



HAL
open science

Enquête de satisfaction auprès des patients pris en charge par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux

Florence Poirier

► **To cite this version:**

Florence Poirier. Enquête de satisfaction auprès des patients pris en charge par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03257381

HAL Id: dumas-03257381

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03257381>

Submitted on 10 Jun 2021

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.

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de
DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le
04 juin 2021 à Bordeaux

Par Florence POIRIER

Née le 28 novembre 1991 à Amiens (Somme)

Enquête de satisfaction auprès des patients pris en charge par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Membres du jury :

Madame le Professeur Nathalie SALLES :	Président
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL :	Juge, Rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA :	Juge
Monsieur le Docteur Frédéric LEAL :	Juge
Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU :	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Nathalie SALLES

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHU de Bordeaux
Chef du Pôle de Gériatrie Clinique du CHU de Bordeaux*

Vous me faites l'honneur et le plaisir de présider ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre participation à mon apprentissage lors de mon passage en hôpital de jour à Xavier Arnozan. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

*Docteur en médecine générale
Maître de conférences associé du département de médecine générale
Université de Bordeaux*

Vous avez accepté de rapporter mon travail, en posant dessus, votre regard de médecin généraliste. Je vous remercie pour vos encouragements. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

*Docteur en médecine générale
Professeur associé du département de médecine générale
Université de Bordeaux*

Ayant fait deux semestres en Dordogne, j'ai eu la chance de vous rencontrer tôt dans mon cursus. Après avoir été dans mon jury de Portfolio, et m'avoir aidé lors d'une séance de préparation à la thèse au tout début de ce travail, je vous remercie de vous être rendu disponible aujourd'hui afin de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric LEAL

Docteur en médecine générale

Je vous remercie pour votre présence ce jour, pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour vos encouragements. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

*Praticien Hospitalier- Gériatre
Responsable de l'Unité mobile de gériatrie
CHU de Bordeaux*

Je te remercie d'avoir accepté de diriger 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. Je te remercie également pour ta participation à mon apprentissage de la gériatrie au cours de mon stage à l'Unité 34. Sois assurée de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Aux membres de l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité,

A tous les professionnels ayant participé à ma formation médicale,

A ma famille,

A mes amis,

A Florian.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	8
1.1. Le sujet âgé.....	8
1.1.1. Epidémiologie.....	8
1.1.2. Définition de la fragilité.....	8
1.1.3. Enjeu de santé publique.....	8
1.2. Le programme PAERPA.....	9
1.2.1. Historique.....	9
1.2.2. Objectifs.....	9
1.2.3. Les actions mises en œuvre.....	10
1.2.4. L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité à Bordeaux.....	11
1.3. Le ressenti des personnes évaluées.....	13
1.3.1. La notion de refus et d'acceptation des soins.....	13
1.3.2. Questions de recherche.....	14
2. MATERIEL ET METHODE.....	16
2.1. Type d'étude et population étudiée.....	16
2.2. Méthode de recueil des données.....	16
2.2.1. De l'étude de satisfaction.....	16
2.2.2. De l'étude descriptive.....	17
2.3. Méthodologie statistique utilisée.....	18
3 RÉSULTATS.....	20
3.1. Enquête de satisfaction des patients.....	21
3.1.1. Objectif principal.....	21
3.1.2. Objectifs secondaires.....	24
3.2. Analyse descriptive de la population étudiée.....	27
3.2.1. Caractéristiques des patients.....	27
3.2.2. Données issues de l'EGS.....	28
3.2.3. Données liées à l'intervention de l'Unité.....	33
3.2.4. Données sur le devenir des patients.....	35
4. DISCUSSION.....	36
4.1. Discussion des principaux résultats.....	36
4.1.1. Objectif principal : l'enquête de satisfaction des patients évalués.....	36
4.1.2. Objectifs secondaires.....	39
4.2. Critiques de l'étude : forces et faiblesses.....	43
4.2.1. Les forces.....	43
4.2.2. Les faiblesses.....	44
4.3. Perspectives.....	44

5. CONCLUSION	45
Bibliographie	46
Annexes	51
Annexe 1 : Personnes âgées éprouvant des difficultés ou se sentant en mauvaise santé : 39 % des 75 ans ou plus à domicile	51
Annexe 2 : Coordination du parcours PAERPA	52
Annexe 3 : les différents services proposés par la CTA.....	53
Annexe 4 : questionnaire de satisfaction	54

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'étude.....	21
Tableau 1 : Résultats de l'auto-questionnaire : ressenti des intervenants.....	22
Tableau 2 : Caractéristiques des patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction.....	23
Tableau 3 : Résultats de l'hétéro-questionnaire : satisfaction exprimée par les patients.....	24
Tableau 4 : Résultats statistiques de la satisfaction exprimée par le patient.....	24
Figure 2 : Facteurs pouvant influencer l'appréhension des patients avant la visite.....	25
Figure 3 : Facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite.....	26
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe et l'âge.....	28
Tableau 5 : Répartition des patients selon leur condition de vie.....	29
Figure 5 : Mode de vie selon le sexe et l'âge.....	29
Figure 6 : Score AVQ des patients.....	30
Figure 7 : Score AIVQ des patients.....	30
Figure 8 : Troubles cognitifs selon le MMSE.....	31
Figure 9 : Risque de dépression selon le GDS-15.....	32
Tableau 6 : Patients à risque de chute.....	33
Figure 10 : Etat nutritionnel selon le MNA.....	33
Figure 11 : Nombre de traitements médicamenteux.....	34
Figure 12 : Motifs d'interventions et diagnostics retenus par l'équipe.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVQ : Activité de la vie quotidienne ou ADL (Activity of Daily Living)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

GDS : Geriatric Depression Scale

GIR : Groupe iso-ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier diplômé d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

AIVQ : Activité instrumentale de la vie quotidienne ou IADL (Instrumental Activity of Daily Living)

MMSE : Mini-mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication en santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Soins

USLD : Unités de Soins Longues Durées

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à domicile

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

1. INTRODUCTION

1.1. Le sujet âgé

1.1.1. Epidémiologie

D'après les rapports de janvier 2019 de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), les individus de plus de 60 ans (considérés comme seniors) représentent 26% de la population et ceux de plus de 75 ans représentent 9.2% de la population française hors Mayotte. On dénombre parmi les seniors, 2.5 millions de personnes en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) soit 15.3% des plus de 60 ans et 700 000 personnes en perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2) (1). En Nouvelle Aquitaine, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (*DREES*) estime à 103 000 le nombre de seniors à domicile en perte d'autonomie (2). Selon de récentes estimations, la France compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050 (3).

A noter que 39% des 75 ans ou plus à domicile éprouvent des difficultés ou se sentent en mauvaise santé (*Annexe 1*).

1.1.2. Définition de la fragilité

Selon la HAS, c'est autour de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que les vulnérabilités plus ou moins apparentes apparaissent (4). Mais l'âge ne suffit pas pour définir la fragilité.

Un groupe de 6 sociétés européennes et américaines a défini la fragilité comme « un syndrome médical aux causes multiples qui se caractérise par une diminution de force, d'endurance et une réduction de la fonction physiologique qui augmente la vulnérabilité d'un individu pour développer une dépendance accrue et/ou la mort » (5). Selon la Société française de gériatrie et de gérontologie, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible (6). Le repérage de la fragilité a pour objectif de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements indésirables (incapacité, chute, hospitalisation, entrée en institution) (7).

1.1.3. Enjeu de santé publique

La prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite une multiplicité d'acteurs (sanitaires, sociaux, médicaux) et représentaient 30 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. La dépense publique pour ce financement augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2.07 points de PIB (8).

La stratégie « ma santé 2022 », annoncée en septembre 2018 par le président de la république va favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé. Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants de ville et à l'hôpital autour de projets de santé, y compris pour maintenir à domicile le plus possible les personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies (9).

Il s'agit donc d'un enjeu financier et de santé publique majeur.

1.2. Le programme PAERPA

1.2.1. Historique

Le programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est opérationnel depuis fin 2014 dans 9 territoires pilotes dont Bordeaux. Depuis 2016, il se déploie sur tout le territoire. A ce jour, 18 territoires sont concernés par le dispositif (au moins un territoire par région métropolitaine comportant de 180 000 à 400 000 habitants : 11% de la population âgée de plus de 75 ans est touchée par ce dispositif (10). L'expérimentation initialement instituée pour 5 ans par l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2013, a été reconduite jusqu'au 31 décembre 2019 (11). Pour 2020, les crédits dédiés aux outils clés créés dans le cadre de PAERPA ont été prolongés afin que le projet soit généralisé.

Le programme PAERPA est piloté par un comité national. Au niveau régional, ce sont les ARS qui assurent le suivi et la bonne gouvernance du projet. Les dépenses liées au projet sont financées via le fonds d'intervention régional des ARS (19 779 millions d'euros en 2018). La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) contribue au financement de la formation des services d'aides à domicile (12).

1.2.2. Objectifs

Les objectifs finaux de l'approche PAERPA ont été résumés en 2013 dans la phrase suivante : « faire en sorte que chaque français âgé de 75 ans ou plus reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût » (*Annexe 2*).

Le 20 décembre 2018, le nouveau cahier des charges relatif à l'expérimentation visant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a été publié.

Le dispositif est articulé autour de 5 actions clés :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants :
 - En prévenant la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance.
 - En mettant un accent particulier sur les facteurs de risque d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes).
- Accroître la qualité de vie des personnes âgées et les soutenir à domicile tant que leur état leur permet.
- Adapter et améliorer les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en améliorant la coordination.
- Développer et améliorer les conditions de prise en charge en ville et lors d'hospitalisation et d'en limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes.
- Considérer les personnes âgées comme partenaires actifs de leur santé et soutenir, sensibiliser et soulager leurs aidants (13).

Par ailleurs, l'objectif de « zéro passage aux urgences » pour les personnes âgées dépendantes d'ici 2025 est prévu dans le Pacte de refondation des urgences, présenté en septembre 2019 avec un investissement fort pour atteindre cet objectif (175 M€) (10).

1.2.3. Les actions mises en œuvre

1.2.3.1. *Actions de prévention*

Quatre facteurs de risque de perte d'autonomie ont été soulignés : la iatrogénie médicamenteuse, la dénutrition, la dépression et les chutes. L'objectif est de prévenir des risques via :

- La formation des professionnels libéraux (574 ont été formés en 2018) et de l'aide à domicile (3650 personnels des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, SAAD ont été formés en 2018).
- L'éducation thérapeutique et programmes de prévention à domicile : information et sensibilisation par la valorisation de structures déjà en place, prévention au domicile de la personne âgée par les SADD et la Coordination Territoriale d'Appui (CTA), prévention dans les établissements et les structures, prévention de la iatrogénie par les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG), la téléconsultation, le déploiement de l'éducation thérapeutique.

1.2.3.2. *Renforcement de la continuité de la prise en charge et du lien ville-hôpital-EHPAD*

Le programme PAERPA a permis la création d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou en cas d'hospitalisation de l'aidant (pour une durée maximale de 30 jours) et la mutualisation des IDE de nuit en EHPAD.

Il a renforcé la place des EMG intra et extra hospitalières et le repérage de la fragilité à 24h suivant l'entrée dans un service de médecine ou de chirurgie.

- En intra hospitalier : elles peuvent réaliser une évaluation gériatologique, donner un avis gériatrique, gérer des cas complexes, réaliser une conciliation médicamenteuse, orienter des patients dans la filière de soins gériatrique.
- En extra hospitalier en EHPAD : sur demande, elles peuvent assurer une aide à la gestion des cas complexes, réaliser des formations à destination du personnel soignant, favoriser le développement de la télémédecine pour les EHPAD, les HAD, les USLD.
- En extra hospitalier en ville : elles peuvent réaliser une évaluation gériatrique à domicile, apporter un avis psychogériatrique, orienter vers la filière gériatrique. 15 779 interventions d'EMG en extra hospitalier ont eu lieu entre 2015 et 2019 (10).

1.2.3.3. *L'amélioration de la coordination entre professionnels*

La Coordination Territoriale d'Appui (CTA) a pour fonction l'intégration et la coordination des ressources sociales et médico-sociales aux professionnels de santé. Elle intervient auprès des personnes âgées sur sollicitation extérieure et avec accord de la

personne âgée et de son médecin traitant. Dans la ville de Bordeaux, le dispositif global est nommé « Plateforme Autonomie Senior ». La plateforme est accessible du lundi au vendredi via le site internet ou un numéro d'appel gratuit : le 0800 625 885 (*Annexe 3*).

Le Plan Personnalisé de Santé résulte de :

- La concertation entre plusieurs professionnels, sous l'égide du médecin traitant, associant un pharmacien, un(e) IDE et/ou un(e) kinésithérapeute et/ou un(e) assistant(e) social(e).
- Un document qui formalise un plan d'action partagé s'adressant en priorité aux professionnels cités ci-dessus et aux ressources locales (médico-social, social et établissement), en concertation avec le patient et qui contribue à développer le partage d'information et à sa diffusion sur la base d'un langage commun.
- Un financement innovant reposant sur un seul acte incluant la rémunération de l'ensemble des professionnels. Le tarif du PPS a été fixé à 100€ pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sur le fonds d'intervention régional (11).

1.2.4. L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité à Bordeaux

1.2.4.1. *Mise en place et objectifs*

L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité est née à Bordeaux en 2015, dans le cadre du projet PAERPA. Il s'agit d'une équipe mobile de gériatrie intervenant au domicile des patients. Elle propose une évaluation pluridisciplinaire aux personnes âgées de plus de 75 ans, résidant à Bordeaux, en perte d'autonomie.

Les objectifs de l'unité reprennent les objectifs du projet PAERPA (14) :

- Mettre en place des actions en amont de la « crise » sous la forme d'actions de prévention primaire et secondaire afin d'éviter les événements indésirables ou les prescriptions inappropriées (1er motif d'admission au SAU) et la survenue de syndromes gériatriques tels que la dénutrition, la confusion, les chutes, la dépression et la perte d'autonomie fonctionnelle.
- Promouvoir le suivi du patient âgé dans la filière de soins gériatriques et optimiser l'orientation des patients.
- Développer un travail en pluridisciplinarité afin de permettre une concertation sur les situations particulières ou complexes, la mise en place de protocoles de soins et de dispositifs de formation et améliorer la coordination de tous les acteurs médicaux, para médicaux, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée.

L'unité est composée d'un médecin gériatre, d'un pharmacien, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une assistante médico administrative, à temps plein. Elle est renforcée par la présence d'un médecin psychiatre et d'une ergothérapeute à mi-temps. Ses bureaux sont situés sur l'hôpital Saint-André du CHU de Bordeaux.

L'unité se déplace à domicile, à la demande des acteurs de soins primaires de proximité (médecin traitant, infirmier, pharmacien) ou des partenaires sociaux (Plateforme Autonomie Senior, conseil départemental), toujours après accord du médecin traitant s'il n'est pas à l'origine de la demande. Les problématiques motivant la demande peuvent être gériatriques

et/ou sociales : chute, dénutrition, dépression, polymédication, confusion, trouble du comportement, trouble cognitif, soins palliatifs, isolement, chez des personnes ne pouvant ou ne voulant pas se déplacer, parfois en rupture de soins (absence de médecin traitant).

1.2.4.2. *Déroulement de l'intervention*

Les acteurs à l'origine de la demande peuvent joindre l'Unité au 05-57-82-18-71 ou par email « emgdanslacité@chu-bordeaux.fr ».

Lorsqu'une demande est formulée, la secrétaire complète une fiche d'appel reprenant les coordonnées du patient, de son entourage et du demandeur. Elle recherche si le patient est déjà connu du CHU de Bordeaux. L'infirmière contacte le patient et/ou l'entourage par téléphone pour fixer le rendez-vous. Le gériatre, L'IDE et/ou l'assistante sociale se déplacent au domicile pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) permettant une évaluation globale de la personne âgée. Celle-ci comprend différents outils :

- Le statut fonctionnel : évaluation des activités de la vie quotidienne (AVQ, au nombre de 6) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ, au nombre de 8) (15).
- Le statut cognitif : réalisation du Mini Mental State Examination (MMSE), le test de l'horloge, l'épreuve des 5 mots de Dubois (16).
- Le statut psychologique : réalisation du questionnaire Geriatric Depression Scale (GDS 15)
- La marche et l'équilibre : questionnement sur les antécédents de chutes au cours de l'année, Réalisation du Get Up and Go Test, Walking when Talking Test, test d'appui unipodal, recherche d'une hypotension orthostatique.
- Le statut nutritionnel : dépistage de la dénutrition par le Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Les comorbidités : calcul du score de Charlson, comprenant 19 pathologies
- La iatrogénie : recherche de polymédication, d'erreur de prise, d'interaction médicamenteuse, d'effets indésirables.
- L'épuisement de l'aidant : La grille de Zarit qui est une échelle d'évaluation du fardeau de l'aidant peut être utilisée
- L'environnement familial et les ressources socio-économiques.

Pendant l'EGS, le médecin gériatre se charge du recueil des antécédents, des traitements et de l'examen clinique. L'infirmière effectue l'évaluation gérontologique à l'aide des outils validés. L'assistante sociale récupère les informations sur les aides déjà en place et l'entourage. Une évaluation dure entre 1h et 1h30 en moyenne et est adaptée à chaque patient. La présence de l'aidant est souhaitable.

Une conciliation médicamenteuse est systématiquement réalisée par la pharmacienne en amont de l'évaluation pour établir le bilan médicamenteux, c'est-à-dire la liste juste et exhaustive des médicaments que prend le patient (17). Plusieurs sources sont consultées : le pharmacien d'officine, le médecin généraliste, l'infirmière à domicile, les médicaments et ordonnances recensés lors de la visite à domicile et enfin l'entretien du gériatre avec le patient et/ou aidant qui permet d'évaluer plusieurs dimensions telles que la connaissance, la compétence, l'observance et la tolérance du patient vis-à-vis de son traitement.

Le binôme gériatre-pharmacien réalise une analyse de chaque médicament du bilan médicamenteux en regard des antécédents, des comorbidités, de l'examen clinique, des résultats biologiques récupérés et des objectifs thérapeutiques définis pour le patient. Les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse sont répertoriés. Afin de renforcer la pertinence des interventions, plusieurs outils sont utilisés : la liste STOPP and START adaptée à la langue française (18) la liste de Laroche (19), les avis de la commission de la transparence de la HAS, les indicateurs de pratique clinique AMI (Alerte et Maîtrise de la iatrogénie) proposés par la HAS (20) ainsi que les recommandations de sociétés savantes. Cette réévaluation médico-pharmaceutique donne lieu à des propositions d'optimisation thérapeutique et s'accompagne d'un impact en matière de réduction de la iatrogénèse médicamenteuse (réduction des erreurs médicamenteuses résultant d'une prescription inappropriée (21)). Afin d'améliorer la coordination et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients, les propositions d'optimisation sont rédigées dans le compte rendu de l'EGS mais également synthétisées sous forme de sur une fiche de proposition d'optimisation thérapeutique transmise au médecin généraliste, aux médecins spécialistes ainsi qu'au pharmacien d'officine (annexe). Ce document fait également référence à des recommandations de prescription chez les sujets âgés.

A l'issue de l'EGS, le gériatre appelle le médecin traitant et échange avec lui sur les résultats de l'évaluation et les propositions qui sont faites. Il rédige un compte-rendu qui reprend l'ensemble des résultats, les problématiques rencontrées et les propositions émises (diagnostiques, thérapeutiques, sociales, environnementales, suivi). Le document écrit est envoyé au médecin traitant.

Dans un second temps, l'ergothérapeute peut être sollicitée par l'équipe pour se rendre au domicile, réaliser des mises en situation, proposer des aménagements ou du matériel adapté. Lorsqu'il existe une problématique psychiatrique, le médecin psychiatre se déplace également pour examiner le patient.

L'assistante sociale prend contact avec l'entourage, les partenaires sociaux et propose un plan d'aides, en accord avec le patient et l'entourage (demande APA, mesure de protection juridique, sollicitation de l'équipe de soins Alzheimer ou de l'équipe d'aide aux aidants...)

Des échanges sécurisés d'informations peuvent se faire grâce à une plateforme numérique (PACOO) permettant de communiquer entre différents professionnels sur le patient.

Un mois après l'EGS, l'IDE de l'unité téléphone au patient ou à son entourage pour se renseigner sur le devenir du patient durant cette période (changement de lieu de vie, hospitalisation, admission aux urgences, entrée en EHPAD, décès). En cas d'aggravation, le plan de soins et d'aides peut être réévalué par l'équipe.

1.3. Le ressenti des personnes évaluées

1.3.1. La notion de refus et d'acceptation des soins

En 2015, F. Martin a réalisé une enquête d'opinion auprès des personnes âgées vis-à-vis du PPS proposé dans le cadre du PAERPA à Mayenne (22). La sélection des patients était réalisée par les médecins généralistes, excluant les patients présentant des troubles cognitifs. Cette étude qualitative portant sur 12 entretiens a mis en évidence un manque de compréhension du projet de la plupart des personnes interrogées. Les attentes concernaient principalement les difficultés du quotidien et le besoin de sécurité. Dans ce travail de thèse, la

notion d'« intrusion » a été abordée. De nombreuses personnes avaient manifesté leur réticence lors de la mise en place des aides, mais la plupart s'y étaient bien habituées.

F. Martin soulignait la réticence des personnes à participer à l'étude avec un refus quasiment systématique lors du premier contact téléphonique.

Le refus des personnes âgées peut s'exprimer à l'égard des aides matérielles ou humaines (23). Il existe de multiples causes au refus d'aides : par déni de la maladie et de la perte d'autonomie, pour revendiquer une capacité de jugement, pour défendre sa liberté quotidienne, pour réaffirmer son identité avec une stratégie de préservation de soi, comme négation de l'expertise des professionnels ou par goût de l'opposition, ou encore le refus pour disparaître (23) (24).

Le cadre légal du refus de soins découle du droit du patient à l'information et au consentement, créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite loi Kouchner (25).

« Article L1111-4 Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

Il n'existe pas de loi concernant la prise de décision d'un patient dément. Il est donc nécessaire, afin de protéger la personne âgée de s'adapter au patient, de l'écouter, de créer un lien et de respecter ses choix pour renforcer la confiance.

Les rapports « ma santé 2022 » (9) et « la charte du parcours de santé » (26) expriment la volonté des pouvoirs publics d'impliquer activement les personnes concernées dans l'élaboration de leur parcours de soins.

1.3.2. Questions de recherche

En 2017, J. Brasseur a réalisé une enquête sur la satisfaction des médecins traitants vis-à-vis des propositions faites par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de Bordeaux, à la suite d'une évaluation au domicile. 103 médecins traitants ont été inclus dans l'étude avec un taux de réponse de 62,1%. Ces derniers étaient satisfaits ou très satisfaits des propositions (87,0 % à 96,7 % en fonction des thèmes) et 92,2% étaient prêt à refaire appel au dispositif (27).

Nous connaissons donc la satisfaction des professionnels de santé quant à l'évaluation et aux préconisations faites mais il n'a jamais été réalisé d'étude de satisfaction auprès des patients eux-mêmes.

Il est donc apparu important de s'intéresser également au ressenti des patients. L'équipe s'interrogeait en effet sur la façon dont le patient vivait cette évaluation au domicile, par 2 ou 3 personnes. Les patients sont-ils satisfaits de l'évaluation réalisée par l'Unité ?

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer le degré de satisfaction des patients à l'issue de la visite à leur domicile de l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux.

Les objectifs secondaires sont :

- De rechercher les facteurs pouvant influencer l'appréhension, l'inquiétude des patients avant la visite.
- D'étudier les facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite.
- De comparer le ressenti de l'équipe et la satisfaction exprimée par les patients.
- De décrire les caractéristiques démographiques des patients pris en charge au moment de l'étude.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude et population étudiée

Ce travail se divise en deux parties :

1. Une enquête de satisfaction, observationnelle, transversale, quantitative réalisée auprès des patients évalués par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux. Pour cela, nous avons recherché :
 - Le degré de satisfaction des patients à l'issue de leur évaluation :
 - En interrogeant le ressenti de l'équipe, par un auto-questionnaire des évaluateurs d'une part,
 - en interrogeant le patient, par un hétéro-questionnaire réalisé au décours immédiat de leur évaluation d'autre part.
 - Les facteurs pouvant influencer l'appréhension des patients avant la visite.
 - Les facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite.
 - Une corrélation entre le ressenti de l'équipe, évalué par auto-questionnaire et la satisfaction exprimée par les patients par hétéro-questionnaire, au décours immédiat de l'évaluation.
2. Une étude descriptive des caractéristiques ces même patients.

Tous les patients ayant bénéficié d'une EGS à domicile par l'Unité d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire dans la cité pendant la durée de l'étude ont été inclus.

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

2.2 Méthode de recueil des données

2.2.1. De l'étude de satisfaction

Un questionnaire en deux parties a été élaboré.

1. La première partie comportant 3 questions était complétée après concertation par les membres de l'équipe ayant réalisé l'évaluation. Elle avait pour objectif de recueillir les réactions du patient aux différents moments de l'entretien (1^{er} appel téléphonique, lors de l'arrivée au domicile et lors de l'évaluation). Pour les deux premiers moments, les patients ont été classés en 3 groupes : ceux ayant une réaction positive, ceux ayant une réaction négative et ceux pour lesquels la réaction n'était pas évaluable. Pour le 3^{ème} paramètre (réaction des patients au cours de l'évaluation), les évaluateurs pouvaient choisir entre 9 degrés de satisfaction :
 - Profondément impressionné
 - Ravi, content

- Intéressé
- Répondant
- Apathique, peu investi
- Opposant
- En colère
- Mise en échec volontaire
- Non évaluable

Une explication plus détaillée des degrés de satisfaction était jointe au questionnaire afin de limiter la subjectivité des évaluateurs (*Annexe 4*).

2. La deuxième partie était un hétéro-questionnaire comportant 6 questions et une possibilité de commentaires libres. Il abordait le ressenti des patients sur :

- Leur éventuelle appréhension avant le passage de l'équipe
- La durée de l'évaluation
- La relation avec les intervenantes
- Le respect de leur intimité
- La réponse à leurs besoins
- La recommandation éventuelle à d'autres patients

Nous avons utilisé une échelle de Likert avec 4 degrés de satisfaction : très satisfait, plutôt satisfait, plutôt insatisfait, très insatisfait. Nous avons ajouté la possibilité de réponse « ne sait pas » (*Annexe 4*).

A la fin de l'évaluation, un membre de l'équipe demandait au patient son accord oral pour participer à l'étude, immédiatement après leur départ. Dans l'affirmative, le questionnaire était alors réalisé, par téléphone, par une personne extérieure à l'évaluation (la secrétaire ou la seconde gériatre de l'Unité ou la thésarde).

Nous avons créé notre propre questionnaire en soulignant les points pouvant être problématiques : la durée, le sentiment d'intrusion au domicile, l'objectif de cette évaluation. Ce questionnaire a été réalisé afin de permettre au plus grand nombre de patients de pouvoir répondre : questions courtes, une idée par question, entretien téléphonique bref.

Afin de réaliser ce questionnaire, nous avons fait appel initialement à Mme Karine Pérès-Bouchet, chargée de recherche Inserm au centre de recherche Bordeaux Population Health U1219. Nous avons ensuite demandé aux différents membres de l'équipe leur avis sur la faisabilité du questionnaire puis adapté les questions. Nous avons également réalisé 5 interrogatoires « test » avant le début de l'étude et reformulé les questions.

2.2.2. De l'étude descriptive

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

Ont été rapportés :

- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, présence ou non d'un médecin traitant, le mode de vie, la présence d'aides à domicile, le nombre de traitements au moment de l'EGS
- Les données de l'EGS : AVQ, AIVQ, MMSE, test de l'horloge, épreuve des 5 mots de Dubois, GDS 15, Timed up and Go Test, Walking when Talking Test, appui unipodal, présence ou non d'une hypotension orthostatique, MNA test
- Les données liées à l'intervention de l'unité : délai d'intervention, situation géographique, intervenants, problématiques motivant l'EGS et diagnostics retenus à l'issue de l'EGS.
- Informations sur le devenir du patient à 1 mois : lieu de vie, passage par les urgences (avec le motif), hospitalisation, orientation dans la filière gériatrique grâce à l'unité (HDJ et/ou SSR et/ou hospitalisation programmée et/ou consultation mémoire), décès.

2.3 Méthodologie statistique utilisée

L'ensemble des réponses au questionnaire a été retranscrit dans un tableau Excel permettant par la suite l'analyse statistique avec calcul des effectifs et pourcentages. Les variables intergroupes ont été comparées par un test de Chi².

Pour pouvoir tirer des conclusions statistiquement valables de notre étude, il faut que notre échantillon soit représentatif, c'est-à-dire d'une taille suffisante.

La formule applicable est : $n = \frac{z^2 p(1-p)}{m^2}$

Avec :

- n la taille de l'échantillon
- z le niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite ($z=1.96$ pour un niveau de confiance de 95%)
- p proportion estimée la population (si inconnue comme ici, on prend $p=0.5$)
- m marge d'erreur tolérée

Pour un niveau de confiance de 90% et une marge d'erreur de 10% (c'est-à-dire : nous sommes certains à 90% que nos résultats sont valables à +/- 10%), nous avons besoin d'un échantillon de 69 patients. Nous prévoyions de réaliser l'étude sur une durée de 6 mois, ce qui nous assurait la totalité des sujets nécessaires.

Pour obtenir une marge plus fine (5%), et un niveau de confiance plus grand (95%) il nous aurait fallu 384 patients ce qui n'était pas possible pour le temps imparti à cette étude.

Afin de connaître les facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients, nous avons pris en compte les variables de l'enquête descriptive de la population. Une technique

d'apprentissage statistique a été utilisée : nous entraînons un arbre de décision binaire de profondeur faible (4) sur les données en essayant de prédire la satisfaction des patients. Nous utilisons le critère de Gini pour décider des meilleures décisions à prendre : à chaque étape, l'algorithme décide quelle variable est la plus à même de séparer la population entre les patients satisfaits et les autres ; si la variable n'est pas binaire (oui/non), un seuil de séparation est aussi appris par l'algorithme. Nous regardons ensuite les décisions apprises par l'arbre, pour essayer de comprendre ce qui explique la satisfaction des patients. Cette question a été divisée en deux parties : recherche des facteurs prédictifs d'anxiété avant la visite et recherche des facteurs prédictifs d'insatisfaction à l'issue de l'EGS. Pour la deuxième partie, nous combinons les différentes questions posées (sauf celle liée à l'anticipation) et si le patient n'est pas satisfait pour une quelconque raison, nous le considérons comme insatisfait.

La corrélation entre le ressenti de l'équipe et la satisfaction du patient selon l'hétéro-questionnaire a été réalisée en comparant les données, patient par patient.

3 RÉSULTATS

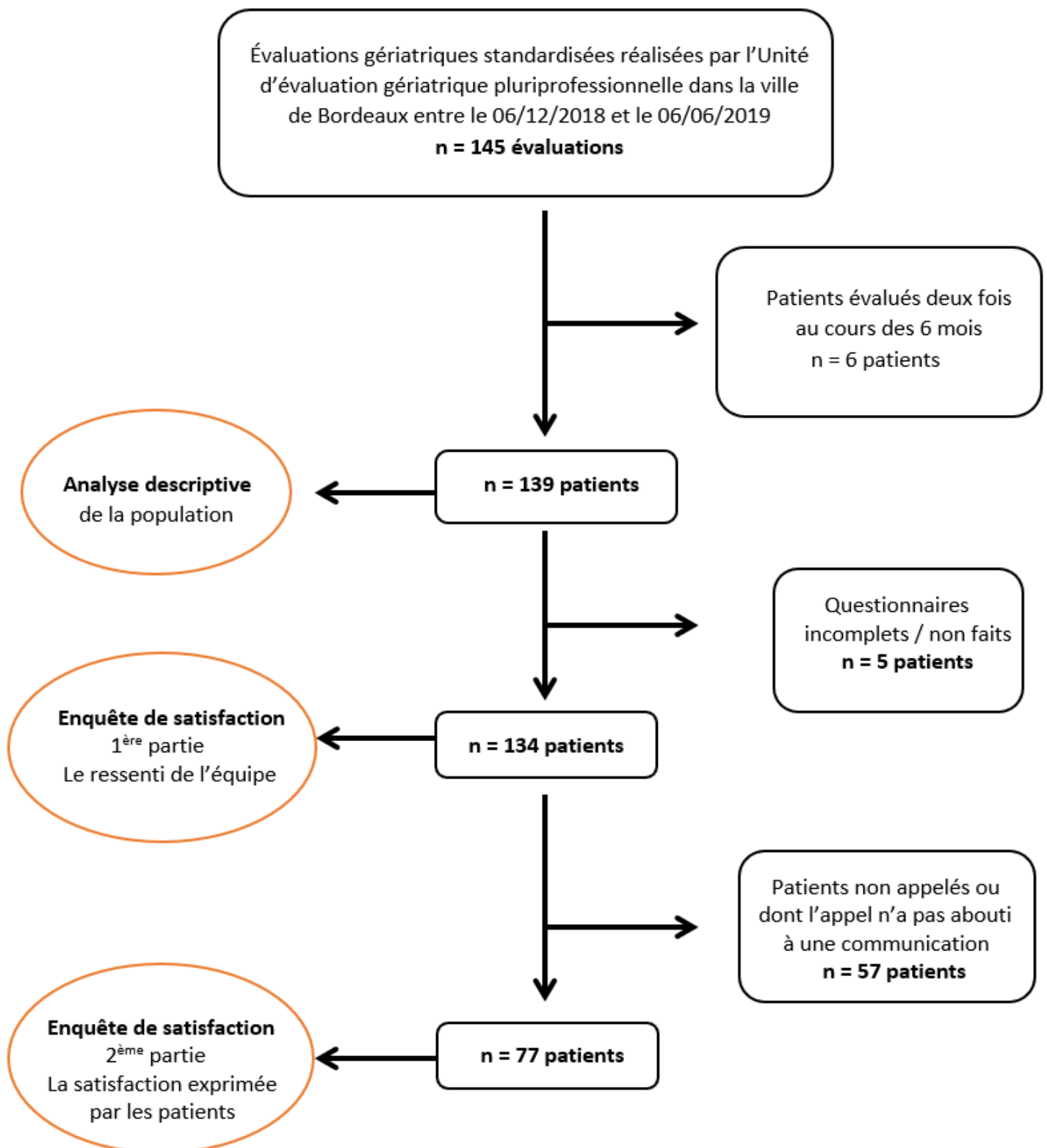


Figure 1 : Schéma de l'étude

3.1. Enquête de satisfaction des patients

3.1.1. Objectif principal

3.1.1.1. Ressenti de l'équipe ayant évalué le patient (auto-questionnaire de l'équipe)

La première partie de l'enquête était réalisée par les membres de l'équipe présents lors de l'évaluation au domicile. Parmi les 139 patients évalués entre le 06/12/18 et le 06/06/2019, 5 questionnaires n'ont pas été réalisés. Un total de 134 patients a donc été inclus.

Réaction lors du premier contact téléphonique				
Positive	Négative	Non évaluable		
35	2	97		
Réaction lors de l'arrivée au domicile				
Positive	Négative	Non évaluable		
124	4	6		
Ressenti global du patient pendant l'évaluation selon les intervenants				
Profondément impressionné	Ravi, content	Intéressé	Répondant, participant	Total positif
4	36	34	37	111
Apathique, peu investi	Opposant	En colère	Mise en échec volontaire	Total négatif
12	5	3	1	21
				Non évaluable
				2

Tableau 1 : Résultats de l'auto-questionnaire : ressenti des intervenants

Selon les intervenants, seuls 2 patients ont eu une réaction négative au cours du premier contact téléphonique. A noter que ce premier contact se fait dans la majorité des cas avec l'aidant principal. La réaction du patient n'était alors pas évaluable (97 patients). Les deux patients ayant eu une réaction négative au cours de ce premier contact n'ont pas montré de signe de mécontentement par la suite.

Parmi les 4 patients ayant eu une réaction négative lors de l'arrivée au domicile de l'équipe, trois patients ont eu des réactions négatives au cours de l'évaluation.

Les membres de l'équipe ont estimé que 111 patients (soit 82,8%) semblaient satisfaits pendant l'évaluation.

3.1.1.2. Satisfaction exprimée par les patients (hétéro-questionnaire du patient)

Parmi les 134 patients évalués par les membres de l'équipe, 57 patients n'ont pas répondu au questionnaire de satisfaction.

Les raisons de l'absence de participation à l'enquête sont :

- Des troubles cognitifs trop évolués pour un questionnaire téléphonique pour 15 patients.
- Des troubles sévères de l'audition pour 6 patients.
- Des troubles de conscience (coma, AEG) pour 6 patients.
- Une aphasie pour 1 patient.
- L'absence de téléphone au domicile de 16 patients.
- Une absence de réponse à l'appel malgré la présence du téléphone et du patient au domicile pour 7 patients.
- Un refus de participer à l'enquête pour 5 patients.
- Une incapacité à terminer l'entretien téléphonique pour 1 patient.

Un total de 77 patients a donc répondu au questionnaire dont les principales caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Population Etudiée (n= 77)
Sexe	23,4% homme 76,6% femme
Age moyen	84,9
Vit seul	64,90%
IDE à domicile	64,90%
Auxiliaire de vie	66,20%
Kinésithérapeute	35,10%
Médecin traitant déclaré	96,10%
AVQ moyen	4,99/6
AIVQ moyen	2,44/8
MMSE moyen	21,30
Absence de trouble cognitif (MMS \geq 27)	22,10%
Troubles cognitifs sévères ou modérément sévères (MMS \leq 14)	15,80%
Absence de dépression (GDS \leq 4)	32,43%
Dépression (GDS \geq 11)	5,40%
Timed up and go test échoué	20,00%
Walking when talking échoué	27,40%
Appui unipodal échoué	78,10%
Test d'hypotension orthostatique positif	34,80%
Risque de malnutrition ou dénutrition	73,00%
Nombre de traitement médicamenteux moyen	6,3

Tableau 2 : Caractéristiques des patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction

Appréhendez-vous le passage de l'équipe				
Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt oui	Beaucoup	Ne sait pas
79% (61)	6% (5)	8% (6)	4% (3)	3% (2)
Selon vous la durée de l'évaluation était-elle :				
Trop courte	Adaptée	Trop longue		Ne sait pas
0	91% (70)	4% (3)		5% (4)
Concernant la relation avec les intervenantes, êtes-vous :				
Très satisfaisait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sait pas
78% (60)	22% (17)	0	0	0
Concernant le respect de votre intimité, êtes-vous				
Très satisfaisait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sait pas
65% (50)	30% (23)	3% (2)	0	3% (2)
L'équipe a-t-elle, selon vous, réussi à cibler vos besoins ?				
Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sait pas
64% (49)	19% (15)	4% (3)	0	13% (10)
Recommanderiez-vous leur évaluation à d'autres personnes âgées en difficulté ?				
Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sait pas
61% (47)	17% (13)	1% (1)	0	21% (16)

Tableau 3 : Résultats de l'hétéro-questionnaire : satisfaction exprimée par les patients

En agrégeant les résultats ci-dessus en 2 catégories : satisfait / non satisfait, et en supprimant les réponses manquantes, nous obtenons les résultats suivants.

	Satisfaits	p-value¹
Appréhension du passage de l'équipe	88% (66 sur 75)	< 0.0005
Durée de l'évaluation	96% (70 sur 73)	< 0.0005
Relation avec les intervenantes	100% (77 sur 77)	< 0.0005
Respect de l'intimité	97% (73 sur 75)	< 0.0005
Cibler les besoins	96% (64 sur 67)	< 0.0005
Recommandations à d'autres patients	98% (60 sur 61)	< 0.0005

Tableau 4 : Résultats statistiques de la satisfaction exprimée par le patient

Les patients n'appréhendent pas le passage de l'équipe, ils trouvent la durée de l'évaluation adaptée, ils sont satisfaits de la relation avec les intervenantes, du respect de leur intimité, ils trouvent que leurs besoins ont été bien ciblés et recommanderaient l'évaluation à une autre personne ($p < 0,05$ pour chaque catégorie).

Les résultats témoignent d'une satisfaction des patients interrogés, y compris chez les quelques patients anxieux en amont. En ôtant les patients ne sachant pas répondre à l'une des questions, 55 patients se sont dit pleinement satisfaits (80,3%).

¹ **Note sur la fiabilité des résultats** : les résultats sont suffisamment clairs pour garantir la satisfaction des patients, néanmoins, pour valider ces derniers nous renseignons les p-values minimales obtenues pour un test du χ^2 à 1 degré de liberté pour le rejet de l'hypothèse nulle H_0 d'une distribution aléatoire uniforme (i.e. 50/50) des réponses. Les valeurs de la distribution du Chi 2 est disponible en ligne : <http://uregina.ca/~gingrich/appchi.pdf>

3.1.2. Objectifs secondaires

3.1.2.1. Facteurs pouvant influencer l'appréhension des patients avant la visite

Bien que la vaste majorité des patients soit satisfaite, nous avons tenté de comprendre les facteurs qui pourraient expliquer l'insatisfaction des autres patients.

L'arbre de décision généré est le suivant :

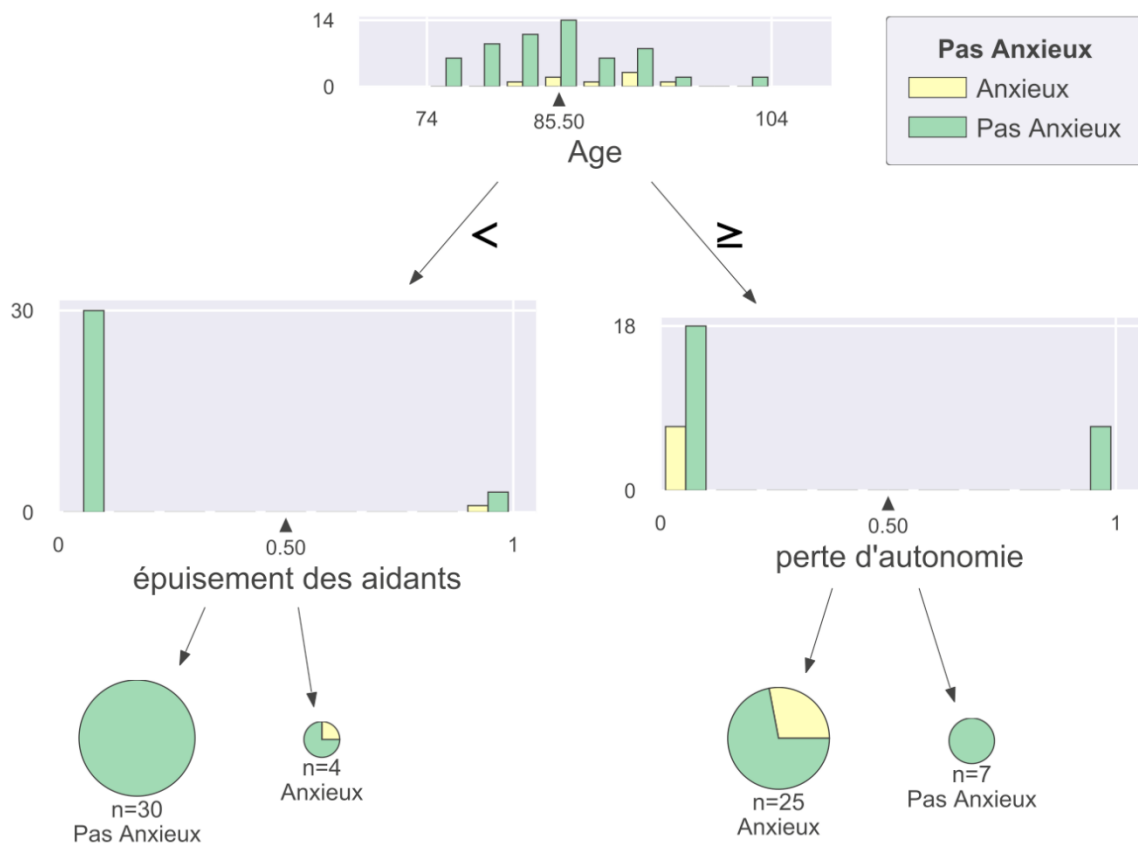


Figure 2 : Facteurs pouvant influencer l'appréhension des patients avant la visite

Parmi les patients interrogés : 66 n'appréhendaient pas le passage de l'équipe (« pas anxieux ») et 9 appréhendaient le passage (« anxieux »).

On observe que les patients considérés comme anxieux sont :

- Les patients de moins de 86 ans, avec un épuisement de l'aidant
- Les patients de plus de 86 ans, sans perte d'autonomie

Compte-tenu du faible nombre de patients anxieux, les résultats ne sont pas significatifs.

3.1.2.2. Facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite

L'arbre de décision généré est le suivant :

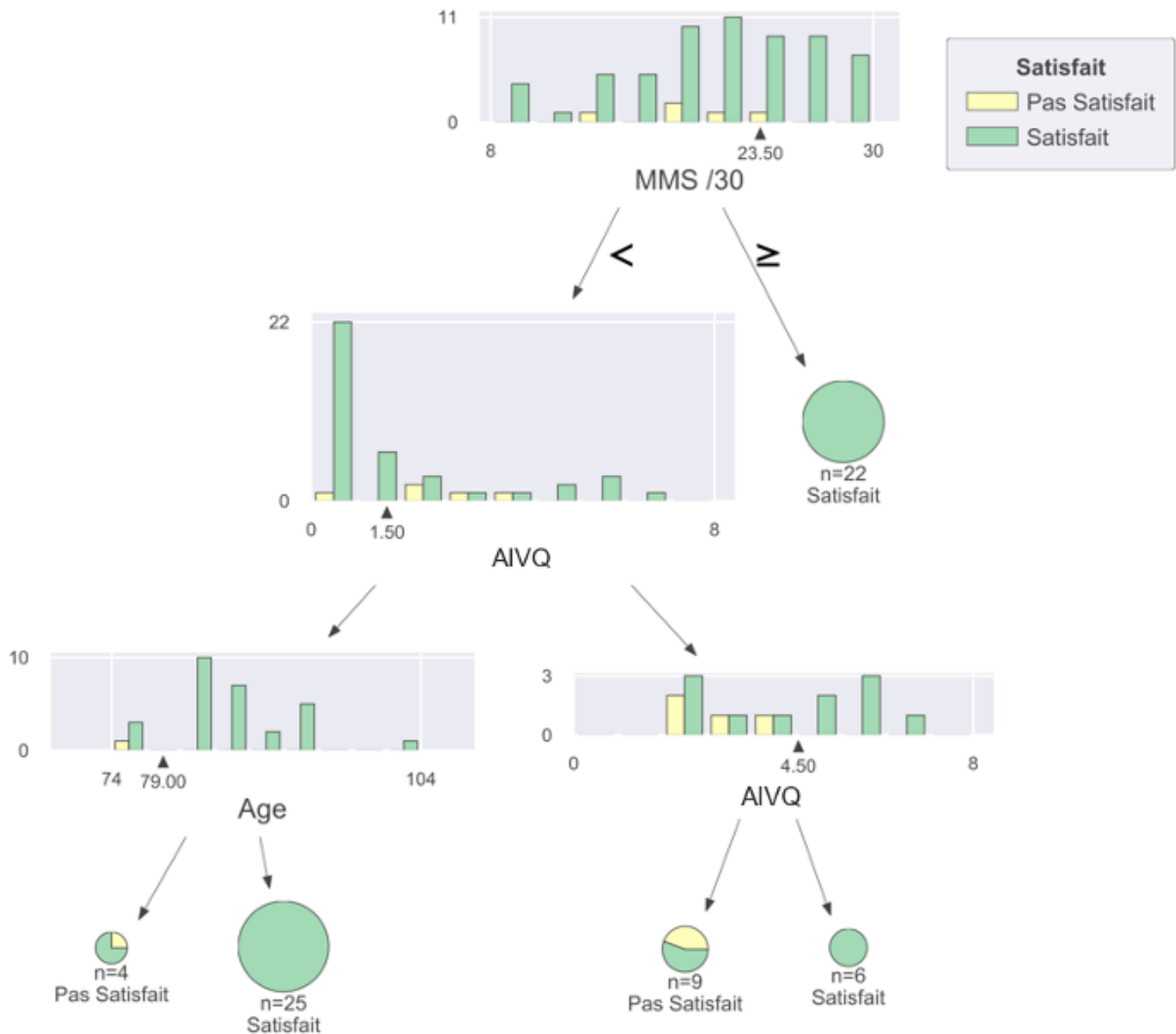


Figure 3 : Facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite

Nous remarquons que :

- Les patients présentant un MMS > 24 étaient tous satisfaits.
- Les patients non satisfaits avaient moins de 79 ans ou un score AIVQ faible (< 4,5).

3.1.2.3. *Corrélation entre le ressenti de l'équipe et la satisfaction exprimée par les patients*

Il n'a pas été trouvé de corrélation entre la réaction lors du premier contact téléphonique et la satisfaction exprimée par le patient (les deux patients mécontents lors du premier contact téléphonique étaient satisfaits pour les autres paramètres).

Sur les 4 patients dont la réaction lors de l'arrivée au domicile était négative :

- Aucun n'a répondu au questionnaire téléphonique (2 refus, 2 troubles de l'audition).

Sur les 21 patients ayant eu des réactions négatives lors de l'évaluation :

- Seul un patient a répondu au questionnaire téléphonique. Il s'est dit satisfait de l'évaluation lors de l'entretien téléphonique mais s'est plaint de ne pas avoir été prévenu. Des troubles cognitifs ont été dépistés pour ce patient avec un MMS évalué à 8/30.
- 20 patients n'ont pas répondu au questionnaire. Les motifs d'absence de participation à l'entretien téléphonique étaient : le refus (5 patients) les troubles cognitifs (5 patients), l'AEG (4 patients), les troubles de l'audition (2 patients), l'absence de téléphone (3 patients), l'absence de réponse téléphonique (1 patient).

Tous les patients ayant refusé de participer à l'enquête avaient donc eu des réactions négatives au cours de l'entretien.

Sur les 2 patients dont le ressenti n'a pu être évalué par l'équipe : l'un n'a pas été appelé (aphasie), l'autre était satisfait lors de l'entretien téléphonique.

3.2. Analyse descriptive de la population étudiée

L'étude a été conduite sur 139 patients entre le 6 décembre 2018 et le 6 juin 2019. Les 139 patients retenus pour l'étude ont tous fait l'objet d'une évaluation gériatrique standardisée à domicile par l'équipe gériatrique, après accord du médecin traitant.

3.2.1. Caractéristiques des patients

❖ Caractéristiques démographiques

La population interrogée était composée de 96 femmes (69.1%) et 43 hommes (30.9%). L'âge moyen des patients était de 84 ans et 6 mois avec un écart type de 6 ans et 10 mois. Le patient le plus âgé avait 104 ans et le plus jeune 66 ans.

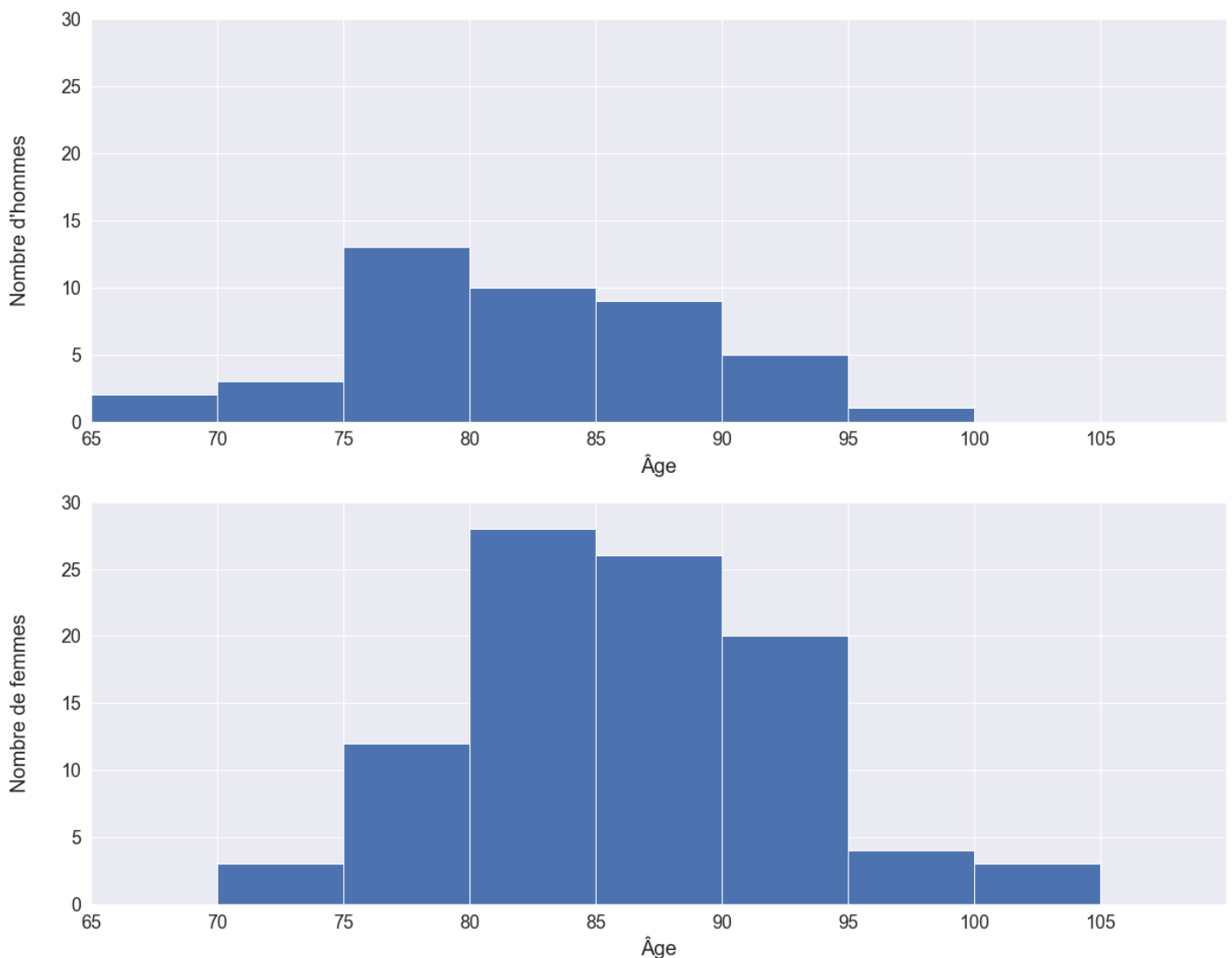


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe et l'âge

❖ Mode de vie

85 patients (61,2%) vivaient seuls au domicile. 113 patients (81,3%) avaient au moins une aide au domicile (IDE ou auxiliaire de vie).

CONDITIONS DE VIE	NOMBRE DE PATIENTS n (%)
Seul au domicile	85 (61,2%)
Passage d'un(e) IDE	89 (64,0%)
Passage d'un(e) auxiliaire de vie	86 (61,9%)
Séances de kinésithérapie	45 (32,4%)
Présence d'un médecin traitant déclaré	130 (93,5%)

Tableau 5 : Répartition des patients selon leur condition de vie

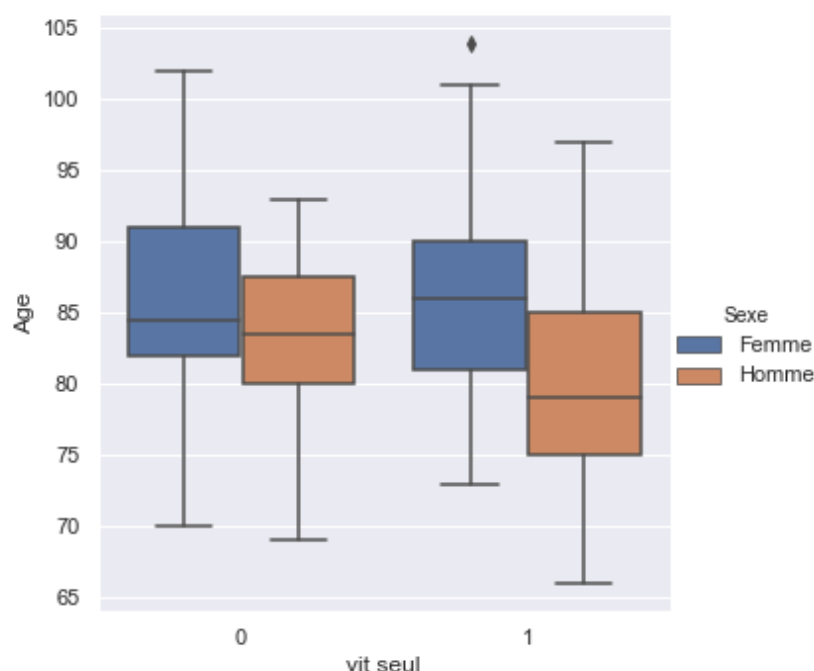


Figure 5 : Mode de vie selon le sexe et l'âge

3.2.2. Données issues de l'EGS

❖ Statut fonctionnel

La moyenne des activités de la vie quotidienne des patients était de 4,69/6. La moyenne AIVQ des patients était de 1,91/8.

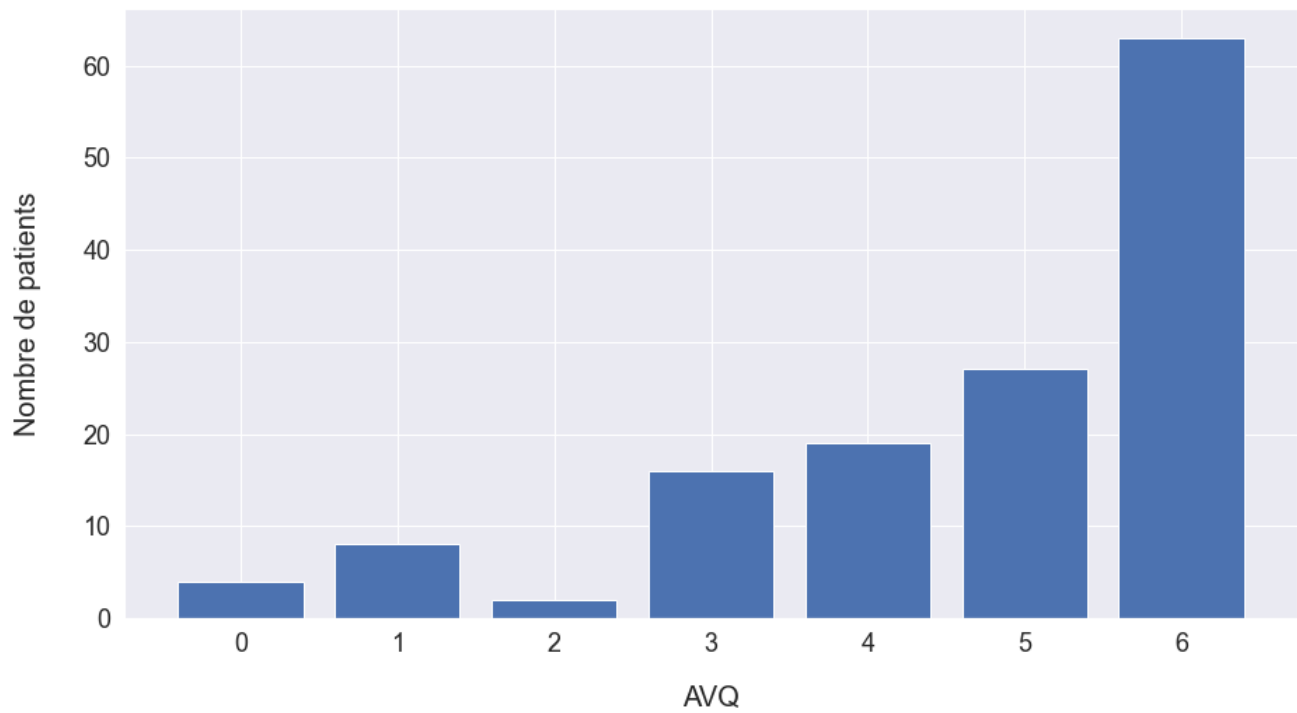


Figure 6 : Score AVQ des patients

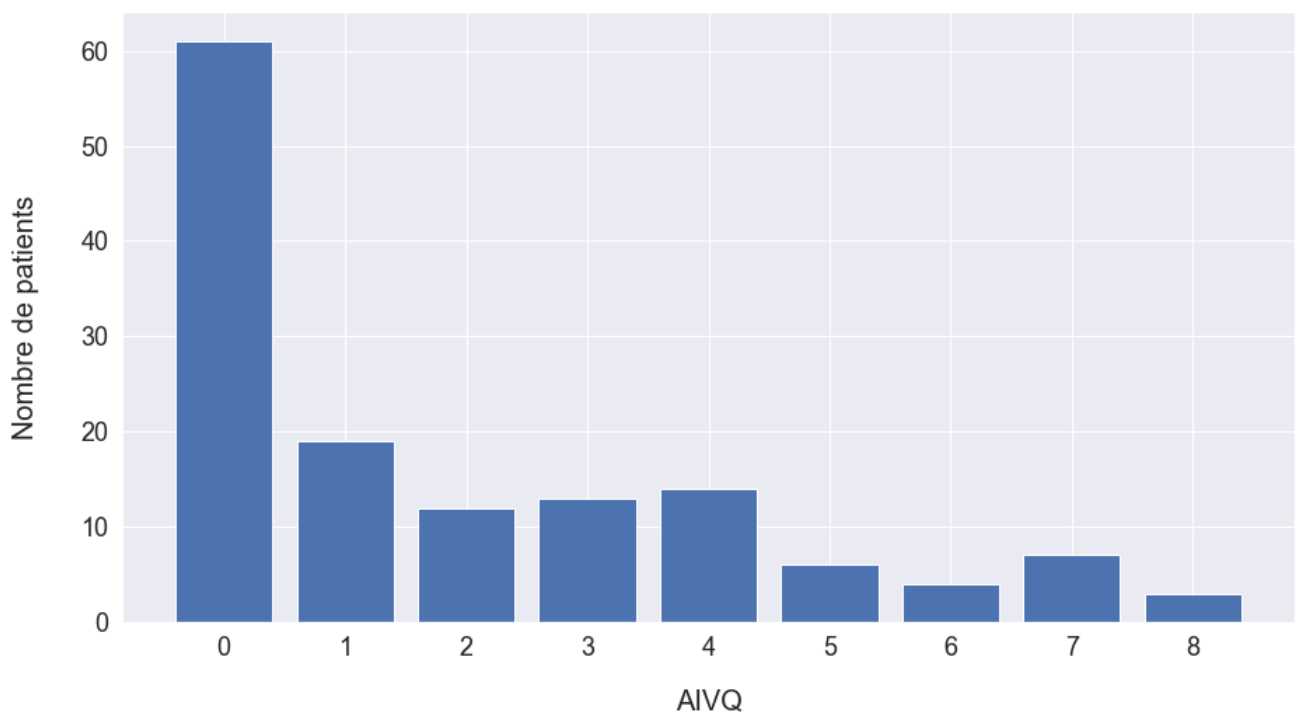


Figure 7 : Score AIVQ des patients

❖ Statut cognitif

Le MMS a été réalisé chez 119 patients. Le score le plus faible est à 6/30. Le score maximal est à 30/30. Une majorité de patients présentait des troubles cognitifs modérés ou légers (respectivement 26,9% et 35,3%).

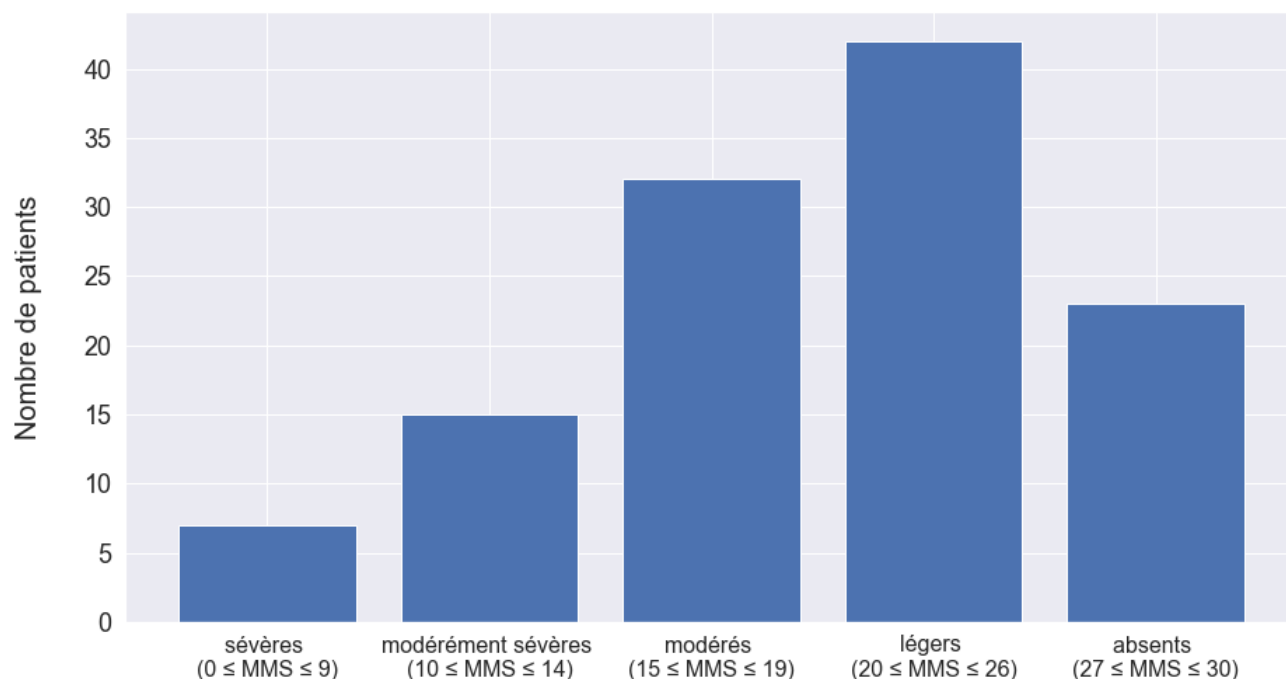


Figure 8 : Troubles cognitifs selon le MMSE

Le test des 5 mots de Dubois (/10) a été réalisé pour 94 patients. 29 patients (30,9%) ont obtenu un score de 10/10, 51 (54,3%) patients ont obtenu un score entre 5/10 et 9/10, 14 patients (14,9%) ont obtenu un score inférieur à 5/10.

Le test de l'horloge a été réalisé pour 93 patients. 22 patients (23,7%) ont obtenu un score de 7/7. 31 patients (33,0%) ont obtenu un score nul.

❖ Statut psychologique

Le GDS - 15 a été réalisé chez 58 patients (test non réalisé quand le MMS est inférieur à 14/30). 27,6% des patients ont obtenu un score entre 0 et 4 (absence de dépression), 62,1% des patients un score entre 5 et 10 (état légèrement dépressif) et 10,3% des patients un score entre 11 et 14 (état modérément ou gravement dépressif).

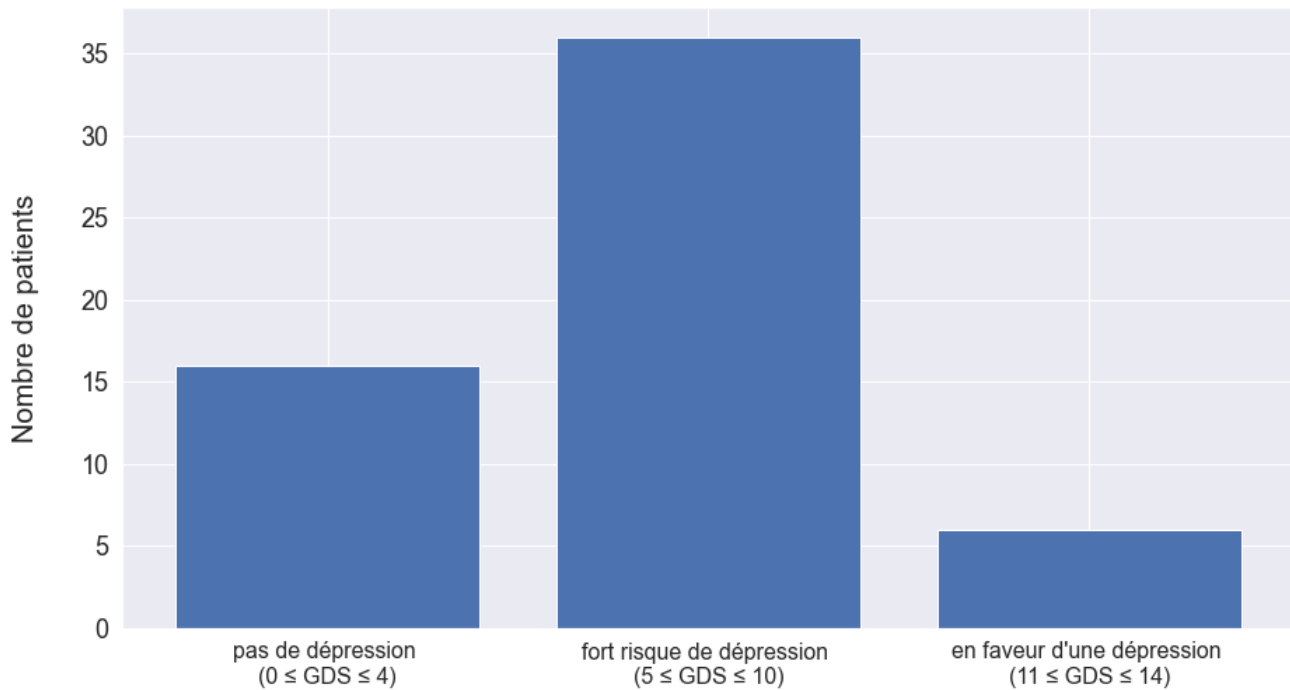


Figure 9 : Risque de dépression selon le GDS-15

❖ Evaluation de la marche

Le Timed Up and Go Test, le Walking when Talking Test et l'appui unipodal ont été réalisés chez respectivement 73, 121 et 123 patients. 56 patients ont eu un temps au Timed Up and Go Test inférieur à 14 secondes. 78 patients ont réussi le Walking when Talking test et 23 patients ont réussi l'appui unipodal.

❖ Test d'hypotension orthostatique

La recherche d'une hypotension orthostatique a été réalisée chez 107 patients. 37 patients ont eu un test positif.

Le diagnostic est positif si :

- La pression artérielle systolique chute de plus de 20 mm Hg dans les 3 minutes suivant le lever (qu'il y ait ou non des signes cliniques),
- La pression artérielle diastolique chute de plus de 10 mm Hg dans les 3 minutes suivant le lever (qu'il y ait ou non des signes cliniques).

On considère que les patients sont à risque de chute quand le Timed up and go test est > 14 secondes, quand le walking when talking Test n'est pas réussi, quand l'appui unipodal est < 5 secondes ou quand le test d'hypotension orthostatique est positif.

TEST RÉALISÉ	PATIENTS A RISQUE DE CHUTE (%)
Timed up and go test	23,3%
Walking when talking test	35,5%
Appui unipodal	81,3%
Test d'hypotension orthostatique	34,6%

Tableau 6 : Patients à risque de chute

Au total, 127 patients (91,4%) avaient au moins un facteur de risque de chute. Parmi les 12 patients non testés :

- 2 avaient des troubles de la marche trop importants,
- 1 patient était trop douloureux,
- 4 avaient des troubles du psychiatriques évolués,
- 2 avaient des troubles de conscience.

❖ Statut nutritionnel

Le MNA a été réalisé chez 121 patients. 23 patients étaient en mauvais état nutritionnel (19%), 71 patients étaient en risque de malnutrition (58,7%) et 27 patients avaient un état nutritionnel normal (22,3%).

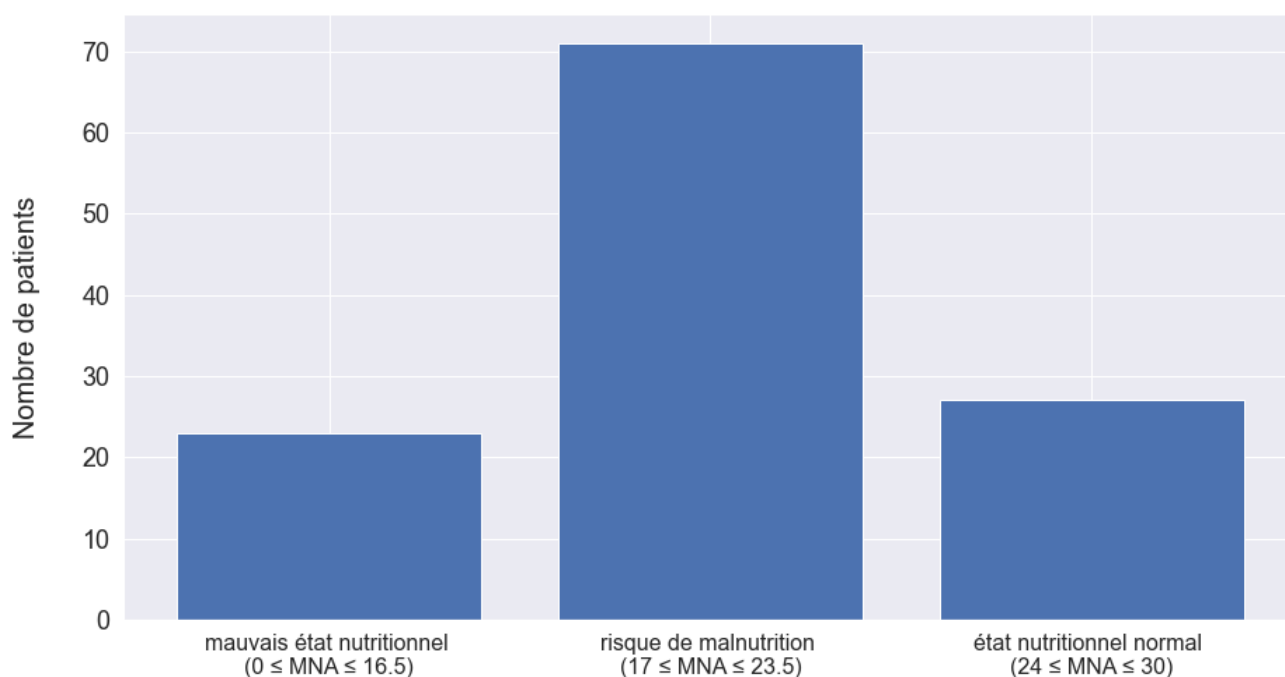


Figure 10 : Etat nutritionnel selon le MNA

❖ Traitements médicamenteux

Les données sont manquantes pour 2 patients. En moyenne les patients avaient 6,2 traitements médicamenteux au moment de l'EGS. 63,5% des patients avaient 5 traitements médicamenteux ou plus. 13,8% des patients avaient plus de 9 médicaments. Le nombre maximum de traitement était de 17.

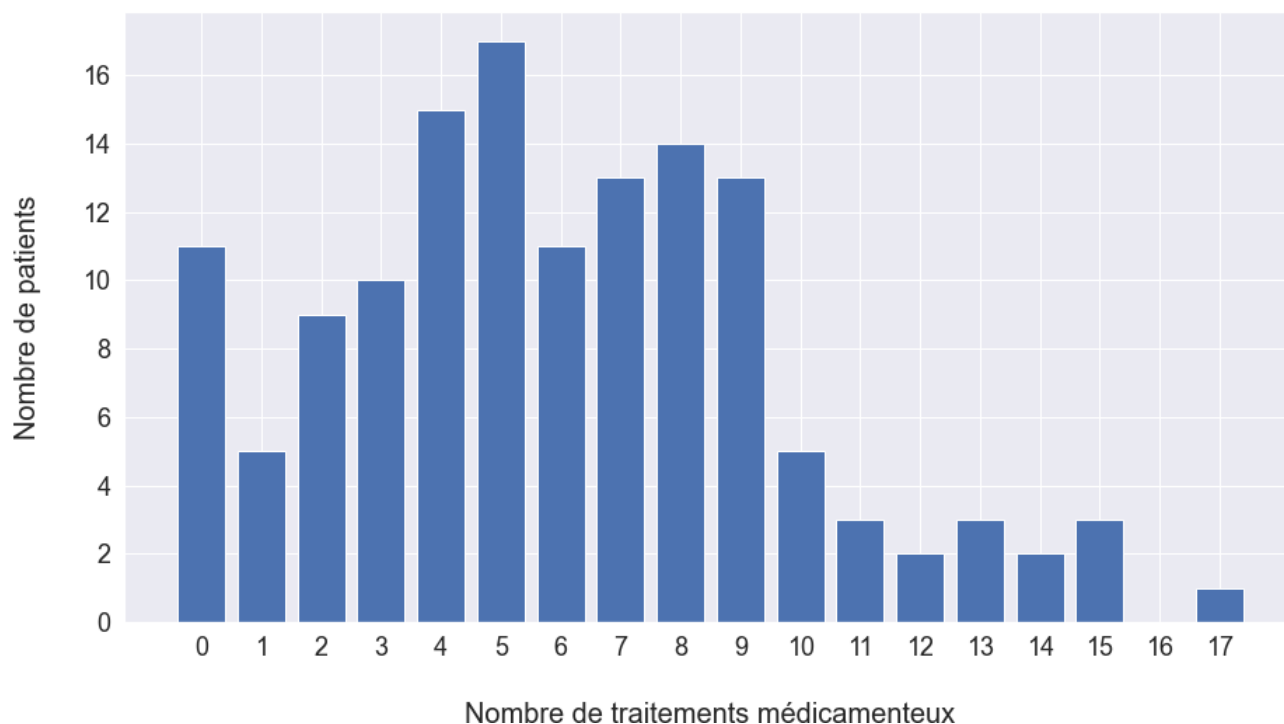


Figure 11 : Nombre de traitements médicamenteux

3.2.3. Données liées à l'intervention de l'Unité

❖ Modalités d'intervention

Le délai moyen d'intervention a été de 9,8 jours (minimum 0 jour, maximum 36 jours).

109 évaluations ont eu lieu à Bordeaux (79.6%), les autres dans la métropole Bordelaise.

Il y a toujours un binôme gériatre/IDE ou gériatre/assistante sociale au cours de l'EGS. L'IDE était présente lors de 124 évaluations (89,2%) et l'assistante sociale lors de 113 évaluations (81,3%). Un aidant été présent pour 50 patients (36,0%).

L'EGS a été suivie d'une consultation psychiatrique dans 26 cas (18,7%) et de la visite d'un ergothérapeute dans 29 cas (20,9%).

❖ Motifs d'intervention

Les motifs d'interventions sont multiples. Sont répertoriés ci-dessous les motifs de recours à l'Unité et les diagnostics retenus par le gériatre après la réalisation de l'EGS.

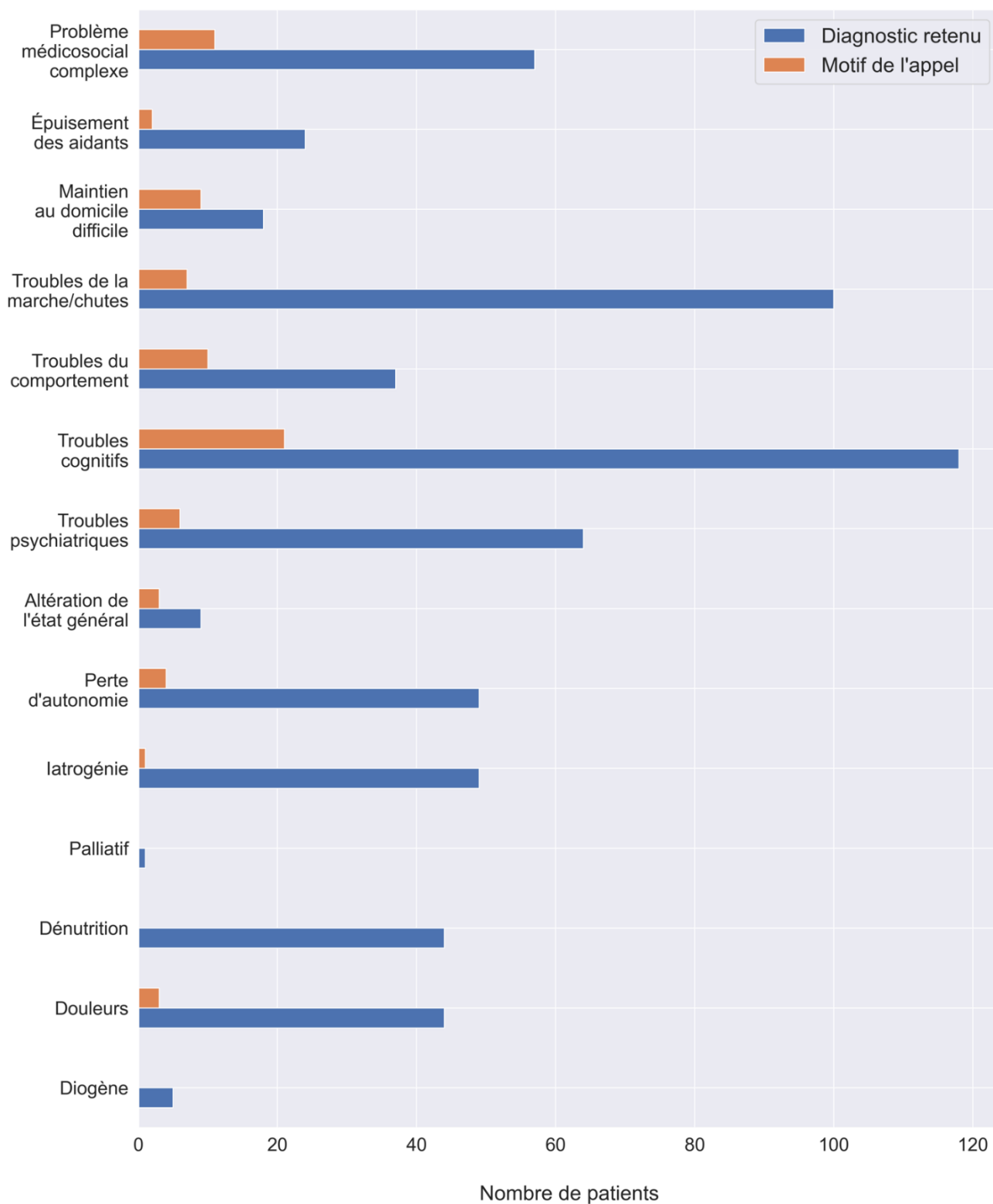


Figure 12 : Motifs d'interventions et diagnostics retenus par l'équipe

Les diagnostics retenus par l'équipe sont plus nombreux que les motifs d'appel:

L'épuisement des aidants est retrouvé chez 24 patients alors qu'elle était une problématique évoquée par seulement 2% des médecins traitants, soit une augmentation de 91,7%.

- + 50% de maintien à domicile difficile,
- + 83% de troubles de la marche,
- + 73% de troubles du comportement,
- + 82,2% de troubles cognitifs
- + 90,7% de troubles psychiatriques,
- + 66,6% d'altération de l'état général,
- + 91,8% de perte d'autonomie,
- + 98% de iatrogénie,
- + 100% de dénutrition,
- + 93,2% de douleur.

3.2.4. Données sur le devenir des patients

Les données sont issues de l'appel téléphonique réalisé par l'IDE de l'Unité auprès du patient ou de sa famille, à un mois de l'évaluation.

Seul un patient n'a pas été contacté à 1 mois. 126 patients (91,3%) vivaient sur leur lieu de vie habituel. Sur les 12 patients restants, 5 étaient en EHPAD, 1 avait déménagé, 2 étaient décédés, 5 étaient hospitalisés.

EVENEMENT A 1 MOIS	NOMBRE DE PATIENTS n (%)
Passage aux urgences	6 (4,35%)
Hospitalisation programmée	4 (2,90%)
Hospitalisation non programmée	6 (4,35%)
Institutionnalisation en EHPAD	5 (3,62%)
Mise en place d'aides à domicile	26 (18,8%)
Mesure de protection juridique	9 (6,52%)
Décès	2 (1,45%)

Tableau 7 : Le devenir des patients à 1 mois

Les 4 hospitalisations programmées ont eu lieu au maximum dans les 3 jours suivants l'EGS, à la demande de l'équipe.

Les causes d'admission aux urgences ont été :

- vomissement (n=1),
- confusion (n=2),
- anxiété (n=1),
- chute (n=1)
- intoxication médicamenteuse volontaire (n=1).

Parmi ces 6 admissions, 1 patient a été institutionnalisé dans le mois suivant l'EGS et 1 patient est décédé à 3 mois.

4. DISCUSSION

4.1. Discussion des principaux résultats

4.1.1. Objectif principal : l'enquête de satisfaction des patients évalués

4.1.1.1. Synthèse de l'étude

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer le degré de satisfaction des patients lors du passage de l'Unité d'évaluation pluriprofessionnelle dans la ville de Bordeaux.

Les membres de l'équipe ont estimé que 111 patients (soit 82,8%) semblaient satisfaits pendant l'évaluation.

77 patients ont ensuite répondu au questionnaire téléphonique soit un taux de participation à 57,5%.

Les patients se sont dit satisfaits sur les 4 critères de recherche : la durée de l'intervention, la relation avec les intervenants, le respect de leur intimité, et les besoins recherchés ($p < 0,005$). 61% d'entre eux recommanderaient le passage de l'équipe à d'autres personnes âgées (21% ne savaient pas répondre à cette question). 12% des patients appréhendaient le passage de l'équipe.

Les résultats témoignent d'une satisfaction des patients interrogés, y compris chez les quelques patients anxieux en amont. En ôtant les patients ne sachant pas répondre à l'une des questions, 55 patients se sont dit pleinement satisfaits (80,3%).

Cependant, les patients satisfaits sont plus enclins à répondre au téléphone. Les patients ayant refusé l'appel étaient possiblement non satisfaits, d'autant que leurs réactions avaient été négatives au cours de l'évaluation selon les membres de l'équipe. Néanmoins, compte-tenu du faible taux de refus (3,7%), nous observons des résultats en faveur d'une grande satisfaction des patients. Si nous ajoutons les 5 patients ayant refusé le questionnaire téléphonique aux patients ayant été insatisfaits, on obtient une satisfaction à 89,7% sur la durée de l'évaluation, 93,9% sur la relation avec les intervenants, 91,2% sur le respect de leur intimité et 88,9% sur les besoins ciblés.

4.1.1.2. Les études de satisfaction existantes chez les personnes âgées (dans le cadre des évaluations gériatriques)

Une enquête sur l'opinion et les attentes des personnes intégrées dans la mise en place de projet PAERPA a été réalisée en Mayenne (22) en 2015. Cette étude a mis en évidence un manque de compréhension de la plupart des personnes interrogées, par manque d'explications. Ces patients interrogés avaient peu d'attentes vis-à-vis des aides possibles et quelques-uns critiquaient la démarche pro-active de la part des professionnels de santé. Dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes davantage intéressés au ressenti des patients à l'issue immédiate de leur évaluation et non pas à l'efficacité de l'évaluation. Et effectivement, sur les 2 dernières questions posées aux patients, concernant la capacité à cibler les besoins et la recommandation à d'autres personnes âgées en difficulté, ils ont été respectivement 13% et 21% à ne pas savoir répondre.

Une deuxième étude, réalisée en 2017 par M. Renoux portait sur le degré de satisfaction des patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins primaires (« *Frailty and Alzheimer's disease prevention into primary care* ») (28). Ce projet avait pour objectif d'évaluer au cabinet du médecin généraliste, les patients de plus de 70 ans vivant à leur domicile et présentant une plainte cognitive ou une impression subjective de fragilité. Cette évaluation était à l'initiative du médecin dans 72% des cas ou des patients dans 28% des cas. Cette étude a été réalisée chez 133 patients. 72% des patients se sont prononcés « complètement » satisfaits par l'évaluation gériatrique. Plus de 90% des patients interrogés ont estimé la durée adéquate et pertinente, sans peur du jugement de l'examineur. 69% des patients ont répondu avoir « complètement » compris l'ensemble des explications et 91% des patients qui ont eu un PPS à l'issue de l'évaluation en ont été plutôt satisfaits. Dans cette étude, 79% des patients considéraient que le lieu idéal pour le recueil d'informations était le cabinet du médecin généraliste et 13% auraient préféré une évaluation à domicile. A noter que seul 4% des patients jugeait que le meilleur endroit pour une évaluation serait l'hôpital et 42% des patients aurait tendance à refuser une évaluation hospitalière. Cette étude, comme la nôtre, montre une bonne satisfaction à l'issue de leur évaluation. Cependant, la méthode d'évaluation n'est pas comparable, puisque l'entretien est réalisé au cabinet du médecin généraliste par une infirmière seule. Concernant le lieu de l'évaluation (cabinet du médecin généraliste/domicile), il dépend du degré de dépendance des personnes évaluées. Nous n'avons pas le pourcentage de patient bénéficiant de visite à domicile par le médecin généraliste pour notre population mais compte-tenu de sa fragilité, une enquête hors domicile serait probablement un frein pour certains patients.

En 2019, P. Dulau réalise une thèse (29) dont l'objectif était de mettre en évidence et de comprendre les avantages et les inconvénients du projet PAERPA pour la pratique des médecins généralistes bordelais. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Aucun des médecins généralistes interrogés ne signalait d'insatisfaction des patients, de gêne, ou de mauvais retour des patients à la suite du passage de l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Dans son travail de thèse en 2019 (30), E. Kariger réalise une étude qualitative auprès des patients âgés fragiles ayant adhéré ou refusé d'adhérer au parcours de soins intégrés dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Les résultats ont montré l'importance de la relation avec les professionnels de santé. Les usagers étaient sensibles à la capacité d'adaptation des professionnels à leurs besoins et au fait d'être arrangeants. Ils ont eu le sentiment d'être écoutés.

Ces travaux sont donc unanimes sur la bonne satisfaction des patients âgés au cours de leurs évaluations.

4.1.1.3. Les difficultés de réalisation d'une enquête de satisfaction de la population âgée

On ne retrouve que peu d'études étudiant le degré de satisfaction des patients âgés et il n'y a pas de consensus concernant l'évaluation de l'expérience-patient (31) (32). Les échelles d'évaluation connues (le HCAHPS aux Etats-Unis, l'Acute Inpatient Questionnaire au Royaume-Uni, le CQI au Pays-Bas, le PEQ en Norvège...) sont pour le milieu hospitalier ou pour des catégories précises de population (33).

Dans l'étude qualitative réalisée en Mayenne (22), les patients ayant des troubles sensoriels ou cognitifs ont été exclus. Sur les 13 patients interrogés, seul 1 patient avait un passage IDE quotidien, 7 avaient un passage pour la préparation du semainier, 2 avaient un aide à la toilette. Bien que les IAVQ ne soient pas clairement définis dans cette étude, la population de cette enquête semble moins fragile que la nôtre.

De la même manière dans la thèse de M. Renoux (28), bien que l'âge moyen des patients se rapproche de notre étude (80 ± 6 ans), ce projet n'a dépisté un problème (social, cognitif, physique, sensoriel, nutritionnel ou psychologique) que chez 30% des patients. La population de cette étude était donc bien différente de la nôtre, pour qui un problème est dépisté dans 100% des cas.

Au Luxembourg, une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de l'Assurance-Dépendance à domicile a été réalisée en 2006 (34). L'enquête a été réalisée au moyen d'hétéro-questionnaires d'une centaine de questions par interview en face à face. Les enquêteurs avaient pour directives de solliciter l'aide/l'appui d'une tierce personne présente dans le ménage au moment du questionnaire, en cas de difficulté à répondre. 55,3% de la population-cible avait moins de 80 ans. Malgré le face à face et le format papier-crayon, seulement 1/3 des bénéficiaires ont répondu eux-mêmes au questionnaire. 1/3 des personnes interrogées ont nécessité une aide (40% pour la population > 80 ans). Pour le dernier tiers, c'est une autre personne qui a répondu à l'enquêteur.

En 2002, Sophie Pasquier réalise un mémoire de Santé Publique sur l'évaluation de la satisfaction des résidents en EHPAD (35). Ce travail reprend la nécessité de mettre le patient au centre de la démarche-qualité et élabore un questionnaire de satisfaction pour les usagers de l'EHPAD « la Résidence de l'Yze ». Cette étude se heurte elle aussi à une population très dépendante avec plus de la moitié des résidents sélectionnés jugée incapable de s'exprimer et n'ayant donc pas répondu à l'hétéro-questionnaire en face à face élaboré.

A ce jour, il n'existe donc pas de questionnaire de satisfaction validé pour les personnes ayant des troubles cognitifs et ceux retrouvés sont, dans la grande majorité des auto-questionnaires, non adaptés pour la population étudiée.

Nous avons donc dû créer notre propre questionnaire en soulignant les points pouvant être problématiques : la durée, le sentiment d'intrusion au domicile, l'objectif de cette évaluation. Ce questionnaire a été réalisé afin de permettre au plus grand nombre de patients de pouvoir répondre : questions courtes, une idée par question, entretien téléphonique bref. Afin de réaliser ce questionnaire, nous avons fait appel initialement à Mme Karine Pérès-Bouchet, chargée de recherche Inserm au centre de recherche Bordeaux Population Health U1219. Nous avons ensuite demandé aux différents membres de l'équipe leur avis sur la faisabilité du questionnaire puis adapté les questions. Nous avons également réalisé 5 interrogatoires « test » avant le début de l'étude et reformulé les questions.

Pour autant, 57 patients n'ont pas répondu au questionnaire téléphonique du fait de difficultés cognitives, sensorielles ou matérielles. Dans la plupart des cas, c'est l'équipe qui a jugé que l'état clinique du patient ne lui permettait pas de répondre aux questions. En ôtant les contraintes matérielles (c'est-à-dire l'absence de téléphone) pouvant être palliées par une autre méthode de questionnaire, il reste 41 patients (30,6% des patients) dans l'incapacité de répondre au questionnaire de satisfaction.

A noter également une spécificité de la satisfaction de la personne âgée en perte d'autonomie. Comme confirmé par la littérature, le sujet âgé est globalement plus satisfait que le sujet plus jeune (36), et les patientes sont plus satisfaites que leurs homologues masculins (37). Une étude a montré que les personnes âgées avec une morbidité élevée avaient une satisfaction moindre que ceux avec une morbidité modérée (38). Le biais de désirabilité sociale, plus fréquent chez le sujet âgé est également à prendre en compte (39).

4.1.1.4. *Le ressenti de l'équipe évalué par auto-questionnaire*

Etant donné la difficulté de réaliser un questionnaire fiable chez les patients ayant des troubles cognitifs, il nous a paru nécessaire de renforcer nos résultats via le ressenti des intervenants.

Afin de permettre une évaluation extérieure de la satisfaction des patients, nous avons repris les items d'une étude japonaise de 2016 qui établit une échelle de satisfaction pour les patients déments (40). Cette échelle comporte 5 items différents de réactions positives et 5 items de réactions négatives. Dans cette étude japonaise, cette échelle était réalisée pour les patients dont le MMS était supérieur à 10/30. Une traduction a dû être réalisée et nous l'avons simplifiée à 8 items au total, certaines nuances n'étant pas explicites en français. Dans notre étude, et afin de limiter la subjectivité des évaluateurs, une explication plus détaillée des degrés de satisfaction était jointe au questionnaire (*Annexe 4*). Il a été parfois difficile pour l'équipe de noter le degré de satisfaction des patients selon leur comportement (rappelons que les troubles cognitifs constituent en nombre le 1^{er} diagnostic réalisé par l'équipe pluriprofessionnelle et les troubles psychiatriques le 3^{ème} motif).

Il existe actuellement des entreprises de marketing utilisant la reconnaissance faciale afin d'évaluer la satisfaction de leurs clients (41) (42). La reconnaissance faciale permettrait de détecter les émotions des utilisateurs d'un produit, selon les micro-mouvements de leur visage et ainsi interpréter leur niveau de satisfaction en suivant un algorithme. Cette technologie nouvelle, n'est actuellement pas utilisée dans le domaine scientifique.

4.1.2. Objectifs secondaires

4.1.2.1. *Facteurs pouvant influencer l'appréhension des patients avant la visite*

Dans le cadre de cette enquête de satisfaction, il nous a paru intéressant de nous assurer que la visite au domicile prévue ne perturbait pas outre mesure les patients en amont. Nous avons voulu séparer la partie « appréhension » de la satisfaction globale des patients. En effet, cette question concernait leur vision de l'équipe avant le premier contact et nous avons supposé que les patients « anxieux » ne l'étaient pas pour les mêmes raisons que les patients « insatisfaits » par l'évaluation gériatrique.

L'appréhension est un facteur à prendre en compte pour le bien être des patients. Il n'est pas dans l'objectif des soignants d'inquiéter leur patient mais au contraire de les rassurer sur le déroulé des événements, des examens complémentaires... Dans le cadre de l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la ville de Bordeaux, le premier contact avec le patient est réalisé par l'IDE afin de créer un lien et rassurer le patient. En effet, le premier contact est essentiel dans la prise en charge, afin d'instaurer une relation de confiance entre les intervenants, le patient et son entourage et de permettre une bonne adhésion aux propositions émises à la suite de l'EGS.

Dans notre enquête, 9 patients appréhendaient le passage de l'équipe. Ce faible nombre ne nous a pas permis de montrer de facteurs significatifs permettant d'influencer cette appréhension.

A noter que 97 patients n'ont pas répondu au téléphone, puisque la famille répondait pour eux et prenait date du rendez-vous à leur place. L'intermédiaire de la famille est un moyen efficace de rassurer le patient, de même que leur présence au cours de l'entretien. C'est pour cela que le délai d'intervention de l'équipe varie de 0 à 36 jours, l'équipe privilégiant la présence de la famille au cours des entretiens.

4.1.2.2. *Facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients à l'issue de la visite*

Compte-tenu du faible nombre d'insatisfaits, nous n'avions pas assez de sujets nécessaires pour une analyse statistique. Toutefois, les patients ayant un bon statut cognitif (MMS > 24) étaient tous pleinement satisfaits. Parmi les patients insatisfaits, on retrouvait les patients les plus dépendants sur les IAVQ, d'autant plus qu'ils étaient jeunes.

L'état de santé influence la satisfaction. Les personnes en mauvais état de santé auraient une vue négative de la vie, y compris de la qualité des soins et aides dont ils bénéficient (43). Notre étude renforce cette idée.

4.1.2.3. *Corrélation entre le ressenti de l'équipe et la satisfaction exprimée par le patient*

Au cours de l'évaluation, 82,8% des patients ont eu une réaction positive selon les membres de l'équipe. Un seul patient ayant eu une réaction négative au cours de l'entretien a répondu au questionnaire téléphonique ce qui ne permet pas d'établir une corrélation entre l'attitude des patients au cours de l'évaluation et leur satisfaction par la suite. L'objectif de l'évaluation de la satisfaction des patients par les soignants était principalement d'appuyer les résultats du questionnaire téléphonique. Elle a permis de confirmer la satisfaction des patients avec 82,8% de réactions positives.

4.1.2.4. *Résultats de l'étude descriptive*

- *Caractéristiques démographiques de la population*

Les patients pris en charge par l'Unité ont en moyenne 84 ans. 5,8% des patients ont moins de 75 ans, soit une part très minoritaire, qui ne devrait normalement pas être incluse dans le cadre du projet PAERPA. La différence entre l'âge civil et l'âge physiologique est une notion importante (44). C'est en effet l'âge physiologique qui prédit le déclin cognitif, social et moteur. Il est donc raisonnable de ne pas refuser la prise en charge des patients dont l'âge civil est inférieur à 75 ans si leur âge physiologique y est supérieur. A noter qu'en 2016, 5,4% des personnes pris en charge par l'Unité d'évaluation pluriprofessionnelle avait moins de 75 ans (27). Un chiffre qui reste donc stable.

Selon les rapports de l'INSEE (45) : au 1^{er} janvier 2019, la population française âgée de 84 ans comptait 132 408 hommes (38%) et 212 452 femmes (62%). Cet écart se creuse avec l'âge avec 30% d'hommes et 70% de femmes nés en 1928 (90 ans). A Bordeaux en 2017, les femmes représentaient 67% des personnes de plus de 75 ans (46). Ces chiffres sont cohérents avec notre étude qui compte une majorité de femmes (69,1%).

Dans notre population : 61,2% des personnes vivent seuls et 81,3% ont au moins une aide. Toujours selon les rapports de l'INSEE, 58,9% de la population bordelaise de plus de 80 ans vivait seule en 2017.

Notre population est donc représentative de la population Bordelaise.

93,5% des patients évalués par l'Unité avaient un médecin traitant déclaré. En 2016, ce chiffre était de 89,2% (27). Depuis 4 ans, les médecins traitants font de plus en plus appel à l'équipe, ce qui est lié à une meilleure connaissance de celle-ci et de ses missions. Selon le service

statistique de l'assurance maladie, 9,9% de la population française tout âge confondu n'aurait pas de médecin traitant (47). L'absence de médecin traitant traduit une rupture, un refus de soins. Les patients sont alors adressés à l'Unité par des organismes sociaux via la Plateforme Autonomie Senior.

Dans une étude descriptive réalisée aux urgences de Pellegrin (Bordeaux) en 2015, 83,58% des patients arrivant aux urgences avaient un médecin traitant déclaré, soit un pourcentage plus faible que la population générale (48). Dans l'objectif de limiter le passage aux urgences et de maintenir les personnes âgées à domicile dans de bonnes conditions, la présence d'un médecin de référence, disponible, nous paraît donc primordial.

- Statut fonctionnel

On constate une relative autonomie pour les AVQ (moyenne à 4,69/6) mais une dépendance pour les IAVQ (moyenne à 1,91/8). Ces résultats sont superposables à ceux de J. Brasseur en 2016 (27). L'objectif du PAERPA est de préserver l'autonomie des sujets âgés. Lorsque l'autonomie est déjà altérée, l'EGS peut permettre d'améliorer la qualité de vie et l'environnement (7).

15,8% des patients ont des troubles cognitifs sévères ou modérément sévères selon le MMS. 20 patients n'ont pas passé le test, les troubles cognitifs étant souvent trop évolués ou l'état général trop altéré le jour de l'évaluation. Le pourcentage de troubles cognitifs est donc sous-évalué et pourrait atteindre 30,2% en incluant ces patients.

La prévalence de la MAAD (maladie d'Alzheimer et autres démences) diffère selon les études. Elle est estimée à 3,02% après 70 ans selon les données Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) et 4,17% dans la cohorte PAQUID (49). C'est après 70 ans que la prévalence de la MAAD augmente. Entre 80 et 89 ans, elle atteint 12,35% dans le Sniiram et 19,67 dans la cohorte PAQUID. Entre 90 et 99 ans, elle atteint 25,17% dans le Sniiram et 39,83% dans la cohorte PAQUID.

La population évaluée par l'équipe présente donc plus de troubles cognitifs que la population générale. Nous pouvons expliquer cette différence car les EGS sont demandés en cas de situation problématique, avec une population plus fragile que la population générale. Par ailleurs, les évaluations sont réalisées par une équipe formée au dépistage des troubles cognitifs, permettant un dépistage plus global : MMS, 5 mots de Dubois, test de l'horloge.

Sur les 58 patients ayant bénéficié d'une GDS, 72,4% ont eu un score ≥ 5 et 10,3% un score ≥ 11 . La majorité des patients sont donc à risque de dépression, nécessitant une évaluation psychiatrique plus avancée. A noter que la GDS n'est réalisé qu'en cas de MMS $> 14/30$. Dans la littérature, la prévalence de la dépression est estimée entre 8 et 16% après 65 ans, et entre 12 et 15% après 85 ans (50).

Une étude des troubles psychogériatriques du sujet âgé évalué par l'Unité d'évaluation pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux a été réalisée par J. Herrau en 2020 (51). La prévalence des troubles psychiatriques est évaluée dans cette étude à 60%. Dans les méta-analyses, la prévalence est plutôt estimée entre 20 et 29%. Cette différence montre encore une fois une population plus fragile que la population générale. A noter que 90% des patients atteints de démence connaîtront au moins un symptôme psychologique et comportemental de la démence, cliniquement significatif au cours de leur maladie. La présence de ces symptômes est associée à une majoration du déclin cognitif et de la perte d'autonomie (52).

91,4% des patients présentaient un risque de chute, seuls 32,4% avaient des séances de kinésithérapie. La recherche du risque de chute est un élément clé de l'EGS. On estime que 25 à 40% des personnes de plus de 65 ans chutent chaque année. Cette incidence augmente avec l'âge et atteint près de 50% chez les personnes de plus de 80 ans (53). Les chutes sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité importantes, et sont associées à un risque accru de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation en long séjour. Les chutes représentent

environ 10% des motifs de recours aux urgences des personnes âgées (54). Le dépistage du risque de chute et la mise en œuvre de mesures de prévention sont encore trop peu réalisées.

77,7% des patients étaient à risque de malnutrition ou malnutri. Selon la littérature, la dénutrition toucherait 4 à 10% des personnes âgées à domicile en France (55) et 30 à 50% des personnes âgées en institution (56). La dénutrition est souvent sous diagnostiquée. Il s'agit d'un problème plurifactoriel qui, outre le vieillissement physiologique, doit prendre en compte l'environnement de la personne âgée.

La iatrogénie peut être liée à une seule molécule ou à une interaction médicamenteuse. Une polymédication à risque (≥ 5 médicaments) a été retenue pour 63,5% des patients dans notre étude. Ils ont en moyenne 6,2 médicaments. En France, selon les données de l'assurance maladie, 30 à 40% des personnes âgées de plus de 75 ans prendrait plus de 10 médicaments. La prévalence estimée de la polymédication des patients de plus de 75 ans varie de 14 à 49 %, en fonction des indicateurs (57). L'incidence des accidents iatrogéniques survenant chez le sujet âgé au domicile est estimé à 50/1000 personnes par année, dont $\frac{1}{4}$ évitable (58). Une précédente thèse sur l'Unité d'évaluation pluriprofessionnelle de Bordeaux a montré que le taux de suivi des propositions d'optimisation thérapeutique faites par le binôme gériatre/pharmacien de l'équipe, à l'encontre des médecins généralistes, était important (63,2%) (59). Parmi les raisons de non suivi des préconisations par les médecins, la prescription par un spécialiste ou l'oubli de modification étaient les raisons principales. L'opposition du patient aux modifications concernait essentiellement les médicaments du système nerveux. A noter qu'en 2016, pour la population évaluée par l'Unité, le nombre moyen de médicament était de 5,8 (27), soit une légère hausse malgré les recommandations de la HAS (60).

- Intervention de l'unité

Le délai d'intervention moyen était de 9,8 jours (47,5% des interventions ont lieu dans les 7 jours suivant la demande, 20,1% dans les 14 jours). En 2016, le délai était de 4 jours. Ce délai est souvent allongé afin que la famille puisse être présente. La présence d'un aidant permet en effet une évaluation plus sereine pour le patient et une meilleure adhésion aux préconisations.

79,6% des évaluations ont eu lieu dans la ville de Bordeaux. Initialement le PAERPA était limité à la ville Bordeaux, mais le projet est désormais d'étendre les évaluations à d'autres communes de la métropole Bordelaise.

Les problématiques retenues par le gériatre sont multiples et dépassent les motifs d'intervention initiaux qui sont le plus souvent les troubles cognitifs, les troubles du comportement ou un maintien à domicile difficile.

Les autres motifs de recours sont cités dans moins de 10% des cas par les médecins demandeurs. La problématique de dénutrition, de iatrogénie, de trouble de la marche ou d'épuisement des aidants est sous-évaluée par les demandeurs de l'évaluation. Plusieurs hypothèses peuvent être émises.

D'une part, les médecins généralistes font appel à l'Unité pour les problématiques les mettant en difficulté. La dénutrition, la iatrogénie, les troubles de la marche ou l'épuisement des aidants sont des problématiques plus insidieuses que les troubles cognitifs ou les troubles du comportement qui peuvent parfois rendre le maintien au domicile très compliqué.

D'autre part, on note que 74 demandes étaient une EGS globale (sans motif cité pour 50 d'entre elles).

Troisièmement, le diagnostic de dénutrition ou de trouble de la marche par exemple, demande souvent la réalisation de tests (chronophage), tandis que les diagnostics de troubles cognitifs ou de troubles du comportement sont souvent posés avant même la réalisation de test validé, uniquement par l'appréciation du médecin ou de la famille.

Enfin, les demandes peuvent également être formulées par la Plateforme Autonomie Senior, qui ne réalise pas de diagnostic.

La réalisation d'une EGS globale permet donc de dépister de nombreux problèmes, parfois soupçonnés mais non diagnostiqués par manque de temps ou de formation, par les médecins et donc non pris en charge. Ainsi, on accomplit l'objectif principal de l'Unité d'Evaluation Gériatrique : améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants avant que la situation ne soit irréversible.

- Le devenir des patients

91,3% des patients vivaient toujours sur leur lieu de vie habituel à 1 mois de l'intervention. 4 patients (3,62%) ont été institutionnalisés en EHPAD. Cette décision fut collégiale avec le patient, le médecin traitant et son entourage s'il y en a. Les démarches sont alors effectuées par l'Unité d'évaluation gériatrique. Une mise en place d'aides avait eu lieu chez 18,8% des patients.

10 patients ont été hospitalisés (7,25%) : 4 de façon programmée, à la demande de l'équipe et 6 (4,35%) de façon non programmée, via les urgences. Malgré le plan urgence, certains passages ne peuvent être évités.

Le rappel à un mois est possiblement trop précoce pour évaluer l'efficacité globale de l'évaluation. Cependant, le passage de l'Unité d'évaluation gériatrique a permis la mise en place d'aides et une alternative aux urgences en privilégiant la filière de soins gériatriques.

4.2. Critiques de l'étude : forces et faiblesses

4.2.1. Les forces

Nous n'avons aucun critère d'exclusion. Nous avons donc évalué des patients ayant des troubles cognitifs et des troubles du comportement, parfois sévères, ce qui est inédit pour une enquête de satisfaction. Un total de 77 patients a donc répondu au questionnaire. Nous avons donc le nombre de sujets nécessaires pour les conditions de validité statistiques susmentionnées.

Nous avons effectué le questionnaire téléphonique à la suite immédiate de la visite, permettant de limiter les biais cognitifs, particulièrement importants chez les patients évalués (seuls 22,10% des patients ne présentaient pas de troubles cognitifs avec un MMS \geq 27). L'IDE prévenait la tierce personne par téléphone que l'entretien était terminé afin que le questionnaire soit réalisé le plus rapidement possible et améliorer les taux de réponses. Pour quelques cas, le patient a été appelé alors que l'équipe était encore sur les lieux pour s'assurer qu'il décroche ou pour l'aider à décrocher le téléphone.

Par ailleurs, le questionnaire téléphonique était réalisé par une personne inconnue, extérieure à l'équipe, en soulignant la confidentialité des données, afin de permettre aux patients d'être spontanés et sincères.

La stabilité des évaluateurs (1 IDE, 1 assistante sociale et 2 gériatres) a permis de limiter la subjectivité de la première partie de l'enquête.

4.2.2. Les faiblesses

La grande limite de cette étude est le manque de puissance avec 77 patients ayant répondu au questionnaire (57,5% des patients). Ce chiffre s'explique par la difficulté d'interroger la population âgée comme nous le prouve le peu d'études existantes sur la satisfaction de la population avec des troubles cognitifs.

Par ailleurs, le questionnaire téléphonique sélectionne les patients les plus satisfaits et en meilleure santé (hypoacousie problématique pour les communications téléphoniques par exemple).

La première partie de l'enquête de satisfaction, effectuée au cours de l'évaluation par les membres de l'équipe avait pour objectif de compenser ce biais de non-réponse.

4.3. Perspectives

L'équipe tenait à connaître la satisfaction des patients afin de pouvoir adapter leur fonctionnement si besoin. Cette étude montre la bonne adhésion des patients, avec un fonctionnement actuel en binôme, voire trinôme et une durée d'évaluation adaptée.

Il s'agit d'une étude monocentrique. L'équipe comportant peu de membres, nous ne pouvons pas étendre cette conclusion aux autres régions, ce paramètre étant dépendant des soignants. Toutefois, il semble raisonnable de dire que la présence de 3 personnes inconnues au domicile n'est pas toujours un frein et d'encourager le développement des EGS sur leur lieu de vie. En effet, les EGS ont montré leur efficacité dans le dépistage des fragilités. Savoir désormais que la réalisation d'une EGS n'est que très rarement une contrainte pour les personnes âgées, lorsqu'elle est réalisée dans de bonnes conditions, pourrait augmenter le nombre de dépistage et donc diminuer la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chute, institutionnalisation en urgence, mortalité). Les thèses de J. Brasseur (27) et P. Dulau (29) avaient montré la satisfaction des médecins généralistes à l'égard de ce projet. Nous montrons maintenant qu'il ne s'agit pas non plus d'une contrainte pour les personnes âgées.

L'équipe de Bordeaux a demandé une extension à l'ensemble de la métropole bordelaise et depuis début 2021, a obtenu un financement de l'ARS pour étendre le projet à la rive droite de la métropole.

L'objectif reste le même : limiter le nombre de passage aux urgences et permettre un accès direct à la filière gériatrique.

5. CONCLUSION

La dépendance des personnes âgées est un problème de santé publique et le dépistage de la fragilité doit être une priorité dans le système de soins. Le projet PAERPA a pour objectif de mettre en œuvre un parcours fluide et identifié pour les personnes de plus de 75 ans.

L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité est un des piliers pour faciliter ce parcours et faciliter le maintien à domicile dans les meilleures conditions.

Pour ce travail, nous avons créé un questionnaire inédit afin d'évaluer la satisfaction des personnes âgées.

En complément des études de satisfaction réalisées auprès des médecins traitants, ce travail confirme également la satisfaction des patients à la suite de leur évaluation.

Il est alors justifié de promouvoir le travail réalisé et de continuer à le faire connaître auprès des médecins généralistes bordelais.

Bibliographie

1. Aguilova L, Sauzéon H, Balland É, Conzel C, N'Kaoua B. Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Rev Neurol (Paris). mars 2014;170(3):216-21.
2. Michel M. La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre [Internet]. Insee Focus n°115 ; juin 2018 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3554333>
3. Larbi K. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 [Internet]. Insee Première n°1767 ; juillet 2019 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
4. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Note méthodologique et de synthèse documentaire ; mars 2015 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
5. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. J Am Med Dir Assoc. juin 2013;14(6):392-7.
6. 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.
7. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? Points clés et solutions [Internet]. juin 2013 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
8. Drees. Personnes âgées dépendantes: les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 [Internet]. Etudes et Résultats n°1032; octobre 2017 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1032.pdf>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Dossier de presse ; sept 2019 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
10. Ministère des solidarités et de la santé. Expérimentation Paerpa 2013-2019, Bilan et perspectives du parcours des aînés [Internet]. Dossier de presse ; juillet 2020 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_10_juillet_2020.pdf
11. Ministère des solidarités et de la Santé. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, bilan intermédiaire 2017 [internet]. mars 2018 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:24ff11d8-b443-4956-9fee-b35aa501aed1>
12. De La Touanne V. Paerpa: les clés de la prolongation de l'expérimentation [Internet]. janvier 2019 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/paerpa-les-cles-de-la-prolongation-de-l-experimentation>

13. Légifrance. Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à la prolongation de l'expérimentation visant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. déc 2018, n°28 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/12/20/SSAS1835192A/jo/texte>
14. ARS Nouvelle Aquitaine. Unité d'évaluation pluriprofessionnelle de gériatrie dans la cité, fiche pratique [Internet]. janvier 2017 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_unite_eval_geriatrie.pdf
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
16. 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*. 1975 Nov;12(3):189-98.
17. HAS. Initiative des HIGH 5s. Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. Septembre 2015 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
18. Lang P.O., Dramé M. Guignard B, Mahmoudi R, Payot Latour J et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *Neurol Psychiatr Gériatr*. dec 2015;15: 323-36.
19. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592 601.
20. HAS. Indicateurs de Pratique Clinique (IPC PMSA) [Internet]. oct 2012 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1250626/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc-pmsa
21. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm*. 1993; 50: 305-14..
22. Martin F. Enquête sur l'opinion et les attentes des personnes âgées intégrées dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne. Thèse de doctorat d'Université, médecine humaine et pathologie. Angers. Université d'Angers ; 2015.
23. Balard F, Somme D. Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. *Nouvelles pratiques sociales*. 2011; 24(1):85-100.
24. CLIC Métropole Nord-Ouest. Le refus d'aide des personnes âgées à domicile : comment y faire face ? *Journal du domicile*. nov 2016.
25. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. janv 2016 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte>

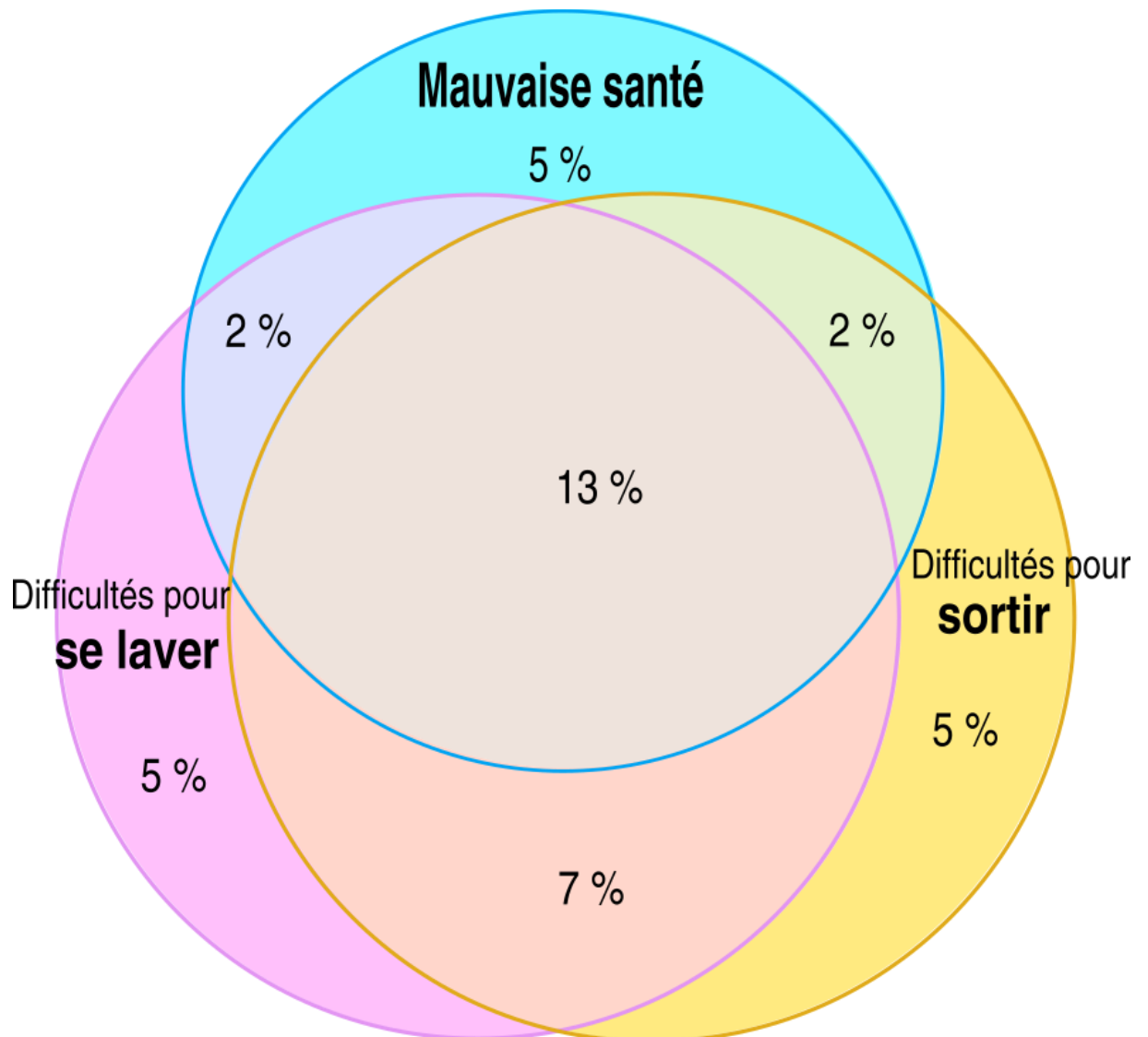
26. Conférence nationale de santé (CNS). Charte du parcours de santé [Internet]. juill 2016 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.avh.asso.fr/sites/default/files/charte_parcours_sante_def_web.pdf
27. Brasseur J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux : enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée. Thèse de doctorat d'Université, médecine humaine et pathologie. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2017.
28. Renoux M. Evaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers. Thèse de doctorat d'Université, médecine humaine et pathologie. Toulouse. Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2017.
29. Dulau P. Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux: étude qualitative auprès de médecins généralistes. Thèse de doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2019.
30. Kariger E. Évaluation de l'expérience patient chez le sujet âgé fragile: Une étude qualitative sur l'expérimentation PAERPA. Thèse de doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie. Lille. Université de Lille 2 ; 2019.
31. LaVela SL, Gallan AS. Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1(1):10.
32. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*. janv 2012;21(1):39-46.
33. HAS. Mesure de l'expérience du patient, analyse des initiatives internationales [Internet]. avril 2011 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011
34. Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'assurance dépendance: les personnes dépendantes vivant à domicile: évaluation de leur satisfaction [Internet]. Septembre 2007 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://igss.gouvernement.lu/fr/publications/Divers/dependance-enquete2007.html>
35. Pasquier S. Evaluation de la satisfaction des résidents en EHPAD: pour une meilleure prise en compte de leurs attentes. Mémoire de l'école nationale de la Santé Publique, Rennes, 2002.
36. Neill G, Tremblay D, Institut de la statistique du Québec. Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale analyse des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec [Internet]. déc 2007 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/profil-consultation-satisfaction-globale-opinion-generale-analyse-donnees-regionales-enquete-satisfaction-usagers-egard-services-sante-services-sociaux-quebec-2006-2007.pdf>
37. Chumblor NR, Otani K, Desai SP, Herrmann PA, Kurz RS. Hospitalized Older Adults' Patient Satisfaction: Inpatient Care Experiences. *SAGE Open*. avr 2016;6(2):1-7.
38. Shadmi E, Boyd CM, Hsiao CJ, Sylvia M, Schuster AB, Boulton C. Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care. *J Am Geriatr Soc*. fév 2006;54(2):330-4.

39. Rocheleau L. Le point en santé et services sociaux [Internet]. 2013 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.lepointensante.com/chroniques/sondage-de-satisfaction-mode-demploi/>
40. Maeda Y, Kaneda E, Fujii M, Sasaki H. Emotional satisfaction index for dementia patients. *Geriatr Gerontol Int.* avril 2016;16(4):530-2.
41. Quentin Jonas. La reconnaissance faciale doit servir la satisfaction client. [Internet], nov 2020 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.labecedaire.fr/2020/11/18/la-reconnaissance-faciale-doit-servir-la-satisfaction-client/>
42. Schwab PN. Reconnaissance faciale : un outil de mesure de la satisfaction client ? [Internet]. mai 2019 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.intotheminds.com/blog/reconnaissance-faciale-outil-de-mesure-de-satisfaction-client/>
43. Lairy G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, revue de la littérature médicale. ANAES; 1996.
44. Rennes J. Âge biologique versus âge social : une distinction problématique. *Genèses.* avril 2019; 117: 109-128.
45. Insee. Bilan démographique 2019 [Internet]. janv 2020 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618>
46. Insee. Dossier complet: commune de Bordeaux (33063) [Internet]. fev 2021 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-33063#chiffre-cle-1>
47. Data.gouv.fr. Open DAMIR : base complète sur les dépenses d'assurance maladie inter régimes [Internet]. avril 2020 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-damir-base-complete-sur-les-depenses-dassurance-maladie-inter-regimes/>
48. Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins ? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen. Thèse de doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2016.
49. Carcaillon-Bentata L, Quintin C, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Moisan F, Ha C, et al. Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(28-29): 459-67.
50. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement.* sept 2004;2:7-12.
51. Herrou J. Troubles psychogériatrique du sujet âgé en ambulatoire: étude descriptive des patients suivi par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité. Thèse de doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2021.
52. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol.* mai 2012;3:73.

53. Collerton J, Kingston A, Bond J, et al. The personal and health service impact of falls in 85 year olds : Cross-sectional findings from the Newcastle 85+ cohort study. PLoS ONE. 2012;7(3).
54. King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. oct 1995;43(10):1146-54.
55. Patry C, Raynaud-Simon A. La dénutrition : quelles stratégies de prévention ? Gériatologie Société. oct 2010;134(3):157-70.
56. Becquart, P. L'aide à la personne, auxiliaire d'une médecine humaniste. Contact Santé. fév 2005;201:8-14.
57. Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. Questions d'économie et de la santé. oct 2015;213:1-8.
58. 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. mars 2003;289(9):1107-16.
59. Lajus J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la ville de Bordeaux: Suivi des propositions d'optimisation thérapeutique par les médecins généralistes. Thèse de doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie. Bordeaux. Université de Bordeaux ; 2018.
60. HAS. Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans et polypathologique) [Internet]. 2006 [consulté le 28/03/2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf

Annexes

Annexe 1 : Personnes âgées éprouvant des difficultés ou se sentant en mauvaise santé : 39 % des 75 ans ou plus à domicile



Source : Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014

Annexe 2 : Coordination du parcours PAERPA



Annexe 3 : les différents services proposés par la CTA

<p>Information et orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollicitations de la CTA émanant des PA/familles ou des professionnels <ul style="list-style-type: none"> - Numéro unique - Plateforme internet - Mail - Courriers ou fax - Physique • Information/orientation des PA • Information/orientation des PS • Information et orientation des appels venant du sanitaire 	<p>Analyse de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérages • Enquête d'environnement / étayage / investigation • Analyse multidimensionnelle et d'orientation • Visites au domicile • Discussion en staff
<p>Appui aux CCP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi administratif des PPS <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des PPS initiés - Suivi des PPS validés - Suivi des PPS renouvelés • Aiguillage/appui à la coordination des professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> - Constitution de la CCP, dont référent social - Organisation de temps de coordination - Utilisation des outils • Appui à la gestion du PPS <ul style="list-style-type: none"> - Gestion administrative du PPS - Difficultés de liquidation - Appui à l'élaboration du PPS - Appui à la mise en œuvre du PPS • Gestion administrative 	<p>Activation d'expertises et prestations sanitaires, sociales et médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui des établissements de santé <ul style="list-style-type: none"> - Repérages dans les établissements de santé - Appui sur la sortie d'hospitalisation - Lien ville hôpital - Appui sur organisation d'évaluations gérontologiques • Activation des aides sociales <ul style="list-style-type: none"> - Activation d'un dossier APA en urgence - Evaluation GIR 5 et 6 (CNAV, CARSAT, MSA, RSI, SNCF, CCAS...) • Appui à l'adaptation du logement <ul style="list-style-type: none"> - Education thérapeutique chutes - Intervention d'ergothérapeutes libéraux • Appui à l'entrée en hébergement adapté <ul style="list-style-type: none"> - Entrée en EHPAD - Hébergement temporaire, chambres-relais • Activation des expertises <ul style="list-style-type: none"> - Expertise gériatrique - Expertise en soins palliatifs - Expertise psychiatrique (dont équipe mobile de psycho gériatrie)
<p>Observance des événements de rupture des parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance <ul style="list-style-type: none"> - Animation / contribution aux politiques publiques - Animation des instances PAERPA / CTA • Management, qualité et évaluation <ul style="list-style-type: none"> - Extraction de données PPS, activité CTA... - Analyse de pratiques, Comité opérationnel, Revues de Morbi-Mortalité... - Actions correctrices sur le territoire 	<p>Autres missions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventions de la CTA au titre du Système d'information <ul style="list-style-type: none"> - Instances SI - Guides et didacticiels • Rencontres avec partenaires pour la promotion <ul style="list-style-type: none"> - Rencontres avec des médecins, IDE, pharmaciens, MK... - Rencontres avec les SAD, SSIAD, CCAS, MDS, HAD, Accueil de jour, EMA, mandataires judiciaires... • Acculturation du territoire à la démarche parcours <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation / Formation des acteurs <ul style="list-style-type: none"> ✓ Initiale (fac, IFSI, STAPS...) ✓ Continue (ANDPC...) ✓ Locale (SSIAD, SAAD, auxiliaires de vie...) ✓ Définition d'un nouveau métier - Identification d'une stratégie de communication <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au niveau local / régional - Relations avec les acteurs de la formation - Mise en place d'outils communs et numériques (MSS...) - Identification des leviers organisationnels - Implication des usagers

Source : ANAP 2017

Annexe 4 : questionnaire de satisfaction

Enquête de satisfaction auprès des patients pris en charge par l'Unité d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire dans la Cité

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**

DATE DE L'EVALUATION :

A recueillir pendant l'évaluation :

Réaction lors du 1er contact téléphonique	Positive	Négative	Non évaluable
Réaction lors de l'arrivée au domicile	Pas de difficulté à entrer	Difficulté pour entrer/ N'a pas voulu ouvrir	Non évaluable
Pendant l'évaluation : Evaluation globale de la satisfaction du patient selon les intervenants (plutôt sur la 2ème moitié de l'évaluation)	<u>Réactions positives :</u> - Profondément impressionné - Ravi, content - Intéressé - Répondant	<u>Réactions négatives :</u> - Apathique, peu investi - Opposant - En colère - Mise en échec volontaire	Non évaluable

- **Profondément impressionné** : marque clairement sa satisfaction, de façon inhabituelle, remercie à de nombreuses reprises les membres de l'équipe pour leur travail
- **Ravi** : content, souriant, très satisfait, peut proposer de rester plus longtemps par exemple
- **Intéressé** : souriant, réponds aux questions sans soucis, participe vivement à l'évaluation
- **Répondant** : présent, participe à l'évaluation, réponds aux questions sans montrer d'impatience
- **Apathique** : peu investi, peu intéressé mais réponds aux questions
- **Opposant** : montre sa lassitude face à l'évaluation, montre son impatience, ne répond parfois pas
- **En colère** : s'énerve au cours de l'évaluation, souhaite arrêter l'évaluation
- **Mise en échec volontaire** : finalisation de l'évaluation impossible sur volonté du patient

Questionnaire téléphonique :

- Se présenter comme Enquêteur neutre
- Explications : Enquête de satisfaction réalisée dans le but d'améliorer la pratique
- « Vous pouvez répondre librement »

1/ Appréhendez-vous le passage de l'équipe ?	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt oui	Beaucoup	Ne sait pas/ Ne peut pas répondre
2/ Selon vous, la durée de l'évaluation était-elle :	Trop courte	Adaptée	Trop longue		Ne sait pas
3/ Concernant la relation avec les intervenantes (amabilité, écoute) êtes-vous :	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sait pas
4/ Concernant le respect de votre intimité, êtes-vous :	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sait pas
5/ L'équipe a-t-elle, selon vous réussi à cibler vos besoin ?	Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sait pas
6/ Recommanderiez-vous leur évaluation à d'autres personnes âgées en difficulté ?	Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sait pas
Si non, pourquoi ?					

Si questionnaire impossible, indiquer pourquoi :

- Refus
- N'a pas répondu au téléphone
- Trouble de l'audition
- Incompréhension liée à des troubles cognitifs
- Autre :

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Enquête de satisfaction auprès des patients pris en charge par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de la ville de Bordeaux

Introduction :

L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la ville de Bordeaux a été développée dans le cadre du projet national Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Elle propose des évaluations gériatriques standardisées (EGS) à domicile dans le but d'identifier des problématiques et d'émettre des propositions afin de préserver l'autonomie des personnes âgées. L'objectif de ce travail est d'évaluer le degré de satisfaction des patients à l'issue de leur évaluation.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une enquête de satisfaction, observationnelle, descriptive, réalisée auprès des patients ayant bénéficié d'une EGS par l'Unité de Bordeaux entre décembre 2018 et juin 2019. Le recueil de données a été réalisé par auto-questionnaire de l'équipe d'une part et par hétéro-questionnaire téléphonique du patient d'autre part.

Résultats :

134 patients ont été inclus. Les membres de l'équipe ont estimé que 111 patients (82,8%) semblaient satisfaits au cours de leur évaluation. 77 patients ont répondu au questionnaire téléphonique. 80,3% se sont dit pleinement satisfaits, 88% n'appréhendaient pas le passage de l'équipe, 96% ont jugé la durée de l'évaluation adéquate, 100% ont été satisfaits de la relation avec les intervenants, 97% ont estimé que l'unité avait suffisamment respecté leur intimité, 96% se sont dit satisfaits des besoins ciblés et 98% recommanderaient cette évaluation à d'autres personnes âgées ($p < 0,0005$).

Conclusion :

Le passage à domicile de l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle est bien accepté par les patients en perte d'autonomie. Il s'agit d'un argument supplémentaire pour étendre le dispositif dans la métropole bordelaise.

Satisfaction survey of patients treated by the multi-professional geriatric assessment unit of the city of Bordeaux

Introduction :

The multi-professional geriatric assessment unit in the city of Bordeaux was developed as part of the national project for Elderly People at Risk of Loss of Autonomy (PAERPA). It offers at-home and standardized geriatric evaluation (SGE) in order to identify issues and to make proposals that preserve the autonomy of the elderly. The objective of this work is to assess the degree of patient satisfaction at the end of an evaluation.

Methods :

This is an observational and descriptive satisfaction survey accomplished with patients having benefited from an SGE by the Bordeaux Unit between december 2018 and june 2019. Data collection was fulfilled by a self-administered questionnaire from the team and by an over-the-telephone questioning and evaluation of the patient.

Results :

134 patients were included in the assessment. Team members estimated that 111 patients (82.8%) appeared satisfied during their assessment. 77 patients answered the telephone questionnaire. 80.3% said they were fully satisfied, 88% had no trepidations about the home visit, 96% considered the duration of the evaluation adequate, 100% were satisfied with the relationship with the interviewers, 97% felt the unit had sufficiently respected their privacy, 96% said they were satisfied with the targeted needs and 98% would recommend this assessment to other seniors ($p < 0.0005$).

Discussion :

The home visit of the multi-professional geriatric assessment unit is well-accepted by patients with loss of autonomy. This is an additional argument for extending the system in the Bordeaux metropolitan area.