean
Etudiants	M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires :

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme		BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Bio statistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M. VAN OBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur de présider cette thèse.

J'espère que notre compagnonnage va perdurer dans le temps.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Gilles Gardon,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de la thèse.

Je retiendrai votre gentillesse.

Recevez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pascal Staccini,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Merci pour votre bienveillance.

Madame le Docteur Françoise Delaunay Kaidomar,

Je vous remercie de m'avoir proposé de travailler sur ce sujet que vous avez vu naître.

Merci pour votre aide durant l'élaboration de cette thèse.

A tous mes Maîtres de stage, je vous remercie de m'avoir enseigné la médecine avec rigueur.

Je tiens également à remercier Madame le Docteur Isabelle Bereder, celle que l'on ne présente plus, qui m'a soutenue durant l'écriture de cette thèse. Merci pour tes relectures.

Merci aux médecins généralistes du Var-Est qui ont consacré un peu de leur temps si précieux à la réponse au questionnaire.

Je tiens à remercier ma famille de Guadeloupe, Arras, Paris et Magnivray pour son soutien sans faille tout au long de ces années d'études de médecine. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A ma mère, qui a toujours su jongler avec ses multiples casquettes avec brio. Ta présence à mes côtés malgré la distance m'a permis d'en arriver là aujourd'hui et je t'en serai éternellement reconnaissante.

A mon frère Johann, je suis fière de l'homme que tu es en train de devenir.

A mon oncle Jacques.

Je remercie également tous mes amis de Guadeloupe, de Nice et d'ailleurs pour leur soutien. Je réalise à peine la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie.

A mon meilleur ami qui se reconnaitra.

Merci à l'équipe du service social et de l'hôpital de jour du CHU de Cimiez. Je retiendrai votre bienveillance à mon égard tout au long de mon dernier semestre d'internat.

A ma grand-mère Félicia, ma première patiente, mon poto-mitan.

Je te dédie cette thèse.

I was served lemons, but I made lemonade.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
LISTE DES FIGURES.....	14
LISTE DES TABLEAUX	15
Introduction	16
Matériels et méthodes	19
Résultats	24
Discussion	34
Conclusion.....	39
ANNEXES	40
BIBLIOGRAPHIE	52
Résumé	54

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS PACA	Agence régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
CCAS	Centres Communaux d'Action Sociale
CHD	Centre Hospitalier de la Dracénié
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CTA	Coordination Territoriale des Aînés
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMGEH	Equipe Mobile de Gériatrie Extra-hospitalière
ESA	Equipe de Soins Alzheimer
GIR	Groupe Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MT	Médecin Traitant
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
PAERPA	Personnes Âgées En Risque De Perte d'Autonomie
PPS	Plan Personnalisé de Soins
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
URPS ML PACA	l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de la région Provence- Alpes-Côte d'Azur
USLD	Unité de Soins de Long Séjour
VAD	Visite A Domicile

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de médecins inclus.

Figure 2 : Proportion des demandes intervention faites par les médecins traitants.

Figure 3 : Satisfaction des médecins dont un / plusieurs patients sont suivis par l'EMGEH.

Figure 4 : Réponses apportées par l'EMGEH lors d'une intervention.

Figure 5 : Les modes de communication avec les médecins utilisés par l'EMGEH.

Figure 6 : Suivi des propositions de l'EMGEH par les médecins ayant un ou plusieurs patient(s) suivi(s).

Figure 7 : Motifs de sollicitation éventuelle de l'EMGEH par les médecins n'ayant pas de patients suivis.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les principales caractéristiques des médecins inclus selon leur lieu d'exercice

Tableau 2 : Comparaison entre les médecins ayant été en contact avec l'EMGEH et ceux qui ne l'ont pas été.

Introduction

La population gériatrique en France est en augmentation. Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2018, les personnes de plus de 75 ans représentent 9,9 % de la population générale, contre 8,8% en 2010 (1). Cette population vieillissante développe des pathologies liées à l'âge et dénombre de plus en plus de patients polypathologiques et fragiles (2).

La prise en charge d'une personne âgée polypathologique est complexe de par la coexistence de pathologies chroniques et de problèmes psychologiques et sociaux fréquemment associés. A ceci s'ajoutent le désir exprimé de rester à domicile et l'isolement social. La prise en charge de ces situations médico-sociales complexes, bien connues en gériatrie, a fait l'objet d'une réflexion dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « Personnes Âgées En Risque De Perte d'Autonomie » (PAERPA) (3).

Sur le plan démographique, dans le département du Var, un peu plus d'une personne sur quatre (26,2 %) se trouvait dans une situation de perte d'autonomie modérée à sévère et la part des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans un ménage s'élève à 40,1% (Annexe 1).

En septembre 2016, l'Est du département du Var comptabilisait 319 270 habitants. Parmi eux, 35 781 personnes âgées de plus de 75 ans (4).

Une autre particularité concerne la démographie médicale. La densité de médecins généralistes libéraux exerçant dans le Var-Est (94 pour 100 000 habitants) est inférieure à la densité de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (114 pour 100 000 habitants) (4).

Plus de la moitié des généralistes libéraux sont âgés de plus de 55 ans (4). Ce chiffre est superposable à celui du département du Var où, en 2017, six médecins généralistes libéraux sur dix (60, 4%) étaient âgés de 55 ans ou plus, une proportion un peu plus élevée que dans la région (58 %).

Entre 2012 et 2017, le département du Var a perdu 82 médecins généralistes, soit 7,1 % de l'effectif total, une tendance identique à celle observée dans la région (- 8,7 %) (5).

La mise en place du dispositif PAERPA dans l'Est du Var vise à améliorer le parcours de soins des personnes âgées de 75 ans ou plus, renforcer le maintien à domicile, anticiper les situations de crise et éviter les hospitalisations inutiles.

L'Est du Var est depuis septembre 2016 l'un des nouveaux territoire-pilotes de la deuxième génération de PAERPA. La Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est est la structure de référence à contacter et fait le lien entre les secteurs sanitaire, social et médico-social (6). L'objectif premier du dispositif PAERPA est de maintenir les personnes de plus de 75 ans à leur domicile en menant des actions de prévention de la perte d'autonomie et de repérage des personnes âgées à risques.

L'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière (EMGEH) du Var-Est vise à améliorer la prise en charge à domicile (7) des personnes de plus de 75 ans. L'EMGEH réalise une évaluation gériatrique au domicile et aide à la coordination des acteurs du maintien au domicile (Annexe 2).

Le parcours de soins des personnes âgées de 75 ans ou plus s'articule autour du Plan Personnalisé de Soins (PPS) (8) (Annexe 3), défini par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). Le plan d'action du PPS peut porter sur la prévention ou prise en charge des grands facteurs de risques gériatriques, de l'aspect socio-environnemental et parfois l'éducation thérapeutique.

Le PPS est le plus souvent initié par le médecin traitant ou l'infirmière au domicile. La CTA peut alors aider à son élaboration et compléter la prise en charge par une évaluation gériatrique si besoin. Le PPS s'articule ensuite autour du médecin traitant et des différents acteurs du maintien au domicile (9).

Créée en septembre 2017, l'EMGEH dans le Var-Est est constituée de deux antennes respectivement basées au Centre Hospitalier de la Dracénie (CHD) à Draguignan et au centre hospitalier intercommunal (CHI) de Fréjus-Saint-Raphaël.

Mon travail s'est focalisé sur l'antenne du CHI de Fréjus Saint Raphaël.

Le plan de communication a consisté en l'envoi, en préambule de l'ouverture, d'une plaquette d'intervention par voie postale aux médecins généralistes libéraux du Var-Est (Annexe 2). Cette plaquette a ensuite été envoyée de nouveau à l'ouverture puis 6 mois après l'ouverture.

De plus, les patients âgés de plus de 75 ans qui sortaient d'hospitalisation de tous les services de médecine et de chirurgie du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël, y compris les services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), avaient, joint à leur courrier de fin d'hospitalisation, une plaquette d'information sur la CTA et l'EMGEH (Annexe 2).

Pour promouvoir le PAERPA, des réunions de sensibilisation des médecins libéraux concernant le PPS ont été organisées par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS ML PACA).

Cette sensibilisation est confortée, depuis Septembre 2018, par l'intervention d'une chargée de mission qui se déplace au cabinet des médecins libéraux, les informe sur le dispositif PAERPA et les sensibilise à l'élaboration des PPS.

La demande d'intervention de l'EMGEH se fait via la CTA et est précédée d'un contact téléphonique avec le médecin traitant (MT) pour l'informer de la visite prévue et obtenir son accord.

Le budget de fonctionnement de l'EMGEH est octroyé par l'Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA), dans le cadre du PAERPA, et réévalué à 18 mois.

L'intervention de l'EMGEH est gratuite pour les patients.

A ce jour, l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël réalise des interventions depuis un an et aucunes données concernant la connaissance de l'équipe ainsi que la satisfaction des médecins traitants du Var-Est n'ont été publiées.

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux de la satisfaction des médecins traitants du Var-Est à propos de l'intervention de l'EMGEH pour un ou plusieurs de leurs patients.

L'objectif secondaire était d'identifier les problématiques principales pouvant amener les autres médecins traitants à demander une intervention.

Matériels et méthodes

I. Présentation de l'EMGEH :

Créée en septembre 2017, l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël permet d'apporter une compétence hospitalière au domicile des patients. Elle est composée d'un praticien hospitalier gériatre, une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), un ergothérapeute et une secrétaire.

Elle a plusieurs missions :

- Faciliter le maintien à domicile,
- Dispenser une évaluation gériatrique à domicile en appui des coordinations cliniques de proximité (MT, IDE) pour la constitution des PPS,
- Eviter le passage aux urgences quand ce n'est pas utile, permettre une orientation adaptée au patient dans la filière gériatrique,
- Faciliter l'orientation du patient dans la filière gériatrique si besoin (consultation, consultation mémoire, hospitalisation, SSR),
- Développer un travail en pluridisciplinarité,
- Améliorer la prise en charge médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie,
- Participer à la formation des équipes soignantes.

Elle intervient, sur sollicitation d'un professionnel, au domicile des patients.

Les professionnels pouvant demander l'intervention sont : médecins et infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes, médecins et assistantes sociales des établissements de santé, en particulier pour les patients sortant des urgences, travailleurs sociaux des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), personnels des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

Le secteur d'intervention de l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël comprend trois des aires de la partie Est du Var qui sont :

- Fayence (Callian, Fayence, Mons, Montauroux, Saint-Paul-en-Forêt, Seillans, Tanneron, Tourrettes),
- Golfe de Saint-Tropez (Cavalaire-sur-Mer, Cogolin, La Croix-Valmer, La Garde-Freinet, Gassin, Grimaud, La Môle, Le Plan-de-la-Tour, Ramatuelle, Rayol-Canadel-sur-Mer, Sainte-Maxime, Saint-Tropez),
- Var-Estérel (Les Adrets-de-l'Estérel, Bagnols-en-Forêt, Fréjus, Puget-sur-Argens, Roquebrune-sur-Argens, Saint-Raphaël).

Entre le 18 septembre 2017 et le 18 septembre 2018, l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël a réalisé 367 visites à domicile.

La moyenne d'âge des patients vus est de 85 ans. La majorité d'entre eux sont de sexe féminin.

Leurs situations sociales sont diverses, il s'agit, pour la majorité, de patients vivant seul avec aides en place. Il y avait moins de patients vivant en couple avec ou sans aides, de patients vivant seul sans aides ou vivant hébergé chez un aidant.

L'activité de l'EMGEH est consultative, le patient restant toujours sous la responsabilité du MT.

La demande d'intervention se fait systématiquement via la CTA.

Le délai moyen d'intervention observé, intervalle entre la demande et la prise en charge, était de 6,5 jours (10). Ce chiffre n'étant pas représentatif car certains rendez-vous sont fixés à l'avance à la convenance des patients et de leurs familles.

L'évaluation de l'activité de l'EMGEH se fait à l'aide des indicateurs élaborés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en juin 2016 (11). Ces indicateurs sont présentés sous la forme d'un tableur type *Excel* qui recense les interventions de l'équipe mobile.

Les indicateurs sont les suivants :

- Date de sollicitation de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG),
- Date d'intervention de l'EMG,
- Préciser l'obstacle à la réalisation de la Visite A Domicile (VAD) (refus du patient / refus du MT / hospitalisation / décès / admission en EHPAD / autre),
- Le nom et le prénom du patient,
- Préciser si le patient est connu de l'EMGEH (oui / non),
- La date de naissance permettant de calculer son âge à la fin du tableur,
- Le sexe du patient (homme / femme),
- L'entourage du patient (aidant familial / aidant professionnel / aidant professionnel et familial / aucun aidant / autre),
- La situation d'isolement (oui / non / non renseigné),
- Le motif de sollicitation (chute / dépression / dénutrition / iatrogénie / autre),
- La présence de dénutrition ou de troubles nutritionnels (oui / non),
- La présence de troubles de la sphère cognitive ou affective (oui / non),
- La présence de handicap sensoriel (oui / non),
- La présence de chutes ou de troubles de la marche (oui/ non),
- La présence d'une perte d'autonomie récente (oui / non),
- La présence d'un risque iatrogénique (oui / non),
- La mesure de la dépendance selon le Groupe Iso-Ressources (GIR) (Gir 1 / Gir 2 / Gir 3 / Gir 4 / Gir 5 / Gir 6),
- La réalisation d'une intervention d'un ergothérapeute (oui / non),

- Le format d'intervention de l'EMG (1ere VAD / VAD suivi / suivi téléphonique / coordination téléphonique / consultation),
- La communication aux professionnels de santé libéraux (oui /non),
- L'élaboration d'un PPS (oui / non),
- L'organisation du maintien à domicile (oui / non),
- La lutte contre la iatrogénie (oui / non),
- L'orientation dans la filière gériatrique (oui / non)
- La réhospitalisation à 30 jours (oui / non).

II. Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête de pratiques : étude descriptive rétrospective monocentrique.

Tous les médecins généralistes exerçant une activité libérale de médecine générale dans le Var-Est, sur le territoire d'intervention de l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël ont été inclus durant une période de 1 mois.

Les médecins généralistes exerçant dans le Var-Est, sur le territoire d'intervention de l'EMGEH du CHD ont été exclus.

Un questionnaire informatisé a été établi une première fois à l'aide de *Google Forms* durant le mois d'août 2018.

Il a été évalué par deux médecins généralistes qui ne rentraient pas dans la population cible.

Il est apparu que ce questionnaire pourrait être optimisé en simplifiant certaines questions trop complexes.

Un nouveau questionnaire a été élaboré avec *Google Forms*, en lien avec l'EMGEH. Il comportait des questions fermées majoritairement (Annexe 4).

Il était décliné en deux grandes parties. Une première partie visant à caractériser les médecins généralistes. Une deuxième partie reprenant les réponses apportées par l'EMGEH selon que les médecins généralistes aient ou non des patients suivis par l'EMGEH.

Les réponses apportées par l'EMGEH ont été tirées de la trame de l'outil de suivi d'activité type de l'Equipe Mobile de Gériatrie diffusé par l'ANAP.

Un commentaire libre en fin de questionnaire était permis afin d'amorcer une réflexion visant à améliorer le fonctionnement de l'EMGEH.

Du 27 août au 26 septembre 2018, les médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par téléphone. Le sujet de l'étude était exposé.

A la suite de cet entretien, un auto-questionnaire anonyme était envoyé par courrier électronique.

Après une semaine, les médecins n'ayant pas répondu ont été de nouveau contactés puis le questionnaire renvoyé par courrier électronique. Des relances ont été faites à cinq reprises entre le 15 septembre et le premier octobre 2018.

L'analyse descriptive a été faite à partir d'un tableur de type *Excel*.

Résultats

I. Caractéristiques des médecins :

La figure suivante représente le nombre de médecins inclus :

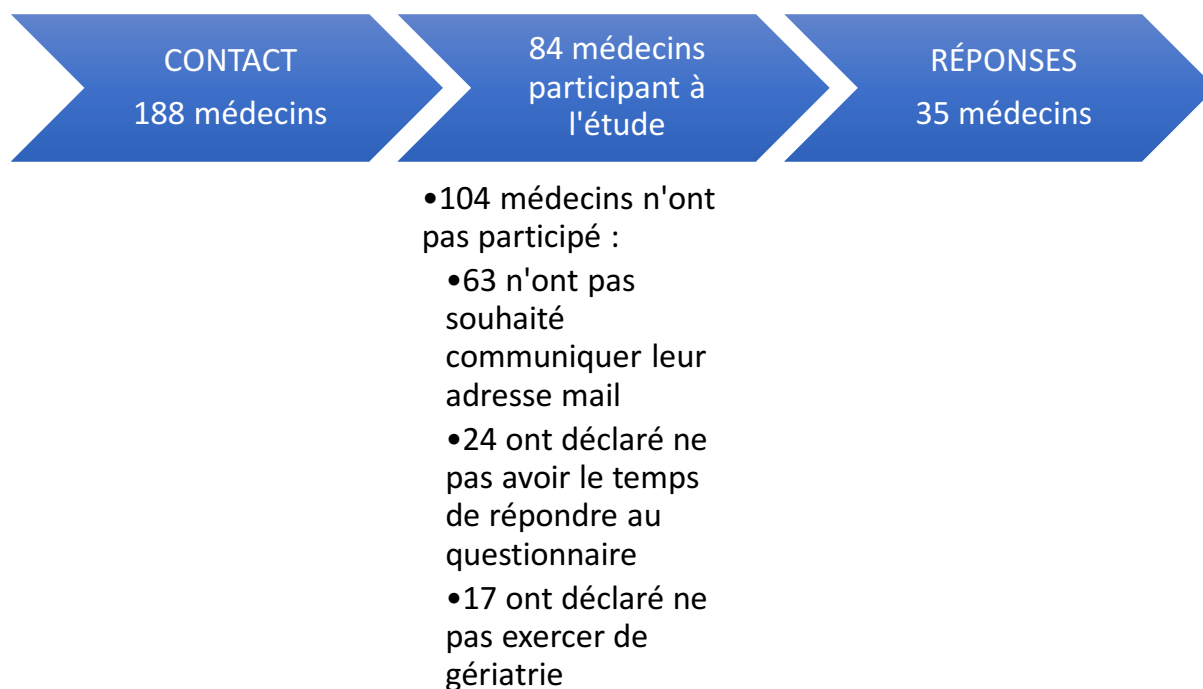


Figure 1 : Nombre de médecins inclus

Nous avons contacté les 188 médecins exerçant sur le territoire d'intervention de l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël entre le quinze septembre 2018 et le quatre octobre 2018 (Figure 1).

Nous avons reçu 35 réponses parmi les 84 médecins ayant accepté de participer à l'étude, soit un taux de réponse de 41,7%.

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques des MT inclus selon leur lieu d'exercice :

	VAR-ESTEREL	FAYENCE	GOLFE DE SAINT-TROPEZ	TOTAL
NOMBRE DE MEDECINS	20	8	7	35
AGE				
moins de 35 ans	1	1	0	2
35-45 ans	3	1	1	5
46-55 ans	2	1	2	5
56-65 ans	12	5	1	18
plus de 65 ans	2	0	3	5
SEXE				
masculin	15	4	5	24
féminin	5	4	2	11
DUREE D'EXERCICE				
moins de 5 ans	2	2	0	4
5-10 ans	2	0	1	3
10-15 ans	0	0	0	0
plus de 15 ans	16	6	6	28
MILIEU D'EXERCICE				
rural	0	2	2	4
semi-rural	5	6	3	14
urbain	15	0	2	17
INTERVENTION EN EHPAD				
oui	15	8	3	26
non	5	0	4	9
PROPORTION DE PATIENTS GERIATRIQUES				
moins de 10%	2	0	2	4
11-25%	5	6	3	14
26-50%	9	2	1	12
51-75%	3	0	1	4
plus de 75%	1	0	0	1
CONNAISSANCE DE L'EMGEH				
oui	13	2	2	17
non	7	6	5	18
PATIENTS SUIVIS				
Oui	13	2	1	16
Non	7	6	6	19

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins inclus selon leur territoire d'exercice

L'un des médecins connaissant l'EMGEH n'avait pas de patients suivis.

II. Médecins ayant un ou plusieurs patients suivis par l'EMGEH

Le graphique suivant montre que plus de la moitié des médecins ayant un ou plusieurs patient(s) suivi(s) par l'EMGEH avaient demandé l'intervention.

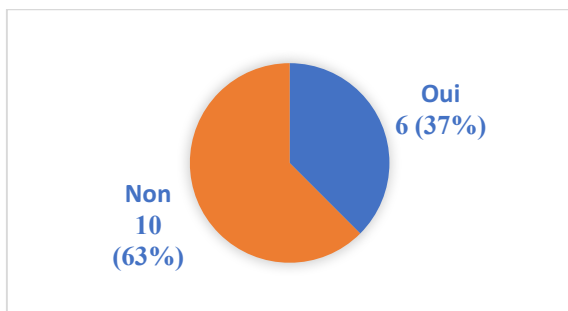


Figure 2 : Proportion des demandes d'intervention faites par les médecins traitants

Le graphique suivant montre la satisfaction des médecins ayant un ou plusieurs patient(s) suivi(s) par l'EMGEH.

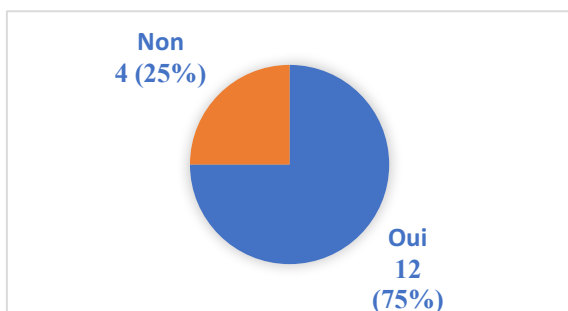


Figure 3 : Satisfaction des médecins dont un ou plusieurs patient(s) sont suivis par l'EMGEH

Les commentaires vis-à-vis de l'EMGEH récoltés auprès des médecins sont les suivants :

- Difficultés liées à l'orientation au sein de dispositifs complexes : « *on multiplie les services spécialisés, on saucissonne la médecine (équipe mobile gériatrique, soins palliatifs, prado, centre douleur...) tout cela a-t-il toujours un sens?* » ;
- Méconnaissance de l'EMGEH : « *Connaitre physiquement les membres des équipes (Trombinoscope) pour mieux préparer nos patients* » ; « *je n'étais pas au courant de son*

existence » ; « jamais entendu parler de cette structure » ; « AUCUNE INFORMATION CONCERNANT CETTE STRUCTURE » ; « Pas d'expérience de l'équipe » ; « plus de visibilité, on m'a présenté le CTA et l'EMGH seulement la semaine dernière, le lendemain de notre entretien téléphonique. » ; « pour y répondre il faut connaître leurs fonctions » ; « Existe-t-il une EMGEH dans le Var-Est ? Si oui elle gagnerait à être connue » ;

- Intérêt de l'intervention de l'EMGEH : *« Idée positive++ prise en charge complexe longue des personnes âgées » ; « Fréquent problème d'isolement social des PA toute aide est bienvenue! » ; « AIDE A LA PRISE EN CHARGE PARFOIS LOURDE DES PATIENTS AGES ISOLEES » ; « Aide au maintien au domicile ou chez aidant, HAD. Éviter une hospitalisation. » ;*
- Amélioration des délais d'intervention : *« Plus de réactivité » ; « Peut-être une petite amélioration des délais... » ;*
- Méconnaissance de la gratuité de l'intervention : *« Qui règle ces visites à domicile? (Le patient directement, l'hôpital, la sécu..) » ;*
- Demande d'aide pour les aidants : *« meilleurs encadrement du patient dans le cas de polyopathologies lourdes avec possibilité de décharger les aidants. » ; « Demande plus le réconfort pour les soignants » ;*
- Demande d'amélioration de la rémunération de la prise en charge de patients en perte d'autonomie : *« Mieux rémunérer ce travail supplémentaire »*
- Sentiment d'être délaissés du fait de l'isolement géographique : *« Est ce que cette structure est mise en place particulièrement pour les citadins et laisse de côté le rural et le semi rural trop éloignés »*
- Difficultés pratiques lors d'une demande d'intervention : *« Bonne idée en théorie plus difficile en pratique -- Qui décide de déclencher l'intervention ? »*
- Manque de communication : *« Médecin généraliste pas toujours informé du passage de l'équipe - possibilité de ressentir une intrusion dans la "direction des opérations"... » ; « La communication entre le publique et le libéral doit progresser » « impulsion par l'hôpital avec un choix très classique sans utiliser les ressources locales ».*

Le diagramme suivant montre que l'EMGEH apporte différents types de réponses.

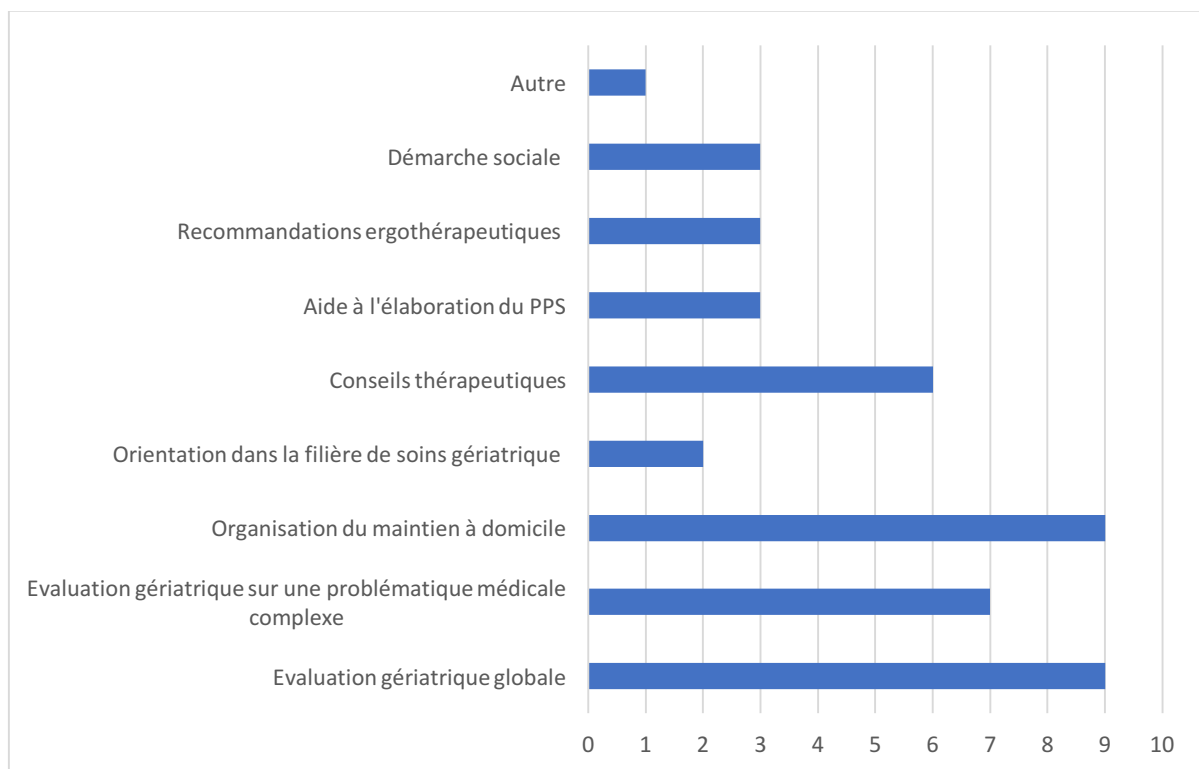


Figure 4 : Réponses apportées par l'EMGEH lors d'une intervention

Les quatre types de réponses les plus fréquemment cités sont l'évaluation gériatrique globale, l'évaluation gériatrique sur une problématique médicale complexe, l'organisation du domicile et les conseils thérapeutiques.

La réponse autre correspond à « *pas de réponses pour mes patients* ».

Les recommandations ergothérapeutiques regroupent l'adaptation de l'environnement intérieur et extérieur et l'aménagement de la salle de bain.

L'aide à l'élaboration du PPS propose au professionnel de santé de cibler les actions prioritaires dans la prise en charge et de les formaliser sur le document en ligne.

Les conseils thérapeutiques comprennent les conseils médicamenteux, l'évaluation du risque iatrogène, la réévaluation de l'ordonnance, la prise en charge nutritionnelle, l'orientation vers des

consultations spécialisées, des examens complémentaires, des professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes et orthophonistes.

L'orientation dans la filière de soins gériatriques comprend : la possibilité de programmer une admission directe en court séjour gériatrique ou en SSR gériatrique ; les consultations externes de gériatrie, la consultation mémoire, les consultations d'oncogériatrie et l'orientation dans la filière Alzheimer (accueil de jour, équipe de soins Alzheimer (ESA), consultations, prise en charge des aidants).

L'organisation du maintien à domicile comprend : la mise en place d'aides humaines comme l'intervention d'une auxiliaire de vie ou d'une aide-ménagère, l'organisation du portage de repas ; la mise en place de système d'assistance comme la téléalarme ou d'aides techniques ; l'adressage aux structures sociales (CCAS, Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)) et les informations pour l'obtention d'aides financières (Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) avec le Conseil Général, aides des caisses de retraite).

Les démarches sociales comprennent : les demandes d'APA, d'aides sociales ou de suivi par le CCAS et la recherche d'établissement d'hébergement.

L'évaluation gériatrique sur une problématique médicale complexe permet d'élaborer un plan de soin, de hiérarchiser les prises en charges et d'évaluer le patient dans toutes ses dimensions.

Le graphique ci-dessous présente les différents modes de communication avec les médecins utilisés par l'EMGEH.

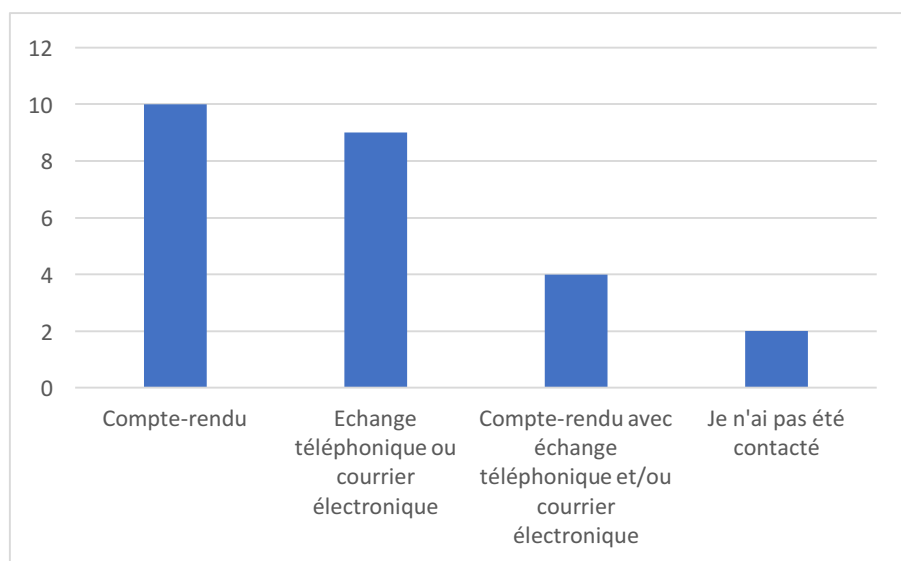


Figure 5 : Les modes de communication avec les médecins utilisés par l'EMGEH

Deux des médecins interrogés ont déclaré ne pas avoir été contactés par l'EMGEH.

La figure ci-après présente les retours d'expérience des médecins ayant un ou plusieurs patient(s) suivi(s) par l'EMGEH :

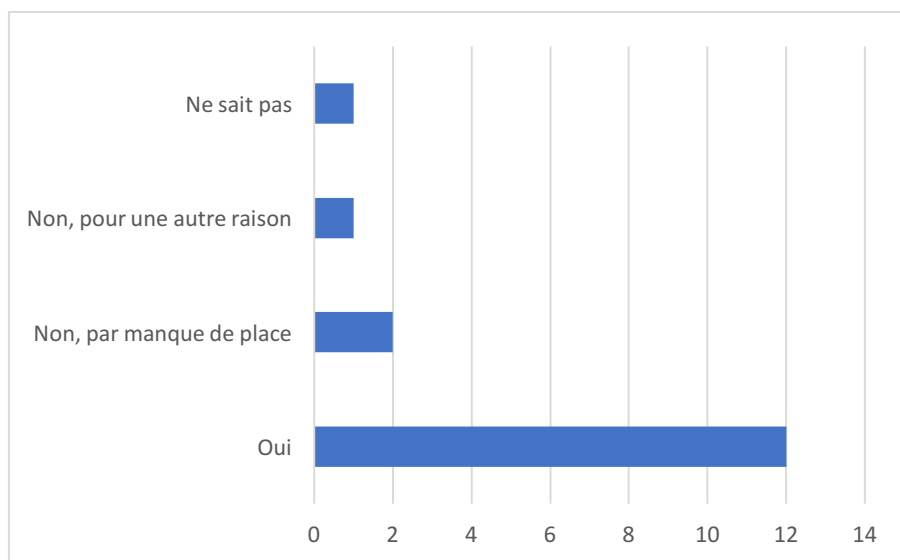


Figure 6 : Suivi des propositions de l'EMGEH par les médecins ayant un ou plusieurs patient(s) suivi(s)

Les freins au suivi des recommandations exprimés par les médecins sont :

- Pas de freins : *Aucun (3), Pas de réels freins aux recommandations (3), Pas de cas traité (1).*
- Liés à l'organisation : *Manque de disponibilité de la structure d'accueil (2), Pour une personne isolée, l'organisation d'une consultation externe est très très très chronophage (1).*
- Liés à la communication : *Décision unilatérale de l'infirmière pour une hospitalisation - Médecin informé par la famille (1), MANQUE DE COURRIER DE SORTIE (1).*
- Liés au patient : *Refus du patient (1), Patient peu coopérant (1).*
- Liés au manque d'alternative : *Pas de choix alterne (1)*
- Liés à l'entourage du patient : *Les problèmes sont souvent liés aux aidants famille - aide de vie ... (1)*

III. Médecins n'ayant pas de patients suivis

La figure ci-dessous présente les motifs pour lesquels les médecins n'ayant pas de patients suivis par l'EMGEH pensent pouvoir faire appel à l'équipe.

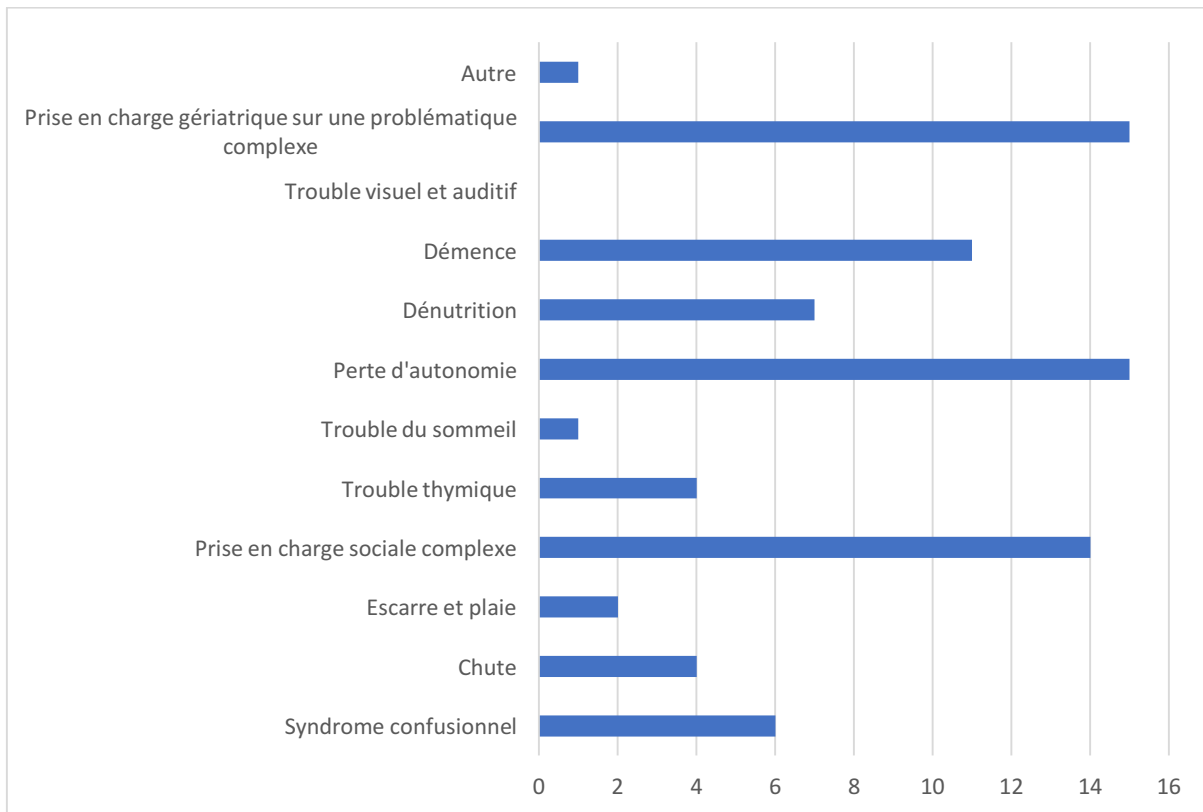


Figure 7 : motifs de sollicitation éventuelle de l'EMGEH par les médecins n'ayant pas de patients suivis

La prise en charge gériatrique sur une problématique complexe comprend par exemple l'avis gériatrique pour un patient polypathologique et polymédiqué en perte d'autonomie.

La prise en charge sociale complexe comprend par exemple les patients isolés géographiquement et socialement et en perte d'autonomie.

La réponse autre n'a pas été étayée par le médecin.

Les trois motifs de demandes d'intervention les plus souvent évoqués sont la perte d'autonomie, la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe et la prise en charge d'une problématique sociale complexe.

IV. Comparaison entre les médecins ayant des patients suivis par l'EMGEH et ceux n'ayant pas de patients suivis

Ce tableau compare les réponses apportées aux médecins ayant des patients suivis, et les motifs pour lesquels ceux n'ayant pas de patients suivis souhaiteraient une intervention de l'équipe.

REPONSES APORTEES		MEDECINS AYANT DES PATIENTS SUIVIS	MEDECINS N'AYANT PAS DE PATIENTS SUIVIS	TOTAL
	Effectif de médecins	16	19	35
Maintien au domicile	Oui	13	18	31
	Non	3	1	4
Consultation spécialisée	Oui	9	17	26
	Non	7	2	9
	Soins palliatifs	1	11	12
	Consultation externe gériatrique	2	10	12
	Consultation mémoire	6	12	18
	Consultation psychiatrique	0	5	5
	Consultation spécialisée d'organe	0	2	2
	Avis EMPSA	3	10	13
Accueil en structure temporaire	Oui	5	16	21
	Non	11	3	14
	Hébergement temporaire chez un aidant	0	7	7
	Hébergement temporaire en résidence sénior	0	8	8
	Hébergement temporaire en EHPAD	5	14	19
	UCC	0	6	6
Changement de lieu de résidence	Oui	4	14	18
	Non	12	5	17
	Résidence sénior	0	8	8
	EHPAD	4	12	16
	USLD	0	6	6
	Hébergement définitif chez un aidant	0	6	6
	Autre	1	1	2
Hospitalisation	Oui	8	16	24
	Non	8	3	11
	Urgences	0	1	1
	Court séjour gériatrique	8	12	20
	SSR	1	9	10
	HDJ	0	6	6
	Service de médecine	0	2	2
	HAD	1	9	10

Tableau 2 : Comparaison des réponses apportées par l'EMGEH et des motifs éventuels de demande d'intervention par les médecins n'ayant pas de patients suivis

Les médecins des deux groupes se rejoignent pour ce qui est d'une aide au maintien au domicile, d'une demande de consultation spécialisée, d'un accueil en structure temporaire et d'une demande d'hospitalisation.

Les réponses des deux groupes divergent concernant l'aide au changement de lieu de résidence. L'EMGEH a proposé un changement de lieu de résidence à quatre des médecins ayant des patients suivis. 14 des 19 médecins n'ayant pas de patients suivis ont cité le changement de lieu de résidence.

Pour l'item de consultations spécialisées, la consultation mémoire a été citée 18 fois. C'est le type de consultation majoritaire dans les deux groupes.

L'accueil en EHPAD est cité majoritairement dans les deux groupes, qu'il soit temporaire ou définitif.

La structure d'hospitalisation la plus fréquemment citée est le court séjour gériatrique, dans les deux groupes.

Discussion

I. Résultats principaux

Dans notre travail, 75% des MT ayant des patients suivis sont satisfaits de l'intervention de l'EMGEH.

Les résultats de plusieurs études concernant la satisfaction des médecins vis-à-vis d'une intervention de l'EMGEH en EHPAD sont concordants avec notre étude (10)(11)(12).

Aucune étude concernant la satisfaction des médecins libéraux vis-à-vis d'une EMGEH intervenant uniquement au domicile n'a été retrouvée dans la littérature (13).

Dans notre étude, les problématiques principales pouvant amener les MT n'ayant pas de patients suivis à demander une intervention sont : la perte d'autonomie, la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe et la prise en charge d'une problématique sociale complexe.

Ces résultats soulignent la fréquence de prises en charge complexes, nécessitant le plus souvent une visite à domicile. Les patients en perte d'autonomie ne pouvant pas se rendre au cabinet, les MT effectuent des visites à domicile (14). L'évaluation de l'EMGEH vient suppléer les MT en réalisant des évaluations gériatriques au domicile des patients en perte d'autonomie.

La complexité de cette prise en charge se mesure aussi en termes de durée de consultation. A l'échelle nationale, les médecins déclarent une durée moyenne de 25 minutes lors des visites à domicile (en dehors du temps de déplacement) et de 23 minutes lors des consultations à leur cabinet. Ces durées sont plus élevées que celles observées sur l'ensemble de leur patientèle (18 minutes s'agissant des consultations au cabinet, selon la seconde vague d'enquête du panel [Jakoubovitch et al., 2012] (15)).

La méconnaissance de l'EMGEH a été évoquée par la moitié des médecins inclus.

Ce résultat va dans le sens de la littérature à savoir que les missions de l'équipe mobile de gériatrie ne sont pas encore bien comprises par les confrères demandeurs (16).

Il semblerait que la campagne de communication de l'EMGEH n'ait pas fonctionné. Elle était initialement basée sur l'envoi de courriers aux MT à trois reprises, la plaquette de l'EMGEH jointe aux courriers de sortie d'hospitalisation ainsi que deux sessions de formation organisées par l'URPS.

L'un des médecins interrogés a évoqué le passage de la chargée de mission à son cabinet pour l'informer sur le dispositif PAERPA. Cela représente l'une des réponses permettant de faire connaître l'EMGEH.

II. Discussion des données non significatives et/ou divergentes

L'aide au changement de lieu de résidence est majoritairement demandée par les MT n'ayant pas de patients suivis alors que l'EMGEH a peu proposé un changement de lieu de résidence.

Ce résultat met en exergue la méconnaissance des médecins traitants des dispositifs sociaux de leur territoire leur permettant de répondre aux problématiques sociales des patients en situation précaire. Ceci a été mis en évidence dans la littérature. Une des pistes d'amélioration est la formation des médecins à la prise en charge de problématiques sociales et une meilleure coordination avec les travailleurs sociaux du CCAS (17).

Huit des MT interrogés ayant des patients suivis par l'EMGEH ont déclaré qu'une hospitalisation a été proposée par l'EMGEH. D'après le fichier de suivi d'activité de l'EMGEH du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël, et après entretien avec le médecin référent, seulement deux hospitalisations ont été proposées pour des urgences (une fracture du col fémoral et une intolérance aux morphiniques) (18). Ce résultat irait dans le sens d'une incompréhension de la question posée ou d'une confusion avec l'équipe mobile intra-hospitalière ou le dispositif d'admission directe.

III. Atouts et faiblesses de l'étude, validité interne :

Notre enquête de satisfaction vise à apprécier la qualité d'un service rendu permettant de donner une tendance générale. Les usagers étant satisfaits ou non, on retrouve des avis extrêmes.

Il s'agit d'une première enquête de satisfaction d'un dispositif récemment mis en place ce qui représenterait un atout.

Le faible nombre de réponses s'expliquerait par la perception généralisée d'une dégradation du statut et des conditions de travail du médecin (19). Certains médecins contactés ont exprimé le manque de temps pour répondre aux questionnaires de thèse. Serait-ce la raison principale de leur désintérêt pour ce type de travaux ?

Le principal biais de notre étude est le biais de non-réponse. Les médecins traitants ayant répondu au questionnaire sont majoritairement ceux qui ont plus de 11% de patients gériatriques, ceci serait dû au fait de leur plus grande motivation sur un sujet qui les concerne.

Le biais de mémorisation intervient dans le groupe des MT qui ont des patients suivis par l'EMGEH car ceux qui ont été contactés récemment par l'EMGEH se souviennent mieux des mesures mises en place.

IV. Points forts des résultats

La majorité des médecins interrogés ont plus de 55 ans et exercent depuis plus de 15 ans. Ce résultat va dans le sens des données démographiques concernant l'offre de soins dans le Var (5).

Dans notre étude, il apparaît que certains médecins rencontrent des difficultés liées à la communication avec l'hôpital lors de l'application des recommandations de l'EMGEH.

En 2016, le diagnostic territorial du Var-Est, présenté par l'ARS PACA, faisait état d'une rupture dans la circulation de l'information entre les professionnels et dans les interfaces domicile-hôpital-EHPAD (4).

La création d'un outil commun de transmission de l'information permettrait de résoudre cette problématique.

Les médecins des deux groupes selon qu'ils aient ou non des patients suivis par l'EMGEH ont évoqué la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe.

C'est le rôle principal des équipes mobiles de gériatrie tel qu'il a été décrit dans la littérature (16).

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent sur sollicitation des médecins et personnels soignants pour permettre une évaluation globale médico-psycho-sociale. Il a été décrit que l'évaluation gériatrique standardisée en unité gériatrique permettait de favoriser significativement le retour au domicile après une hospitalisation et de réduire l'institutionnalisation à 12 mois (20).

Ce bénéfice n'ayant pas été retrouvé dans les études s'intéressant aux équipes mobiles, il serait intéressant de travailler sur les ressources disponibles en unité gériatrique pour les rendre mobiles et ainsi améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients vus en équipe mobile (13).

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, l'hospitalisation en admission directe en court séjour gériatrique est proposée par l'EMGEH.

Le court séjour gériatrique correspond au service d'hospitalisation le plus souvent demandé par les médecins n'ayant pas de patients suivis.

L'objectif de l'EMGEH est d'organiser le maintien à domicile, mais les patients peuvent être hospitalisés de façon inopinée, le plus souvent via le service des urgences.

La réhospitalisation à un mois est l'un des indicateurs à renseigner sur le tableau ANAP (21), Il serait intéressant de rechercher si les ré-hospitalisations sont en lien avec le motif d'intervention de l'EMGEH ou avec un événement imprévisible.

L'orientation proposée par l'EMGEH a été suivie dans la majorité des cas.

Ces résultats vont dans le sens d'une étude montrant que le taux de suivi des recommandations établies par l'équipe mobile de gériatrie est élevé (22).

Cependant, cette étude a été réalisée auprès d'une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière, chez des patients fragiles pour la plupart, et le bénéfice concernant la mortalité, la ré-hospitalisation précoce et l'institutionnalisation à trois mois de l'hospitalisation n'est pas significativement lié au suivi des recommandations.

Ce qui n'est pas le cas de notre équipe qui intervient en extra-hospitalier ni de nos patients suivis en EMGEH qui sont en perte d'autonomie.

Aucune donnée concernant le taux de suivi des recommandations établies par l'EMGEH n'intervenant pas en EHPAD n'a été retrouvée dans la littérature.

Il serait intéressant d'intégrer cet indicateur dans le suivi des patients de la file active de l'EMGEH.

Conclusion

Après une année d'interventions, le taux de satisfaction des médecins ayant des patients suivis par l'EMGEH est de 75%.

Les motifs d'intervention le plus souvent cités par les médecins n'ayant pas de patients suivis par l'EMGEH sont la perte d'autonomie, la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe et la prise en charge d'une problématique sociale complexe.

La prise en charge au domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie est une activité chronophage pour les médecins traitants et demande des compétences pluridisciplinaires.

Le dispositif PAERPA vient suppléer ces médecins en apportant des solutions permettant de favoriser le maintien au domicile des personnes âgées.

Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de la création d'une EMGEH dans les Alpes-Maritimes. L'étude pourra être poursuivie en comparant les médecins traitants du Var à ceux des Alpes-Maritimes. Que feraient les médecins des Alpes-Maritimes s'ils avaient une telle équipe à leur disposition ?

ANNEXES

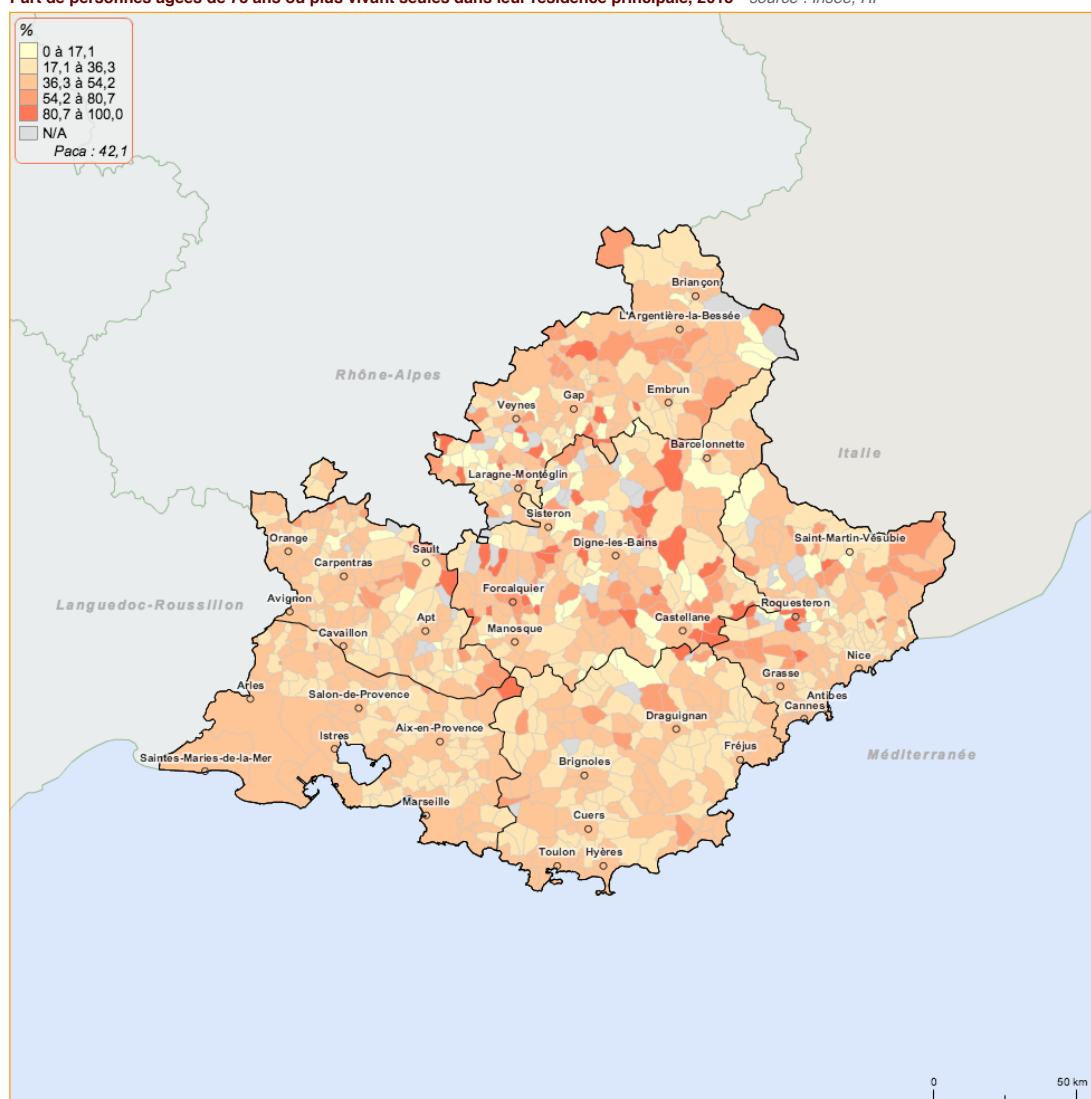
Annexe 1 : Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans un ménage (n'inclut pas les personnes vivant en institution)

SIRS  PACA


OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Commune au 1er janv. 2017

Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale, 2015 - source : Insee, RP



© ORS PACA - IGN GéoFla

Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans un ménage (n'inclut pas les personnes vivant en institution). Un ménage désigne l'ensemble des occupants d'un même logement (occupé comme résidence principale), quels que soient les liens qui les unissent.

Annexe 2 : Plaquette EMGEH



Territoire de la CTA :

Action de l'EMGEH

Equipe Mobile Gériatrique

Extra Hospitalière :

EMGEH

La CTA Var-Est est créée à titre expérimental, dans le programme national « Parcours de santé des Aînés En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) » dont l'objectif est de maintenir les personnes de plus de 75 ans à leur domicile.

Expérimentation menée par l'ars en partenariat avec :



Nouveau service :
pour les professionnels
au bénéfice des personnes
âgées



Coordination Territoriale
des Aînés (CTA) Var-Est

Mail : contact@ctavarest.fr

Tél : 04 94 47 02 02

Notre équipe

L'équipe mobile gériatrique extrahospitalière (EMGEH) est composée de deux antennes :

Centre hospitalier de la Dracénie :

Dr Laurence CHAIX, chef du pôle gériatrique

Centre Hospitalier Inter-communal de Fréjus Saint-Raphaël :

Dr Françoise KAIMOMAR, chef du pôle gériatrique

Chaque antenne est composée :

- ✓ d'un médecin gériatre,
- ✓ d'une infirmière,
- ✓ d'une ergothérapeute et
- ✓ d'une secrétaire.

Demande d'intervention via un numéro unique :

CTA VAR EST

04 94 47 02 02

Pour quoi faire ?

L'EMGEH a un rôle majeur d'interface entre la ville et l'hôpital.

Maillon important de la filière gériatrique, elle permet, **en lien avec les professionnels intervenant à domicile**

- ✓ de rendre possible une **évaluation à domicile** dans les conditions de vie du patient et en présence des aidants.
- ✓ de **favoriser le maintien à domicile** par une évaluation approfondie des besoins

Pour qui ?

Au service des **personnes âgées de 75 ans et plus présentant une situation complexe**

Sollicitation possible par l'ensemble des professionnels : médecins et infirmiers libéraux, pharmaciens, kinésithérapeutes, établissements de santé, CCAS et services à domicile, CLIC, travailleurs sociaux

Sur le **lieu de vie** de la personne âgée (domicile).

Nos missions

- ✓ Faciliter le **maintien à domicile**
- ✓ Dispenser une **évaluation gériatrique** à domicile en appui des coordinations cliniques de proximité : médecin traitant, IDE, pour la constitution des plans personnalisés de santé
- ✓ **Eviter le passage aux urgences** quand ce n'est pas utile, permettre une orientation adaptée au patient dans la filière gériatrique
- ✓ **de faciliter l'orientation du patient** dans la filière gériatrique si besoin : consultation, consultation mémoire, hospitalisation, SSR
- ✓ Développer un travail en **pluridisciplinarité**
- ✓ Améliorer la prise en charge **médicamenteuse** et lutte contre l'iatrogénie
- ✓ Participer à la formation des équipes soignantes

Annexe 3 : Plan Personnalisé de Santé



PLAN PERSONNALISE DE SANTE (PPS)*

PPS en date du :

PPS N° :



Rédacteur du PPS :

NOM et Prénom :

Téléphone :

Profession ou structure :

Courriel :

Orientation de la situation

NOM et Prénom :

Profession ou structure :

Demande d'appui de la CTA

 Objet de la demande :

Recueil du consentement de la personne

 Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange des informations contenues dans le cadre du PPS avec la CTA Var-Est et les autres intervenants de la prise en charge

Informations personne âgée de 75 ans et +

NOM USUEL :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de Sécurité sociale :

Prénom :

Code postal et ville :

Régime assuré :

Téléphone :

Recherche hébergement en cours :

Mesure de protection :

Sexe (F/M) :

Aide à la vie quotidienne (APA/PAP/autre) :

Personne(s) à contacter (aidant)

NOM	Lien (enfant, conjoint, tuteur...)	Téléphone	Courriel

Intervenants

NOM	Prénom	Fonction (médecin traitant, IDEL, AS ...)	RPPS/ FINESS PSL	Téléphone	Courriel	Participe au PPS : OUI/NON

Les parties en gris sont les champs obligatoires à renseigner.

* Ce document ne vaut pas prescription médicale. Il s'agit d'un ensemble de préconisations établi en concertation avec la personne concernée et les professionnels de proximité. Il vise à assurer son maintien à domicile dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

Identification des problématiques par les professionnels

Cocher la case correspondante à la problématique identifiée

	Problématique identifiée		Problématique identifiée
Absence de suivi médical	<input type="checkbox"/>	Aides et soins insuffisants ou inadaptés	<input type="checkbox"/>
Refus d'aide et de soin	<input type="checkbox"/>	Problème de mobilité (domicile/extérieur)	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation récente	<input type="checkbox"/>	Risque de chute	<input type="checkbox"/>
Problèmes liés aux médicaments	<input type="checkbox"/>	Logement inadapté	<input type="checkbox"/>
Problème nutritionnel (perte de poids, perte appétit...)	<input type="checkbox"/>	Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (toilette, ménage, courses ...)	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	Difficultés dans la gestion administrative	<input type="checkbox"/>
Problème de comportement	<input type="checkbox"/>	Précarité économique	<input type="checkbox"/>
Problème d'autonomie décisionnelle	<input type="checkbox"/>	Epuisement et/ou absence de l'aidant	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Isolement (social, familial, géographique...)	<input type="checkbox"/>
Troubles sensoriels (vue, ouïe...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Plan d'actions priorisé à mettre en œuvre (plan d'aides et de soins)

Problématique identifiée	Libellé de l'action à mettre en œuvre	Intervenant	Critère d'atteinte du résultat	Bilan (date...)

Date de la prochaine réévaluation :

Problématiques sans actions : sous vigilance

Problématique sous vigilance	Intervenant

Validation du PPS par le médecin traitant : signature et tampon

Une fois le PPS complété, le transmettre à la **Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est** par mail :

contact@ctavarest.fr ou fax : 04.94.39.40.38

Une expérimentation menée en partenariat avec :



Annexe 4 : Le questionnaire

Besoins et attentes des médecins généralistes concernant une intervention par l'Equipe Mobile Gériatrique Extra-Hospitalière (EMGEH) dans le Var-Est

Actuellement interne de médecine générale au CHU de Nice, je réalise un travail de thèse dirigé par le Dr Françoise KAIDOMAR, pour évaluer les besoins et les attentes des médecins généralistes au sujet d'une intervention par l'EMGEH dans le Var-Est.

Je vous transmets donc ce questionnaire car vous exercez sur le territoire d'intervention de l'EMGEH dans le Var-Est.

L'objectif de ce questionnaire est de faire un état des lieux de votre vécu. Il permettra aussi d'améliorer le mode de fonctionnement de l'EMGEH en tenant compte de vos remarques.

Le temps de réponse estimé est de 5 minutes.

Merci de votre participation.

***Obligatoire**

A propos de vous

1. Quel est votre lieu d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Aire Dracénoise (Ampus, Les Arcs, Bargème, Bargemon, La Bastide, Le Bourguet, Brenon, Callas, Châteaudouble, Châteaueux, Claviers, Comps-sur-Artuby, Draguignan, Figanières, Flayosc, Lorgues, La Martre, Montferrat, La Motte, Le Muy, La Roque-Esclapon, Taradeau, Trans-en-Provence, Trigance, Vidauban)
- Coeur du Var (Le Cannet-des-Maures, Le Luc, Les Mayons, Le Thoronet)
- Fayence (Callian, Fayence, Mons, Montauroux, Saint-Paul-en-Forêt, Seillans, Tanneron, Tourrettes)
- Golfe de Saint-Tropez (Cavalaire-sur-Mer, Cogolin, La Croix-Valmer, La Garde-Freinet, Gassin, Grimaud, La Môle, Le Plan-de-la-Tour, Ramatuelle, Rayol-Canadel-sur-Mer, Sainte-Maxime, Saint-Tropez)
- Haut-Var Verdon (Aiguines, Artignosc-sur-Verdon, Aups, Baudinard-sur-Verdon, Bauduen, Moissac-Bellevue, Régusse, Salernes, Sillans-la-Cascade, Tourtour, Vérignon, Villecroze)
- Var-Estérel (Les Adrets-de-l'Estérel, Bagnols-en-Forêt, Fréjus, Puget-sur-Argens, Roquebrune-sur-Argens, Saint-Raphaël)

2. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 35 ans
- 35-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- plus de 65 ans

3. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

4. Depuis combien de temps exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 5 ans
 5-10 ans
 10-15 ans
 plus de 15 ans

5. Quel est votre milieu d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Semi-rural
 Rural

6. Intervenez-vous en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Quelle est la proportion de vos patients gériatriques (patients de plus de 75 ans) ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 10%
 11-25%
 26-50%
 51-75%
 plus de 75%

Connaissez-vous l'équipe-mobile de Gériatrie extra-hospitalière (EMGEH) ?**8. ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passez à la question 25.*

Avez-vous des patients qui ont été vus par l'EMGEH ?**9. ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passez à la question 25.*

Aviez-vous demandé l'intervention de l'EMGEH ?

10. *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Revenons sur les différentes propositions de l'EMGEH pour votre patient

11. **Avez-vous été contacté par l'EMGEH ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Compte-rendu
 Echange téléphonique ou courrier électronique
 Compte-rendu avec échange téléphonique et/ou courrier électronique
 Je n'ai pas été contacté

12. **Quelles ont été les réponses apportées ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Evaluation gériatrique globale
 Evaluation gériatrique sur une problématique médicale complexe (ex : patient polyopathologique, polymédiqué en perte d'autonomie,...)
 Organisation du maintien à domicile (auxiliaire de vie, aide-ménagère, portage de repas, téléalarme,...)
 Orientation dans la filière de soins gériatriques (HAD, EHPAD, géronto-psychiatrie, ESA,...)
 Conseils thérapeutiques (médicamenteux, prise en charge nutritionnelle,...)
 Aide à l'élaboration du PPS (soins infirmiers, kinésithérapie, SSIAD, SAAD, entourage,...)
 Recommandations ergothérapeutiques (adaptation salle de bain, adaptation environnement intérieur/extérieur,...)
 Démarche sociale (demande d'APA, suivi CCAS, demande d'aide sociale,...)
 Autre : _____

Quelles orientations ont été proposées ?

13. **Maintien au domicile ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Consultation spécialisée ?

Soins palliatifs, consultation gériatrique, consultation mémoire...

14. *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passez à la question 16.*

Quelle consultation spécialisée ?

15. *

Plusieurs réponses possibles.

- Soins palliatifs
- Consultation externe gériatrique
- Consultation mémoire
- Consultation psychiatrique
- Consultation spécialisée d'organe (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie...)
- Avis de l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA)
- Autre : _____

Orientation vers une structure temporaire ?

Hébergement temporaire en EHPAD, hébergement temporaire chez un aidant...

16. *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 18.*

Quelle structure temporaire ?

17. *

Plusieurs réponses possibles.

- Hébergement chez un aidant (enfant, ami, frère, soeur...)
- Hébergement temporaire en résidence sénior
- Hébergement temporaire en EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes)
- UCC (unité cognitivo-comportementale)
- Autre : _____

Changement de lieu de vie ?

Admission en EHPAD, résidence-sénior, hébergement définitif chez un aidant...

18. *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 20.*

Quel lieu de résidence ?

19. *

Plusieurs réponses possibles.

- Résidence-sénior
- EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes)
- Hébergement définitif chez un aidant (enfant, ami, frère, soeur...)
- USLD (unité de soins de longue durée)
- Pas de changement définitif de domicile
- Autre : _____

Admission en hospitalisation ?

Court séjour gériatrique, HAD, convalescence en SSR...

20. *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 22.*

Quel service ?

21. *

Plusieurs réponses possibles.

- Service d'accueil des urgences
- Hospitalisation en court séjour gériatrique
- Hospitalisation en SSR (soins de suite et réadaptation / convalescence)
- Hôpital de jour
- Hospitalisation en service de médecine d'organe (cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- HAD (hospitalisation à domicile)
- Autre : _____

L'orientation proposée a-t-elle été suivie ?

22. *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, par manque de place
- Non, pour une autre raison *Passez à la question 23.*
- Ne sait pas

Obstacles au suivi des recommandations

Quels ont été les freins au suivi des recommandations ?

Par exemple, quelles difficultés avez-vous rencontré à la mise en pratique de la consultation spécialisée recommandée ?

Ou alors les difficultés rencontrées lors de la tentative de changement de traitements médicamenteux...

23. *

L'intervention de l'EMGEH a-t-elle répondu à vos attentes ?

24. *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 35.*
- Non *Passez à la question 35.*

Passez à la question 35.

Apports de l'EMGEH

25. **Pour quels syndromes gériatriques en priorité pourriez-vous être amenés à demander l'intervention de l'EMGEH ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Syndrome confusionnel
- Chute
- Escarre et plaie
- Prise en charge sociale complexe
- Trouble thymique
- Trouble du sommeil
- Perte d'autonomie
- Dénutrition
- Démence
- Trouble visuel et auditif
- Prise en charge gériatrique sur une problématique complexe
- Autre

Passez à la question 26.

Pour quelles orientations en priorité pourriez-vous être amenés à demander une évaluation ?

26. **Maintien au domicile ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Consultation spécialisée ?

soins palliatifs, consultation gériatrique, consultation mémoire...

27. *

Une seule réponse possible. Oui Non *Passez à la question 28.***Quelle consultation spécialisée ?**

28. *

Plusieurs réponses possibles.

- Soins palliatifs
- Consultation externe gériatrique
- Consultation mémoire
- Consultation psychiatrique
- Consultation spécialisée d'organe (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, ...)
- Avis de l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA)
- Autre : _____

Orientation vers une structure temporaire ?

Hébergement temporaire en EHPAD, hébergement temporaire chez un aidant...

29. *

Une seule réponse possible. Oui Non *Passez à la question 31.***Quelle structure temporaire ?**

30. *

Plusieurs réponses possibles.

- Hébergement chez un aidant (enfant, ami, frère, soeur...)
- Hébergement temporaire en résidence sénior
- Hébergement temporaire en EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes)
- UCC (unité cognitivo-comportementale)
- Autre : _____

Changement de lieu de vie ?

Admission en EHPAD, déménagement chez un proche...

31. *

Une seule réponse possible. Oui Non *Passez à la question 33.***Quel lieu de résidence ?**

32. *

Plusieurs réponses possibles.

- Résidence-sénior
- EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes)
- Hébergement définitif chez un aidant (enfant, ami, frère, soeur, ...)
- USLD (unité de soins de longue durée)
- Autre : _____

Admission en secteur sanitaire ?

Hospitalisation en court séjour gériatrique, convalescence en SSR, HAD...

33. *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 35.*

Quel secteur sanitaire ?

34. *

Plusieurs réponses possibles.

- Urgences
- Hospitalisation en court séjour gériatrique
- Hospitalisation en SSR (soins de suite et réadaptation / convalescence)
- Hôpital de jour
- Hospitalisation en service de médecine d'organe (cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- HAD (hospitalisation à domicile)
- Autre : _____

Avez-vous des remarques ou suggestions quand à l'intervention de l'EMGEH sur le territoire du Var-Est ?

Points positifs, freins à la prise en charge, propositions d'amélioration...

35. *

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. évolution de la structure de la population, France.
2. HAS - Note méthodologique : polypathologie de la personne âgée [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
3. Ministère de la Santé et des Solidarités. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
4. ARS PACA. Diagnostic territorial Var-Est. 2016.
5. SIRSE PACA. Portrait Var [Internet]. Disponible sur: http://www.sirsepaca.org/pdf/Portraits_territoires_PACA/Portrait_Var-240718.pdf
6. La CTA et ses services [Internet]. CTA Var Est. Disponible sur: <https://www.ctavarest.fr/la-cta-et-ses-services/>
7. CTA V-E. Plaquette-EMGEH.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.ctavarest.fr/wp-content/uploads/2018/02/Plaquette-EMGEH.pdf>
8. HAS. MODE D'EMPLOI DU PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS) POUR LES PERSONNES À RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf
9. Haute Autorité de Santé - Le plan personnalisé de santé : un outil pour un parcours de soins coordonné du patient âgé fragile [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile
10. Decelle G. Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD: enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. 17 mai 2012;68.
11. BRAGA C. Equipe Mobile Externe de Gériatrie de l'hôpital Bretonneau : enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4671_BRAGA_these.pdf
12. Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2016;16(91):53-8.

13. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. Rev Gériatrie. 2012;31.
14. BUYCK J-F, CASTERAN-SACRESTE B, CAVILLON M, LELIEVRE F, TUFFREAU F, MIKOL F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
15. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
16. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?, DO MOBILE TEAMS REPRESENT THE FUTURE OF GERIATRICS? Gérontologie Société. 2008;31 / n° 126(3):91-103.
17. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):679-90.
18. DELAUNNAY-KAIDOMAR F. Outil suivi d'activité EMGEH CHI Fréjus-Saint-Raphaël septembre 2018. 2018.
19. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. 2016;63.
20. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 27 oct 2011;343:d6553.
21. ANAP. Equipe mobile de gériatrie : outils de suivi de l'activité [Internet]. Disponible sur: http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/DeveloPPER_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/PAERPA/EMG/Annexe_12_Notice_utilisation_outil_suivi_activite_EMG.pdf
22. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. sept 2012;(3):285–293.

Résumé

Introduction : L'EMGEH dans le Var-Est du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël a été créée en septembre 2017 pour compléter le dispositif PAERPA coordonné par la CTA. Elle réalise une évaluation globale médico-psycho-sociale au domicile des patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie. L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux afin de déterminer le taux de satisfaction des médecins traitants vis-à-vis des interventions de l'EMGEH. L'objectif secondaire étant d'identifier les problématiques principales pouvant amener les autres médecins traitants à demander une intervention.

Matériels et méthodes : L'étude a consisté en une enquête descriptive rétrospective menée auprès des médecins traitants exerçant sur le territoire d'intervention de l'EMGEH par le biais d'un auto-questionnaire anonyme.

Résultats : Dans cette étude, un fort taux de satisfaction a été observé, 75%. Les problématiques principales pouvant amener à demander une intervention sont la perte d'autonomie, la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe et la prise en charge d'une problématique sociale complexe.

Conclusion : Le faible effectif analysé est un biais limitant l'interprétation des résultats. Il serait intéressant de poursuivre cette étude en s'interrogeant sur la pertinence de la création d'une EMGEH dans les Alpes-Maritimes. L'étude pourra être complétée en comparant les médecins traitants du Var-Est à ceux des Alpes-Maritimes.

Mots-clés MeSH : gériatrie, unités sanitaires mobiles, satisfaction, activités de la vie quotidienne

Résumé

Introduction : L'EMGEH dans le Var-Est du CHI de Fréjus-Saint-Raphaël a été créée en septembre 2017 pour compléter le dispositif PAERPA coordonné par la CTA. Elle réalise une évaluation globale médico-psycho-sociale au domicile des patients âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie. L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux afin de déterminer le taux de satisfaction des médecins traitants vis-à-vis des interventions de l'EMGEH. L'objectif secondaire étant d'identifier les problématiques principales pouvant amener les autres médecins traitants à demander une intervention.

Matériels et méthodes : L'étude a consisté en une enquête descriptive rétrospective menée auprès des médecins traitants exerçant sur le territoire d'intervention de l'EMGEH par le biais d'un auto-questionnaire anonyme.

Résultats : Dans cette étude, un fort taux de satisfaction a été observé, 75%. Les problématiques principales pouvant amener à demander une intervention sont la perte d'autonomie, la prise en charge d'une problématique gériatrique complexe et la prise en charge d'une problématique sociale complexe.

Conclusion : Le faible effectif analysé est un biais limitant l'interprétation des résultats. Il serait intéressant de poursuivre cette étude en s'interrogeant sur la pertinence de la création d'une EMGEH dans les Alpes-Maritimes. L'étude pourra être complétée en comparant les médecins traitants du Var-Est à ceux des Alpes-Maritimes.

Mots-clés MeSH : gériatrie, unités sanitaires mobiles, satisfaction, activités de la vie quotidienne