



HAL
open science

**Création d'une équipe mobile de gériatrie
extra-hospitalière au Centre Hospitalier Loire Vendée
Océan : étude qualitative par entretiens semi-dirigés
auprès des médecins généralistes**

Martin Duval

► **To cite this version:**

Martin Duval. Création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière au Centre Hospitalier Loire Vendée Océan : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04378811

HAL Id: dumas-04378811

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04378811>

Submitted on 8 Jan 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Martin Duval

Présentée et soutenue publiquement le *17/10/2023*

Création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière au Centre Hospitalier Loire Vendée Océan : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes.

Président : Madame la Professeure De DECKER Laure

Directrice de thèse : Docteure MASCART Charlotte

Membres du jury :

Madame la Professeure De DECKER Laure, présidente du jury

Madame la docteure MASCART Charlotte directrice de thèse

Monsieur le Professeur VARTANIAN Cyrille, membre du jury

Madame la Docteure ROUSSEAU Rosalie, membre du jury

Monsieur le Docteur BRUTUS Laurent, membre du jury

Remerciements :

À Madame la Professeure Laure De Decker,

C'est un honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. En effet, je vous suis fortement reconnaissant d'avoir accepté ce rôle. Votre regard avisé dans le domaine gériatrique nous est précieux.

A Madame la Docteure Charlotte Mascart

Pour avoir accepté de me diriger et m'avoir suivi durant ce travail. A chaque étape tu as été d'un soutien sans faille. La pertinence de tes remarques et de tes corrections m'ont fait avancer. J'ai eu la chance de faire ta rencontre en arrivant à Machecoul et j'ai énormément appris à tes côtés. Ton implication et ta bienveillance dans ce travail n'ont eu d'égales que celle que tu mets au jour le jour pour tes patients. Ton empathie, ta compréhension et ton intelligence font de toi un médecin remarquable. Je ne te remercierai jamais assez pour le temps que tu m'as octroyé et la faveur que tu m'as faite en acceptant d'être ma directrice.

A Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian

Pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter vos connaissances du territoire Loire-Vendée-Océan et en recherche qualitative afin d'analyser mon travail. Merci également pour votre implication dans notre CPTS.

A Monsieur le Docteur Laurent Brutus

Pour avoir accepté de juger mon travail. Je te remercie pour tous tes avis pertinents au cours de l'élaboration de cette thèse. Ton enseignement dans le domaine m'a été précieux. Je te remercie également pour ta disponibilité à toute épreuve. Enfin je pense que toute la CPTS sera d'accord avec moi pour te remercier de ton implication.

A Madame la Docteure Rosalie Rousseau

Pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter vos connaissances dans le domaine de la recherche qualitative afin d'analyser mon travail. Je vous remercie également pour la bienveillance que vous transmettez lors de votre enseignement de la médecine générale à travers les GEP.

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette enquête,

Encore merci pour le temps précieux que vous m'avez accordé. Car sans vos retours cette thèse n'aurait pas pu avoir lieu.

Aux médecins que j'ai pu côtoyer durant mes études et qui m'ont transmis leur savoir durant ses années de compagnonnage

A Elise et Antonin qui se sont proposées pour ces entretiens de tests.

A ma famille

A mes parents qui m'ont toujours soutenu et aimé, merci de m'avoir apporté votre amour et ce cadre d'éducation idéal qui m'a permis de m'épanouir, je ne vous en remercierai jamais assez. A ma sœur Maud qui m'a transmis sa passion pour la médecine et sans qui je ne serai pas ici aujourd'hui, merci pour tes conseils et tout ces bons moments passés ensemble. A ma sœur Marie, je sais que tu seras toujours là pour moi et que je serai toujours le bienvenu à Écorcei où il fait bon passer des week-end ressourçant. A Antoine et Antoine, probablement les deux meilleurs beaux-frères qu'on puisse souhaiter.

A Yves, Florence, Caroline, Pauline, Antoine, Manon, Thierry et Anne Christine

Pour leurs relectures avisées.

Merci à tous les copains de Cherbourg, de Caen, de Séville et de Nantes. Merci à Arthur, Mila, Victor, Jacques pour ces années de collège/lycée mémorables et ces amitiés qui durent dans le temps.

Merci à Tom, Boris, PH, Thibaut, Marie Lucie, Robert pour ces années caennaise et ses sorties à l'écume des nuits.

Merci à Tom et Audrey, Thomas, Pierre, Lucas, Aurèle d'avoir été aussi présents durant cet internat y compris dans les moments difficiles mais aussi dans ces belles soirées passées ensemble.

Merci à Batiste pour ses sessions révisions/thèses qui m'ont aidées à me lancer et surtout merci pour tes crayons de couleur.

Merci à toutes ces rencontres durant mon Erasmus qui m'ont tant apportées. En particulier à Saverio et Marta mes deux patatini de la rue pajaritos, mais également à Gonzalo, Lorenzo, Donato, Marco, Lucie, Juliette, Pietro, Maria-Jose et tant d'autres. Merci à mes co internes et toutes les personnes magiques rencontrées durant mon stage aux urgences pédiatriques, jamais aucun stage n'avait connu une meilleure cohésion. Vivement le prochain week-end.

Merci à Lucie, Fanny et Elise la dream team challandaise et ces covoiturages inoubliables.

Merci à tous mes collègues de Machecoul avec qui il est si agréable de travailler. Merci particulièrement à Nicolas Pierrard pour m'avoir transmis la fibre gériatrique et ta vision de la vie bien souvent si pertinente et inspirante.

Enfin à la plus importante pour terminer, à ma petite Manon, merci d'être entrée dans ma vie et de ne plus l'avoir quitté. Me supporter tous les jours durant cette thèse n'a pas dû être facile et je te remercie de ne jamais me l'avoir fait remarqué. Pour ton empathie sans pareil dont tu fais preuve sans même t'en rendre compte. Pour ton soutien inconditionnel, et pour tous ces moments de quotidien que tu m'apportes et qui me réchauffent le cœur, merci. Je t'aime.

Liste des abréviations

ABCDEF : Autonomie BMI Comorbidités Drugs Equilibre Fonctions Cognitives

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Équipe

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDOS 85 : Comité Départemental Olympique et Sportif de la Vendée

CH : Centre Hospitalier

CHLVO : Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

COSSC : Commission d'Orientation et de Suivi des Situations Complexes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelles territoriales de santé

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

DAPS 85 : Dispositif d'Appui aux Professionnels de Santé de Vendée

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation statistique

EAAR : Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMGEH : Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière

EMGP : Équipe Mobile de Gérontopsychiatrie

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EOPS : Équipe d'Optimisation du Parcours de Soins

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

ESP : Équipe de Soins Primaires

ETP : Équivalent Temps plein

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgence,
GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool
HAD : Hôpital À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital de Jour
HTA : Hypertension Artérielle
ICOPE : Integrated Care for Older People
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IPA : Infirmiers en pratiques Avancés
IPAG : Infirmiers en Pratiques Avancés en Gérontologie
LVO : Loire-Vendée-Océan
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles
OESTV : Observatoire Économique, Social et Territoriale Vendée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaires
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SAMSAD : Service d'Accompagnement Médico-Social À Domicile
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée
SDA : Service Départemental de l'Autonomie
SNDS : Système National des Données de Santé
SPID : unité de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UFOLEP : Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique
USC : Unité de Surveillance Continue
USLD : Unité de Soins Longue Durée
VAD : Visite À Domicile

I. INTRODUCTION	11
A. UNE POPULATION VIEILLISSANTE AVEC NECESSITE DE SPECIFICITES DE SOINS.	11
B. LES ORIGINES DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE (EMG)	12
C. CARACTERISTIQUES ET RESSOURCES EN SOINS DE LA COMMUNAUTE PLURIPROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE LOIRE-VENDEE-OCEAN	14
1. Description du territoire	14
2. Caractéristiques démographiques	14
3. Ressources médicales et paramédicales du territoire	15
4. Offre de soins gériatrique sur le territoire	15
D. PROJET D'EXTENSION DE L'OFFRE D'EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE AMBULATOIRE AU CHLVO	17
1. Motivations du projet	17
2. Ressources existantes, composition et activités de l'Equipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière	18
E. RATIONNEL DE L'ETUDE	19
II. MATERIEL ET METHODE	20
A. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	20
B. CHOIX DE LA METHODE	20
C. POPULATION CONCERNEE	21
D. LES ENTRETIENS	21
E. L'ANALYSE	22
III. RESULTATS	23
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
B. SPECIFICITES DE LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE	25
1. Spécificités Médicales	26
2. Spécificités liées à la perte d'indépendance et d'autonomie des patients	28
3. Singularité de la relation du médecin généraliste avec ses patients :	31
C. DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE	33
1. Difficultés médicales :	34
2. Difficultés liées à l'organisation des soins	35
3. Difficultés liées à la perte d'indépendance et d'autonomie	37
D. ACTEURS DE PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE CITES PAR LES MEDECINS TRAITANTS	39
E. COLLABORATION AVEC L'HDJ GERIATRIQUE	41
1. Les points forts	42
2. Les points faibles	44
F. MISSIONS PRESENTIES DE L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE EXTRA-HOSPITALIERE	46
1. Missions médicales	47
2. Mission de maintien à domicile	49
3. Organisation des soins	50
G. SITUATIONS D'INTERVENTION PRESENTIES DE L'EMGEH	52
1. Les situations aiguës	53
2. Les situations chroniques	54
H. PROPOSITIONS CONCRETES SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COLLABORATION AVEC L'EMGEH	56
1. Avis favorable sur la création de l'équipe	56
2. Composition idéale de l'EMGEH	57
3. Sollicitation du dispositif par un autre soignant que le médecin traitant	58

4.	Modalités de communication	59
5.	Intervention en présence du médecin traitant	60
6.	Les freins potentiels à l'utilisation du dispositif	61
IV. DISCUSSION		62
A. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE		62
1.	Points forts	62
2.	Points faibles	62
B. ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA CPTS LVO		63
1.	Situations d'intervention	63
2.	Modalités de fonctionnement et de communication	64
C. DIFFICULTES DES PRISES EN CHARGE GERIATRIQUES EN SOINS PRIMAIRES		66
1.	Organisation des soins	66
2.	Anticipation de la perte d'indépendance et d'autonomie	69
D. EVOLUTIONS DU PARCOURS DE SANTE DE LA PERSONNE AGEE EN SOINS PRIMAIRES		71
1.	Les recommandations confrontées aux limites de la médecine générale	71
2.	Politique de santé publique en France	72
3.	Exemples d'expériences internationales de Case Management	74
4.	Pistes d'évolution en France	76
V. CONCLUSION		78
VI. BIBLIOGRAPHIE		80
VII. ANNEXE		87
A. GUIDE D'ENTRETIEN		87
B. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		89
C. ENTRETIENS		90

I. INTRODUCTION

A. Une population vieillissante avec nécessité de spécificités de soins.

La population française est vieillissante, plus d'un tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans en 2050 contre un cinquième en 2005. (1) La phase de croissance démographique de cette tranche d'âge dans la population française, et de l'ensemble des pays développés, devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2060 (2)

Sur le plan financier, les dépenses de santé engendrées par le recours au système de soin de ces patients vont augmenter. Selon la DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) une augmentation de la part des dépenses des finances publiques pour les personnes âgées sous la forme de soins et d'aides au logement ou d'aide à la personne s'élèvera à 31,1 milliards d'euros en 2060 soit 1,77% du PIB alors qu'elle s'élevait à 21,1 milliards soit 1,05% en 2011.(3)

Sur le terrain, selon une enquête de la FEDORU (fédération des observatoires régionaux des urgences), les patients âgés de 75 ans ou plus représentaient en 2022 14 % des passages aux urgences (soit 2 854 928 patients), et 16% en Pays de la Loire en 2022. (4) En 2016, une hausse de 6 % de la fréquentation des services d'urgences par les personnes âgées a été relevée (5). Nous savons qu'en France la majorité des patients de plus de 75 ans vivent à domicile (6), ce souhait de maintien à domicile est confirmé pour 90% des personnes âgées de plus de 18 ans selon une étude de l'Union Européenne (7).

Or, en cas de nécessité d'admission dans un service d'urgences, ou d'hospitalisation dans un service de médecine, la population âgée de plus de 75 ans s'expose à un risque iatrogène (temps d'hospitalisation plus long) (8). Un des risques de ce temps d'hospitalisation reste la perte d'autonomie et ses conséquences sur le maintien au domicile (9). Par ailleurs, les personnes âgées demandent des soins particuliers avec une population présentant l'apparition possible d'une fragilité, de polypathologies et polymédications ainsi que de syndromes gériatriques qui leur sont propres et qui peuvent mettre en difficultés les médecins généralistes en particulier dans les cas de troubles du comportement. (10)

Afin de prendre en compte l'ensemble de ces particularités, la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) est recommandée lors de la prise en charge des sujets âgés. L'utilisation de cet outil a prouvé un bénéfice en termes de réduction de mortalité, d'hospitalisations, et d'institutionnalisation (11).

B. Les origines des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

Devant ce constat en 2002 sort la circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins) n°2002-157 du 18 mars relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (12) qui officialise la création des Equipes mobiles de gériatrie.

Les missions de l'EMG sont :

- « dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et ou thérapeutique »
- « Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques. »
- « Orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux »
- « Conseiller informer et former les équipes soignantes »
- « Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques »
- « participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile »
- « Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques »

Toujours d'après cette directive, les équipes mobiles se composent « au minimum d'un(e) gériatre, d'un(e) infirmière, d'un(e) assistante sociale et d'un secrétariat »

Initialement le fonctionnement des EMG s'effectue en intra hospitalier bien que cette directive s'oriente vers une amélioration de la relation ville hôpital et un travail avec les réseaux de proximité.

En effet, en France, le parcours santé repose sur les acteurs du système de soins primaires, pouvant s'organiser en collaborations pluriprofessionnelles (par exemple, les communautés professionnelles territoriales de santé CPTS), les équipes

spécialisées hospitalières ou extrahospitalières (par exemple, les équipes mobiles gériatriques extra-hospitalière : EMGEH), les dispositifs d'appui. La HAS (Haute Autorité de Santé) a évalué onze projets relatifs au parcours de patients âgés à risque de dépendance, retenus dans le cadre de l'article 70 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale en 2012. Cet article promeut l'amélioration de l'organisation et de la coordination des parcours de soins des personnes âgées afin de diminuer les recours évitables à l'hospitalisation, et coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (13). Une grille d'analyse des projets a été proposée, comprenant des recommandations de gestion de crise. Celles-ci comportent l'obtention d'une réponse immédiate à la sollicitation, la mobilisation rapide des ressources existantes, et l'accès aux alternatives à l'hospitalisation, telles que l'hébergement temporaire ou l'hôpital de Jour (HDJ) (13).

Ainsi, de nombreux rapports législatifs vont appuyer la création des équipes mobiles extra hospitalières comme le plan solidarité grand âge 2007-2012 (14), le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins », Le plan « Urgences » en 2004-2007 et enfin surtout la circulaire DHOS/02 n° 2007/117 du 28 mars 2007 (12) qui établit au titre expérimental l'activité extrahospitalière des EMG vers les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et l'ambulatoire. Ses missions restent alors les mêmes qu'en intra-hospitalier. Elle intervient à la demande du médecin traitant qui reste le responsable médical du patient.

Actuellement en France des EMGEH ont pu être créées dans de nombreux hôpitaux. Par exemple au CHU de Grenoble en 2011(15), à Perpignan (16), à Lyon-nord (17), à Brive-la-Gaillarde (18), dans le Loir-et-Cher (19), à Chateauroux (20), à Douai (21). Sur ces travaux de thèses retrouvés dans la littérature un seul concernait la création de l'EMGEH et les autres concernaient des retours d'expériences des médecins généralistes, ou bien l'évaluation de l'efficacité de ces équipes.

C. Caractéristiques et ressources en soins de la Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé Loire-Vendée-Océan

1. Description du territoire



Carte du territoire

On constate que cette Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé (CPTS) intègre certaines communes du Sud de la Loire Atlantique. Les patients concernés par son action appartiennent donc à deux départements différents. Ce découpage a été choisi lors de la création de la communauté, d'après le réseau de soin et les relations interprofessionnelles existantes. La superficie du territoire est de 1162,35 km.

2. Caractéristiques démographiques

Selon l'outil REZONE consulté en novembre 2022, cette CPTS englobait 37 communes pour une population totale de 134 642 habitants (22). La plus grande partie du territoire se situe en Vendée. Selon les données de l'outil REZONE, la part des habitants de plus de 65 ans sur le territoire de la CPTS est de 29,5% alors qu'il n'est que de 20,5% dans la région Pays de la Loire. Selon les projections élaborées en 2017 par L'Observatoire économique, social et territorial de la Vendée, au sein de la tranche d'âge des plus de 65 ans, la tranche des 60 / 69 ans serait multipliée par 1,5, celle des

70/79 ans par 2, celle des 80/89 ans par 2,5, celle des plus de 90 ans par 4,5 à l'horizon 2050 par rapport à la population de 2013 (23).

Selon l'outil REZONE (22) se basant sur les chiffres de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de 2022, sur le territoire de la CPTS LVO, 27,4% de la population est exonérée au titre d'une ALD (contre 20,9% dans le 44 et 24,2% dans le 85), 12,4 % de la population, de 17 ans et plus du territoire, est sans médecin traitant, soit 15 491 patients. 8,6% des patients de 70 ans et plus de la CPTS LVO n'ont pas de médecin traitant par rapport à une moyenne nationale à 6%. L'accès aux soins est donc difficile.

3. Ressources médicales et paramédicales du territoire

Toujours selon l'outil REZONE (22) qui se base sur les chiffres du SNDS (Système National des Données de Santé) de juin 2023 le territoire compte 891 professionnels de santé libéraux dont 108 médecins généralistes et 45 médecins spécialistes, 18 sages-femmes, 79 chirurgiens-dentistes, 206 infirmiers, 151 kinésithérapeutes et 44 pharmacies. Le territoire compte 4 MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) conventionnées et trois centres médicaux municipaux. Il existe aussi 25 EHPAD et 6 SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile).

4. Offre de soins gériatrique sur le territoire

Au niveau hospitalier :

Le territoire compte un établissement hospitalier, le Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, installé sur 3 sites (Challans, Machecoul et Saint Gilles Croix de Vie), un hôpital local à Noirmoutier et un hôpital de proximité à l'île d'Yeu. On retrouve 3 hôpitaux à prédominance gériatrique à savoir le centre hospitalier de Machecoul, celui de Noirmoutier et celui de Saint-Gilles Croix de Vie.

Il existe également au sein du CHLVO une ligne d'avis directe gériatrique à disposition des médecins traitants. Elle est assurée 5 jours sur 7 de 9h à 18h. Il y a également une activité de téléexpertises et de téléconsultations programmées à disposition des EHPAD. Ces activités sont assurées sur le site de Machecoul.

Les gériatres du centre hospitalier Machecoul participent régulièrement, depuis plusieurs mois, aux réunions de concertation pluridisciplinaires de la MSP de Sallertaine, toujours dans un souci de collaboration et coordination des soins sur le territoire de la CPTS LVO.

Au niveau ambulatoire :

On retrouve sur le site de Machecoul, deux hôpitaux de jour (HDJ), à savoir l'HDJ gériatrique et l'HDJ mémoire.

Il existe déjà quatre équipes mobiles dans le champ gériatrique.

L'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie (EMGP) intervient pour des patients âgés de plus de 75 ans présentant des troubles psychiatriques, permettant ainsi d'assurer une prise en charge initiale ainsi qu'un suivi. Elle intervient dans les différents services du CHLVO, en EHPAD et au domicile des patients à la demande des médecins généralistes et des médecins hospitaliers. Elle est composée d'une psychiatre, d'une IDE spécialisée en santé mentale et d'une psychologue.

L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) intervient au domicile des patients atteints de troubles cognitifs au stade léger ou modéré sans critère d'âge et qui rencontrent des difficultés dans leur quotidien. Elle intervient pour la réhabilitation et l'accompagnement des personnes au domicile à travers 12 à 15 séances. Elle comporte des ergothérapeutes, infirmières, psychomotriciennes et des assistantes en soins en gérontologie.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) intervient à l'hôpital dans les différents services mais également au domicile des patients pour accompagner le patient et sa famille dans les situations de fin de vie. Elle est composée d'un médecin spécialisé en soins palliatifs, de deux IDE, et d'une psychologue.

L'équipe d'appui en adaptation et réadaptation (EAAR) intervient au domicile des patients de manière ponctuelle : 2 à 3 visites afin d'assurer le maintien à domicile à travers l'adaptation de celui-ci, et un projet de soins. Elle comporte deux ergothérapeutes, deux psychologues et une diététicienne.

D. Projet d'extension de l'offre d'évaluation gériatrique standardisée ambulatoire au CHLVO

1. Motivations du projet

La seule proposition d'évaluation ambulatoire gériatrique standardisée au sein du CHLVO est l'HDJ gériatrique, composé de :

- Une IDE
- Une assistante de soins en gérontologie
- Une neuropsychologue
- Une assistante Sociale
- Un médecin Gériatre
- Un kinésithérapeute

Cette HDJ est sollicitée par les médecins traitants de patients de plus de 75 ans ayant constaté un ou plusieurs syndromes gériatriques, par des médecins spécialistes afin de prendre des décisions de prise en charge (greffe rénale, prise en charge oncologique), mais également par les médecins des services de médecine polyvalente, médecine aigue gériatrique et SSR pour un suivi de certains patients après retour à domicile jugé à risque de rupture.

L'HDJ gériatrique accueille trois patients par jour, l'HDJ mémoire un patient par jour. L'activité comporte également la réalisation des ponctions lombaires à visée diagnostique, ainsi que des consultations d'annonce. Le délai actuel de prise en charge des demandes est de 4 à 6 mois. Il n'existe pas de plages d'urgence dédiées. La démographie de notre territoire, l'augmentation de la fréquentation des urgences par les patients âgés, et l'absence actuelle de réponse rapide aux situations dites « de crise », notamment pour les patients atteints de troubles cognitifs, comme préconisées par la HAS (12), a motivé la création d'un dispositif d'Evaluation Gériatrique Standardisée rapide à domicile sous la forme d'une intervention extrahospitalière de l'Equipe Mobile de Gériatrie.

2. Ressources existantes, composition et activités de l'Equipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière

a) Equipe mobile intra-hospitalière

Il existe déjà au sein du CHLVO une EMG intra-hospitalière ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17h depuis 2013. Le périmètre d'intervention comprend uniquement le site de Challans (les médecines polyvalentes, l'USC, la chirurgie, les urgences et la psychiatrie). L'EMG n'intervient pas sur les sites de Machecoul et Saint Gilles.

L'Equipe mobile intra hospitalière est composée de :

- 1 ETP médecin gériatre
- 1 ETP IDE
- 1 ETP d'assistante sociale

b) Projet d'Equipe mobile extra-hospitalière gériatrique

1) Activités proposées

Evaluation à domicile de situations à risque de rupture du maintien à domicile

Nous nous sommes inspirés des modèles nantais et EOPS (Équipe d'Optimisation du Parcours de Soins) (CHD Vendée – territoire CPTS Centre) afin d'établir notre mode d'intervention à domicile.

Sur le territoire de Nantes Métropole, l'équipe a fait le choix d'une EGS complète à domicile.

Concernant l'EOPS, l'équipe a fait le choix d'une durée d'intervention moins longue, centrée sur la problématique ayant conduit le patient aux urgences.

Nous avons choisi le modèle d'une intervention à domicile longue avec EGS, élaboration et initiation du plan de soins, sans HDJ gériatrique rapide au décours, mais avec programmation systématique d'une réévaluation en HDJ gériatrique (délai d'attente actuel de 4 mois).

Evaluation Gériatrique Standardisée programmée dans une dynamique de prévention

Il s'agit d'une Evaluation Gériatrique Standardisée réalisée après dépistage de la fragilité dans un local mis à disposition par les maisons de santé pluriprofessionnelles.

2) Composition de l'équipe :

L'équipe comportera pour l'activité extrahospitalière, 1 ETP médecin, 3 ETP IDE expérimentées en gériatrie, 1 ETP Assistante Sociale, 0,8 ETP secrétaire.

E. Rationnel de l'étude

Nous créons un outil à disposition des professionnels de santé en soins primaires. Nous avons interrogé les médecins généralistes qui seront les principaux sollicités de l'EMGEH.

Nous avons interrogé leur connaissance des propositions actuelles de soins en gériatrie sur le territoire, leur retour sur le dispositif d'EGS ambulatoire existant (HDJ gériatrique), les entretiens offrant l'occasion d'obtenir un retour sur nos propositions de prise en charge actuelle et de questionner nos pratiques. Enfin, nous les avons interrogés sur les missions et les modalités d'intervention qu'ils estimeraient pertinents pour une équipe mobile gériatrique extrahospitalière.

L'objectif principal était de définir, selon les attentes des médecins traitants, les situations précises d'intervention de l'EMG extra hospitalière, ses modalités de communication et de délimiter son champ d'action au sein du réseau de soins existant.

Les objectifs secondaires sont :

- Obtenir un retour d'expérience des médecins traitants sur les difficultés et spécificités des prises en charges gériatriques
- Appréhender leur connaissance, leurs modalités et difficultés d'utilisation des ressources en soins gériatriques du territoire, notamment l'Hopital de Jour gériatrique du CHLVO

II. MATERIEL ET METHODE

A. Recherche bibliographique

Pour débiter ce travail il a été réalisé une recherche bibliographique sur le sujet de l'étude. Cette recherche a été menée à l'aide du Constructeur de Recherche Bibliographique Médicales (CRBM) du CHU de Rouen afin de trouver les références dans les moteurs de recherches Pub Med®, Science Direct® et Lissa®. Ont été également utilisés la base de données Cairn® et le catalogue SUDOC qui répertorient l'ensemble des thèses réalisées sur le territoire français, ainsi que le moteur de recherche Google®, Google Scholar®, et Pub Med®.

Les références bibliographiques ont été organisées à l'aide du logiciel Zotéro®.

B. Choix de la méthode

Cette étude avait pour but d'étudier les besoins des médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'EMGEH afin de permettre son adaptation à la réalité du terrain. Notre choix s'est porté sur une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés afin d'obtenir la compréhension du problème étudié la plus fine possible et ne pas ignorer de nouvelles idées non anticipées. Les entretiens semi-dirigés ont permis de questionner les médecins sur des sujets choisis, tout en laissant la possibilité de voir émerger des idées nouvelles et des opinions personnelles qui n'auraient pu être recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire.

C. Population concernée

La population concernée était les médecins généralistes installés dans le territoire de la CPTS Loire-Vendée-Océan où interviendra l'équipe. En effet ce sont les médecins généralistes qui seront la plupart du temps les sollicités de cette EMGEH et dans tous les cas les destinataires des résultats de son intervention.

Afin de proposer la participation à l'étude, un mail a été envoyé à tous les médecins de la CPTS à l'aide de sa liste de diffusion.

Les médecins exclus étaient les médecins remplaçants, qui pouvaient présenter une connaissance moindre du réseau gériatrique du territoire. Les médecins retenus étaient les médecins généralistes installés avec une activité gériatrique. L'échantillonnage effectué l'a été en variation maximale pour avoir un panel le plus varié possible en fonction du lieu d'exercice, de l'âge, et du sexe et de ne pas méconnaître de nouvelles idées. Pour obtenir cet échantillon certains médecins ont été contactés par téléphone.

D. Les entretiens

Après réalisation de la bibliographie le guide d'entretien a été réalisé selon 3 grands axes :

- le premier portait sur la prise en charge des patients âgés, sa particularité et les difficultés rencontrées au cabinet.

- le deuxième axe interrogeait les structures ou personnes ressources auxquelles s'adressaient actuellement les médecins, les points forts et les points faibles de ces collaborations.

- le troisième axe interrogeait sur la connaissance éventuelle de la notion d'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière, des missions qui lui sont attribuées et sur les situations pour lesquelles ils y feraient appel.

Le guide d'entretien a d'abord été testé sur deux médecins dont les entretiens n'ont pas été retenus pour cette étude. Il a été adapté dans les suites. Les entretiens se sont tous déroulés en présentiel. Ils ont été enregistrés à l'aide du smartphone de l'investigateur après avoir recueilli le consentement écrit et oral des médecins. Ils ont été retranscrits le plus fidèlement possible et dans leur intégralité. Il n'y a pas eu de problèmes techniques.

E. L'analyse

L'analyse réalisée a été une analyse thématique afin de dégager les grandes idées ressortant des entretiens et de les catégoriser entre elles. Pour cela, les entretiens ont été lus à plusieurs reprises afin de dégager des codes sémantiques adaptés aux différentes idées. Puis ces codes sémantiques ont été réorganisés afin de faire apparaître les thèmes principaux. Cette analyse a été réalisée à l'aide d'un tableau Excel® à deux entrées, une première concernant les extraits de verbatims et une deuxième avec le code correspondant aux extraits. Ces codes ont ensuite été réarrangés afin de former des catégories.

L'analyse et le codage des verbatims ont été réalisés à la fois par l'étudiant en thèse et sa directrice de thèse. Cette double analyse a permis la triangulation des données afin d'améliorer la validité de cette étude.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population

Médecin	Sexe	Age	Année d'installation dans la CPTS	Lieu d'activité déclaré
1	Homme	32	2019	Rural
2	Homme	30	2022	Rural
3	Homme	35	2016	Semi-rural
4	Homme	60	2005	Semi-rural
5	Homme	32	2022	Urbain
6	Femme	44	2009	Urbain
7	Femme	40	2014	Urbain
8	Homme	48	2006	Semi-rural
9	Femme	37	2015	Semi-rural
10	Femme	38	2015	Semi-rural
11	Homme	61	1992	Urbain

I Caractéristiques d'état civil des médecins interrogés

Médecin	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Formation complémentaire en gériatrie	Temps entretien
1	Littoral	MSP multisite	Formation ICOPE	24 min 12s
2	Arrière-pays	MSP multisite	Non	27 min 02s
3	Arrière-pays	MSP multisite	Non	45 min 28s
4	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Médecin coordinateur EHPAD	32 min 30s
5	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Non	65 min 27s
6	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Non	36 min 06s
7	Arrière-pays	MSP multisite	Non	25 min 48s
8	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Non	30 min 54s
9	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Non	23 min 52s
10	Arrière-pays	Cabinet de groupe	Non	25 min 18s
11	Littoral	Cabinet de groupe	Non	58 min 07s

II Conditions d'exercice, formation en gériatrie et durée des entretiens

L'échantillon interrogé comportait 4 femmes pour 7 hommes, avec une moyenne d'âge de 41,5 ans. Ils sont installés en moyenne depuis 2012. La plupart travaillent à l'intérieur des terres, seulement deux des médecins interrogés travaillent sur le littoral. Tous travaillent en cabinet de groupe et 4 d'entre eux travaillent en MSP. La durée moyenne des entretiens est de 40 minutes et 21 secondes.

B. Spécificités de la prise en charge gériatrique

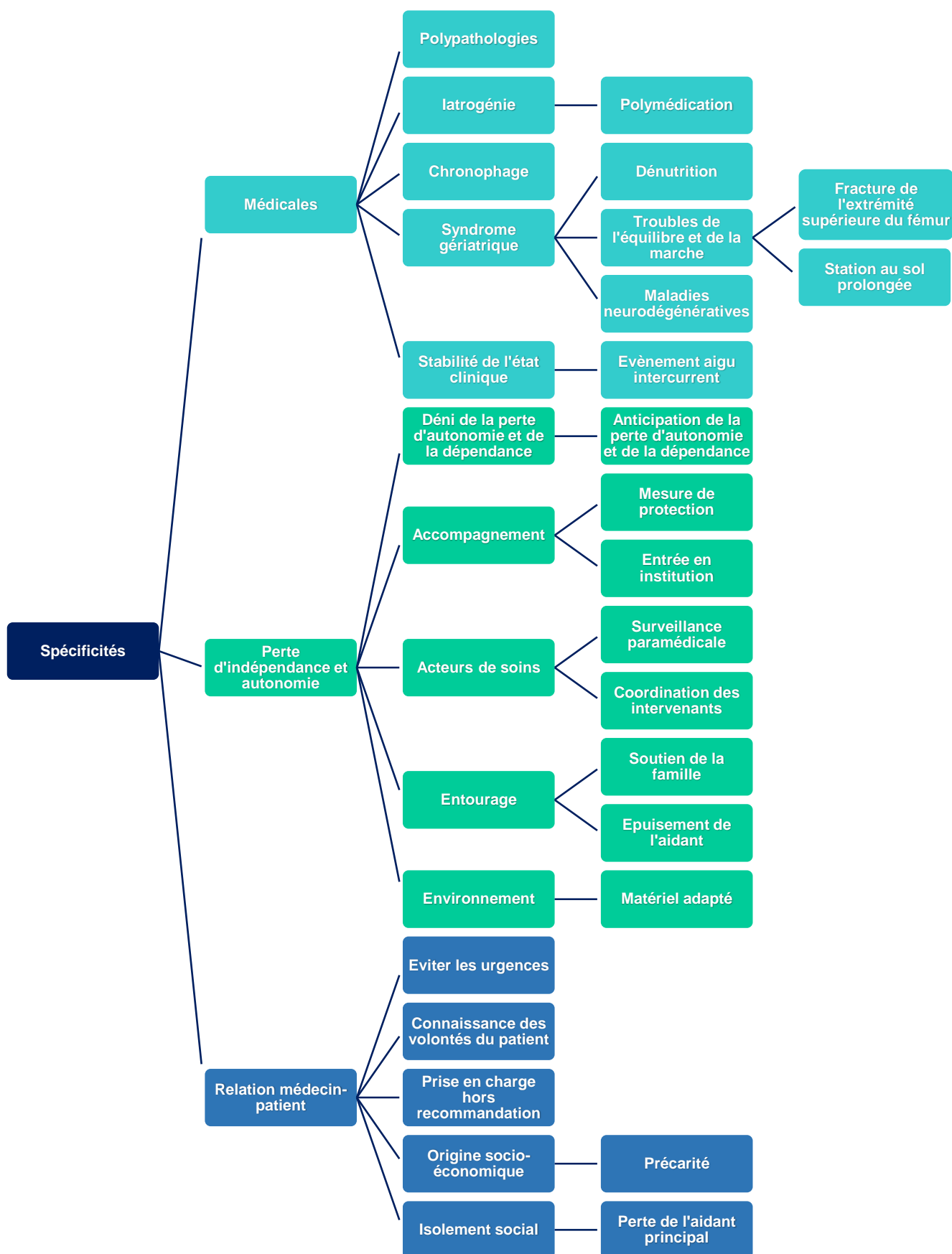


Figure A. Spécificités de la prise en charge gériatrique

1. Spécificités Médicales

Tous les médecins s'accordent pour rapporter une prise en charge complexe en lien avec la présence de **polypathologies** :

- M2 " comorbidités " " des pathologies chroniques " " des diabètes, des cancers " " grosse insuffisance rénale, rhabdomyolyse "
- M3 " beaucoup de pathologies chroniques, des diabètes compliqués " " insuffisance rénale, insuffisance cardiaque " " il avait fait une dépression "
- M9 " patient polypathologique " " beaucoup de comorbidités " "l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque "
- M11 " ils arrivent avec un gros dossier " " voilà de multiples pathologies, tout est imbriqué "

Ce qui va souvent de pair avec une **polymédication** :

- M2 " Il y a des ordonnances des fois qui font 3 km de long "
- M9 " interactions médicamenteuses "
- M5 " Quatre anti-hypertenseurs... une statine... anti-agrégants plaquettaires, antidépresseurs"

Entrainant un plus fort risque de **iatrogénie** chez ces patients :

- M1 " les risques de iatrogénie "
- M6 " Spécificités des posologies de médicaments "

Ils font part également de consultations **chronophages** :

- M2 " des prises en charge qui sont longues " " Plus chronophage "
- M9 " il faut pas mal de temps " " on aurait des consults de 45 minutes " " on zappe des choses par manque de temps "

Ils évoquent également l'aggravation des situations cliniques, et la majoration des risques de conséquences graves d'un événement médical aigu, par la participation des syndromes gériatriques tels que

- la **dénutrition** :

M7 " Amaigrissement "

M8 " Elle est restée au lit. Elle a déclenché des escarres sacrées, elle mangeait plus "

- **Les troubles de l'équilibre et de la marche:**

M10 " c'est risque de chute "

M5 " Elle avait déjà chuté 2-3 fois "

- Qui peuvent entraîner des événements redoutés :

Tel que la **fracture de l'extrémité supérieure du fémur** :

M5 " Elle s'est fait un col du fémur "

- Ou bien la **station au sol prolongée** :

M2 " monsieur a chuté dans sa maison et impossible de se relever tout seul " " Ouais 48 heures allongé au sol "

Les maladies neurodégénératives sont également citées comme syndrome gériatrique facteur de complexité :

- M2 " il y a des troubles cognitifs qui peuvent se surajouter "
- M4 " les maladies neurodégénératives avec ou sans troubles cognitifs "
- M5 " les troubles cognitifs aussi " " Maladie de Parkinson "

Les médecins interrogés décrivent une imprévisibilité du moment où la rupture du maintien à domicile intervient.

Ils décrivent une certaine **stabilité** des situations, dont la prise en charge s'organise autour d'habitudes bien rôdées:

- M3 " Jusqu'à là ça va bien. Jusqu'à là ça va bien. Jusqu'à ça va bien. " " Avec une super routine quoi " " c'est toujours un peu pareil, ça ronronne. "
- M11 " Et puis on voit quand même souvent une stabilité, ça se maintient." " Ça évolue au fil du temps tranquillement "

Ils soulignent la brutalité de rupture de ces situations équilibrées par un **Événement aigu intercurrent** :

- M3 " Et puis bah un moment il y a un truc qui déconne. "
- M8 " décompensation d'une pathologie chronique "

2. **Spécificités liées à la perte d'indépendance et d'autonomie des patients**

Il existe souvent une **dépendance** pour les actes de la vie quotidienne voire une **perte d'autonomie** :

- M2 " il y a aussi en plus évaluer l'autonomie à la maison "
- M3 " des handicaps, des difficultés de mobilités "
- M4 " les personnes âgées qui ont une certaine dépendance "

Les médecins décrivent un fréquent **déni d'acceptation de la perte d'autonomie et de la dépendance** :

- M2 " Ouais et le social. Et ouais je me méfie souvent parce qu'en fait la plupart du temps les gens disent que tout va bien... en fait y a des trucs qui vont pas du tout "
- M5 " On est parfois dans le refus de se faire aider, les gens aiment pas qu'on rentre dans leur intimité "

Avec une **limitation de l'anticipation des difficultés liées à la perte d'autonomie**, tant que le patient n'a pas exprimé sa volonté de se faire aider :

- M3 " Et où la personne elle-même se rend compte qu'elle a besoin de plus "
- M6 " Respect des volontés du patient " " pour qu'on respecte leur souhait... qu'ils gardent leur identité "
- M2 " Il veut pas partir de sa maison mais en scred je l'ai quand même inscrit. J'ai fait un dossier trajectoire au cas où, parce que je sais que ça va recommencer "

Il y a besoin de s'adapter à la temporalité et à la réalité du patient. Pour cela un **accompagnement** sur la durée permet au patient d'avancer sur le cheminement de l'acceptation :

- M2 " Et en fait il faut prendre du temps "
- M3 " boulot de négociation " " Et donc ils perdent un peu leurs repères et du coup là, on a besoin de les accompagner pour les amener à faire le point, à nommer ce qui se passe et à mettre en place de nouvelles choses "
- M8 " l'écoute "

Dans les situations les plus précaires, les médecins citent la **mesure de protection** :

- M6 " La mise en danger la place éventuelle d'une demande de curatelle "

Ou bien une **entrée en institution** :

- M3 " il y avait l'institutionnalisation qui était une solution »

On fait appel aux **acteurs de soins** à domicile pour pouvoir sécuriser les situations sur le plan des activités de la vie quotidienne :

- M3 " il sollicite l'ADMR pour faire tel truc "
- M5 " plan d'aide à domicile "

Cela permettant également d'assurer une **surveillance paramédicale** au domicile :

- M5 " Pour avoir un regard sur elle " "Permet déjà d'avoir un suivi " " je vais être averti aussi si le logement devient insalubre "

La complexité des prises en charge repose également sur la **coordination** des différents acteurs de soins :

- M6 " Prise en charge pluridisciplinaire et d'une coordination avec les autres soignants "
- M2 " Elles (les IDE) connaissent tous mes patients et ceux de ma collègue. Et en fait quand on mange le midi ensemble ça fait RCP aussi ! "
- M4 " je suis capable de leur dire vous faites telle ou telle surveillance, ils font la surveillance et on en reparle "

La dépendance et la perte d'autonomie induisent une collaboration avec l'**entourage proche**, souvent familial :

- M1 " Une relation chez les plus dépendants qui est souvent tierce, la famille qui est là "
- M4 " en pédiatrie, on s'occupe des enfants, on gère les parents. En gériatrie. On s'occupe des parents et on gère les enfants "
- M5 " une personne aidante auprès d'elle généralement un enfant ou un tiers."
- M2 " C'est son voisin qui fait tout "

Qui peut être **un soutien** à la prise en charge :

- M8 " Ils sont là pour nous aider quoi "
- M9 " quand on a l'entourage à l'inverse c'est bien "

Mais qui peut aussi finir par subir cet effort et présenter **un épuisement**.

- M3 " épuisement des enfants " " un ras-le-bol exprimé " " C'est-à-dire que vraiment ils étaient super sollicités, ils devaient passer toute la journée. "

Enfin cette prise en charge doit également comprendre **l'environnement** voir se déplacer au domicile :

- M3 " aller faire un tour au domicile pour voir comment c'est "
- M4 " comment on va prendre en charge les gens à domicile "
- M5 " la prise en charge à domicile "

Et permettre de mettre en place un **matériel adapté** aux spécificités du patient :

- M4 " Comment utiliser un verti, un lève-malade, pour que les AS arrêtent de se faire mal "
- M8 " lit médicalisé "

3. Singularité de la relation du médecin généraliste avec ses patients :

La prise en charge des médecins traitants a bien évidemment pour but de préserver voire améliorer la qualité de vie du patient.

Les médecins souhaitent **éviter un séjour aux urgences** à leurs patients :

- M1 " les envoyer à l'hôpital par les urgences où ils peuvent passer 24 48heures dans certain contexte... Ça me paraît plus que déraisonnable. "
- M11 " Après hospitaliser on déstabilise, la personne elle est plus chez elle voilà. On sait qu'elle va être sur les brancards et tout ça "

La primordialité des **volontés du patient pour son projet de vie** est un élément d'autant plus important qu'elle doit s'accommoder à son autonomie :

- M9 " faut que vous l'obligiez à aller à la maison de retraite. Bah oui mais je peux pas en fait."
- M11 " Après il faut qu'il soit d'accord pour y aller. "

Les entretiens soulignent que c'est la **connaissance de son patient** et de ses volontés, ainsi que celles de sa famille, acquise au cours du suivi, qui permettent de prendre les décisions adaptées à la situation et parfois **sortant du cadre habituel** :

- M5 " Voilà je trouve que c'est ça aussi d'être médecin de famille. C'est d'être capable de prendre des décisions comme ça à un moment donné, en fait. Quand on connaît bien ses patients. " " on est peut-être plus amené à préserver la qualité de vie au détriment des fois même de l'espérance de vie ... parfois un peu hors reco "

L'importance du **milieu socio-économique du patient** dans sa conception de sa santé et son utilisation du système de soin est également rapportée :

- M9 " Enfin pas mal d'anciens agriculteurs qui vont pas être dans la demande, dans la consommation. Ils veulent pas enquiquiner. "

Ainsi que, parfois, **une grande précarité** :

- M7 " les ressources " " Incurie " " on sait qu'il vit dans des conditions insalubres "

Les médecins citent l'environnement des personnes âgées comme facteur de complexité, et soulignent en particulier les difficultés liées à l'**isolement social** de certains patients :

- M2 " Qui vit tout seul dans sa maison "
- M7 " Madame était toute seule au moment de Noël. Elle m'appelait pour que j'aille la voir en visite alors qu'elle avait rien de particulier "
- M11 " Parfois il y a pas d'intervenant avec eux. Pas de famille avec eux, ils sont tout seuls "

Ils soulignent particulièrement la modification brutale des ressources de l'entourage lors de **la perte de l'aidant principal** :

- M9 " suite au décès de son mari "
- M5 " Sauf que le problème c'est son mari qui était du coup seul à domicile "

Ces spécificités entraînent des difficultés de prise en charge propres à la personne âgée.

C. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge gériatrique

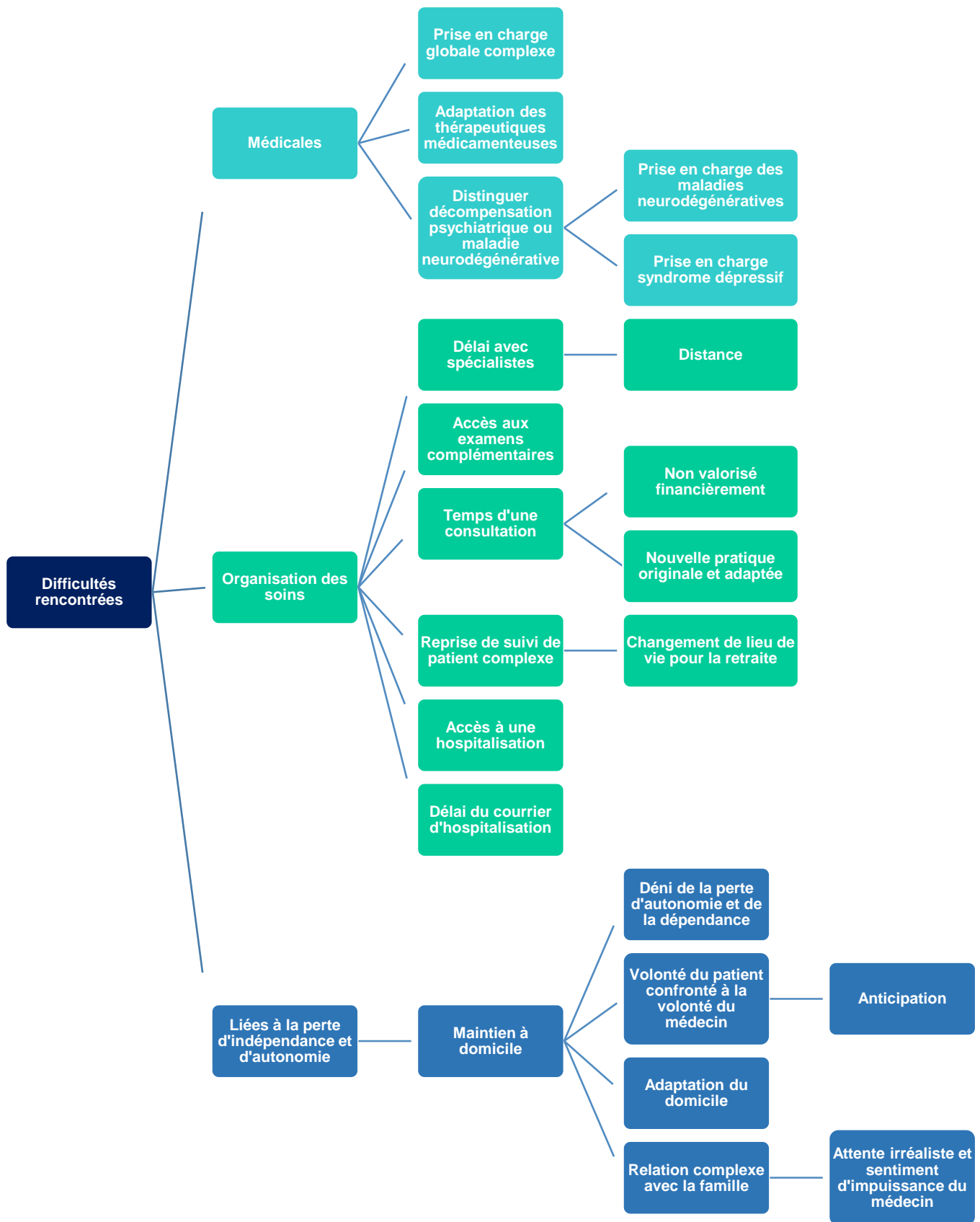


Figure B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge gériatrique

1. Difficultés médicales :

Les médecins rencontrés se trouvent en difficulté devant **une prise en charge médicale globale complexe** avec la polypathologie en premier plan

- M4 " La difficulté même de savoir où on en est quoi tellement il y a de trucs tellement il y a de consultations. Tellement le dossier lourd "
- M9 " c'est surtout l'association qui fait que c'est compliqué "

La polymédication et le risque de iatrogénie créent des difficultés dans l'**adaptation des thérapeutiques médicamenteuses** :

- M5 " Je sais pas trop comment m'y prendre non plus pour faire le switch "
- M7 " le fait qu'il y ait différents spécialistes et qu'il faille... faire la synthèse de tout ça "
- M10 " la balance bénéfice-risque "
- M11 " les somnifères, on sait que ce n'est pas bien, on sait que faut pas les prescrire... Mais par contre si on le met pas sur l'ordonnance, ça va pas aller "

Si les grands syndromes gériatriques étaient cités dans les spécificités des prises en charge, ce sont principalement les troubles cognitifs et psychiatriques qui sont soulignés comme difficultés.

Ainsi, la difficulté à **distinguer une décompensation psychiatrique, d'une décompensation d'une maladie neurodégénérative** est rapportée :

- M5 " C'est vraiment pas évident de faire la part des choses entre : est-ce que c'est le trouble de la personnalité... qui se détériore ou un début de démence qui se rajoute ? "

Mais aussi **La difficulté de prise en charge des pathologies neurodégénératives** et des troubles du comportement :

- M3 " le monsieur a fugué... ils l'ont trouvé dans le fossé "
- M5 " Ben accepter qu'il soit encore un peu violent, je peux pas monter la dose tout de suite "
- M6 " des personnes un peu démentes avec des troubles du comportement. Les prises en charge thérapeutiques sont parfois un peu subtiles. "
- M9 " Les états démentiels où je trouve qu'on est un peu démuni "

Tout comme celle des **syndromes dépressifs** :

- M5 "le syndrome dépressif ... on a tendance à pas le prendre aussi au sérieux que chez la personne jeune je trouve "

2. Difficultés liées à l'organisation des soins

Il y a également des difficultés d'accès en termes de délai d'accès aux **médecins spécialistes** des patients :

- M7 " rendez-vous avec le docteur J.M. en mars 2024 "
- M11 " c'est que plus ça va moins on n'a d'intervenants pour nous aider " " ça c'est un gros problème aussi parce que le cardiologue c'est 6 mois, le néphrologue c'est un an."

Mais également en termes de **distance géographique** pouvant limiter l'accès aux soins :

- M3 " ne serait-ce qu'à l'hôpital de Challans en fait des fois. Ça parait le bout du monde quoi. "
- M11 " pour les faire déplacer c'est délicat aussi. Donc si on veut à Challans c'est le maximum. "

Les **examens complémentaires** peuvent être compliqués à obtenir :

- M5 " Bien souvent ce qui se passe c'est qu'on se rend juste compte qu'il nous faut des examens qu'on va avoir beaucoup de peine à avoir en ville "

Les médecins doivent faire face **au temps limité d'une consultation** pour des consultations longues et **non valorisées financièrement** :

- M5 " ça peut être chronophage "
- M6 " Parfois c'est le manque de temps aussi "
- M8 " Est-ce que c'est pas plus facile de l'envoyer aux urgences ? "
- M11 " une consultation à 25 euros pour madame Dupont qui a 90 ans et un jeune de 20 ans payé 25 euros c'est le même prix et le temps passé n'est pas le même ! "

Avec un des médecins proposant une **nouvelle pratique originale et adaptée** :

- M5 " Je trouve ça étrange que même sur Challans ou même dans d'autres grandes villes. Il y a pas de médecins qui aient choisis de faire une activité qui soit 100 % à domicile...Ça peut paraître bizarre dit comme ça mais : on s'affranchit d'un loyer, on s'affranchit d'un secrétariat. En fait, on s'affranchit de quasiment toute charge. En parallèle de ça, on sait qu'aujourd'hui des patients parkinsoniens, des patients qui ont une maladie d'Alzheimer c'est valorisé quand même financièrement. Parce qu'on peut coter des VL "

A noter aussi, suite aux départs en retraite de médecins traitants, la **reprise de suivi de patients complexes** avec des prises en charge parfois différentes des pratiques du médecin interrogé :

- M6 " Une patiente que je suis depuis peu parce qu'elle était suivie par un médecin qui vient de s'arrêter "
- M5 " Les situations gériatriques qui posent problèmes c'est des situations qui ont entraîné "

La problématique du manque de ressources familiales et amicales suite à des **changements de lieux de vie pour la retraite** est citée :

- M5 " Il y a un isolement social parce que c'est une dame qui vient de Paris "

Il peut y avoir des problèmes d'**accès aux hospitalisations directes** du fait d'un manque de lits d'hospitalisation :

- M1 " Avec la fermeture de la gériatrie... Il n'y a plus autant de lit qu'il y en avait quand même "
- M2 " ils m'ont dit bah non on n'a pas de place "
- M4 " Mais là à Challans on est embêté il y a plus de service de gériatrie ! "
- M5 " Donc difficulté déjà pour la faire hospitaliser " " j'étais obligé de faire un envoi aux urgences " " C'est dur d'avoir des entrées directes "
- M9 " il y a avait déjà pas de place en hospit pour les aigus "

La continuité des soins est parfois menacée par un **temps de latence** de réception du **courrier à la sortie d'hospitalisation** :

- M7 " Alors pour le coup il est sorti il y a 10 jours, j'ai toujours pas reçu le compte-rendu "

3. Difficultés liées à la perte d'indépendance et d'autonomie

Bien souvent plus importantes que les difficultés médicales, elles reposent en particulier sur les problématiques en lien avec **les difficultés du maintien à domicile** :

- M2 " le plus compliqué c'est le maintien au domicile difficile "
- M6 " faire tout pour que les gens puissent rester à la maison "
- M7 " difficultés de maintien à domicile "

Liées, en sous-jacent, au **déni de la perte d'autonomie et de la dépendance** :

- M3 " Une difficulté à bouger et puis alors une difficulté à la fois d'ordre... j'ai pas envie que ça aille mal donc j'ai pas envie d'aller consulter. "
- M5 " On est parfois dans le refus de se faire aider, les gens aiment pas qu'on rentre dans leur intimité "

Les désirs d'anticipation du médecin et de la famille se trouvent confrontés à ceux du patient :

- M2 " Il veut pas partir de sa maison mais en scred je l'ai quand même inscrit. J'ai fait un dossier trajectoire au cas où, parce que je sais que ça va recommencer "
- M7 " j'ai reçu d'ailleurs des patients qui ont quitté leur médecin traitant quand il a prononcé le mot EHPAD "

Entrainant par là même une **incapacité à anticiper**, et une gestion dans la précipitation, inconfortable en cas d'événement aigu intercurrent :

- M2 " Il est tombé et puis bah il est aux urgences et il y avait rien en place, voilà" " à chaque fois qu'on nous consulte pour ce genre de problématique, c'est toujours tout au dernier moment dans l'urgence, tout en panique "
- M3 " je trouve qu'on fait beaucoup de choses sur repérer la fragilité " Au fond de moi je suis un peu dans le doute de ça " " Mais en vrai au fond on peut rien mettre en place tant qu'il y a pas un événement déclencheur aigu "
- M7 " depuis 2014 je leur dis que le domicile n'est pas adapté et qu'il va falloir penser à autre chose "
- M5 " Il y avait aucune demande trajectoire, rien qui avait été fait "

Élément de difficulté supplémentaire, il existe régulièrement **des relations complexes avec la famille** :

- M2 " des familles ou des enfants qui n'osent pas " " Et puis sa nièce elle s'en fout. Pas trop de contact non plus "
- M3 " il y avait un frein des autres frères et sœurs "
- M6 " Elle est extrêmement présente. Au point d'être envahissante et intrusive."
- M7 " mais ils ont 5 enfants qui n'ont pas les mêmes avis sur la question "
- M10 " parfois c'est les familles qui peuvent être compliquées je trouve " " c'est quand la personne âgée nous donne un peu ses directives mais parfois ses enfants sont pas spécialement d'accord "

Avec parfois des **attentes irréalistes de la famille** entraînant un **sentiment d'impuissance** chez le médecin :

- M8 " Et là je me fais incendier par le fils comme quoi j'avais rien foutu "
- M9 " Ouais elle attendait un peu de... Beaucoup de baguette magique quoi "
- M11 " Mais c'est vrai que toujours psychologiquement on a toujours l'impression qu'on fait pas le maximum donc il y a toujours quelque chose de miraculeux qui va se faire à l'hôpital " " Je vous passe ma fille qui est à Paris qui nous dit " il faut ", " il n'y a qu'à " "

D. Acteurs de prise en charge gériatrique cités par les médecins traitants

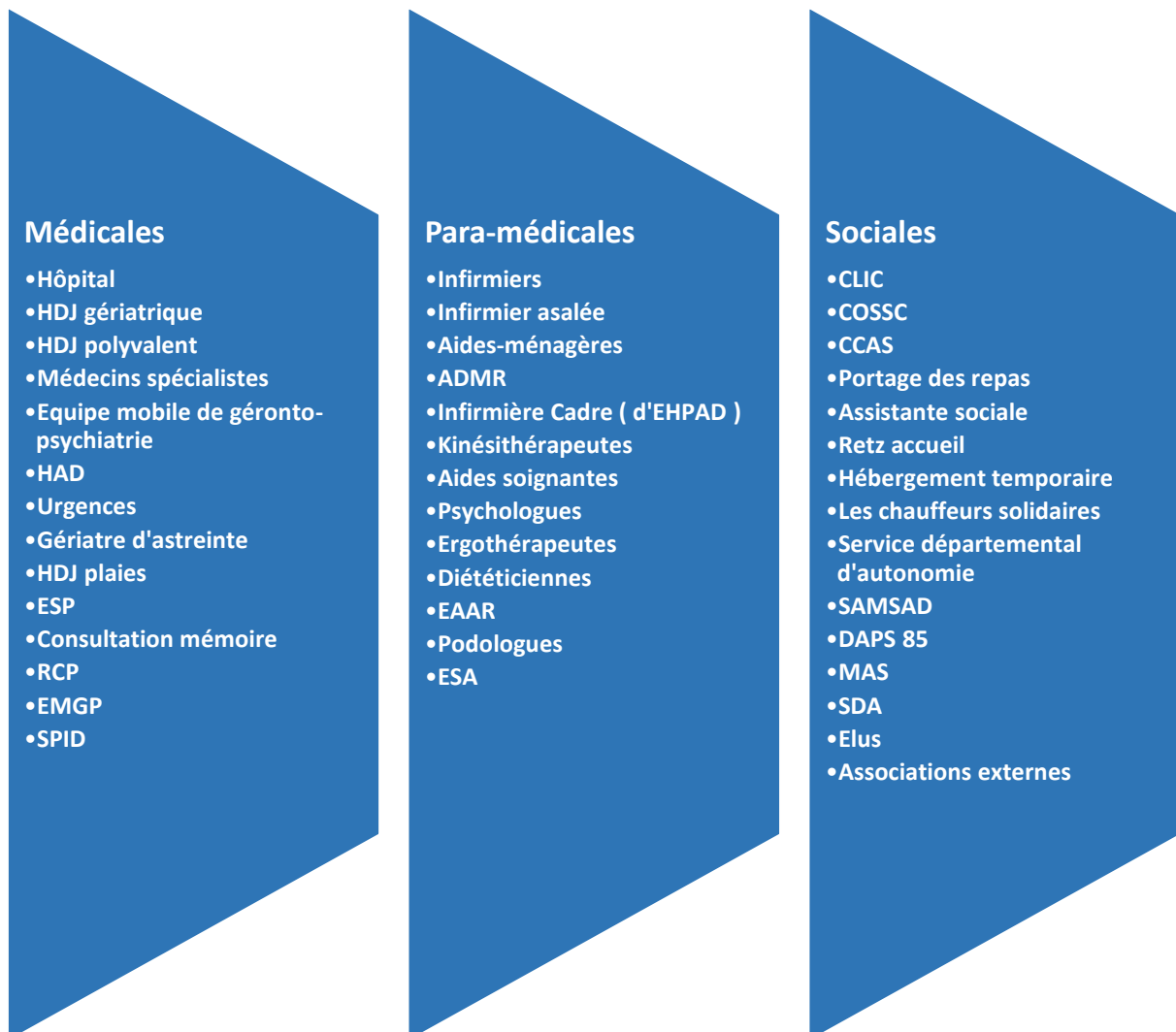


Figure C. Acteurs de prise en charge gériatriques cités par les médecins traitants.

La signification des différents acronymes est disponible dans la liste des abréviations.

On peut remarquer que, si cette liste est relativement exhaustive en recueillant tous les noms cités par les médecins, **le réseau de soins de certains médecins est beaucoup plus développé et organisé**. Avec notamment une volonté de garder un rôle central dans la coordination comme le médecin 1 " Et puis je pense qu'en étant le référent du patient on est sûr de chapoter au mieux sa prise en charge ".

D'autres vont plus facilement faire appel à un autre intervenant ou à un dispositif dédié pour coordonner comme le médecin 2 " En fait j'ai réussi à faire tout ça mais en faisant intervenir le kiné, les infirmières. Alors que je pense que l'équipe mobile de géria aurait carrément pu gérer tout ça. " ou le médecin 11 " quand l'HAD arrive prend en charge. Nous on est un peu exclu souvent. Enfin on est exclus c'est pas le but mais... Enfin moi ça m'arrange hein. Je préfère comme ça ils gèrent bien la personne avec toute sa problématique. "

Les entretiens ont également permis d'obtenir le retour des médecins sur l'Hôpital de Jour gériatrique, unique proposition d'Evaluation Gériatrique Standardisée proposée par le service de gériatre du CHLVO. Nous allons maintenant détailler ces résultats.

E. Collaboration avec l'HDJ gériatrique

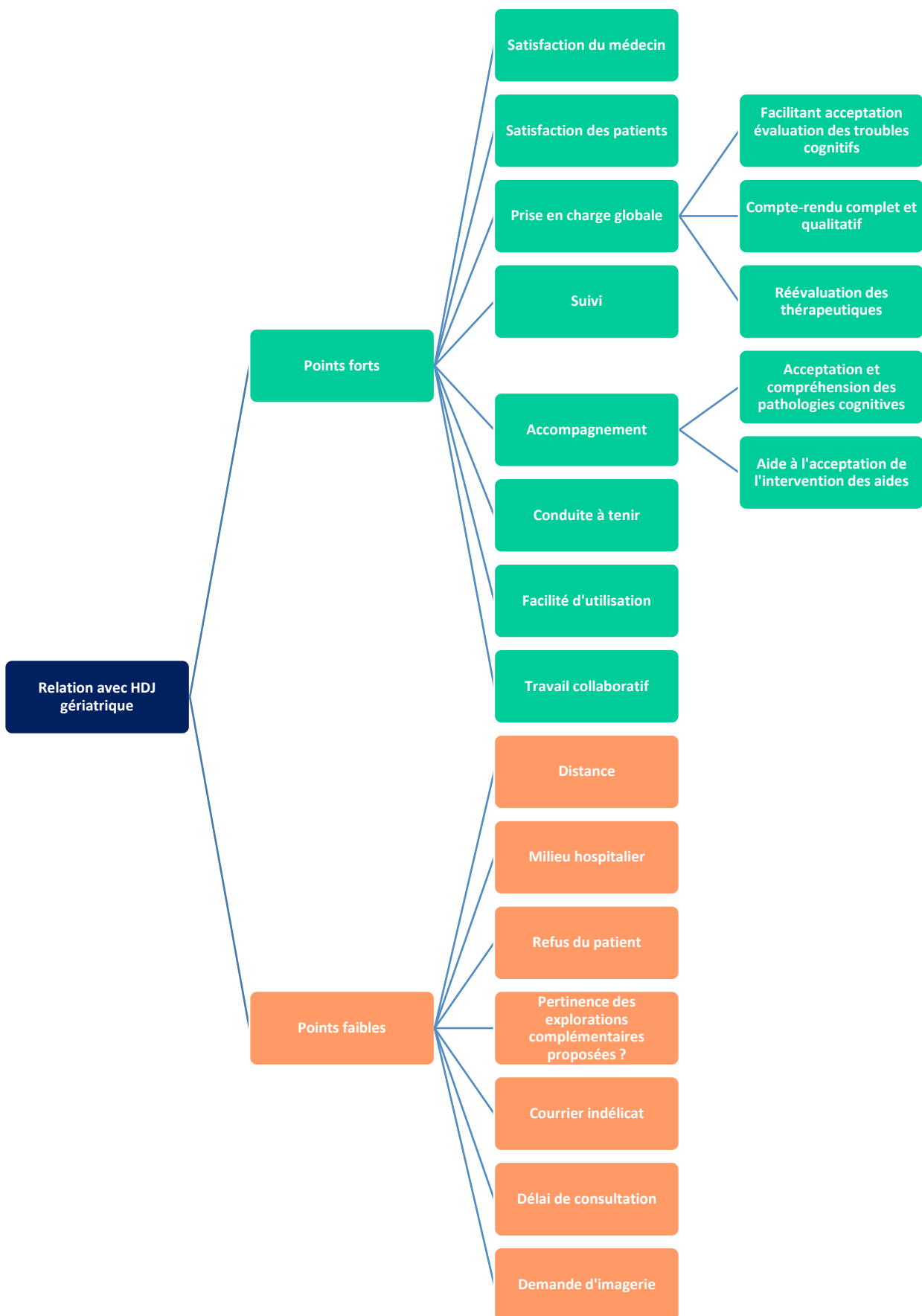


Figure D. Collaboration avec l'HDJ gériatrique

1. Les points forts

Les entretiens mettent en évidence une **satisfaction des médecins traitants** :

- M1 " c'est assez précieux "
- M9 " Moi je trouve ça top sinon. Je trouve ça hyper bien. "

Mais également la **satisfaction des patients** :

- M3 " les patients sont supers contents "
- M10 " un bon retour des familles "

La **prise en charge globale** lors de l'évaluation est valorisée :

- M3 " vous faites un peu le point sur l'ensemble "
- M8 " C'est très bien pour l'évaluation... prise en charge globale qui est géniale " " une évaluation de l'humeur "

Ce qui permet également de **faire accepter plus facilement l'évaluation des troubles cognitifs** :

- M7 " Ca peut permettre de noyer un peu le poisson aussi... On leur dit c'est un bilan complet à votre âge c'est pas mal "

La **réévaluation des thérapeutiques est également appréciée** :

- M8 " ils proposent des choses au niveau du traitement "

Ainsi que des **comptes-rendus complets et qualitatifs** :

- M2 " J'ai eu des comptes-rendus tout ça "
- M6 " A chaque fois c'est très exhaustif et c'est bien dans ce sens-là "
- M8 " y a des comptes-rendus qui sont bien détaillés "

L'un des autres points forts de l'HDJ et d'assurer **un suivi** dans le temps avec une réévaluation :

- M2 " avec un suivi programmé, orthophoniste, le kiné " " Non c'est bien parce que ça rentre dans la boucle comme ça "
- M8 " y'a un suivi "

La prise en charge en HDJ gériatrique permet de réaliser un travail d'**accompagnement** dans **l'acceptation et la compréhension des pathologies cognitives**:

- M3 " Il y a le temps aussi pour les aidants de comprendre un peu ce qu'il se passe "

Et permet parfois de faire **accepter l'intervention des aides à domicile** :

- M9 " nous on y arrive pas, ils veulent pas. Des fois d'avoir l'HDJ bah ça déclenche en fait "

Il propose une **conduite à tenir adaptée aux différentes évolutions possibles** de la situation :

- M3 " Ca fait une espèce de base dans le dossier à laquelle on se réfère et qui est vachement précieuse "

Cet outil est décrit comme **facile d'accès** :

- M7 " Moi je fais plus facilement faire les bilans mémoires en HDJ à Machecoul que sur Challans... Je pense que c'est la simplicité d'accès justement. J'envoie un mail à la secrétaire, elle répond, elle convoque les patients, c'est facile "

Enfin il est perçu comme un travail en **collaboration** avec le travail du médecin traitant et non en remplacement :

- M8 " c'est pas eux et moi chacun de notre côté. C'est on est ensemble sur le même dossier." " s'ils osent pas de me rectifier de me corriger ça sert à rien qu'ils aillent là-bas "
- M10 " Je trouve ça vraiment complémentaire à notre prise en charge "

2. Les points faibles

L'HDJ draine un territoire large et est parfois située à **distance** du logement des patients :

- M1 " Hum la distance pour les patients car ils ont pas toujours des ALD des fois "

Il s'agit d'une prise en charge **en milieu hospitalier** :

- M9 " Des fois de dire on fait une HDJ à l'hôpital ça leur fait peur, c'est l'hôpital "

Parfois les **patients refusent** de s'y rendre ou d'y retourner :

- M7 " les patients, ils peuvent freiner. Il y en a qui résistent un petit peu " " et qui ont des difficultés à retourner faire un suivi "

Il peut parfois y avoir un **doute sur la pertinence des explorations complémentaires proposées** :

- M3 "Souvent à la sortie de l'HDJ, il y a pas mal de consultations avec des spécialistes ou des choses comme ça " " Enfin y'a une petite voix qui me dit est-ce que c'est bien nécessaire ? "

Le ton du courrier peut d'ailleurs être ressenti par certains médecins comme **indélicat** :

- M6 " Mais dans les courriers ça transparait toujours comme si ... ils pensaient qu'on avait rien fait " " peut-être un manque de communication "

Les médecins interrogés trouvent le **délai** d'accès trop long :

- M8 " c'est trop long "
- M10 " demandes longues "

Enfin ils déplorent **la demande d'imagerie** avant la consultation pouvant retarder la date de la consultation et ajoutant une charge de travail supplémentaire :

- M1 " Il y avait cette demande systématique de l'IRM, de l'imagerie " " charge administrative supplémentaire à gérer "
- M9 " il y a une imagerie cérébrale qui est demandée à chaque fois avant "
- M10 " avec l'imagerie cérébrale avant "

F. Missions pressenties de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière

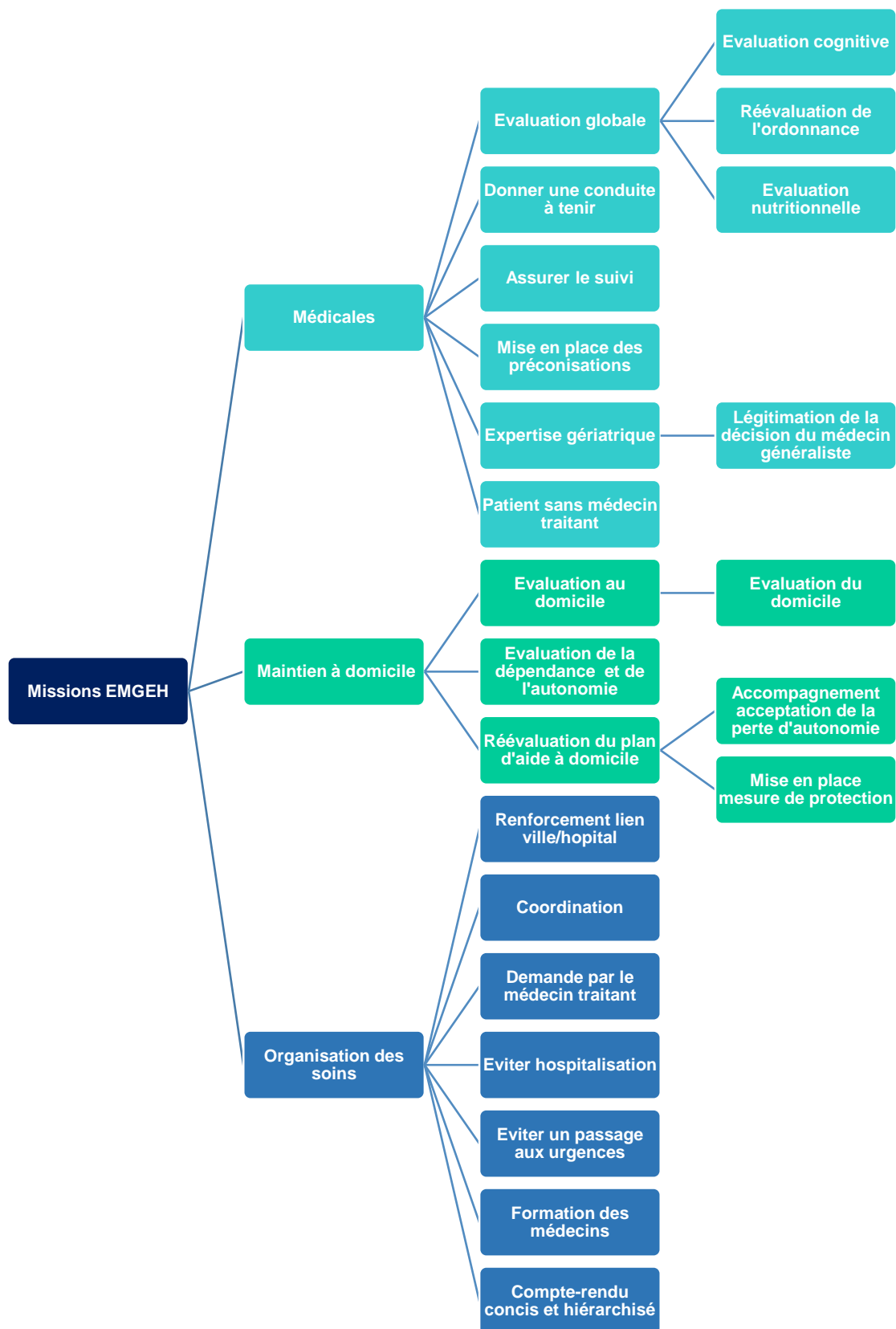


Figure E. Missions pressenties de l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière

1. Missions médicales

Les médecins rencontrés attendent tout d'abord **une évaluation globale** :

- M6 " Évaluation globale de la personne "
- M7 " par plusieurs professionnels "

Comprenant **une évaluation cognitive** :

- M6 " l'évaluation cognitive "
- M9 " une petite HDJ à domicile "

Ainsi qu'**une réévaluation de l'ordonnance** :

- M3 " ce serait plus des corrections de prescription que d'ajouter des choses. " "
Il y a des ordonnances des fois qui font 3 km de long "
- M5 " toutes les choses liées à la iatrogénie " " ce patient il a une statine il a 87 ans il est où l'intérêt "
- M9 " il y a tel traitement et que peut être à cet âge-là ce serait bien de refaire le point "

Et une **évaluation nutritionnelle** :

- M9 " Nutrition un peu mais ça le médecin peut gérer "

Ils attendent également **une proposition de conduite à tenir** en fonction de l'évolution afin de pouvoir s'y référer :

- M2 " et puis les choses qu'on puisse mettre en place " " on me donne les consignes pour la suite "
- M4 " décider des stratégies " " Une conduite à tenir avec des perspectives, je dirais de prise en charge "
- M5 " si ça suffit pas vous pouvez augmenter jusqu'à telle dose "

Il faudra aussi que l'EMGH assure **un suivi** de ses patients, dont les modalités et la fréquence attendues sont différentes en fonction des praticiens :

- M1 " Avoir un suivi supplémentaire. "
- M4 " une réévaluation " " C'est un suivi sur une période courte pour voir si les stratégies de l'équipe s'adaptent "
- M8 " y'a un suivi "

Il serait également bienvenu qu'elle soit actrice en **mettant en place ses préconisations** :

- M1 " Donc des recommandations avec ce qui est secondaire et ce qui est un peu plus essentiel que ce soit directement prescrit et organisé "
- M3 " qu'il faut surtout pas je pense c'est dire. Voilà il faut faire, il n'y a qu'à, il faut qu'on "

Elle aurait pour vocation de réaliser une **expertise gériatrique** :

- M4 " Soit parce que je peux me tromper... Auquel cas ils peuvent corriger et améliorer les choses " " C'est un expert qui nous apporte, je dirais des solutions."
- M11 " Cela nous décharge un peu. Notre responsabilité et notre regard. Car on a un autre regard d'une équipe spécialisée qui nous épaulé ou qui nous dit à la limite, il faut mieux l'hospitaliser. "

Qui pourra permettre la **légitimation de l'avis du médecin généraliste** :

- M4 " Et qu'un deuxième confrère pourrait venir je dirais, avec son expertise, renforcer ma décision. "
- M5 " Avoir un deuxième professionnel qui va dans le même sens "
- M11 " Pour juger une situation et puis aider le médecin " " donc parfois pour avoir un autre œil "

De prendre en charge **les patients sans médecins traitants** :

- M7 " en plus je pense aussi aux patients qui n'ont pas de médecin traitant "

2. Mission de maintien à domicile

Sa principale mission devrait être **le maintien à domicile** :

- M9 " maintenir les patients à domicile le plus longtemps possible quand c'est faisable "

En se déplaçant **Au domicile** :

- M2 " qui se déplace au domicile des gens " " Et c'est plus facile de se projeter quand on se déplace directement sur les lieux et on voit ce qu'il va pas quoi. "
- M3 " fait en fait à la maison "
- M7 " les habitus, le mode de vie et puis des recommandations d'adaptation du domicile "
- M8 " aller à domicile "Waouh" on en prend des informations "
- M10 " se rendre à domicile "

Afin d'**évaluer le domicile** :

- M2 " il y a des marches partout, il y a des tapis partout. Bon ! Ca déjà ça s'en va ! "
- M5 " Avoir un regard sur l'environnement du patient "
- M6 " d'évaluer un petit peu comment ça se passe... Et ça peut être un plus de l'équipe libérale " "Fin même en les connaissant bien ils peuvent nous bluffer un certain temps quand même "
- M7 " parfois on comprend mieux certaines choses quand on intervient à domicile "
- M8 " l'évaluation du logement est-ce qu'il est adapté ? "
- M9 " les locaux en plus qui sont évalués "
- M10 " un peu comme l'HDJ mais ... voir si le domicile convient "

Pour assurer ce maintien l'équipe devra réaliser une **évaluation de la dépendance et de l'autonomie** :

- M2 " évaluer l'autonomie "
- M9 " qu'il faut peut-être réévaluer l'APA "

Avec pour objectifs premièrement **la réévaluation du plan d'aides à domicile** :

- M2 " Que les choses soient mises en place " " Que ses aides soient majorées quoi "
- M4 " le principe c'est que vous êtes un maillon qui permette de faire du domicile et l'hospitalisation en coordonnant en fonction de la situation "
- M5 " réévaluer le plan d'aide à domicile " "qu'on m'oriente sur les aides que je dois demander en plus "
- M9 " Adaptation des aides "

En vue de **l'accompagnement de la perte d'autonomie et d'indépendance** :

- M2 " qui veut pas d'aides pour faire les courses ou pour le ménage "
- M6 " Accompagnement de la personne aussi psychologiquement pour qu'elle chemine sur sa capacité à rester toute seule "
- M9 " quand c'est trop compliqué de leur faire prendre conscience de "

Voire parfois dans les situations les plus précaires **la mise en place de mesure de protection** :

- M6 " L'évaluation d'un besoin de tutelle " " de gestion de rendez-vous "

3. Organisation des soins

Cette équipe aurait vocation à **renforcer le lien entre la ville et l'hôpital** :

- M1 " Sur du lien ville-hôpital " " continuer à mailler le territoire "
- M3 " il y a ça aussi dans la mobilité je trouve qui est intéressant... plus on a l'habitude de travailler ensemble, plus nos demandes sont pertinentes "

Mais aussi de renforcer le lien entre les différents intervenants gériatriques afin de les **coordonner** :

- M2 " En fait j'ai réussi à faire tout ça mais en faisant intervenir le kiné, les infirmières. Alors que je pense que l'équipe mobile de géria aurait carrément pu gérer tout ça. " " Sans que j'ai à appeler partout. Bien simplifier les choses. "
- M4 " un médecin gériatre ayant des fonctions de coordination "
- M10 " Coordonner à la maison "

Elle serait sollicitée **par le médecin traitant** :

- M2 " Chez qui on a demandé un avis "

En **évitant les hospitalisations** dans la mesure du possible :

- M2 " Ce serait pour éviter justement qu'il y ait des crises aiguës comme ça "
- M6 " Ca limiterait les hospitalisations " " une hospitalisation puis finalement ... ça finit que le retour à domicile devient impossible "

Mais également en **évitant un passage aux urgences** en faisant le lien avec les services hospitaliers :

- M4 " Favoriser l'hospitalisation directe " " Vous êtes un maillon qui permet éventuellement de shunter de principe le passage aux urgences "

Avec un volet aussi de **formation des médecins** :

- M3 " On apprendrait plein de trucs "
- M5 " je pense c'est important de faire venir des intervenants extérieurs sur sa pratique "

Il y aura besoin de **comptes rendus concis et hiérarchisés** :

- M1 " Encore une fois, il y a la difficulté pour le patient. Si on prescrit trop de chose d'un coup il va s'y perdre "
- M2 " Que j'ai un petit compte-rendu "
- M4 " l'équipe mobile de gériatrie est là pour un moment poser un diagnostic. ""
- M7 " une petite synthèse médicale "

Enfin L'ensemble de ces missions aurait pour seul objectif de **préserver la qualité de vie du patient** :

- M6 " améliorer la qualité de vie des gens "
- M10 " que le patient reste à domicile dans les meilleures conditions le plus longtemps possible "

G. Situations d'intervention pressenties de l'EMGEH

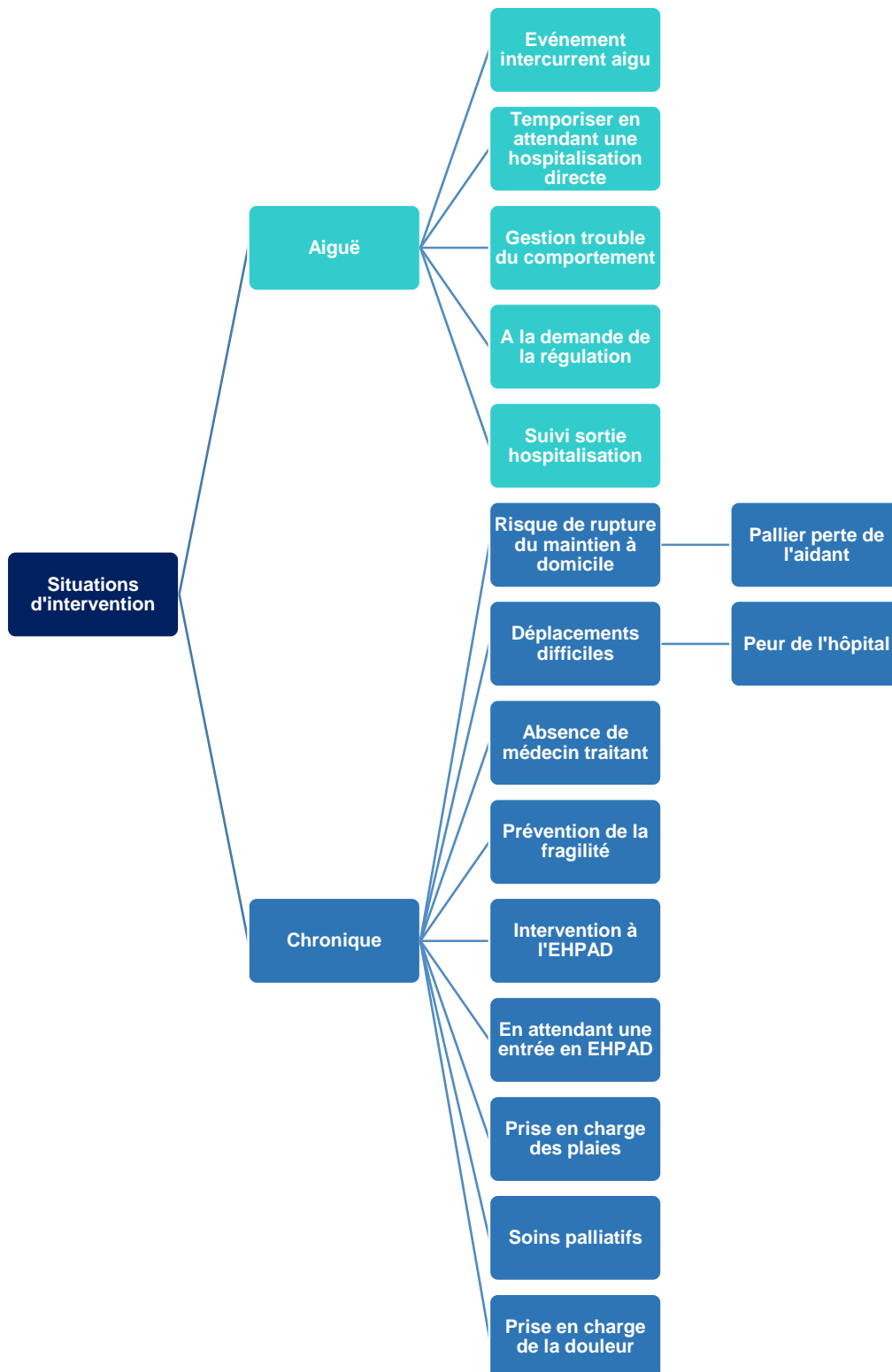


Figure F. Situations d'intervention pressenties de l'EMGEH

1. Les situations aiguës

Tout d'abord, l'intervention de l'équipe serait sollicitée lorsque se présente un **événement aigu intercurrent** somatique :

- M6 " Est-ce que ça peut s'appliquer à l'aigu ? "
- M4 " une situation aiguë ou une situation chronique qui se gangrénise "
- M7 " parfois quand on sait qu'il n'y a plus de lit à l'hôpital... et qu'on a des patients qui sont limités... Ca pourrait être pas mal du coup en urgence "
- M8 " ouais je dirais plus quand ça va mal "
- M10 " C'est le patient qui est limité à hospitaliser mais c'est pas son souhait et on tente un épisode aigu à la maison "

Elle pourrait permettre de **temporiser en attendant une hospitalisation directe** :

- M4 " Mais si l'hospitalisation ne vient pas, peut-être que vous pouvez venir entre deux pour ... "
- M11 " Si c'est comment dire pré-hospitalier parce qu'on va dire que la situation est un peu délicate. " " Et me dire tiens on se donne trois jours, et puis après on prévoit un lit. "

Elle devrait intervenir également sur la **gestion des troubles du comportement** :

- M1 " les troubles cognitifs marqués avec des troubles du comportement "
- M5 " démence évoluée " " quelqu'un qui serait violent envers sa femme "

L'intervention pourrait également être **demandée par les médecins régulateurs** du SAMU:

- M7 " Puisque je fais de la régulation médicale aussi, et là c'est vrai quand on n'a pas de médecin traitant, on sait qu'ils verront personne le lendemain "

Et aussi en sortie **d'hospitalisation sur des situations précaires** :

- M1 " des patients qui sont ressortis peut-être éventuellement plus précocement."

2. Les situations chroniques

Il s'agit des situations de **risque de rupture du maintien à domicile** sans complication aiguë actuelle, mais avec une inquiétude sur l'imminence potentielle de celle-ci :

- M2 " le maintien à domicile difficile "
- M4 " un maintien à domicile, je dirais dans une situation dramatique "
- M5 " problème de maintien à domicile "
- M6 " Le souhait de maintien à domicile et comment on peut le maintenir "
- M7 " dans les maintiens à domicile précaires "
- M8 " quand je commence à avoir des signes d'alerte familiaux "

Pouvant être en lien avec **la modification de l'étayage proche, notamment dans le cas de la perte d'un aidant** :

- M9 " un couple où il y a un aidant et une personne plus dépendante et que l'aidant a un problème "

Chez des patients qui **ne peuvent pas se déplacer facilement** dans certaines situations :

- M1 " des problématiques d'accessibilité aux soins "
- M3 " le seul truc qu'on a vraiment un peu de mal c'est les motiver à aller à Machecoul " " ça modifie moins leurs habitudes. Ça leur fera forcément plus adhérer au truc en fait. "
- M9 " Parce que venir en consultation c'est difficile "

Parfois du fait **d'une peur de l'hôpital** :

- M11 " Et l'hôpital souvent ils ne veulent pas. Certains ne veulent pas. Les personnes âgées ils(sic) veulent pas, ils veulent rester chez eux. "

Ou pris en charge uniquement en cas d'événements aigus, du fait de **l'absence de médecin traitant** :

- M4 " qu'il y a pas forcément de médecin traitant "

L'équipe devrait également intervenir dans les situations **de fragilité** afin de la prévenir :

- M1 " sur des situations où on n'est pas encore au problème de maintien à domicile mais on voit les choses poindre. " " Je pense que ce n'est pas la place quand il y a besoin d'un hospitalisation ou d'un placement structure, je pense qu'on n'est plus dans la prévention et on est trop tard "
- M2 " Avant que l'on vienne me dire " papy il est tombé " "
- M3 " Une fois que ça commence un peu à partir en sucette. Dans cette phase grise entre les deux. "
- M4 " l'équipe mobile de gériatrie pourrait intervenir en amont afin d'éviter qu'il y ait cette fameuse gangrénisation "
- M10 " Préventive un peu plus comme l'équipe mobile hospitalière "

Elle pourrait être sollicitée pour les patients **résident en EHPAD** :

- M3 " avoir des avis gériatriques en EHPAD "
- M4 " C'est souvent quand on a des problèmes difficiles en EHPAD "

Ainsi que sécuriser le maintien à domicile en **attendant une entrée en EHPAD** :

- M3 " cette pré institutionnalisation quand c'est décrété qu'il faut et que du coup il faut attendre "

L'équipe pourrait prendre en charge **des plaies chroniques** :

- M6 " les plaies pourquoi pas "
- M8 " des plaies chroniques "

S'occuperait de situation **de soins palliatifs** :

- M6 " les accompagnements de fin de vie "
- M9 " à avoir des prises en charge un peu soins pall ? "

Enfin aurait un rôle dans la **prise en charge de la douleur** :

- M10 " ça peut être un peu gestion de la douleur "

H. Propositions concrètes sur la mise en œuvre de la collaboration avec l'EMGEH

1. Avis favorable sur la création de l'équipe

Tous les médecins sont favorables à la création de l'équipe.

- M11 " Ah ça peut être que positif. Une bonne équipe mobile gériatrique, ça peut être que positif. "

Ils justifient son intérêt notamment par **le vieillissement démographique** de la population.

- M5 " la pyramide des âges fait que ça va être la problématique numéro 1 dans les 15 prochaines années "
- M11 " Et encore plus dans notre secteur, il y a beaucoup de personnes âgées. Aux Sables-d'Olonne 70% de personnes âgées. Ça doit être pareil à Saint-Hilaire. "

2. Composition idéale de l'EMGEH

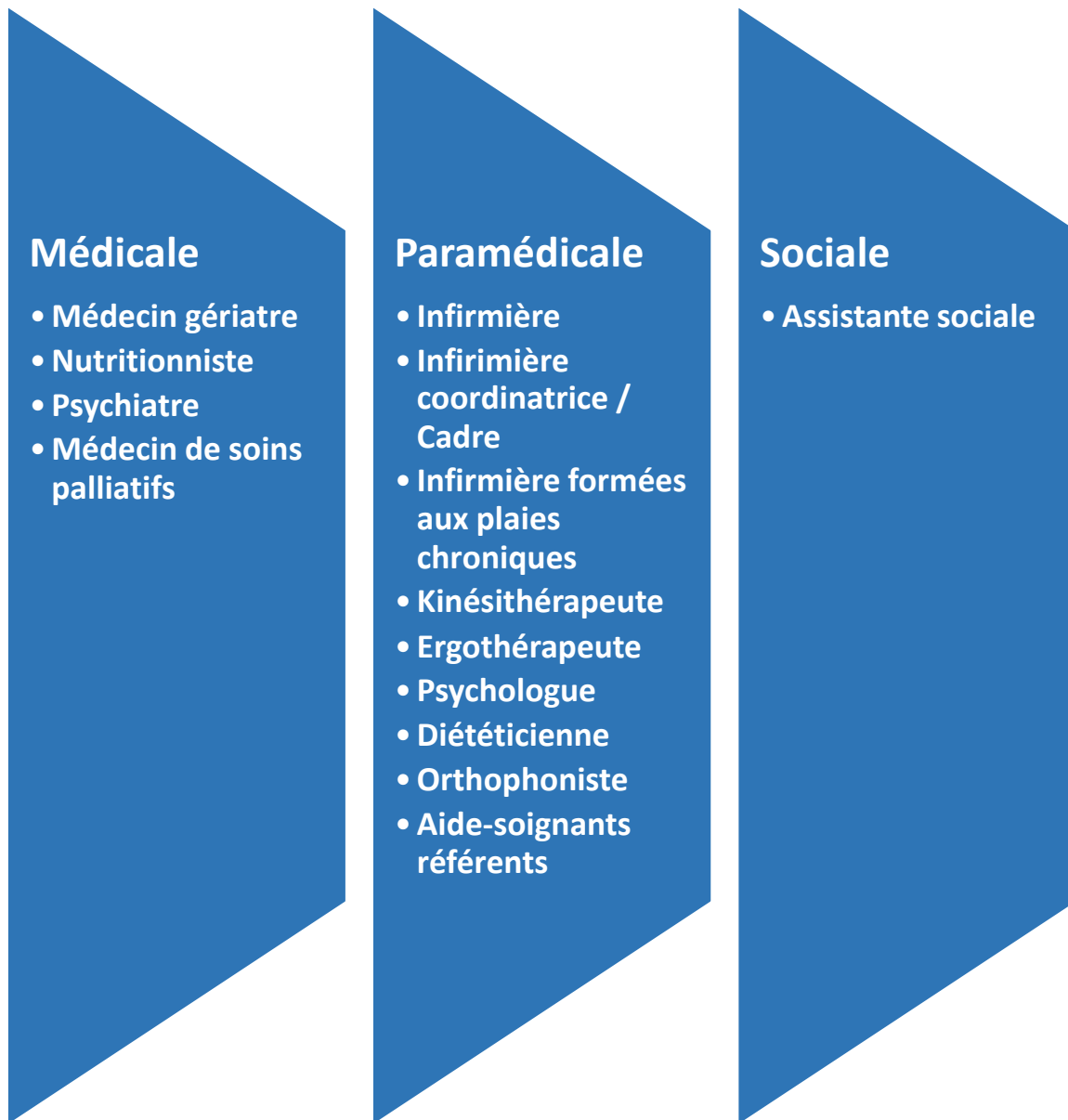


Figure G. Composition idéale de l'EMGEH

On peut voir de nombreux intervenants proposés par les différents médecins, toutefois la plupart ont essayé de conscrire à un noyau dur ou essentiel dans lequel revenaient **le médecin et l'infirmière avec un rôle de coordination**.

- M11 " Bon un médecin, une infirmière ça fait souvent, voilà c'est un bon duo "

Certains gardent d'ailleurs en tête qu'il **existe déjà d'autres équipes** pouvant également intervenir dans certaines situations.

- M3 " Après je sais pas à quel point ça peut entrer en collision aussi avec l'EAAR "

Derrière la multiplicité des intervenants cités on retrouve la nécessité d'une **prise en charge multidisciplinaire**.

3. Sollicitation du dispositif par un autre soignant que le médecin traitant

Tous les médecins se sont montrés **enthousiastes** à la possibilité que l'équipe soit **demandée par un autre intervenant**.

- M5 " Oui complètement " " Ouais un infirmier est tout aussi apte à solliciter une équipe mobile de gériatrie qu'un médecin généraliste "

Avec toutefois la nécessité de respect d'une certaine **diplomatie**

- M11 " si l'infirmière appelle les soins gériatriques, c'est-à-dire qu'elle nous court-circuite un petit peu. Inconsciemment, l'air de dire le médecin il patauge. "

Et surtout d'en être **informé à l'avance** et de pouvoir envoyer les documents nécessaires.

- M1 " Ça peut aussi valoir le coup, on en profite pour faire un courrier expliquant, ou tenter de prévenir l'équipe pour faire un complément d'information sur la situation "

4. Modalités de communication

c) la demande d'intervention

Les médecins souhaitent unanimement pouvoir contacter l'équipe par **téléphone et par mail**. Et ce afin de s'adapter à **la singularité de chaque situation**

- M1 " Mais avoir un formulaire en ligne ou après faut savoir ce qui peut être mis en place mais je dirais le téléphone où j'aime bien pouvoir discuter des fois où on peut avoir plus d'éléments que sur un document à compléter mais je peux comprendre qu'il y ait besoin de traçabilité. "

Beaucoup font également remonter l'intérêt d'un **formulaire** afin de ne pas oublier d'informations lors de la demande, comme peut le faire l'équipe de géro-psycho-geriatrie.

- M4 " Formulaire mais plutôt en ligne "
- M9 " Mail ou téléphone. Après mail avoir un petit formulaire à remplir "

Les médecins soulignent la nécessité de **diffuser les situations d'interventions de l'équipe** afin que les médecins puissent savoir quand y faire appel.

- M7 " il faudrait qu'on ait des critères d'intervention pour savoir quand y faire appel " " ouais un mail ou un dépliant "

d) Les résultats de l'intervention et conduites à tenir proposés

La plupart des médecins souhaite recevoir **un mail ou un appel téléphonique** en fonction de la situation.

- M1 " Un coup de fil du gériatre ou de l'infirmière coordinatrice s'il y a des choses qui sont plus à risque "
- M2 " Ou un mail en fait je fonctionne beaucoup avec les mails "

D'autres suggéraient des retours plus originaux.

- M8 " Ca peut être un rendez-vous de 15 minutes en visio "

Ils sont également favorables à ce que les prescriptions soient réalisées par l'EMGEH, mais dans ce cas de le faire savoir au médecin traitant.

- M10 " Après ça me choque pas que la prescription soit faite "

Enfin si une des médecins ne pensait pas pouvoir être présente lors de l'intervention elle met en avant l'apport d'**un entretien de vive voix**.

- M10 " Donc être présente de l'évaluation pas spécialement mais avoir un échange direct pour la restitution dans l'idéal "

5. Intervention en présence du médecin traitant

Sur cette questions les avis sont partagés. Ceux qui s'y opposent mettent en avant l'impossibilité du fait **du temps** nécessaire pour y participer.

- M11 " Car probablement, nous on ne sera pas là avec vous, parce que, ce n'est pas possible "

Ceux qui y sont favorables le sont dans un but **de formation et de travail collaboratif**.

- M3 " Plus vous nous accompagnez en fait, plus nous on gagne en compétences et en autonomie. "
- M3 " C'est-à-dire que plus on se connaît, plus on a l'habitude de travailler ensemble "

Les médecins qui souhaiteraient être présents reconnaissent tous la nécessité d'être prévenus au moins 2 à 3 semaines à l'avance.

- M3 " que ce soit prévu 15 jours à 3 semaines à l'avance "

6. Les freins potentiels à l'utilisation du dispositif

Certains éléments pourraient freiner les médecins à utiliser cette équipe tel que le **décal d'intervention** :

- M2 " bah si j'ai pas de réponse à mes questions rapidement quoi. Si c'est pas réactif. "
- M11 " Si l'équipe mobile n'est pas très réactif. A un moment donné on va se dire... pfff à quoi bon parce que je vous appelle mais j'ai géré avant. "

Le manque de communication :

- M1 " s'il y a un manque de retour d'information " " C'est sûr que si effectivement l'équipe passe mais on sait pas ce qui a été fait "
- M8 " Faut que ce soit réactif au niveau des courriers "

Une mauvaise entente entre l'équipe et les médecins :

- M11 " S'ils sont désagréables avec nous. " " L'équipe mobile doit quand même être diplomate. " " Oh bah avec cette dose-là vous risquez pas de vous réveiller. Vous êtes complètement endormie, vous êtes tombées à cause de ça. "

Le refus des patients :

- M6 " Le refus des patients bien évidemment "

Des désaccords de prise en charge :

- M10 " si j'étais vraiment en désaccord sur la prise en charge "

L'absence de critère d'intervention :

- M7 " De pas bien délimiter les champs d'action "
- M8 " faire des réunions d'information pour qu'on sache vraiment quel rôle ils ont "

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de notre étude

1. Points forts

L'évaluation des besoins des médecins généralistes avant la mise en place d'une EMGEH avait été très peu réalisée. Il était donc intéressant d'évaluer sur le territoire d'intervention de l'équipe les attentes de ces derniers. De plus cela a permis de faire connaître la naissance de cette équipe aux médecins intéressés ainsi qu'à ceux présents sur la liste de diffusion de la CPTS Loire-Vendée-Océan.

Cette étude a été menée sur un échantillon hétérogène varié avec des médecins d'âges différents exerçant dans des conditions distinctes et des zones d'activités multiples, limitant le risque de biais de sélection pour ce type d'analyse.

Les entretiens ont été réalisés sur un temps dédié afin que les médecins puissent y consacrer tout le temps nécessaire.

La saturation des données a été obtenue après le neuvième entretien. Il a été décidé de réaliser deux entretiens supplémentaires.

Le choix des entretiens individuels a favorisé la révélation d'opinions plus personnelles et permis un recueil le plus exhaustif possible des attentes des médecins généralistes.

2. Points faibles

L'investigateur était novice en analyse qualitative. De plus il était assimilé à l'hôpital de Machecoul et à l'équipe mobile ayant pu induire des réponses orientées et donc un biais d'investigation.

Les entretiens ont eu lieu pour la plupart au cabinet des médecins en milieu non neutre. Trois entretiens ont eu lieu au domicile des médecins.

La plupart des médecins ont été recrutés par la liste de diffusion de la CPTS. Ceux y ayant répondu ont probablement plus d'affinités pour ce sujet ce qui a pu engendrer un biais de sélection.

B. Attentes des médecins généralistes de la CPTS LVO

L'objectif principal de cette étude était d'adapter au mieux les interventions de l'équipe mobile aux attentes et difficultés des médecins généralistes qui en seront les principaux sollicités. Pour cela nous avons analysé leurs souhaits sur les situations précises d'intervention de l'EMG extra hospitalière, ses modalités de communication et la délimitation de son champ d'action au sein du réseau de soins existant.

1. Situations d'intervention

Certains médecins ont évoqué des situations d'intervention que nous n'avions pas recensées initialement et qui pourraient correspondre aux attributions de l'EMGEH, comme l'intervention en sortie d'hospitalisation, une intervention à la demande de la régulation du SAMU ou bien une intervention en EHPAD.

Afin de réduire le risque de réhospitalisation la HAS (24) recommande de mettre en place un plan personnalisé de santé à la suite d'une hospitalisation, avec un suivi au minimum sur 30 jours effectué par le médecin traitant, une infirmière en pratiques avancées ou une équipe mobile de gériatrie. Toujours selon ce document, ce suivi doit reposer sur des visites régulières à domicile et ce dès la première semaine du retour à domicile. En sortie d'hospitalisation du CHLVO, une réévaluation en HDJ est souvent proposée mais avec des délais de 4 à 6 mois. Il existe par ailleurs l'EAAR mais qui ne dispose pas de ressources médicales ou infirmières. Ainsi une évaluation par l'EMGEH en sortie d'hospitalisation peut se révéler pertinente et nous avons décidé de l'ajouter dans ses situations d'intervention. Les autres travaux de recherche portant sur les EMGEH cités dans cette étude ne proposent pas une telle attribution. (10,15–21)

Les situations d'intervention initiales de l'EMGEH de la CPTS LVO seront par conséquent :

- Réalisation d'une EGS afin d'établir un plan de soins adapté dans les situations à risque de rupture du maintien à domicile.

- Réalisation d'une EGS programmée à la demande du médecin traitant ou d'un autre soignant, après dépistage de la fragilité.

- Intervention sur des situations aiguës ne relevant pas d'une prise en charge somatique urgente ou nécessitant une hospitalisation.

-Évaluation en sortie d'hospitalisation à la demande du médecin hospitalier ou du médecin traitant, sur des situations semblant impliquer un risque potentiel pour le patient. Par exemple un risque de chute ou une mise en danger du fait de troubles cognitifs, ou encore un patient isolé socialement.

2. Modalités de fonctionnement et de communication

Après analyse des attentes, ainsi que du vécu par rapport à l'HDJ, les points-clés cités pour un fonctionnement optimal de cette équipe sont :

- Des missions clairement déterminées afin que les soignants sachent quand y faire appel.
- Une campagne de communication suffisante pour informer les soignants de l'existence d'une telle proposition de soins.
- Un besoin de réactivité dans la réponse et dans l'intervention à la suite de la demande. La plupart des médecins interrogés évoquent un délai d'intervention compris entre deux semaines et un mois pour les situations non urgentes, une intervention dans un délai de 48 heures maximum pour les situations nécessitant une prise en charge rapide.
- Une coordination efficace entre les différents acteurs de soins, en contactant les différents intervenants nécessaires à la prise en charge, et en le notifiant au médecin traitant.
- Une hiérarchisation des différentes préconisations par degré d'urgence, afin de proposer une conduite à tenir structurée.
- Une adaptation aux pratiques et attentes différentes des médecins, prenant ainsi en compte la singularité de chaque situation. Si les modalités de sollicitations de l'équipe doivent être très claires et standardisées, les modalités d'intervention et le degré de coordination avec le médecin traitant doivent être définis conjointement avant l'intervention.

Deux éléments clés que nous n'avions pas anticipés sont particulièrement ressortis des entretiens comme points centraux de la collaboration :

- L'importance de faire attention à la communication, que ce soit à travers les comptes-rendus ou bien à l'oral afin de toujours rester diplomate et confraternel.
- Le fait de devoir s'adapter à chaque situation singulière à la fois du fait du patient mais aussi en rapport avec son médecin traitant, notamment sur le souhait du praticien d'être présent ou non lors de l'intervention, et surtout sur la communication directe des conclusions de l'équipe souhaitée par beaucoup de médecins. Afin de faciliter celle-ci, des plages horaires de l'emploi du temps de l'EMGEH pourraient être dédiées aux comptes rendus oraux de gériatre à médecin traitant ; ces créneaux pourraient être proposés via un logiciel adapté. Cela corrobore les résultats de cette étude (25) réalisée à Grenoble pour évaluer le suivi des recommandations d'une EMG intra-hospitalière. Elle conclut qu'une communication à la fois orale et écrite des recommandations favorise leur application.

Seulement deux autres études portant sur les difficultés et attentes des médecins généralistes avant la création d'une EMGEH ont été retrouvées. Une première étude (10) réalisée dans les territoires Annecien, Roannais et Grenoblois consistait en une enquête en deux parties : un questionnaire à choix multiples, sur les difficultés des prises en charge gériatriques, et un questionnaire à questions ouvertes sur les attentes vis-à-vis d'une EMGEH. Les difficultés retrouvées étaient la prise en charge des troubles comportementaux, des difficultés relationnelles avec la famille, en lien également avec le caractère chronophage des prises en charge, et un manque de valorisation financière. Les attentes vis-à-vis d'une EMGEH étaient une évaluation gériatrique externe permettant d'avoir un deuxième avis médical, une aide à la prise en charge sociale mais aussi à la coordination du parcours de soin, et enfin l'opportunité d'un temps d'échange pluriprofessionnel.

Une deuxième étude, réalisée dans le Loir-et-Cher (19), reposait sur une méthodologie d'entretiens en focus group. Ses résultats concordent avec ceux de notre étude. En effet, concernant les difficultés de la prise en charge gériatrique, on retrouve une difficulté des médecins à instaurer des aides à domiciles, liée à une

difficulté d'acceptation de la perte d'autonomie et d'indépendance par les patients. Concernant les attentes vis-à-vis de l'équipe, sa réactivité ressort comme une des qualités nécessaires. On retrouve également une attente d'intervention sur des situations aiguës, dans la prise en charge palliative ou de la douleur.

Les attentes vis-à-vis d'une équipe mobile extra hospitalière gériatrique semblent donc globalement similaires sur d'autres territoires de soins.

C. Difficultés des prises en charge gériatriques en soins primaires

1. Organisation des soins

a) Identification de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients âgés

Notre première réflexion concerne l'identification des acteurs du parcours de soins gériatriques sur le territoire CPTS LVO. On remarque que, si de nombreuses personnes-ressources ont été citées, plusieurs médecins ont expliqué avoir connaissance du nom de certains dispositifs, sans en connaître le rôle précis. Bien qu'il existe un dépliant en ligne (26) recensant les ressources gériatriques du territoire, les médecins le connaissent-ils ? Par ailleurs, on pourrait imaginer un logiciel de recherche basé sur un sommaire par questions précises, renvoyant aux intervenants compétents pour renseigner ou intervenir sur ce point, facilitant ainsi le travail du médecin traitant. De plus, les médecins ont souvent évoqué la prise en charge palliative et la prise en charge des plaies dans les rôles de l'EMGEH. Ces missions ne lui seront pas attribuées, car il existe déjà sur notre territoire une équipe mobile de soins palliatifs, une HDJ plaie ainsi que l'Hôpital à Domicile. Cela reflète une certaine méconnaissance des dispositifs déjà présents et la nécessité d'amplifier la communication à leur sujet.

Enfin on peut voir que le milieu associatif est cité une seule fois par une des médecins traitants. Elle a évoqué le système des chauffeurs solidaires permettant de véhiculer les personnes ne disposant pas de moyens de transport personnel. La citation de cette unique association souligne l'importance des difficultés de prise en charge/maintien à domicile liées aux limitations de mobilité des patients âgés. D'autres

associations comme France Alzheimer (27), apportant de l'aide notamment pour les aidants, ne sont pas citées. L'EMGEH pourrait aider à faire connaître et mettre en relation ces différents intervenants.

b) Difficultés d'orientation et de suivi soutenu à court terme pour les situations somatiques aiguës

Notre deuxième réflexion concerne les situations risquant de précipiter un passage aux urgences ou une hospitalisation. Les médecins traitants attendent une intervention rapide à domicile dans le cas de syndromes gériatriques décompensés. Cependant plusieurs médecins ont évoqué l'intervention de l'EMGEH pour des interventions rapides sur des prises en charges somatiques aiguës, par exemple infectieuses. Ces situations n'ont pas été retenues dans les attributions de l'EMGEH, car son évaluation n'apportera pas de plus-value par rapport à celle du médecin généraliste. Cela souligne cependant l'une des difficultés les plus rencontrées par les médecins traitants : la prise en charge aiguë de leurs patients gériatriques. Les obstacles rencontrés sont le manque de lits d'hospitalisation avec les difficultés d'obtenir des entrées directes qui en découlent, mais également le manque de médecins traitants sur le territoire. Pour essayer de remédier à cela, la CPTS LVO a mis en place une consultation SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée) dans les locaux de l'hôpital de Challans afin de prendre en charge les patients sans médecins traitants. La CPTS a également mis en place un système de continuité des soins, avec des créneaux de consultations de médecins volontaires mis à disposition de la régulation du SAMU.

c) Organisation de la prise en charge des troubles de la marche et de l'équilibre

Enfin on constate que, si les chutes sont bien citées comme spécificités de la personne âgée, aucun des médecins n'évoquent spontanément la collaboration avec les rééducateurs dans un but de prévention primaire ; en termes de prévention secondaire, les collaborateurs cités sont les kinésithérapeutes, ainsi que l'EAAR et l'ESA pour analyse du domicile par les ergothérapeutes. Les médecins ne mentionnent pas clairement la nécessité d'un bilan des troubles de la marche et de l'équilibre, ni le

rôle de réhabilitation motrice des ergothérapeutes. Une méta-analyse de 2023 publiée dans la Cochrane Library (28) tout comme un article de 2016 des Pr Bonnefoy et Pr Berrut (29) montrent l'importance des dispositifs de prises en charge de la perte de mobilité des personnes âgées afin de prévenir la perte d'autonomie. Aucune étude n'avait été réalisée en France sur l'évaluation d'un tel dispositif, c'est pourquoi l'étude PRISME-3P a été débutée à Lyon, mais ses résultats ne sont pas encore disponibles. Elle consiste en un essai comparatif entre des patients de ville de plus de 70 ans avec un SPPB (Short Physical Performance Battery) < 10 dont certains bénéficieront d'une prise en charge multimodale et les autres d'une prise en charge standard. (29)

Sur le territoire de la CPTS, les bilans de la marche et de l'équilibre peuvent être réalisés en HDJ gériatrique au CHVLO, mais également par des kinésithérapeutes et dans des cabinets d'ergothérapie privée. Un nouveau dispositif mis en place par la MSP de Sallertaine, porté par les enseignants en APA (Activités physiques adaptées), conjointement à deux associations sportives, le CDOS 85 (Comité Départemental Olympique et Sportif de la Vendée) et l'UFOLEP (Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique) permet de réaliser un bilan individuel, puis des séances collectives ont lieu dans une salle de sport. D'autres initiatives dans le département menées par le CDOS 85 (30) ont pour but de développer l'activité physique sur le territoire vendéen et notamment auprès des seniors. Le CDOS 85 a été reconnu Maison Sport Santé (31) avec pour objectif de sensibiliser, d'informer et de conseiller sur les bénéfices d'une activité physique et sportive. Pour cela il prévoit de développer des antennes dans 19 établissements publics de coopérations intercommunales de Vendée afin d'être facilement accessible pour tous. Il prévoit également de mener des actions dans les EHPAD en collaboration avec les mairies.

Nous n'avons pas retrouvé d'études portant sur la connaissance et l'utilisation des ressources de rééducation et de prévention des troubles de la marche et de l'équilibre des médecins traitants sur notre territoire. Nous ignorons si les médecins de la CPTS LVO ont connaissance des dispositifs diagnostiques, rééducatifs, et de maintien d'une activité physique adaptée disponibles. De plus La rareté des ressources en kinésithérapie, soit 151 kinésithérapeutes pour 134 642 habitants (22), pouvant parfois entraîner des délais de plusieurs mois, la nécessité fréquente pour les patients de se déplacer vers les rééducateurs, et les délais de l'HDJ gériatrique de 4 à 6 mois peuvent également constituer des freins à leurs sollicitations.

Une thèse (32) étudiant le dispositif Equibr'Age (séances de kinésithérapie de groupe) à Auray révélait ainsi que la difficulté de déplacement des personnes âgées sur le lieu de l'atelier constituait le plus gros frein d'accès à ce dispositif. L'ignorance de l'existence du dispositif était également citée. Nous ignorons par ailleurs si une méconnaissance de certains éléments clefs du bilan de chute, et de l'étendue du champ d'activité des différents métiers de la rééducation peuvent être incriminées. Par exemple, le rôle d'analyse du domicile par l'ergothérapeute de l'EAAR ou de l'ESA a été cité, mais pas son rôle de réhabilitation motrice ; nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux sur la collaboration entre médecins généralistes et ergothérapeutes permettant d'approfondir nos hypothèses sur ce point.

Il serait intéressant de réaliser un travail spécifique sur la prise en charge des troubles de l'équilibre et de la marche sur notre territoire de soins, afin de mettre en évidence des pistes d'amélioration.

2. Anticipation de la perte d'indépendance et d'autonomie

a) Dépistage de la fragilité en soins primaires

La prévention était également citée dans les attentes vis-à-vis de l'EMGEH. La vision gériatrique de la prévention, portée par le dépistage de la fragilité, ne semble pas toujours correspondre à celle des médecins traitants, puisque la fragilité citée par les médecins interrogés recouvre des situations très différentes. Certains désignent en fait par la prévention, la prévention des complications des syndromes gériatriques installés avec une dépendance ou perte d'autonomie déjà présente. On retrouve dans la littérature deux propositions de définitions de la fragilité. Tout d'abord la vision de Linda Fried (33), selon laquelle il s'agit d'un syndrome gériatrique dépendant de 5 caractéristiques physiques des individus. Ensuite celle de Rockwood (34) regroupant 70 indicateurs physiques, psychiques et sociaux.

Un modèle de représentation de « cascade gériatrique » communément admis en gériatrie est celui du 1+2+3 de Bouchon. (35) Il permet d'illustrer de manière pratique les effets de la diminution de réserve fonctionnelle d'un organe du fait du vieillissement physiologique, potentiellement associés à des pathologies chroniques, pouvant altérer les fonctions d'organe jusqu'à un seuil d'insuffisance, si non traitées. La survenue d'une décompensation aiguë de cette maladie chronique, ou d'un événement aigu indépendant, même mineur, peut alors précipiter le passage sous ce

seuil d'insuffisance. Ce modèle décrit bien le ressenti de certains médecins interrogés : la brutalité de transformation d'une situation vécue comme stable, vers la survenue d'une incapacité/dépendance, suite un événement aigu, du fait d'une réserve fonctionnelle diminuée antérieurement. Bien souvent le médecin est sollicité pour intervenir sur l'évènement aigu plutôt qu'en amont où une promotion du bien vieillir et de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé aurait pu être mise en place afin d'éviter ces situations d'urgences.

Un seul des médecins interrogés évoque le dépistage de la fragilité, par le biais de sa formation au programme ICOPE (Integrated Care for Older People) (36) promu par l'OMS et porté en France par le gérontopôle de Toulouse. Ce programme pour la promotion de la santé des personnes âgées s'appuie sur plusieurs étapes ; la première consiste en un dépistage à l'aide d'une grille aussi appelée STEP1(37). L'initiation de la prise en charge gériatrique devrait consister en un dépistage de cette fragilité à titre systématique, d'autres travaux de thèse (38–40) révèlent que le dépistage de la fragilité n'est pas réalisé systématiquement par les généralistes ; lorsque le dépistage a lieu, il n'est en général pas basé sur les scores proposés, par manque de connaissance sur le sujet et des outils tels que la GFST (Gérontopôle Frailty Screening Tool) (41) proposée par le CHU de Toulouse ou l'ABCDEF (42) proposée par le CHU de Rouen. Du fait de la diversité des outils proposés, ils ne savent lequel utiliser. De surcroît les généralistes ont une vision assez globale de la personne et auraient tendance à suivre plutôt un modèle tel que celui de Rockwood. La lecture des entretiens suggère que la vision très globale par les médecins généralistes de leurs patients génère une difficulté à une synthèse opérationnelle de la multitude des éléments disparates dont ils ont connaissance.

Au vu de ce constat il semble pertinent que l'EMGEH propose des EGS programmées, afin de systématiser le dépistage de la fragilité et de mettre place un plan de soins permettant de maintenir la réserve fonctionnelle et d'éviter l'apparition de la dépendance et de la perte d'autonomie. De plus un autre rôle de cette équipe serait de former et d'accompagner les professionnels de soins primaires au repérage de la fragilité à travers l'utilisation de grilles simples afin de généraliser cette pratique. Elle pourrait notamment intervenir dans le programme de dépistage de la fragilité commençant à s'organiser dans certaines MSP du territoire.

b) Difficultés d'accompagnement des patients dépendants/en perte d'autonomie

On remarque en termes de difficultés que les différents médecins ne citent pas tant la complexité médicale, que la notion de maintien à domicile avec une problématique d'anticipation, et de la complexité à la mettre en œuvre pour leurs patients âgés. Ce sont notamment les difficultés d'acceptation de la perte d'autonomie et d'indépendance qui induisent un sentiment d'impuissance et un immobilisme, face à un patient qui refuse d'accepter la réalité telle que décrite par le praticien. Une étude (43) a été menée dans les départements de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute-Vienne à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de ces départements. Elle retrouve plusieurs ingrédients de ce désaccord. Tout d'abord une évaluation différente de la situation par les patients, soulignant le maintien d'un équilibre obtenu en fait grâce à des mécanismes compensatoires. Mais aussi une revendication d'autonomie de jugement et un déni de la situation de dépendance actuelle par les patients.

On pourrait imaginer dans ce contexte l'utilisation d'une grille codifiée telle que la STEP1 ou bien la GFST, permettant une auto-évaluation, à analyser avant la réalisation de l'EGS. Cela pourrait être incité de manière positive par la CPAM par l'intermédiaire d'un indicateur dédié dans la ROSP ou bien d'une valorisation de cet acte dans la cotation à la manière de la consultation de dépistage des troubles cognitifs.

D. Evolutions du parcours de santé de la personne âgée en soins primaires

1. Les recommandations confrontées aux limites de la médecine générale

Quelle que soit l'incitation financière proposée pour un dépistage régulier de la fragilité, les médecins ont presque tous fait part de l'aspect chronophage de la prise en charge gériatrique. Outre le nombre insuffisant de médecins généralistes pour une population vieillissante, les différentes recommandations effectuées par les sociétés savantes leur allouent toujours plus de tâches de prévention. On peut citer le dépistage des cancers (44), ou encore l'application des recommandations de la société de cardiologie européenne sur l'HTA (45). Une étude réalisée aux Etats-Unis (46) montre

que, pour appliquer les mesures de prévention recommandées, le médecin généraliste aurait de besoin de 8,7 heures par jour pour une patientèle de 2500 patients extrapolée d'un panel représentatif de la population américaine. Une autre étude (47) réalisée aux Etats-Unis également, à partir de 2500 patients issus d'un panel représentatif de la population américaine correspondant à la patientèle d'un médecin généraliste, met en évidence que le temps quotidien nécessaire à la prévention, aux soins aigus, à la prise en charge des maladies chroniques et aux tâches administratives dans le respect de toutes les recommandations, serait de 26,7 heures. Ces chiffres montrent bien le côté irréaliste des attentes qui pèsent sur les médecins généralistes. Dans cette deuxième étude, l'analyse du gain de temps pour le médecin traitant apportée par une prise en charge en équipe multidisciplinaire a montré une diminution à 9,3 heures de travail quotidien.

Enfin, concernant le suivi au long cours des patients, beaucoup de médecins rapportent l'aspect précieux du suivi apporté par l'HDJ gériatrique. Or au vu des délais s'allongeant du fait de l'augmentation de la file active et des nouvelles évaluations, cet outil va se révéler, à court terme, insuffisant au vu de la démographie. L'EMGEH ne pourra pas non plus remplacer le médecin généraliste pour assurer de suivi régulier au long terme des différentes situations.

2. Politique de santé publique en France

La coordination des acteurs de soins dans un objectif de lisibilité de l'offre de soins et d'éviction de ruptures dans le parcours de soins est un objectif de santé publique en France ; la HAS a réalisé une fiche de synthèse « coordination des parcours : comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». (48)

Selon ce document, la coordination consiste en « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. »

Toujours selon le document de la HAS (48), pour des situations complexes, un appui ponctuel ne suffit pas ; le suivi doit être assuré de façon complémentaire au médecin traitant : c'est le Case Management (démarche collaborative d'évaluation des

besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et défense des intérêts, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficacité et de qualité).

Ce Case Management dépasse le cadre de la coordination, pour aller vers un système de soins intégrés (modifications des organisations existantes pour qu'elles trouvent ensemble des solutions aux ruptures de continuité vécues par les personnes, via un processus qui vise à dépasser les frontières de la fragmentation des systèmes de services répondant à des populations en situation de vulnérabilité). (49)

Le dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a été expérimenté en France depuis 2013 (50). Il a été mis en place dans un objectif d'améliorer la coordination afin de maintenir la personne âgée dans son cadre de vie habituel le plus longtemps possible avec la meilleure autonomie envisageable. Pour cela ce programme avait 5 objectifs : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie de l'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et améliorer l'utilisation des médicaments. Afin de faciliter la coordination des soins, les DAC (Dispositifs d'appui à la coordination) ont été mis en place en France. (51) Ils permettent d'assurer la coordination entre les professionnels de santé, sociaux, et médicaux sociaux devant des situations de patients complexes. Le programme ICOPE est un exemple de parcours de soins intégrés, à partir du dépistage de la fragilité. (36)

Ainsi que l'analyse un article publié en 2020 (52), le système de santé français ne propose pas encore de système de soins intégrés satisfaisant pour les patients âgés. Des propositions de Case Management restent nécessaires afin de remplir le rôle d'accompagnement et de suivi au long terme des patients âgés à domicile initialement adressés à l'EMGEH pour un risque de rupture du maintien à domicile, en complément du médecin traitant. (48)

3. Exemples d'expériences internationales de Case Management

Aux Pays-Bas

Un dispositif reposant sur une visite à domicile par une infirmière formée pendant deux jours a été étudié. (53) L'infirmière se rendait chez les patients âgés de 75 ans et plus, effectuait une évaluation débouchant sur une proposition de plan d'aide, assortie d'une discussion sur la prise en charge avec le médecin généraliste si elle l'estimait nécessaire. Le retour d'expérience consistait en un questionnaire de contentement auprès des participants par les infirmières. Les réponses étaient à 29,9% positives sur l'intérêt de l'intervention. L'étude n'a pas permis de montrer une efficacité de ces visites ; une des explications était que la majorité des interventions menait à un plan de soins minime du fait d'une population non comorbide, de plus seul un total de 38% des participants ont pu bénéficier de l'intégralité du programme de prévention. Cependant le ressenti du médecin généraliste et de l'infirmière formée pour la prévention était positif.

Aux Etats-Unis

Une étude menée dans le cadre du « medicare advantage project » (54) a mis en évidence la diminution du nombre d'entrées en institution et du nombre d'hospitalisations sur une période de 12 mois de suivi pour les patients âgés de 66 ans et plus dans les suites d'une intervention à domicile par une infirmière formée et un suivi assuré par des appels téléphoniques.

Il a également été montré en 2022, suite au programme « Evercare » réalisé à Atlanta, Baltimore, Boston, Denver et Tampa, qu'une intervention de prévention à domicile par une infirmière formée permettait de diminuer le nombre d'hospitalisations. (55)

Au Kansas, le Kansas bridge project a évalué l'intervention de professionnels établissant un projet de soin en lien avec la famille dans le cadre de personnes atteintes de troubles cognitifs compliqués de troubles du comportement. L'étude comparait un groupe ayant bénéficié de l'intervention de cette équipe et un autre n'en bénéficiant pas. Elle n'a pas retrouvé de diminution du nombre de ré-hospitalisation du fait d'une faible puissance et d'une absence de randomisation. Cependant on retrouve une diminution de l'anxiété, de la dépression, des déambulations, du refus de soins et de l'agressivité verbale chez les patients étudiés. L'étude a également montré une efficacité pour retarder l'institutionnalisation de ces patients. (56)

En Angleterre

Une étude (57), du type « Evercare » a été réalisée au domicile de patients de plus de 65 ans s'étant rendus aux urgences à deux reprises dans l'année précédente. Une infirmière formée intervenait au domicile des patients afin de réaliser une évaluation et de proposer un plan de soins. Ce programme n'a pas montré son efficacité sur le plan du nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations ou sur la mortalité. Cependant cette étude a été réalisée avec uniquement un faible nombre de cas n=65 et présente donc une faible puissance.

En Allemagne

Une analyse coût-efficacité (58) a été menée afin de déterminer si l'intervention d'un personnel qualifié non médical au domicile de patients âgés de 80 ans et plus, permettait de réduire le nombre d'entrées en Institution. L'intervention consistait en la visite d'une personne qualifiée au domicile, puis d'une analyse en réunion pluridisciplinaire suivie d'une consultation d'annonce du plan d'aide. Cette analyse n'a pas montré de bénéfice économique à la réalisation d'une telle intervention. Cependant ses limites étaient l'âge des participants, le faible nombre de participants et un programme peut être inadapté du fait de la réalisation de 3 visites initiales en peu de temps pour un suivi de 18 mois.

Au Japon

Une intervention tous les 3 mois par un personnel qualifié au domicile a montré son efficacité sur le maintien de l'ADL et l'éviction d'une augmentation du niveau de soins requis. (59)

Au-delà des freins potentiels de la collaboration avec l'EMGEH cités par les médecins, le manque d'aide à domicile a été évoqué, hors entretien, par l'un des médecins interrogés. Bien que l'ARS ait déjà augmenté les services d'aide à domicile notamment SSIAD (60) au vu du vieillissement démographique qui a lieu dans la région, dans la pratique les délais d'attente de prise en charge sont longs, en moyenne 88 jours en Loire-Atlantique et 44 jours en Vendée, d'après une autre étude de l'ARS de 2017 (61). Il semble en effet peu raisonnable d'attendre ce délai avant la mise en

place du plan d'aide proposé par l'EMGEH ce qui pourrait limiter les effets de son action et donc le ressenti d'utilité perçu par les médecins traitants.

Aux Etats-Unis, le programme On Lok/ PACE (62), et au Royaume Uni le programme Darlington (63), proposent des systèmes de soins intégrés incluant l'ensemble des acteurs de soins à domicile (auxiliaires de vie, infirmières, équipes de répit) afin de permettre à des patients très dépendants et non autonomes de rester chez eux.

En France, des propositions de telles équipes spécialisées sont nécessaires.

4. Pistes d'évolution en France

Un des médecins interrogés dans notre étude a imaginé un système de suivi gériatrique exclusivement à domicile par un médecin généraliste ou gériatre. Dans la littérature on peut constater qu'un des freins au développement de la gériatrie libérale est notamment le fait qu'elle soit peu valorisée sur le plan financier par rapport au temps passé avec chaque patient. (64) Dans le système imaginé par notre confrère, l'absence de nécessité d'un cabinet permettrait d'économiser des frais de fonctionnement. Le médecin pourrait suivre moins de patients en effectuant des visites cotées VL (Visites Longues), mieux rémunérées, permettant un temps de consultation plus important. La cotation VL s'applique pour les patients porteurs d'une maladie neurodégénérative ou de plus de 80 ans en ALD et peut s'effectuer 4 fois au maximum pour le même patient. Après analyse de la littérature il n'a pas été retrouvé de dispositif semblable, ni de témoignage par un médecin d'une telle activité. Des données sur les gériatres exerçant en libéral existent cependant ; ceux-ci sont peu nombreux et, surtout, font peu de visites. (65) Il s'agirait donc d'un nouveau mode d'exercice, en tant que médecin référent du patient comme peut l'être le médecin généraliste, destiné aux personnes âgées sans médecins traitants, ou aux situations dans lesquelles le médecin traitant préférerait passer le relai à un collègue qui disposerait de plus de temps pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

Enfin, les Infirmiers en Pratique Avancées (IPA) semblent un maillon essentiel du système de soins au vu des données démographiques et de la nécessité de coordination. Ils sont d'ailleurs cités comme ressources essentielles en sortie d'hospitalisation par la HAS. (48) Une étude de la littérature a été effectuée sur les pratiques des IPA en gériatrie en Thaïlande et aux Etats-Unis(66). En Thaïlande, leur rôle est centré sur l'éducation du patient et de sa famille. Aux Etats-Unis il s'agit de l'adaptation de l'environnement pour limiter les risques. Cette étude conclut que peu importe l'angle de prise en charge adopté, le plus important consiste à trouver celui qui s'intègre le mieux au système de santé local, dans un objectif de maillage complémentaire du territoire. En France, les 5 champs identifiés de formation des IPA sont :

- Les pathologies chroniques stabilisées
- Oncologie et hématologie
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Mention urgences.

La création du diplôme IPAG (IPA spécialisée en Gériatrie) est réclamée par la Société Française de Gériatrie et Gériatrie (67). L'intervention d'IPA spécialisées en gériatrie en collaboration avec les cabinets de médecine libérale afin de réaliser des EGS à domicile et proposer des PPS validés pluriprofessionnellement, semble nécessaire.

V. CONCLUSION

Le vieillissement démographique de la population et la pénurie de médecins généralistes imposent de repenser les modalités de prise en charge des personnes âgées. Sur notre territoire la création de l'EMGEH va permettre d'offrir un nouveau service de prise en charge pour les patients et les médecins généralistes. Les médecins interrogés se sentent pour la plupart déjà bien entourés pour la prise en charge gériatrique, cependant la création de l'EMGEH du CHLVO est très bien accueillie par ces derniers.

La plupart des attentes des médecins correspondent aux missions que nous avons envisagées pour l'EMGEH. Cette étude a permis de rajouter une mission d'intervention en sortie d'hospitalisation non prévue initialement. Elle a permis de rencontrer des médecins généralistes du territoire et de créer un premier contact avec ces derniers, mais également de réaliser l'importance d'une communication bienveillante et confraternelle afin de ne pas rompre le lien avec certains médecins. Des propositions concrètes de modalités de communication ont été formulées.

Cette équipe pourrait, à leur sens, contribuer à diminuer certaines difficultés, comme l'aspect chronophage de la prise en charge gériatrique, l'organisation des soins, l'aide à l'anticipation et l'adaptation du milieu de vie aux situations de perte d'indépendance et d'autonomie, la relation avec les familles de patients. Ce dispositif existe déjà dans d'autres villes et, même si son efficacité en matière d'hospitalisations, ou de retard d'institutionnalisation n'a pu être démontré, les études effectuées sur les retours de ces équipes ont toutes montré une satisfaction des médecins traitants et permis de développer une collaboration de soins.

Cette étude a montré des pistes d'amélioration dans la prise en charge rééducative coordonnée en ambulatoire, la lisibilité de l'offre de services et soins gériatriques du territoire. Elle a mis en évidence le rôle de formation, et d'information des professionnels de santé par l'EMGEH. Elle a également souligné la difficulté d'appliquer une prise en charge optimale du fait des réalités du métier de médecin généraliste aujourd'hui, notamment, en termes de dépistage de fragilité.

L'EMGEH du CHVLO va permettre de développer le réseau de soins gériatriques du territoire et d'améliorer les relations ville-hôpital, notamment en participant à la prise en charge intégrée des personnes âgées comme recommandé par l'OMS via le dépistage de la fragilité. Cependant au vu de l'importance de la population gériatrique,

ce dispositif seul ne pourra pas suffire à satisfaire cet objectif, ni à instaurer un suivi des situations à risque de rupture du maintien à domicile. Il serait intéressant de développer des dispositifs de dépistages systématiques de la fragilité coordonnés avec les ressources existantes sur le territoire, et de réfléchir à la création de véritables équipes spécialisées dédiées au suivi des situations complexes en ambulatoire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 - Vieillissement de la population en France métropolitaine. Économie et Statistique n° 408-409 - 2007. Insee. [Internet]. 1^{er} mai 2008; [cité 9 sept 2023]; 95-112. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377211?sommaire=1377217>
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Insee Première n°1320. Insee. [Internet]. 27 octobre 2010; [cité 9 sept 2023];1-4. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
3. Renoux A, Roussel R, Zaidman C. Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060. Dossiers Solidarité et Santé n°50. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet]. 14 février 2014; [cité 9 sept 2023]; 3-42. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-lhorizon>
4. Fedoru : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Activité des services d'urgence, découvrez les chiffres de 2022. FEDORU, SFMU & SUDEF. [Internet]. 2022 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022/>
5. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information n° 685 (2016-2017). Sénat. [Internet]. 26 juillet 2017 [cité 9 sept 2023];3-109. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
6. André E. La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Etude réalisée auprès de 131 patients adressés au service d'accueil des urgences du CHR de Metz Thionville [Internet] [thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine. Faculté de Médecine de Nancy; 21 mai 2014. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/323795918_La_rupture_de_maintien_a_domicile_d_es_personnes_agees_dependantes_Etude_realisee_aupres_de_131_patients_adresses_au_servi_ce_d'accueil_des_urgences_du_CHR_de_Metz_Thionville
7. Commission Européenne. Eurobaromètre spécial 283: Santé et soins de longue durée dans l'Union européenne [Internet]. 2020 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://data.europa.eu/data/datasets/s657_67_3_ebs283?locale=fr
8. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etudes et résultat N° 1008. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 24 mars 2017; [cité 9 sept 2023]; 1-6. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>
9. Bleher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R. Elderly subjects hospitalised in acute care medical unit: baseline date and on-year follow-up. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2012;10(1):47-54. <https://doi.org/doi:10.1684/pnv.2012.0332>

10. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson JL, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2016;14(1):23-30.<https://doi.org/doi:10.1684/pnv.2016.0587>
11. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet Lond Engl*. 23 octobre 1993; 342(8878):1032-6. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-V](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V)
12. République française. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm?TSPD_101_R0=087dc22938ab20003c2e3cdbe1b2831e9061f66f60e2524cb403520a87946f77c7613cbae435617708e576a38914300029d9bd20299220750fa1d88e341cc96efc1526e8d561d8e1181c3c77d7430e5ac50b633ccbec640dc23e61ee00c11e84
13. République Française. Décision n°2015.0124/DC du 20 mai 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du document intitulé « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 » [Internet]. Haute Autorité de Santé 20 mai 2015. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2046771/fr/decision-n2015-0124/dc-du-20-mai-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-du-document-intitule-nouveaux-modes-d-organisation-des-soins-destines-a-optimiser-les-parcours-de-soins-des-personnes-agees-en-risque-de-perte-d-autonomie-rapport-d-evaluation-des-experimentations-menees-dans-le-cadre-de-l-article-70-de-la-loi-n-2011-1906-du-21-decembre-2011-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2012
14. Bas P, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarite grand âge [Internet]. 27 juin 2006 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
15. Richard A. Profils et devenir des patients âgés en situation complexe à domicile évalués par l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière: impact du suivi des recommandations [Internet] [thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université de Grenoble Alpes. Faculté de Médecine de Grenoble; 09 novembre 2018. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920309/document>
16. Lomero S. Équipe mobile de gériatrie extra hospitalière de Perpignan: analyse du ressenti des médecins généralistes y ayant recouru vis à vis de la prise en charge effectuée [Internet] [thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes 5 Novembre 2020. [cité 9 sept 2023] disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03142006>
17. Giner A. Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière du groupement hospitalier Lyon-Nord (EMEH-G): enquête rétrospective évaluant le suivi des propositions effectuées par l'EMEH-G auprès des médecins traitants [Internet] [thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université de Lyon. Faculté de Médecine de Lyon Est; 19 septembre 2017. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6sf2v3s>

18. Rochiccioli P. Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière du Centre Hospitalier de Brive-la-Gaillarde: évaluation du nombre d'hospitalisations six mois après son intervention à domicile. [Internet] [thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges. Faculté de médecine de Limoges; 17 Octobre 2018. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view:unilim-ori-103837
19. Chauvin-Doublier V. Qu'attendent les médecins généralistes du Loir-et-Cher d'une équipe mobile de gériatrie ambulatoire ? Une étude qualitative [Internet] [thèse de doctorat]. [Tours, France]: Université de Tours François-Rabelais. Faculté de Médecine de Tours; 27 septembre 2012. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_ChauvinDoublierVirginie.pdf
20. Houmada-Said L. Vécu des médecins généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière ETRE-INDRE [Internet] [thèse de doctorat]. [Tours, France]: Université de Tours François-Rabelais. Faculté de Médecine de Tours; 15 novembre 2018. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2018_Medecine_HoumadaSaidLatifa.pdf
21. Schalon J. La gériatrie hors les murs : étude descriptive d'une cohorte de patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique extra-hospitalière sur le territoire du Douaisis. [Internet] [thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille. Faculté de Médecine de Lille Henri WAREMBOURG; 30 octobre 2018. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM410.pdf
22. REZONE CPTS [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
23. Observatoire Économique Social et Territorial de la Vendée. Combien d'habitants en Vendée en 2050 ? [Internet]. 2017 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://observatoire-economique-vendee.fr/combien-dhabitants-vendee-2050/>
24. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
25. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. sept 2012;10(3):285-93. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0359>
26. Conseil Départemental de la Vendée. Qui Fait Quoi ? Ressources à domicile pour les personnes âgées en Vendée. [Internet]. 2022 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://ged.vendee.fr/share/s/ooouVwNbSWyaLgYSTBVgMA>
27. France Alzheimer [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur <https://francealzheimer.org>

28. Clemson L, Stark S, Pighills AC, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013258.pub2/full>
29. Bonnefoy M, Berrut G, Gilbert T. Prevention of impaired mobility in the elderly in primary care: A brief report. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2016;14:16-22. <https://doi.org/doi:10.1684/pnv.2016.0591>
30. Le journal du Pays Yonnais. Demain, 85 % de Vendéens auront-ils une pratique sportive ? [Internet] .2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://actu.fr/pays-de-la-loire/la-roche-sur-yon_85191/demain-85-de-vendeens-aurent-ils-une-pratique-sportive_59502731.html
31. CDOS 85. La Maison Sport Santé [Internet].2023 [cité 9 sept 2023] Disponible sur: <https://cdos85.fr/la-maison-sport-sante/>
32. Lunet De La Malene H. Contenu et outils diffusion pour l'information des médecins généralistes du secteur d'Auray (56) concernant la mise en place d'ateliers Equibr'Age (prévention des troubles de l'équilibre chez des personnes âgées fragiles) par l'association Kiné Ouest Prévention. [Internet] [thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1. Faculté de Médecine de Rennes; 30 octobre 2017. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01782560v1>
33. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156. DOI: 10.1093/gerona/56.3m146
34. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 30 août 2005;173(5):489-95. DOI: 10.1503/cmaj.050051
35. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillesse - Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. *médecine/sciences*. 1 déc 2020;36(12):1173-80. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020224>
36. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-FWC-ALC-19.1>
37. Gérontopôle Toulouse. ICOPE Monitor Step 1 de l'OMS [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/wp-content/uploads/2020/07/Icope-Step-1-OMS-Papier-DEFINITIVE.pdf>
38. Vincent L. Dépistage de la fragilité par l'outil « ABCDEF » dans une population de sujets âgés en consultation de médecine générale. [Internet] [thèse de doctorat]. [Rouen, France]: Université de Rouen. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 27 juin 2017. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592149v1/document>

39. Avenel AL. Évaluation gériatrique : pratiques des médecins généralistes pour le repérage du sujet âgé fragile [thèse exercice]. [Angers, France] Université d'Angers. Faculté de médecine; 2015 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20020491/2015MCEM3516/fichier/3516F.pdf>
40. Buchwalter L. La fragilité du sujet âgé en médecine générale: enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes. [Internet] [thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux. Faculté de Médecine de Bordeaux; 23 mai 2018. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592149v1/document>
41. Gérontopole Frailty Screening Tool [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://frailty.net/wp-content/uploads/Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf
42. Chassagne P, Pesque T. Identifier la valence gériatrique d'un sénior. Outil: ABCDEF [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Outil-ABCDEF.pdf>
43. Yang R. La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides. [Internet] [thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges. Faculté de Médecine de Limoges; 24 octobre 2017. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=220158460&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E8a1dbfed-49f,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R10.34.103.180,FN>
44. Institut National du Cancer. Outils pour la pratique des médecins généralistes - Prévention et dépistage [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Collections/Outils-pour-la-pratique-des-medecins-generalistes-Prevention-et-depistage>
45. Cardio Online, Boulestreau R. Recommandations 2023 pour la prise en charge de l'HTA [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-2023-HTA>
46. Privett N, Guerrier S. Estimation of the Time Needed to Deliver the 2020 USPSTF Preventive Care Recommendations in Primary Care. *Am J Public Health*. Janv 2021;111(1):145-149. DOI: 10.2105/AJPH.2020.305967.
47. Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Intern Med*. janv 2023;38(1):147-55. DOI: 10.1007/s11606-022-07707-x
48. Haute Autorité de Santé. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires [Internet]. 2014 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-d-appui-aux-professionnels-de-soins-primaires

49. Somme D, Trouvé H, Passadori Y et al. The French society of geriatrics and gerontology position paper on the concept of integration Part one. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. Mars 2014 ; 12(1) :5-12. DOI : 10.1684/pnv.2013.0440
50. Ministère des Solidarités et de la Santé. Expérimentations Paerpa 2013-2019 Bilan et perspectives du parcours des aînés [Internet]. 2020 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_10_juillet_2020.pdf
51. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
52. Bajoux E, Corvol A, Somme D. Integrated Care for Older People in France in 2020: Findings, Challenges, and Prospects. *International Journal of Integrated Care*. Nov 2021; 21(4):1-12. <https://doi.org/10.5334/ijic.5643>
53. Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract*. 25 oct 2014;15:173. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0173-x>
54. Mattke S, Han D, Wilks A, Sloss E. Medicare Home Visit Program Associated With Fewer Hospital And Nursing Home Admissions, Increased Office Visits. *Health Affairs*. Dec 2015, ;34(12):2138-46. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0583>
55. Kane RL, Keckhafer G, Robst J. Division of Health Service Research and Policy School of Public Health. Evaluation of the Evercare Demonstration Program. 2002 p 108 Final Report No 500-96-0008.
56. Johnson DK, Niedens M, Wilson JR, Swartzendruber L, Yeager A, Jones K. Treatment outcomes of a crisis intervention program for dementia with severe psychiatric complications: the Kansas bridge project. *The Gerontologist*. févr 2013;53(1):102-12. <https://doi.org/10.1093/geront/gns104>
57. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 15 Nov 2006;1-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.39020.413310.55>
58. Brettschneider C, Luck T, Fleischer S, et al. Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC Health Services Research*. 3 avr 2015;15:141. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0817-0>
59. Kono A, Izumi K, Yoshiyuki N, et al. Effects of an Updated Preventive Home Visit Program based on a systematic structured assessment of care needs for ambulatory frail older adults in japan: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016 Dec;71(12):1631-1637. DOI: 10.1093/gerona/glw068 [Internet].

60. Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. Etude N°101. Insee [Internet]. 09 février 2012; [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291080>
61. ARS. Etude régionale sur l'offre de SSIAD en région Pays de la Loire [Internet]. 2016 [cité 9 sept 2023]. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/18385/download?inline>
62. On Lok. On Lok PACE Program | PACE in San Francisco Bay Area. [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://onlok.org/pace/>
63. County Durham and Darlington. Elderly Care [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cddft.nhs.uk/our-services/acute-and-long-term-conditions/elderly-care.aspx>
64. Legros-Hurst AS. Quels sont les freins à l'exercice libéral de la gériatrie ? Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 gériatres. [Internet] [thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] Université de Bordeaux. Faculté de Médecine de Bordeaux; 5 mars 2020 [cité 9 sept 2023] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971850>
65. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Gériatre libéraux [Internet] 2022 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_geriartres-liberaux.pdf
66. Prajankett O, Markaki A. Integrated older people care and advanced practice nursing: an evidence-based review. *International Nursing Review*. Mars 2021;68(1):67-77. <https://doi.org/10.1111/inr.12606>
67. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Infirmière en Pratique Avancée (IPA) : pour la création d'une formation Grand Âge [Internet]. Oct 2022 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.capgeris.com/emploi-sante-1361/infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-pour-la-creation-d-une-formation-grand-age-a45960.htm>

VII. ANNEXE

A. Guide d'entretien

Recueil du consentement et présentation du sujet

Tout d'abord parlez-moi de vous : Depuis quand êtes-vous installé ? Comment qualifieriez-vous votre patientèle ? Disposez-vous de formations complémentaires si oui dans quel domaine ? Quel âge avez-vous ?

1) Prise en charge de la personne âgée :

-Quelles en sont ses principales spécificités pour vous ?

-Rencontrez-vous des difficultés dans leur prise en charge ? (Sur le plan médical ? Social ? Familial ?)

-Racontez moi une situation qui vous a posé problème.

2) A quel intervenant vous adressez-vous quand vous avez besoin d'aide ?

-Médical : HDJ, hospitalisation, collègue, urgences, Connaissez-vous le numéro d'avis gériatrique de l'hôpital de Machecoul ?

-Paramédical : CLIC, IDE libérale auxquelles vous vous adressez en priorité, SDA, RESPA, DAPS85

-Social : assistante sociale, mairie

-Comment qualifieriez-vous vos relations avec ces différents acteurs ?

-Quels sont leurs rôles ?

3) Qu'est-ce que vous évoque le nom d'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière ? comparé à celui d'une équipe mobile intra hospitalière ?

-Quelle est sa composition pour vous et quelle serait sa composition idéale ?

-Quels sont ses rôles ? (Gestion de crise, dépistage de la fragilité)

-Pour quels types de problématiques y feriez-vous appel ?

-Que pensez-vous de la création d'une telle unité ?

4) Qu'attendriez-vous suite à l'intervention de cette équipe ?

-Un compte rendu papier ? un coup de fil du médecin gériatre ? Être présent lors de l'entretien ?

-Comment souhaiteriez-vous être informé de la demande d'intervention de l'EMGEH par un autre soignant ?

-Comment souhaiteriez-vous la contacter ? par téléphone ? par mail ? par formulaire ?

-Quels sont pour vous les points essentiels auxquels elle devra répondre et les problèmes qu'elle devra éviter ?

B. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

NOM :

PRENOM :

ÂGE :

SEXE :

ANNEE D'INSTALLATION :

LIEU D'ACTIVITÉ (Urbain, semi-rural, rural) :

MODE D'EXERCICE (seul, groupe, MSP...) :

FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN GÉRIATRIE ? (Si oui laquelle) :

Vous avez été contacté(e) pour participer à un entretien semi-directif pour une thèse qualitative. Cet entretien est enregistré à l'aide d'un Smartphone. Toutes les données récoltées seront anonymisées.

Date et Signature

C. Entretien

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 les consciences.

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

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

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

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

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

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

Vu, le Président du Jury,

*Madame la Professeure DE DECKER
Laure*

Vu, le Directeur de Thèse,

Madame la Docteure Mascart Charlotte

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : DUVAL

PRENOM : Martin

Création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière au Centre Hospitalier Loire Vendée Océan : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes.

RESUME

INTRODUCTION : Le vieillissement de la population et la pénurie de médecins généralistes imposent de repenser la prise en charge gériatrique. L'Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière du centre hospitalier Loire-Vendée-Océan va être créée afin d'apporter un nouvel outil à disposition des personnels de soins primaires. Nous sommes allés recueillir les attentes des médecins généralistes de la CPTS LVO afin d'adapter au mieux ce dispositif.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins du territoire de la communauté professionnelle de santé du territoire Loire-Vendée-Océan où interviendra l'équipe. Nous les avons interrogés sur leur pratique de la gériatrie, sur leurs difficultés, sur leur réseau de soins gériatriques ainsi que sur leur connaissance à propos des équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalière et leurs attentes vis-à-vis de ces dernières.

RESULTATS : Les médecins rencontrent des difficultés de prise en charge sur la gestion de la fragilité ainsi que sur la prise en charge de la perte d'indépendance et d'autonomie. Ils ont pour la plupart connaissance du nom des dispositifs gérontologiques à leur disposition mais pas toujours de leurs rôles. Les attentes en regard de l'équipe mobile répondent aux difficultés qu'ils ont évoqué. Les situations d'intervention de l'équipe sont peu claires pour certains médecins et nécessitent clarification.

DISCUSSION : Les missions de l'équipe mobile de gériatrie prévues initialement se sont élargies avec l'intervention chez des patients fragiles en sortie d'hospitalisation. Cette équipe devra faire preuve de tact et de confraternité dans ces comptes-rendus et rapports avec les médecins. Il faudrait développer le dépistage systématique de la fragilité par l'intermédiaire des professionnels de soins primaires ou de dispositifs dédiés. Enfin pour assurer une prise en charge gériatrique optimale la création de nouvelles équipes de soins intégrées et le développement des IPA en gérontologie semblent nécessaire.

MOTS-CLES

Equipe mobile, gériatrie, personnes âgées, médecins généralistes, soins intégrés.