



HAL
open science

Retour d'expérience des acteurs médico-sociaux non hospitaliers à un an de la mise en place d'une Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

Anne-Camille Barbeau

► To cite this version:

Anne-Camille Barbeau. Retour d'expérience des acteurs médico-sociaux non hospitaliers à un an de la mise en place d'une Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins pour personnes âgées et personnes en situation de handicap. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04602920

HAL Id: dumas-04602920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04602920>

Submitted on 6 Jun 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 UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DE MEDECINE GENERALE

par

Anne-Camille BARBEAU

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2024

**RETOUR D'EXPERIENCE DES ACTEURS MEDICO-SOCIAUX NON
HOSPITALIERS À UN AN DE LA MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE
D'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOIN POUR PERSONNES AGEES ET
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Président : Pr DE DECKER Laure

Directeur de thèse : Dr CUBILLE Marion

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Laure DE DECKER, je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect.

Madame le Docteur Marion CUBILLE, merci pour ton temps, merci pour ta disponibilité, merci pour ta bienveillance, merci pour tes connaissances, merci pour ton accompagnement. Réaliser ce travail sous ta supervision a été pour moi un réel plaisir. Je t'en suis sincèrement reconnaissante

Madame le Professeur Maud JOURDAIN, j'ai eu la chance de travailler avec vous lors de nos GEP. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

À ceux qui ont contribué à ce travail,

À l'EOPS, merci du temps que vous m'avez consacré, j'espère que mon travail vous sera utile.

À Mr DUBOIS, ingénieur qualité au CHD Vendée, merci pour la mise à disposition du logiciel et pour vos précieux conseils.

À Mr MARTINEAU, animateur territorial de santé sur le territoire Centre Vendée pour l'ARS, merci de m'avoir éclairé sur le point de vu de l'ARS concernant la création de cette équipe.

Aux gériatres du CHD Vendée et au Dr Bossis, médecin généraliste, merci d'avoir participé au pré test de notre questionnaire.

À tous les participants de cette étude, merci à chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire

À mes pairs, à mes collègues. Merci de m'avoir transmis votre passion de la médecine tout au long de ma formation. A mes collègues du Centre Municipal de Santé de La Roche sur Yon, je suis heureuse de faire partie de l'équipe et j'ai hâte de m'installer à vos cotés dans les semaines à venir.

À mes parents, Laurence et Jean-Christophe, merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir offert la possibilité de réaliser les études de mon choix sans aucune réserve. Et plus particulièrement à ma maman, tu as mon éternelle gratitude pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ces dernières années.

À ma sœur Marion, presque 4 ans après toi c'est enfin à mon tour de passer cette étape. Je suis heureuse que tu ai fait le déplacement pour être présente, je te souhaite d'être aussi épanouie que je le suis .

À mes grands parents, Jacqueline, Joseph et Noëlle, merci de m'avoir accompagnée lors de chacune des étapes de la vie. A ceux qui ne sont plus là, Annick et Michel. Mamie, je sais que tu avais à cœur d'assister à cette soutenance, cependant parfois les choses ne se déroulent pas comme nous l'espérons ... C'est à toi que vont mes pensées aujourd'hui, tu nous manques énormément.

À Juju, Maxime, Mélanie, Nathalie et Patricia, je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence. Merci Nathalie d'avoir pris le temps de relire cette thèse.

À toutes les personnes que j'aurai rencontré durant ces longues études.

À Clotilde, je n'aurai pu souhaiter meilleure co travailleuse de PACES ! J'ai hâte de venir te soutenir

dans quelques années lorsque cela sera ton tour.

À Clémence, Elise et Pauline, merci pour ces bons moments passés à vos côtés.

À mes co externes, à mes co internes.

À **Jasmine**, certaines amitiés naissent sans même s'en rendre compte ... Merci pour tous les moments passés à tes côtés, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance sans limite, merci pour ton soutien. Je suis heureuse de pouvoir te considérer comme une amie.

À **Manon.C**, le temps passe et pourtant notre amitié ne semble pas prendre une ride, merci !

À **Jeanne**, je ne pense pas avoir croisé dans ma vie quelqu'un qui me ressemble autant. J'ai hâte de venir te voir à l'autre bout du monde !!

Au Centre Equestre de l'Aumarière, Amandine, Didier, Julien et Patricia, merci pour le milliard d'heures que j'ai passé chez vous et surtout au milliard que je m'appête à y passer.

Et parce qu'il me paraît impossible de ne pas les citer ... À **mon Quana**, merci d' avoir été la lumière au bout du tunnel de ces longues années d'études, merci de m'avoir appris à ne rien lâcher, merci de m'avoir fait grandir. À **mon Kontio**, cette année et demi à tes côtés a été riche en apprentissage pour nous deux, à cheval comme à pied, je t'en suis reconnaissante. Je suis si heureuse de ce que tu m'apportes au quotidien et j'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve !

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	7
1. La personne âgée.....	7
1. Définition de la personne âgée.....	7
2. Enjeux démographiques.....	7
a. À l'échelle Nationale.....	7
b. À l'échelle de la Vendée	8
3. Spécificités de la personne âgée.....	8
4. Passage aux urgences de la personne âgée.....	9
2. La personne en situation de handicap.....	10
1. Définition de la personne en situation de handicap.....	10
2. Enjeux démographiques.....	10
3. Spécificité de la personne en situation de handicap.....	11
4. Passage aux urgences de la personne en situation de handicap.....	11
3. Tensions médicales actuelles en Vendée.....	12
4. L'Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins.....	13
1. Projet de création d'EOPS.....	13
2. EOPS en pratique.....	16
3. EOPS et équipe mobile de gériatrie, quelle différence ?.....	18
II. Methode.....	20
1. Objectif principal de l'étude.....	20
2. Type d'étude.....	20
3. Méthode d'évaluation : réalisation du questionnaire de satisfaction.....	20
1. Population ciblée.....	20
2. Elaboration.....	20
3. Support informatique du questionnaire.....	25
4. Test du questionnaire.....	25
4. Diffusion du questionnaire.....	25
5. Analyse.....	26
III. Résultats.....	27
1. Statistiques globales	27
2. Caractéristiques des répondants.....	28
1. Métier.....	28
2. Lieu d'exercice.....	28
a. Médecins généralistes	28
b. IDE.....	29
c. Assistantes sociales.....	29
d. Autres professions.....	29
3. Présence d'une IDE Asalée.....	29
3. Connaissance d'EOPS et souhait d'une présentation détaillée.....	31
4. Retour d'expérience des différents professionnels connaissant EOPS concernant cette équipe	33
1. Médecins généralistes.....	33
a. Statistiques concernant la demande d'intervention.....	33
b. Statistiques concernant le retour d'intervention	35

c. Appréciation globale de l'intervention	35
2. Infirmières.....	35
a. Statistiques concernant la demande d'intervention.....	36
b. Statistiques concernant le retour d'intervention	37
c. Appréciation globale de l'intervention.....	37
3. Assistantes sociales.....	38
a. Statistiques concernant la demande d'intervention.....	38
b. Statistiques concernant le retour d'intervention	39
c. Appréciation globale de l'intervention.....	39
4. Autres professionnels	39
a. Statistiques concernant la demande d'intervention.....	40
b. Statistiques concernant le retour d'intervention	40
c. Appréciation globale de l'intervention.....	41
5. Réponses de champs d'expression libre	41
1. Axes d'amélioration.....	41
2. Commentaire libre.....	43
IV. Discussion.....	46
V. Conclusion.....	53
VI. Bibliographie.....	54
VII. Annexes.....	56
VIII. Résumé.....	60

ABREVIATIONS

ADOPS : Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASG : Assistantes de Soins en Gérontologie

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMCC ; Equipe Mobile Cognitivo Comportementale

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EMG EH : Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EOPS : Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins

EqAAR : Equipe d'appui en adaptation et en réadaptation

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESMS : Etablissement et Service Médico-Social

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hôpital à Domicile

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MIGAC : Mission d'intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

PMAD : Problème de Maintien À Domicile

RPU : résumé du passage aux urgences

ORS : observatoire régional de santé

ORU : observatoire régional des urgences

I. INTRODUCTION

1. La personne âgée

1. Définition de la personne âgée

Le vieillissement est défini par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.

Il dépend de facteurs intrinsèques (hérédité) ainsi que de facteurs extrinsèques (mode de vie, expositions). Cela entraîne une diminution des capacités de réserve et des possibilités d'adaptation face à un événement aigu (maladie, stress) ce qui est responsable d'une vulnérabilité accrue de la personne. Ce processus non linéaire est par conséquent différent entre les personnes. Il est essentiel de différencier l'âge civil de l'âge physiologique (1).

Le terme de « personne âgée » dans le domaine médical désigne les personnes de plus de 75 ans.

2. Enjeux démographiques

a. À l'échelle Nationale

L'augmentation de la population des plus de 75 ans est en constante hausse, avec une accélération depuis 2011. D'après l'INSEE, si les tendances démographiques se poursuivent en France, les personnes âgées de 75 ans ou plus représenteront 16,2% de la population en 2060 contre 9,4% en 2020 et 7,1% en 2010 (2).

	Population au 1 ^{er} janvier en million	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2020	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
2025	67,3	23,5	48,4	17,2	10,9
2030	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
2035	69,7	22,6	46,7	17,1	13,6
2040	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
2050	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
2060	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2

en %

Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, scénario central des projections de population 2007-2060.

Figure 1 : Projection en pourcentage de la population nationale par grand groupe d'âge. Source : INSEE.

b. À l'échelle de la Vendée

Intéressons nous plus spécifiquement à la Vendée. Celle ci comptait 11,2% de personnes de plus de 75 ans en 2019 alors qu'en 2008 ils ne représentaient que 10% de la population (3).

Il paraît intéressant également de noter que depuis 2008 la tranche de la population qui a le plus augmenté est la tranche des 60 à 74 ans. En 2019 ils représentaient 20% de la population et cela nous amène donc à penser que la proportion de personnes de plus de 75 ans devrait continuer à augmenter dans les années à venir.

	2008	%	2013	%	2019	%
Ensemble	616 906	100,0	655 506	100,0	685 442	100,0
0 à 14 ans	112 209	18,2	121 718	18,6	120 037	17,5
15 à 29 ans	99 570	16,1	96 940	14,8	96 104	14,0
30 à 44 ans	120 586	19,5	122 475	18,7	119 907	17,5
45 à 59 ans	126 746	20,5	129 566	19,8	135 172	19,7
60 à 74 ans	96 165	15,6	114 078	17,4	137 336	20,0
75 ans ou plus	61 631	10,0	70 729	10,8	76 886	11,2

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2019, exploitations principales, géographie au 01/01/2022.

Figure 2 : Evolution de la population vendéenne par grande tranche d'âge depuis 2008. Source : INSEE

3. Spécificités de la personne âgée

La prise en charge de la personne âgée comporte ses particularités de par sa complexité. En effet, ces patients sont le plus souvent polypathologiques (séquelles d'antécédents, maladies actuelles responsables d'une fréquente polymédication, ..) . Afin d'optimiser leur prise en charge, il est nécessaire de réaliser une « évaluation gériatrique standardisée » (4, 5). Elle a pour but de dépister les fragilités du sujet afin de proposer une prise en charge globale. Cette prise en charge est personnalisée, non centrée sur un organe en particulier et les différents examens complémentaires seront hiérarchisés en fonction des bénéfices attendus pour le patient.

Cette dernière comporte la recherche des syndromes gériatriques suivants :

- Cognition
- Nutrition
- Risque de chute
- Thymie

- Sensorialité
- Comorbidité
- Risque de iatrogénie
- Autonome et dépendance
- Environnement social

Ces syndromes gériatriques sont le plus souvent intriqués entre eux. On parle de cascade gériatrique lorsqu'ils décompensent en série suite à un événement aigu. Celle-ci est favorisée par le processus de vieillissement.

Ci-dessous le modèle de Jean Pierre Bouchon proposé en 1984 (6) schématise la décompensation d'une fonction ou d'un organe chez une personne âgée. On y retrouve donc le vieillissement physiologique de l'organe (qui va entraîner une diminution de sa capacité de réserve) auquel s'ajoute une maladie chronique et/ou un événement déclenchant aigu.

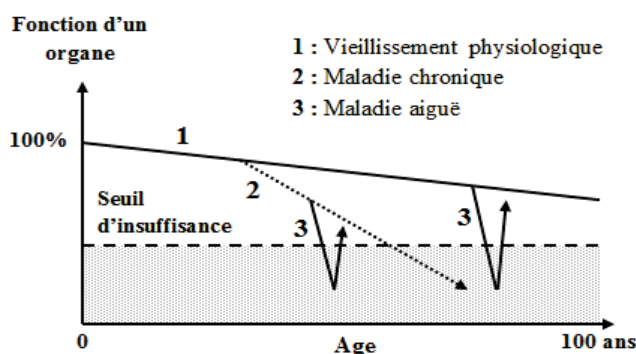


Figure 3 : Modèle de Bouchon, 1984

4. Passage aux urgences de la personne âgée

En 2002 les plus de 75 ans représentaient 12 à 14% des passages aux urgences (8). Lors de celui-ci, les études s'accordent pour montrer que les personnes âgées qui y sont admises y séjournent en moyenne plus longtemps (7, 8, 9) et cela peu importe le pays. En effet, en France en 2013, la DREES estimait un temps médian de passage aux urgences de 4h pour les plus de 75 ans contre 2h10 pour les 15-74 ans (7). Les personnes âgées étant davantage hospitalisées que les personnes de 74 ans et moins, il en est ressorti que l'attente d'un lit d'hospitalisation était la principale raison de l'allongement de ce temps (7, 9)

Les autres facteurs influant sur le temps de passage aux urgences sont le recours importants aux examens complémentaires avec en premier le recours aux radiographies qui est l'examen le plus demandé. Viennent ensuite les bilans biologiques et enfin les ECG. Malgré la multiplication des examens complémentaires les diagnostics posés restent moins précis du fait des tableaux cliniques moins francs (9).

Il est également important de souligner le risque d'erreurs médicamenteuses aux urgences, en effet beaucoup de patients de plus de 75 ans sont polymédiqués soit ≥ 5 médicaments sur leur ordonnance (10). Une étude réalisée en 2008 aux Etats Unis dans un service d'urgences a mis en évidence qu'un médicament de l'ordonnance était oublié chez 56% des plus de 65 ans. Elle montrait également qu'il y avait au moins une erreur de posologie chez 80% d'entre eux. Au total en résultait un taux d'erreur médicamenteuse de 87% dans cette population (11)

En 2002, une étude montrait que dans les 6 mois suivant un passage aux urgences et notamment durant les 3 premiers, les personnes âgées étaient plus à risque de présenter une altération de leur santé (nouveau passage aux urgences, perte d'autonomie, décès ..) (9)

2. La personne en situation de handicap

1. Définition de la personne en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 concernant les droits des personnes en situation de handicap définit le handicap comme : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (12).

Cette définition est donc vaste et vient remplacer celle de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (13) qui avait été proposée en 2001 par l'organisation mondiale de la santé. Elle définissait le handicap par 3 composantes :

- Déficience : altération des fonctions organiques ou de la structure anatomique, tel qu'un écart ou une perte importante.
- Limitation d'activité : difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- Restriction de participation : problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

2. Enjeux démographiques

Les chiffres concernant le handicap sont difficile à donner. On retrouve plus facilement des statistiques concernant les personnes qui résident en établissements spécialisés, cependant les chiffres sont plus hétérogènes pour celles résidant à domicile.

Concernant les personnes en établissement spécialisés, cela concernait 140 000 personnes en France en 2021.

Pour les personnes résidant en lieu ordinaire, la DREES a proposé d'évaluer de manière déclarative 2 critères qui découlent de la définition du handicap afin de réaliser une estimation de la part de population concernée :

- Déclarer une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive

ET/OU

- Déclarer une forte restriction depuis plus de six mois pour des raisons de santé dans les activités que les gens font habituellement.

Par conséquent, en fonction de si l'on considère 1 des 2 critères ou les 2 critères à la fois, le chiffre se situe entre 2,6 et 7,6 millions de personnes. (14)

3. Spécificités de la personne en situation de handicap

Comme présenté ci dessus, cela concerne une large part de la population française avec des manifestations hétérogènes (handicap acquis ou congénital, déficit moteur, cognitif, intellectuel, ..), à des degrés plus ou moins importants et ces derniers peuvent s'intriquer les uns aux autres (12, 14).

Il est indispensable de proposer une adaptation de la prise en charge en fonction des manifestations et du degré de handicap présent. En 2017, la HAS a proposé un guide à destination des soignants afin de les orienter vers de bonnes attitudes envers les personnes en situation de handicap en fonction des déficiences qu'ils présentent. (16).

4. Passage aux urgences de la personne en situation de handicap

Dans la littérature nous retrouvons peu d'articles s'intéressant au passage dans le service d'urgences concernant les personnes en situation de handicap. Le seul article trouvé sur le sujet concerne une étude réalisée en Corée (15). Celui-ci montrait que de manière globale les personnes en situation de handicap étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé ainsi que des maladies chroniques ou aiguës. Il rapportait également que les personnes en situation de handicap étaient 2 fois plus susceptibles d'avoir recours aux urgences, d'autant plus si elles avaient plus de 60 ans et présentaient une maladie chronique. Les résultats de cette étude sont néanmoins à prendre avec du recul, du fait d'un système de santé n'étant pas comparable au système Français.

Dans son guide d'amélioration des pratiques professionnelles proposé en 2017 (16), la HAS a proposé un document donnant suite à celui réalisé en 2008 qui s'intitulait « L'accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Celui-ci concerne le passage en milieu hospitalier, il comporte 5 objectifs prioritaires :

- Qualité et continuité du parcours de santé de la personne en situation de handicap (préparer la venue du patient, adapter les procédures de soin, privilégier les entrées directes, ...)
- Accessibilité pour le maintien de l'autonomie

- Favoriser la présence des aidants
- Changer les représentations et développer les compétences nécessaires
- Fédérer les professionnels autour d'un projet de changement pour améliorer la prise en charge de la personne handicapée

Les personnes en situation de handicap présentent donc des besoins spécifiques auxquels il est nécessaire de proposer des prises en charges adaptées à leurs besoins. Il paraît donc essentiel de limiter le recours au service des urgences aux situations d'urgences réelles.

3. Tensions médicales actuelles en Vendée

Le territoire CPTS Centre Vendée comporte 2 services d'urgences : celui du CHD Vendée et celui de la Clinique Saint Charles. Concernant le CHD Vendée en 2022, il y a eu 47 142 passages aux urgences soit en moyenne 129 passages par jour. 18% de ces passages aux urgences concernaient des patients de 75 ans et plus soit en moyenne 23 personnes par jour ce qui est plus que les 12 à 14% que nous avons pu retrouver dans la littérature sur le plan national en 2002 (9). Les données concernant les personnes en situation de handicap ne sont pas disponibles pour le CHD Vendée car elles ne sont pas extraites pour la réalisation de leurs statistiques hospitalières.

Concernant les lits d'hospitalisation, en 2019, le département de la Vendée en comportait 1926 en médecine aiguë soit 187 lits pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale de 233 pour 100 000 habitants (17).

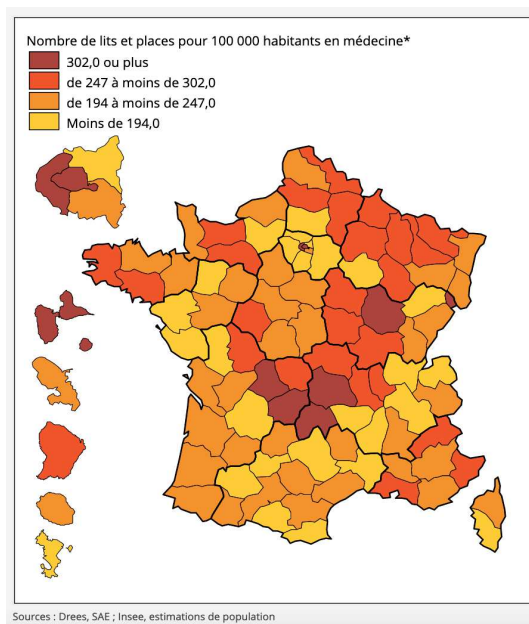


Figure 4 : nombre de lits d'hospitalisation en médecine aiguë par département Français pour 100 000 habitants. Source : INSEE

CHD de La Roche/Yon - SU adultes	Parmi l'ensemble des SU			
	Valeur moyenne	Valeur minimale	Valeur maximale	
Durée médiane de passage tous âges confondus*				
Ensemble des patients	6:15	4:32	1:22	6:15
- retournant à domicile	4:59	3:35	1:15	4:59
- hospitalisés	10:43	8:41	2:11	11:51
Durée médiane de passage des patients âgés de 18 à 24 ans				
Ensemble des patients	3:35	3:03	1:05	3:57
- retournant à domicile	3:19	2:51	1:05	3:51
- hospitalisés	6:36	7:05	1:13	9:50
Durée médiane de passage des patients âgés de 25 à 49 ans				
Ensemble des patients	4:26	3:29	1:10	4:26
- retournant à domicile	3:57	3:08	1:06	3:59
- hospitalisés	7:48	7:33	2:16	10:12
Durée médiane de passage des patients âgés de 50 à 74 ans				
Ensemble des patients	7:30	5:05	1:22	7:30
- retournant à domicile	6:19	4:02	1:16	6:19
- hospitalisés	10:30	8:38	2:12	11:06
Durée médiane de passage des patients âgés de 75 ans et plus				
Ensemble des patients	11:01	7:16	1:44	11:01
- retournant à domicile	9:14	5:40	1:38	9:14
- hospitalisés	13:24	9:26	2:12	14:59

Figure 5 : tableau représentant la durée médiane du passage aux urgences du CHD Vendée en fonction de l'âge et du mode de sortie pour l'année 2022. Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

La figure 5 reflète ce que nous avons pu décrire plus haut concernant le fait que les personnes âgées présentent un temps de passage aux urgences plus long que les autres tranches d'âge (5,6,7). Sur le CHD Vendée les chiffres semblent plus élevés que la médiane nationale estimée par la DRESS en 2013 qui était de 4h (5).

Le manque de lits d'hospitalisation entraîne donc une difficulté pour les médecins généralistes dans l'organisation d'une hospitalisation directe. De plus, les situations concernant les personnes en situation de handicap et les personnes âgées sont souvent complexes et très chronophages. Cela peut malheureusement conduire à un passage aux urgences par défaut qui s'avère délétère pour le patient lorsque la problématique sous-jacente n'est pas une urgence vraie.

En parallèle, on constate un manque de médecins traitant sur le territoire CPTS Centre Vendée. Selon le profil santé du territoire rédigé par l'ORS en 2020 (18), entre 2015 et 2020, 63 médecins se sont désinstallés du territoire contre 42 qui se sont nouvellement installés. Cela est responsable d'une diminution de l'offre de soin en médecine générale alors que la population vieillissante augmente comme nous avons pu le voir plus haut. De la même façon en 2023, le conseil municipal de la Roche Sur Yon estimait que 18% des Yonnais ne possédaient pas de médecin traitant. Ce manque de médecins généralistes auxquels se référer, peut dans certaines situations amener les intervenants du domicile à orienter aux urgences par défaut alors que certaines situations ne le nécessitent pas.

4. L'Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins

1. Projet de création d'EOPS

Comme nous avons pu le voir précédemment, il est donc essentiel d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées ainsi que celui des personnes en situation de handicap afin d'éviter un

passage aux urgences par défaut. La pandémie de COVID 19 a permis de développer la collaboration entre la ville et l'hôpital. Le projet initial de l'ARS a été de profiter du lien qui avait été renforcé entre ces deux acteurs afin de le faire perdurer.

C'est ainsi qu'en 2020 l'ARS a lancé cet appel à projet auprès de l'HAD, le CHD Vendée, la Clinique Saint Charles et le CHS. En réponse à cela, les 4 structures ont réfléchi à la création d'une équipe d'optimisation du parcours de soin qui interviendrait sur 41 communes vendéennes (figure 6).

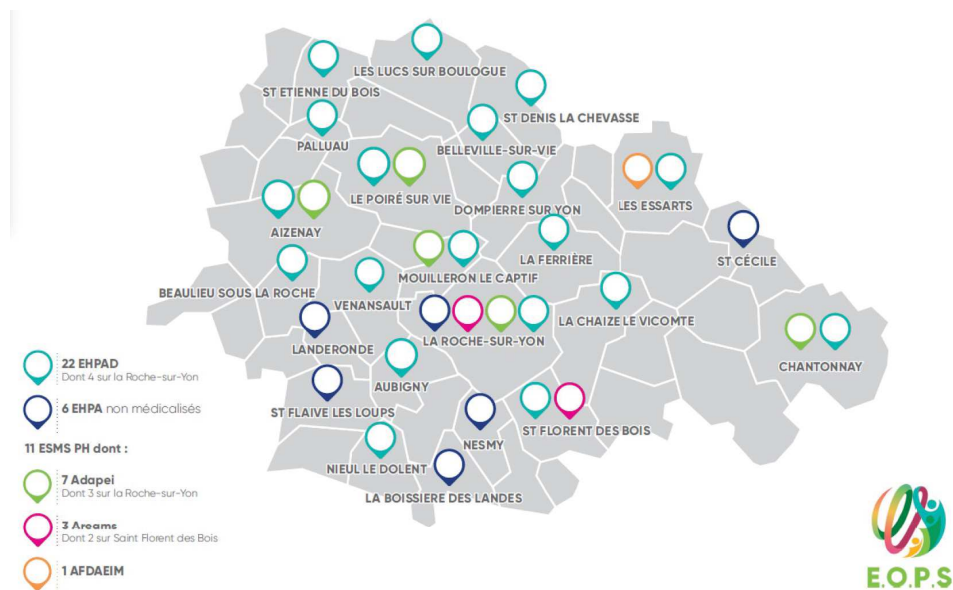


Figure 6 : territoire d'intervention d'EOPS et ESMS concernées. Source : fiche de projet d'EOPS.

Le projet était le suivant :

EQUIPE D'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOIN

Une équipe composée de :

- Trois infirmières diplômées d'état qui ont été formées à la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Une assistante sociale.
- Une assistante médico administrative.
- Un médecin.

Les interventions seraient possibles du lundi au vendredi de 8h à 18h avec une prise de contact possible par téléphone ou par mail.

Fonctionnement centré autour de 3 axes :

- Actions de communication, de sensibilisation, de formation et d'évaluation. Cela passe par la présentation de ses possibilités d'intervention dans les problématiques suivantes :
 - PMAD
 - Chutes
 - Troubles cognitifs
 - Troubles du comportement
 - Autre problématique médicale

Celle-ci se fait auprès des différents intervenants que peuvent être les médecins généralistes ou urgentistes, les infirmières, les travailleurs sociaux, le personnel d'ESMS, ... L'équipe s'intéresse également au retour des différents professionnels afin d'améliorer sa pratique.

- Avis téléphonique ou téléconsultation si nécessité d'un avis médical, infirmier ou social. Celui-ci peut se faire via le 15, la ligne d'avis gériatrique, la ligne d'avis d'EOPS ou bien par mail. Elle n'a pas pour mission de se déplacer au domicile des patients, ni de réaliser des prescriptions, ni de suivre les patients au long cours. Elle est là afin de suggérer des préconisations adaptées à la situation à destination du médecin traitant ainsi que pour orienter vers la mise en place des intervenants les plus adaptés à la situation.
- Prise en charge suite à un passage aux urgences. L'évaluation est réalisée à la demande de l'urgentiste. Cette dernière cible les patients qui ne bénéficieront pas d'une hospitalisation et qui présentent un ou des critères d'intervention afin de prévenir un futur passage aux urgences.

Pour la réalisation de ses différentes missions, du matériel spécifique sera mis à disposition de l'équipe tel que du matériel de bureautique adéquate, un logiciel de traçabilité et un véhicule.

Cette équipe sera évaluée régulièrement par un Comité de pilotage ou COPIL qui se composera de représentants des différents organismes suivants :

- ARS
- 4 établissements à l'origine du projet (CHD Vendée, Clinique Saint Charles, HAD Vendée et CHS Mazurelle)
- ESMS
- CPTS Vendée
- HANDISOINS 85
- CPAM

Ces réunions auront pour objectif de :

- Réaliser un suivi budgétaire
- Définir des axes d'amélioration et de développement
- Suivre les différents indicateurs :
 - Nombre d'avis pris auprès d'EOPS (type d'appelant, personne concernée, motif de l'appel orientation à l'issue)
 - Nombre de passage aux urgences pris en charge par EOPS (personne concernée, motif de passage, type d'orientation à l'issue).
 - Nombre de passage aux urgences moins d'un mois après une prise en charge EOPS
 - Enquête de satisfaction des ESMS sur les 3 actions d'EOPS

L'ARS a validé le projet pour 3 ans reconductibles. C'est donc en janvier 2022 que l'équipe a été mise en place.

2. EOPS en pratique

C'est donc début 2022 que l'équipe a réalisé ses premières interventions auprès des patients. En parallèle elle s'est présentée auprès des différentes personnes susceptibles de les solliciter (réunions, mails d'information, diffusion de flyers).

Elle est composée de :

- 2 IDE à temps plein
- 1 assistante médico administrative à temps plein
- 1 assistante sociale à temps plein
- 1 médecin gériatre à temps plein avec la possibilité de solliciter l'expertise d'un médecin de l'HAD en cas de problématique concernant une personne en situation de handicap.

Des locaux sont mis à disposition par le CHD Vendée et des tablettes ainsi que des voitures ont été mises à disposition par l'HAD Vendée.

Du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022, EOPS a pris en charge 622 patients dont 599 personnes âgées et 23 personnes en situation de handicap.

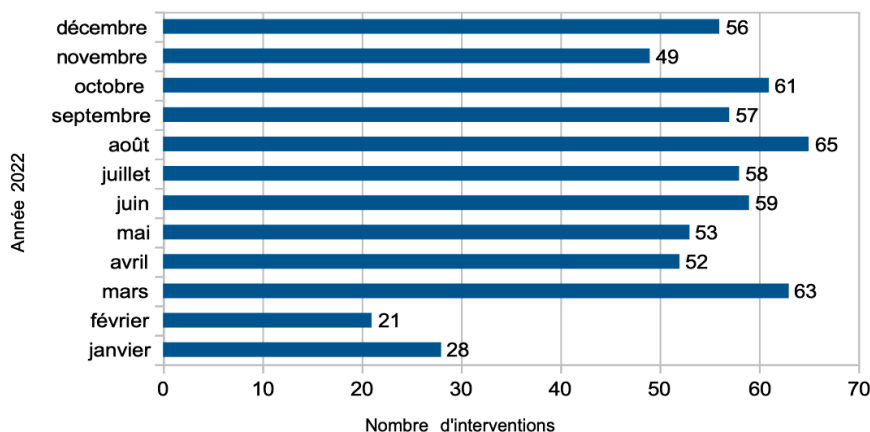


Figure 7 : nombre d'intervention de l'équipe EOPS par mois de janvier à décembre 2023

Concernant la demande d'intervention auprès de personnes âgées, 43% étaient faites à la demande du service d'urgence du CHD Vendée, 26% par le médecin traitant et 12% par les ESMS. Le principal motif de demande d'intervention était la problématique médicale (42%) puis le PMAD (19%), puis les chutes et troubles du comportement (16%) et enfin les troubles cognitifs (8%).

Concernant les personnes porteuses de handicap, les principaux demandeurs étaient le personnel paramédical (52%) puis les médecins traitants (22%). Les motifs de recours étaient similaires aux personnes âgées avec 39% de sollicitation pour une problématique médicale, les PMAD et troubles du comportement représentaient chacun 30% des sollicitations

Les interventions ont eu lieu pour 42% (n=263) sur les urgences, les 359 autres interventions ont été réalisées sur leur lieu de vie. Elles ont permis 96 entrées directes en hospitalisation.

Présentations d'une intervention type pour un patient :

- Sollicitation de l'équipe par les médecins généralistes, IDE ou par une autre personne susceptible d'avoir recours à EOPS par mail ou par téléphone.
- Le médecin traitant est prévenu si il n'est pas l'appelant afin d'obtenir l'ensemble des informations nécessaires et qu'il soit intégré dans la demande d'intervention
- Création du dossier
- Recueil des informations concernant le patient à l'aide d'une trame d'évaluation (annexe I)
- Discussion en équipe de la problématique et décision de la conduite à tenir (visite, évaluation téléphonique, ..)
- Réalisation de préconisations afin de proposer des pistes pour optimiser la prise en charge actuelle
- Rappel du sollicitant pour présentation des différentes propositions et discuter si besoin d'une éventuelle hospitalisation
- Réalisation d'un courrier de synthèse à destination du médecin traitant

Les différentes préconisations réalisées par EOPS peuvent être :

- Hospitalisation directe dans un service adapté à la problématique
- Programmation d'un HDJ
- Consultation spécialisée (gériatrie, cardiologie, ..)
- Relais vers différents intervenants : EqAAR, ESA, EMCC, EMSP, HAD. ...
- Relais auprès de travailleurs sociaux
- Mise en place d'une mesure de protection
- Réalisation d'un signalement
- Mise en place de kinésithérapie
- Proposition d'un hébergement temporaire
- Proposition de solutions de répit pour l'aidant
- Avis médical concernant certaines modifications thérapeutiques à apporter

A noter que le CHD Vendée ne dispose pas actuellement d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière et que par conséquent EOPS peut donc être amenée à réaliser certaines missions communes avec une EMG EH par défaut (telles que des évaluations gériatriques à domicile par exemple) mais cela n'est pas sa vocation initiale. Un des axes de développement de cette équipe est dans les mois à venir d'augmenter ses effectifs afin de développer en plus de ses missions actuelles une EMG EH pour permettre une évaluation clinique systématique des patients.

Concernant sa mission de formation, l'équipe est en cours de conception de « fiches réflexes » à destination des EHPAD afin que les professionnels puissent avoir des conduites à tenir face aux problématiques les plus courantes pour lesquelles elles sollicitent EOPS (par exemple sur des chutes à répétition). D'autres projets de formation sont en cours de réflexion tels que la formation des services d'aides à domicile intervenant auprès des personnes âgées et de personnes en situation de handicap.

3. EOPS et équipes mobiles de gériatrie, quelle différence ?

La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 (19) définissait pour la première fois les missions des équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalières alors qu'elles existaient déjà depuis une dizaine d'années. Ces dernières ont pour mission :

- Conseil, information et formation pour les équipes soignantes
- Evaluation globale de la personne âgée
- Participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie
- Orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière
- Orientation à la sortie d'hospitalisation

Elles interviennent auprès des personnes âgées fragiles et polypathologiques au sein des différents services de l'hôpital. Leur fonctionnement repose sur la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un gériatre, d'une infirmière formée à la gériatrie, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. (19, 20)

Ces équipes sont financées par une dotation MIGAC depuis 2005 (21).

Nous pouvons prendre comme exemple l'EMG intra et extra hospitalière du CHU de Grenoble dont le fonctionnement a été décrit en 2008 par le Pr Couturier, chef de service de gériatrie de CHU Grenoble Alpes (22). Cette équipe intervient au sein des urgences, des services hospitaliers ainsi qu'à l'interface ville hôpital. Ils réalisent 3 types d'interventions :

- Réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée
- Consultation gériatrique avec orientation qui ne comporte que quelques items de l'EGS : examen clinique, conseil thérapeutique, conseil de soin, information concernant le réseau de gérontologie, aide à l'orientation et au diagnostic.
- Activité de coordination et de liaison : par téléphone ou en consultation en fonction de la complexité.

La définition d'une EMG étant assez large, chaque centre hospitalier reste libre d'organiser son équipe.

Concernant les particularités d'EOPS par rapport à la plupart des EMG extra hospitalières, on en retiendra les points suivants :

- Création d'EOPS en réponse à un appel à projet qui avait pour objectif d'éviter les passages aux urgences par défaut
- EOPS s'adresse aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap non prises en charge en pédiatrie
- Dans le service des urgences, intervention uniquement auprès des personnes dont l'indication à une hospitalisation n'est pas retenue
- Travail conjoint d'hospitaliers et de professionnels de l'HAD Vendée
- L'équipe n'est pas rattachée à un service de court séjour gériatrique mais à un territoire
- Comité de pilotage réunissant la plupart des partenaires impliqués dans sa création et son fonctionnement et les instances partenaires du territoire (SDA, HANDISOINS 85, CPTS, représentants d'EHPAD, ...)
- Son rôle est centré sur l'optimisation du parcours de soins en relation avec tous les partenaires du territoire et la coordination des différents intervenants. Une partie non négligeable des interventions consiste en des contacts téléphoniques et des mises en relations des différents partenaires
- Elle assure les « hotline » gériatrique et celle pour personnes en situation de handicap sur le territoire

II. MÉTHODE

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction des intervenants non hospitaliers du territoire CPTS concernant EOPS.

L'objectif secondaire de cette étude est de définir des axes d'amélioration et de développement de cette équipe.

2. Type d'étude

Notre étude est une étude observationnelle, descriptive, de type quantitative qui a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction.

3. Méthode d'évaluation : réalisation d'un questionnaire de satisfaction

1. Population ciblée

Celle-ci s'adresse à l'ensemble des professionnels non hospitaliers du territoire CPTS Centre Vendée susceptibles d'avoir recours à EOPS du fait de leur activité : médecin généralistes, infirmier(e)s libéraux(ales), ESMS dont EHPAD, orthophonistes, assistant(e)s de soin en gériatrie, infirmier(e)s de pratique avancée, kinésithérapeutes, aides à domicile, assistant(e)s sociaux(ales), ergothérapeutes.

2. Elaboration

Nous avons commencé par définir avec l'EOPS l'attente qu'ils avaient de ce questionnaire : avoir un retour des différents professionnels de la ville afin de proposer des axes d'amélioration pour le fonctionnement de cette équipe.

Nous avons décidé de réaliser un questionnaire ne ciblant que les intervenants de la ville (les urgentistes n'étaient donc pas concernés) afin de permettre d'augmenter la pertinence de nos questions.

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire anonyme afin que chacun se sente libre de donner son retour, que celui-ci soit positif ou négatif. Nous avons essentiellement proposé des questions fermées afin de limiter la mauvaise interprétation de celles-ci et de faciliter la réponse des professionnels car ces dernières représentent un gain de temps. Certaines questions ouvertes ont tout de même été incluses dans le questionnaire afin de permettre à chacun de s'exprimer et notamment sur des points qui n'auraient pas été abordés dans les questions du fait d'un oubli de notre part.

Après documentation sur l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction, il nous a paru essentiel de cibler le répondeur en incluant une première partie sur les caractéristiques de ce dernier : profession et lieu d'exercice (23). Cela dans le but de permettre de connaître davantage les besoins en fonction des différentes professions.

1. Informations concernant le professionnel

1.1 Quelle est votre profession ?

- IDE
- Médecin généraliste
- Assistante sociale
- Autre :

1.2 Quel est votre lieu d'exercice ?

- Cabinet médical libéral seul ou de groupe
- MSP
- Cabinet infirmier libéral
- EHPAD
- ESMS (autre que EHPAD)
- Autre :

Par la suite une 3e question a été ajoutée à cette partie suite à un échange avec un médecin représentant de la CPTS Centre Vendée concernant la place des infirmières Asalées.

1.3 Présence d'une infirmière Asalée sur votre lieu d'exercice ?

- Oui
- Non

La deuxième partie du questionnaire concerne la connaissance d'EOPS par le répondeur. Son objectif est de mettre en évidence quelle modalité d'information a eu le plus d'impact sur les

différents professionnels de santé. De plus, il nous semblait important d'évaluer l'éventuelle nécessité de prévoir des sessions d'informations supplémentaires en ciblant la modalité la plus adaptée aux demandeurs.

2. Concernant EOPS

2.A. Connaissez-vous EOPS ?

- Oui
- Non

2.B. Comment avez-vous connu EOPS ?

- Flyer
- Mail d'information (de la CPTS, de l'Ordre des médecins ou d'EOPS)
- Présentation du dispositif par l'équipe elle même
- Echange avec collègues/confrères
- Par un patient ou la famille d'un patient
- Autre :

2.C. Auriez vous besoin d'une présentation pour faciliter un éventuel futur recours à EOPS ?

- Oui
 - 2.C.1. Sous quelle modalité :
 - Rencontre de l'équipe en présentiel
 - Mail récapitulatif
 - Visio
 - Vidéo explicative des différentes missions
- Non

La 3ème partie a pour but d'évaluer l'intervention d'EOPS du point de vue du professionnel. Pour une évaluation plus précise, nous avons choisi de proposer un déroulé de question selon un cheminement conditionnel, c'est-à-dire que certaines réponses conditionnent l'apparition de certaines questions (par exemple les questions adressées aux médecins généralistes sont différentes de celles adressées aux IDE). Cette partie a pour but d'évaluer chaque étape du processus d'intervention d'EOPS : de la sollicitation du professionnel jusqu'à la réception du compte rendu d'intervention.

3. Retour d'expérience

3.A. Avez-vous déjà sollicité EOPS ?

- Oui
 - 3.A.1. Etes vous médecin généraliste ?
 - Oui
 - Non

- Non
 - Pourquoi :
 - 3.A.1.1. Etes-vous médecin généraliste ?
 - Non
 - Oui
 - 3.A.1.1.1L'un de vos patients a-t-il été évalué par EOPS à la demande d'un autre professionnel ou à l'occasion d'un passage aux urgences ?
 - Oui, à l'occasion d'un passage aux urgences
 - 3.A.1.1.1.A. Avez-vous reçu le compte rendu des urgences qui comporte le compte rendu de l'évaluation EOPS ?
 - Oui
 - Non
 - Oui, à la demande d'un autre professionnel en ville
 - 3.A.1.1.1.B. Avez-vous été informé(e) qu'EOPS allait intervenir pour votre patient (que ce soit par EOPS ou par le professionnel qui l'a sollicité) ?
 - Oui
 - Non

- Non
- Je ne sais pas

3.B. Comment avez-vous sollicité EOPS ?

- Mail
- Ligne téléphonique directe d'EOPS
- Ligne d'avis gériatrique

3.C. Combien de fois avez-vous sollicité EOPS ?

- Une fois
- Plusieurs fois

3.D. Quelle est votre appréciation de l'accessibilité d'EOPS (facilité à la joindre) ?

- excellente
- bonne
- moyenne
- insuffisante

3.E. Pourriez-vous nous dire quelle était le(s) motif(s) de ce(s) recours à EOPS ?

- Chute(s)
- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement
- Problématique médicale
- Problème de maintien à domicile
- Autre :

3.F Le délai d'intervention vous a-t-il paru cohérent par rapport à la problématique ?

- Tout à fait cohérent
- Cohérent
- Moyennement cohérent
- Incohérent (délai trop long par rapport à la problématique)

3.G. Concernant le contenu du courrier de synthèse :

- Trop détaillé
- Bonne quantité d'informations
- Pas assez d'informations
- Non reçu/NSP

3.Gbis. Avez-vous eu un retour concernant votre demande d'intervention d'EOPS ? (par mail ou contact téléphonique)

- Oui
- Non

3.H. Les préconisations faites par EOPS vous semblaient-elles réalisables en pratique ?

- Oui
- Pas toutes les propositions
 - Pourquoi :
- Non
 - Pourquoi :
- NSP

3.I. Quelle est votre appréciation globale de l'intervention (ou des interventions) d'EOPS ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
très insatisfaisant					Très satisfaisant				

La quatrième partie du questionnaire est une réponse libre pour que chacun puisse préciser d'éventuels axes d'amélioration à mettre en place par la suite.

La cinquième partie est un commentaire libre pour permettre aux professionnels d'ajouter une remarque qui n'aurait pas été abordée dans le reste du questionnaire.

Le cheminement conditionnel résumant le déroulé du questionnaire est représenté à l'aide d'un organigramme réalisé sur logiciel EdrawMind. Celui ci est disponible en Annexe :

- Annexe II : cheminement conditionnel concernant la partie I et II
- Annexe III : cheminement conditionnel concernant la partie III si le professionnel a déjà sollicité EOPS
- Annexe IV : cheminement conditionnel concernant la partie III si le professionnel n'a jamais sollicité EOPS

3. Support informatique du questionnaire

Utilisation du logiciel Sphinx qui a été mis à disposition par le CHD Vendée. La retranscription informatique du questionnaire a été réalisée par un ingénieur qualité du CHD Vendée.

4. Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé par EOPS et l'équipe de gériatres du CHD Vendée afin de valider son bon déroulé ainsi qu'auprès d'un médecin généraliste de la CPTS Vendée. Ils ont également pu émettre leurs remarques.

4. Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire a été réalisé par mail qui a été diffusé par la personne chargée de mission et prévention de la CPTS ainsi que par EOPS via une adresse mail créée spécifiquement à cet usage.

La diffusion du questionnaire a concerné environ 450 adresses mails soit :

- 64 de médecins généralistes/secrétariats de cabinets médicaux
- 129 d'IDE libérales/cabinets infirmiers
- 27 d'EHPAD
- 3 de MARPA

- 11 d'assistantes sociales
- 31 de services d'aide à domicile
- 2 d'IPA
- 8 de SSIAD
- 10 d'hébergement temporaire
- 4 de résidences senior
- 127 de kinésithérapeutes
- 16 d'orthophonistes
- 5 d'ergothérapeutes
- 12 d'ASG
- 1 pour les ESMS pour personnes en situation de handicap du territoire

5. **Analyse**

Réalisation d'une analyse descriptive sur chacune des réponses fermées.

Pour les réponses aux questions ouvertes, nous avons réalisé dans un premier temps une analyse globale pour exclure les réponses ne répondant pas à la question posée. Par la suite une analyse thématique a été réalisée pour dégager les principaux thèmes et leur fréquence d'apparition.

III. RÉSULTATS

1. Statistiques globales

Le taux de réponse est de 15,3 % soit 69 réponses sur 450 mails transmis. Le taux de réponse pour les médecins généralistes est de 29,7%, pour les IDE il est de 19,4%, pour les AS il est de 54,5%, pour les ergothérapeutes il est de 40%, pour les aides à domicile il est de 12,9%, pour les orthophonistes il est de 6,3%, pour les ASG il est de 16,7% et enfin pour les kinésithérapeutes il est de 0,78% .

81,2% soit 56 professionnels qui ont répondu connaissent le dispositif. Parmi ceux qui connaissent EOPS, 75% (n=42) ont déjà sollicité cette équipe.

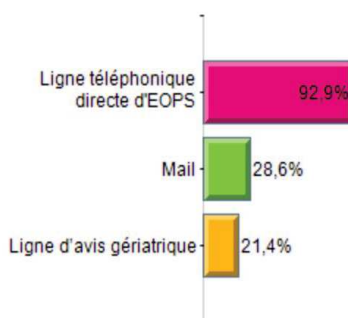


Figure 8 : diagramme représentant les modalités de sollicitation d'EOPS par les professionnels ayant déjà sollicité EOPS toute profession confondue

Le moyen de sollicitation le plus utilisé est la ligne téléphonique directe d'EOPS. 30 professionnels sur les 42 ayant déjà sollicité le dispositif l'ont sollicité au moins 2 fois.

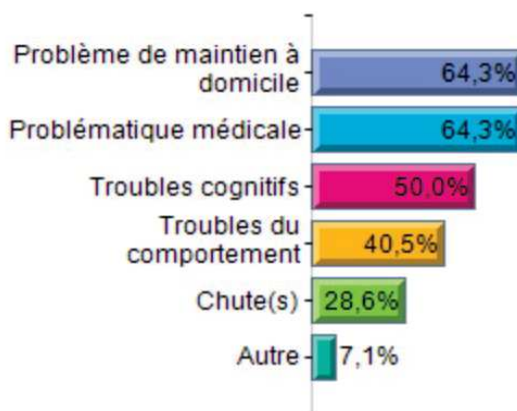


Figure 9 : diagramme représentant les motifs de recours à EOPS toute profession confondue

La problématique médicale et le PMAD sont les 2 principaux motifs de recours à l'équipe.

2. Caractéristiques des répondants

1. Métiers

Parmi les 69 répondants, 36 % (n=25) sont des IDE, 27 % des médecins généralistes (n=19), 9 % (n=6) des assistantes sociales. Parmi les autres répondants on retrouve des aides à domicile, ASG, assistante de secteur, orthophoniste, ergothérapeute, cadre de santé, directrice d'ESMS et kinésithérapeute. 6 personnes n'ont pas précisé leur métier (figure 10).

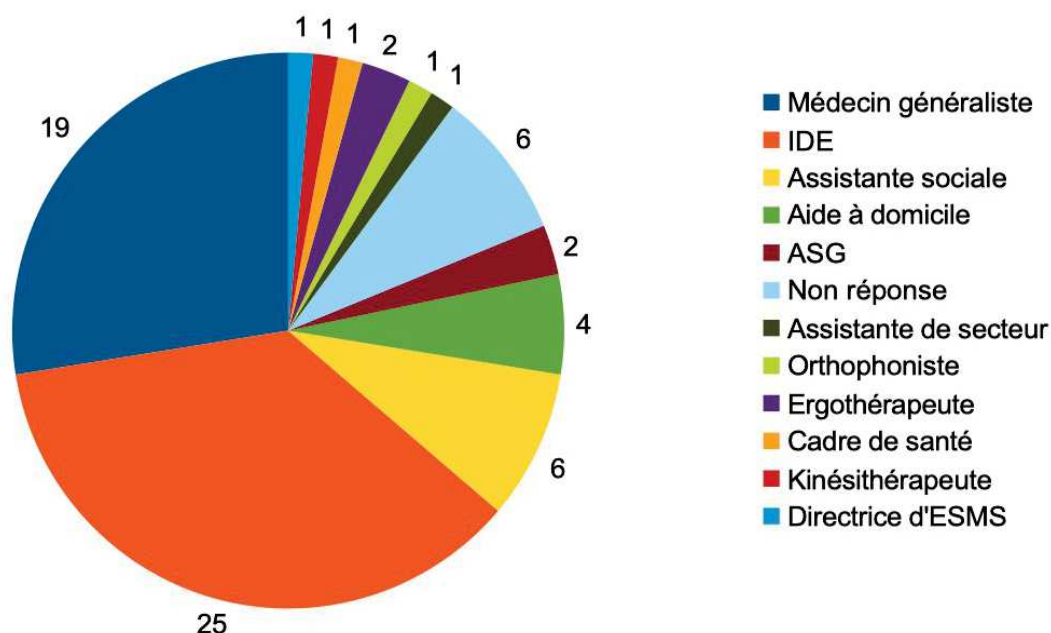


Figure 10 : Nombre de réponses au questionnaire de répondants par tranche de métier

2. Lieu d'exercice

a. Médecins généralistes (n=19)

Sur les 19 médecins généralistes répondants, 8 médecins exercent en cabinet médical libéral seul ou en groupe, 6 exercent en MSP et les 5 derniers dans un centre municipal de santé.

b. IDE (n=25)

Sur les 25 IDE ayant répondu, 14 travaillent en cabinet infirmier libéral, 6 en EHPAD, 3 travaillent dans un cabinet médical en libéral ou en MSP et 2 dans un ESMS.

c. Assistantes sociales (n=6)

Sur les 6 assistantes sociales ayant répondu, 4 travaillent pour le département, 1 dans un ESMS. 1 assistante sociale n'a pas répondu.

d. Autres professions (n=19)

Concernant les autres répondants :

- 4 aides à domicile travaillant pour des organismes d'aides à domicile,
- 2 ASG : 1 travaille à domicile, l'autre pour le CESU sans préciser à quoi correspond l'abréviation
- 1 assistante de secteur qui travail pour un service d'aide à domicile
- 1 orthophoniste qui travaille en MSP
- 2 ergothérapeutes travaillant en cabinet libéral, EHPAD et à domicile
- 1 cadre de santé qui travaille en MSP
- 1 kinésithérapeute qui travail en cabinet libéral
- 1 directrice qui travaille en ESMS

Parmi les 5 personnes n'ayant pas précisé leur profession alors qu'ils ont coché la catégorie « autre », 1 travaille pour une association d'aide à domicile, 3 n'ont pas répondu à la question et la dernière rapporte travailler au domicile des patients. La 6e personne n'ayant pas répondu au métier rapporte travailler en EHPAD.

3. Présence d'une IDE Asalée

La question sur la présence d'une IDE Asalée ne concerne que les médecins généralistes et les IDE libérales.

Présence d'une IDE Asalée \ Connaissance d'EOPS	Oui	Non
Oui	17	0
Non	1	1

Figure 11: tableau représentant la connaissance d'EOPS en fonction de la présence d'une IDE Asalée sur le lieu d'exercice pour les médecins généralistes

100% des médecins généralistes qui connaissent EOPS travaillent avec une IDE Asalée. 50% des généralistes ne connaissant pas EOPS travaillent avec une IDE Asalée.

Présence d'une IDE Asalée \ Sollicitation d'EOPS	Oui	Non
Oui	16	0
Non	1	0

Figure 12 : tableau représentant la sollicitation d'EOPS en fonction de la présence d'une IDE Asalée sur le lieu d'exercice pour les médecins généralistes connaissant EOPS.

Parmi les médecins connaissant EOPS, 100% qui l'ont déjà sollicité travaillent avec une IDE Asalée.

Présence d'une IDE Asalée \ Connaissance d'EOPS	Oui	Non	Non réponse
Oui	6	11	1
Non	2	2	3

Figure 13: tableau représentant la connaissance d'EOPS en fonction de la présence d'une IDE Asalée sur le lieu d'exercice pour les IDE

33,3% des IDE qui connaissent EOPS travaillent avec une IDE Asalée contre 61,1% des IDE qui ne travaillent pas avec une IDE Asalée. 28,6% des IDE qui ne connaissent pas EOPS travaillent avec une IDE Asalée.

Présence d'une IDE Asalée \ Sollicitation d'EOPS	Oui	Non	Non réponse
Oui	4	8	0
Non	2	3	1

Figure 14 : tableau représentant la sollicitation d'EOPS en fonction de la présence d'une IDE Asalée sur le lieu d'exercice pour les IDE connaissant EOPS

Parmi les IDE connaissant EOPS, 33,3% qui l'ont déjà sollicité travaillent avec une IDE Asalée.

3. Connaissance d'EOPS et souhait d'une présentation détaillée

Parmi les 69 répondants, 81,2% des professionnels (n=56) connaissent l'EOPS, soit :

- 89,5% des médecins généralistes (n=17)
- 72% des IDE (n=18)
- 83,3% des assistantes sociales (n=5)
- 84,2% des autres professionnels (n=16)

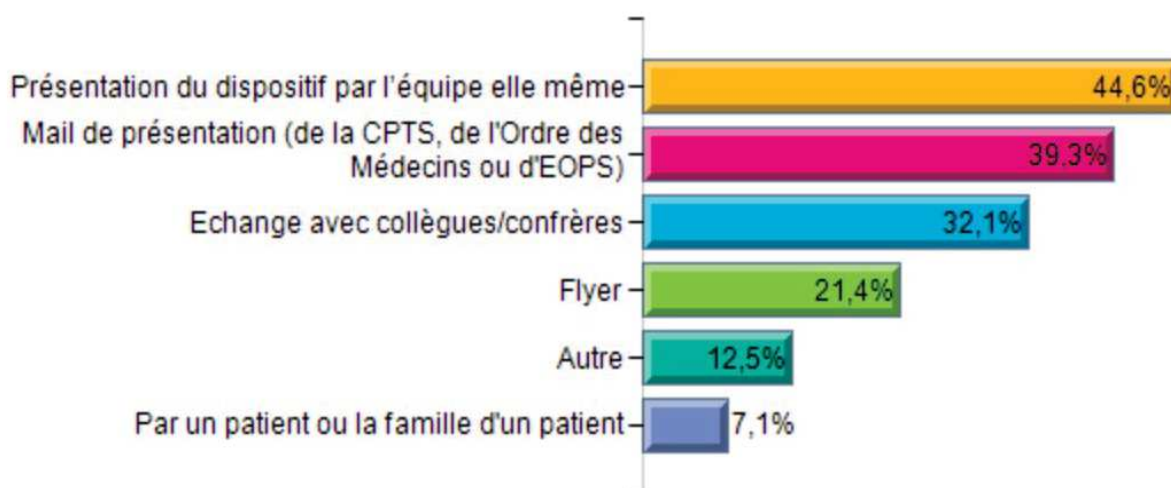


Figure 15 : diagramme représentant par quel moyen de communication les professionnels qui connaissent EOPS ont eu connaissance du dispositif

Concernant les moyens par lesquels les professionnels ont eu connaissance du dispositif EOPS la présentation par l'équipe elle-même, les mails de présentation ainsi que les échanges entre professionnels sont les moyens qui ont touché le plus de professionnels. 11 professionnels ont eu connaissance de l'équipe par plusieurs moyens de communication.

Dans la catégorie autre on retrouve 2 professionnels qui ont connu le dispositif en ayant participé aux réunions lors de sa création, 1 par une réunion de la CPTS, 1 par un médecin, 1 par la fédération ADMR, 1 par l'équipe mobile du CHS et le dernier professionnel a connu l'équipe lorsque EOPS a sollicité son organisme d'aide à domicile pour intervenir chez un patient.



Figure 16 : diagramme représentant le souhait d'une présentation détaillée toute profession confondue

44 professionnels ont exprimé leur souhait concernant la nécessité d'une nouvelle présentation de l'équipe. Parmi ces professionnels 61,4% (n=27) estiment ne pas en avoir la nécessité (figure 16)

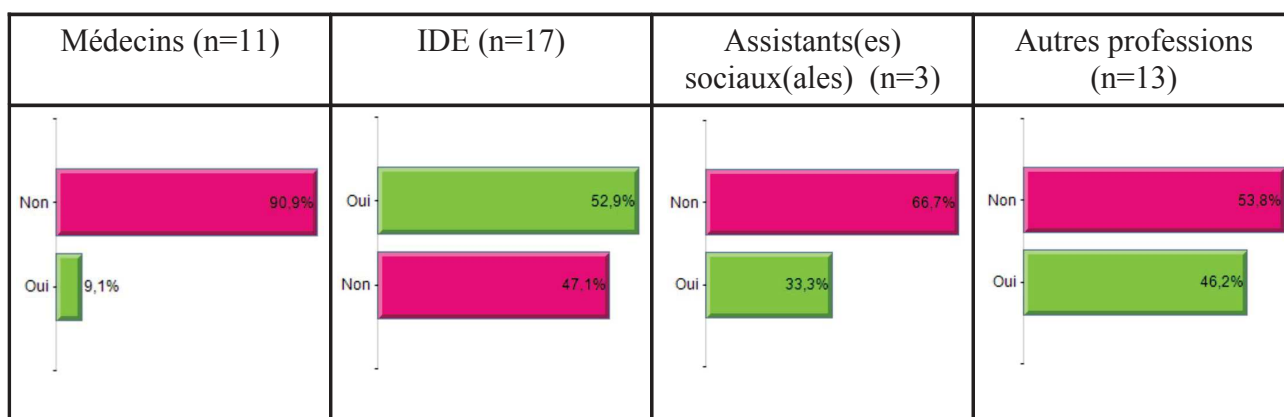


Figure 17 : diagrammes représentant le souhait d'une présentation détaillée par métier

La figure 17 représente le souhait d'une présentation détaillée en fonction de la profession.

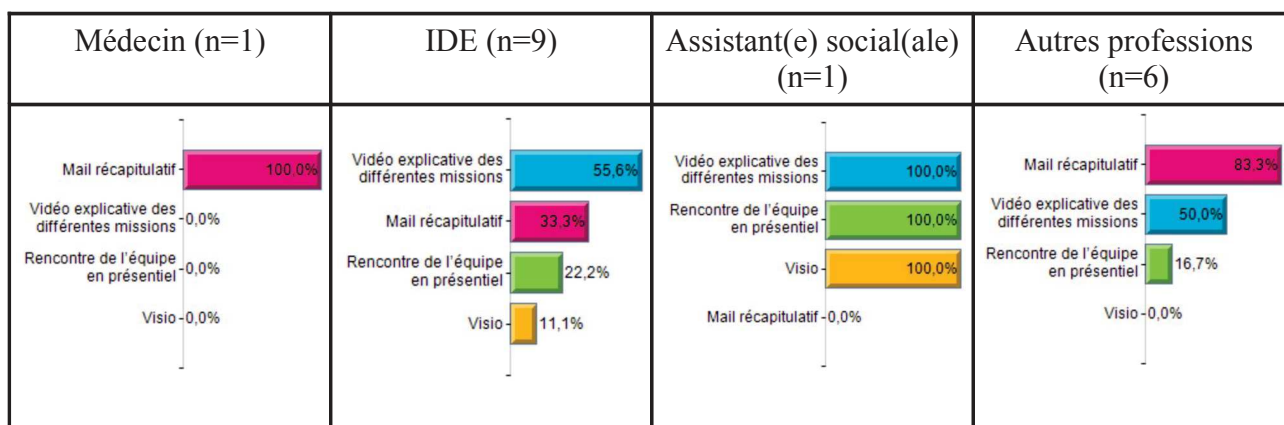


Figure 18 : diagrammes représentant sous quelle(s) modalité(s) une nouvelle présentation serait souhaitée si le professionnel a répondu de manière positive à cette question

Parmi les professionnels ayant répondu favorablement à la question « Souhait d'une présentation détaillée » (n=17) les réponses « par mail » ainsi que celle « vidéo explicative des différentes missions » ont été les plus demandées (n=9 pour chacune de ces 2 catégories soit 52,9%). La figure 18 représente sous quelles modalités les professionnels souhaitant une nouvelle présentation en fonction de leur métier.

4. Retour d'expérience des différents professionnels connaissant EOPS concernant cette équipe

1. Médecins généralistes (n=17)

94,1 % (n=16) des médecins généralistes ayant répondu ont déjà sollicité l'EOPS. Un seul médecin a répondu non à cette question en précisant qu'il avait souhaité les solliciter cependant du fait d'un sous effectif au sein de l'équipe, cette dernière n'avait pu intervenir.

Aucun médecin n'a répondu de manière positive à la question "un de vos patients a été sollicité à la demande d'un autre professionnel"

Les statistiques suivantes concernent donc les 16 médecins ayant déjà sollicité l'équipe.

a. Statistiques concernant la demande d'intervention

Parmi les 16 médecins ayant déjà sollicité l'EOPS, 14 ont demandé leur intervention au

moins 2 fois soit 87,5% des médecins.

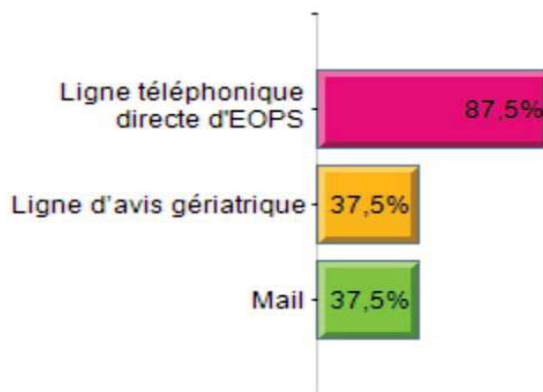


Figure 19 : diagramme représentant les modalités de sollicitation d'EOPS par les médecins généralistes ayant déjà sollicité EOPS.

Concernant les médecins généralistes, la ligne directe d'EOPS est le moyen le plus utilisé pour solliciter l'équipe. 7 médecins ont utilisé plusieurs moyens de sollicitations lors de leurs demandes d'intervention.

13 médecins généralistes rapportent une excellente accessibilité de l'équipe. 2 rapportent une bonne accessibilité, le dernier estime qu'elle est moyenne.

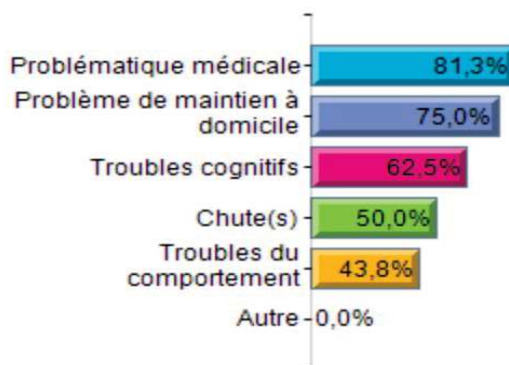


Figure 20 : diagramme représentant les motifs de recours à EOPS pour les médecins généralistes

Le diagramme ci dessus représente les pourcentages en fonction de motifs de sollicitation de l'équipe. Le premier motif de sollicitation est donc la problématique médicale.

14 des médecins rapportent un délai d'intervention tout à fait cohérent, les 2 derniers rapportent un délai cohérent.

b. Statistiques concernant le retour d'intervention

Le courrier de synthèse est jugé suffisamment détaillé par 14 médecins, 1 médecin le trouve trop détaillé. 1 dernier médecin n'a pas répondu à la question.

62,5% (n=10) des professionnels estiment que les préconisations sont réalisables en pratique, 31,3% (n=4) rapportaient qu'elles ne l'étaient pas toutes. 2 professionnels n'ont pas répondu à la question. Les médecins ayant répondu que les préconisations ne sont pas toutes réalisables ont justifié leur réponse. 2 médecins rapportent que la kinésithérapie à domicile n'est pas réalisable du fait de l'absence de professionnels disponibles. Un médecin rapporte l'impossibilité de réaliser un ECG à domicile lors de la mise en place d'un antidépresseur. Le dernier rapporte la mise en échec des conseils médicaux par le patient lui-même.

c. Appréciation globale de l'intervention

Sur une échelle numérique allant de 0 à 10 nous avons demandé aux médecins d'évaluer leur expérience d'intervention d'EOPS. 0 correspondant à une insatisfaction, 10 correspondant à très satisfait.

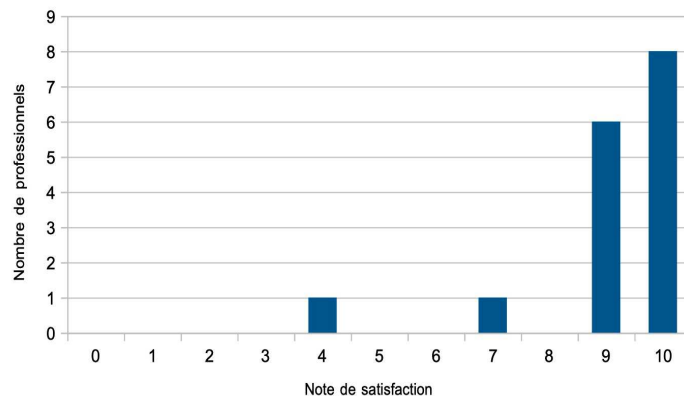


Figure 21 : diagramme représentant la répartition de l'appréciation globale d'EOPS du point de vue des médecins généralistes

La moyenne des notes d'appréciation globale est de 9,06.

2. Infirmières (n=18)

68% (n=12) des IDE connaissant EOPS ayant répondu au questionnaire ont déjà eu recours à l'EOPS.

Les statistiques suivantes concernent donc les 12 IDE ayant déjà sollicité l'équipe.

a. Statistiques concernant la demande d'intervention

Parmi les 12 IDE ayant déjà sollicité l'équipe 66,7% (n=8) ont eu recours à EOPS à plusieurs reprises.

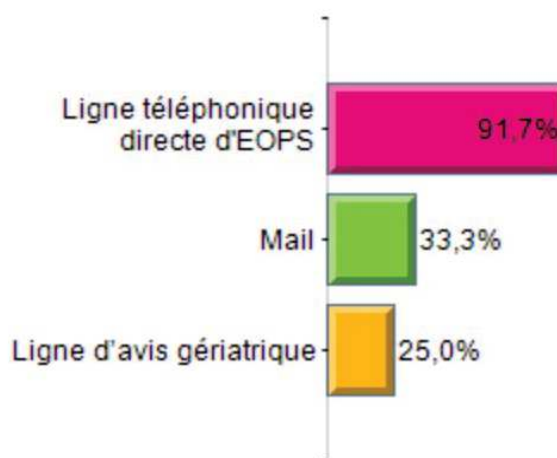


Figure 22 : diagramme représentant les modalités de sollicitation d'EOPS par les IDE ayant déjà sollicité EOPS.

Le principal moyen de sollicitation pour les IDE est la ligne téléphonique directe d'EOPS.

8 IDE jugent l'accessibilité bonne, les 4 autres estiment qu'elle est excellente.

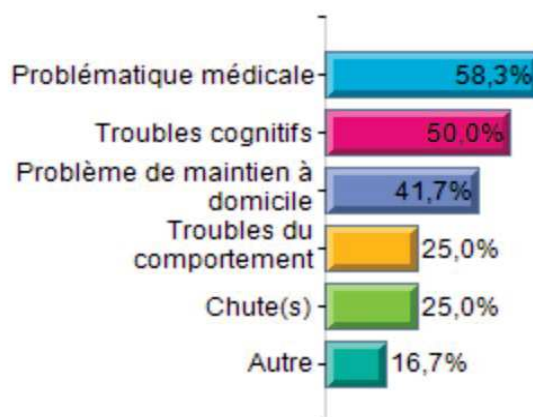


Figure 23 : diagramme représentant les motifs de recours à EOPS pour les IDE

Dans les autres motifs il y a une sollicitation pour une altération de l'état général et la seconde est pour une demande de renouvellement d'ordonnance dans le cadre d'une absence de médecin traitant pour des personnes résidant en EHPAD.

10 IDE ont répondu à la question concernant le délai d'intervention. 5 IDE estiment que le délai d'intervention est tout à fait cohérent, 4 qu'il est cohérent. La dernière juge qu'il est trop long par rapport à la problématique.

b. Statistiques concernant le retour d'intervention

8 IDE sur les 12 ayant sollicité EOPS ont eu un retour concernant leur demande d'intervention

c. Appréciation globale de l'intervention

Sur le même modèle d'échelle numérique que pour les médecins généralistes, nous avons demandé aux IDE d'évaluer leur expérience avec l'EOPS. 83,3% (n=10) des IDE ont répondu à cette question.

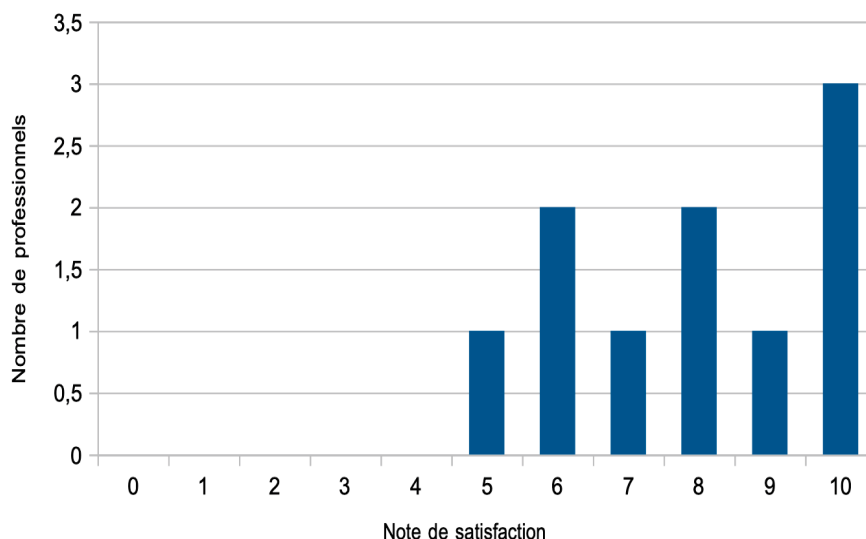


Figure 24 : diagramme représentant la répartition de l'appréciation globale d'EOPS du point de vue des IDE

La note moyenne est de 7,90.

3. Assistants(es) sociaux(ales) (n=5)

100% (n=5) des assistants(es) sociaux(ales) connaissant EOPS ont déjà eu recours au dispositif.

a. Statistiques concernant la demande d'intervention

Les 5 AS ayant déjà eu recours à EOPS ont déjà sollicité l'équipe au moins 2 fois.

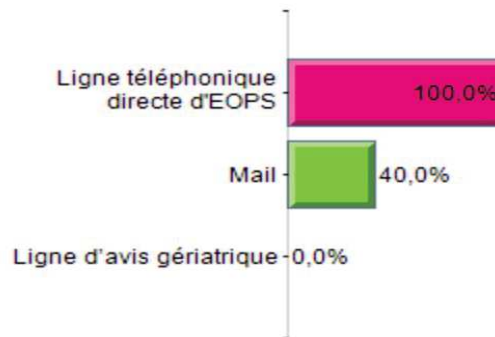


Figure 25 : diagramme représentant les modalités de sollicitation d'EOPS par les AS ayant déjà sollicité EOPS.

Le principal moyen de recours à EOPS pour les AS est la ligne directe.

4 AS jugent l'accessibilité excellente, la dernière estime qu'elle est bonne.

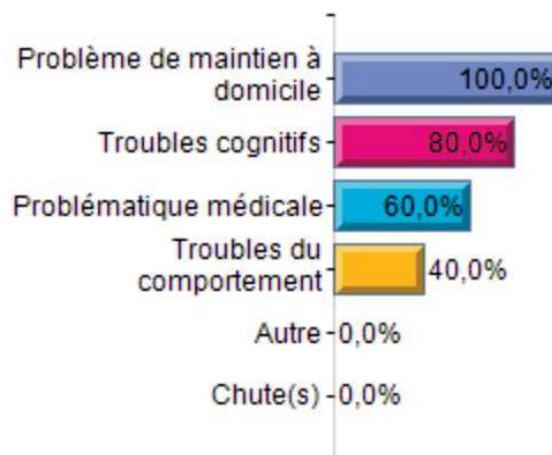


Figure 26 : diagramme représentant les motifs de recours à EOPS pour les AS

Pour 100% des recours à EOPS par les AS, ils impliquent un PMAD.

4 AS rapportent un délai d'intervention tout à fait cohérent. La 5e rapporte un délai cohérent.

b. Statistiques concernant le retour d'intervention

L'ensemble des AS ont eu un retour concernant leur demande d'intervention

c. Appréciation globale de l'intervention

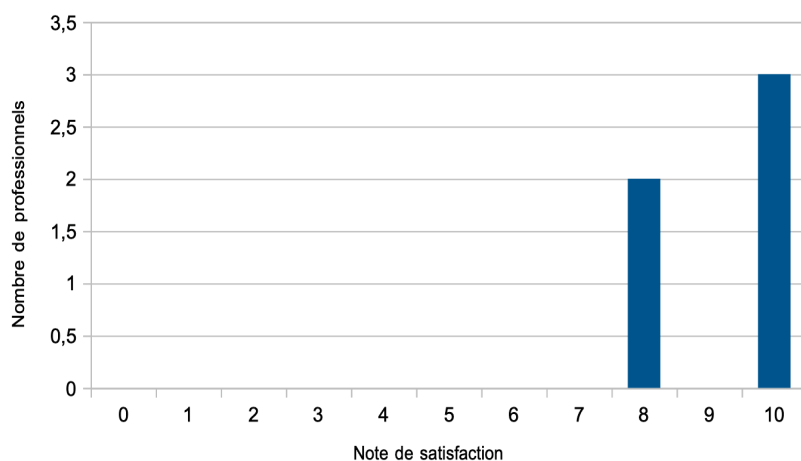


Figure 27 : diagramme représentant la répartition de l'appréciation globale d'EOPS du point de vue des AS

La note moyenne est de 9,20.

4. Autres professionnels (n=16)

56,3% (n=9) des autres professionnels (1 cadre de santé, 1 ASG, 1 directrice d'EHPAD, 1 assistante de secteur, 3 aides à domicile et les 2 derniers n'ont pas précisé leur métier) connaissant EOPS ayant répondu au questionnaire ont déjà eu recours à l'EOPS.

Les statistiques suivantes concernent donc les 9 autres professionnels ayant déjà sollicité

l'équipe.

a. Statistiques concernant la demande d'intervention

Parmi les 9 autres professionnels ayant déjà sollicité l'équipe 55,6% (n=5) ont eu recours à EOPS à plusieurs reprises, 3 autres professionnels y ont eu recours une seule fois. 1 professionnel n'a pas répondu à la question.

100% des autres professionnels ont sollicité l'équipe par sa ligne d'avis.

5 des autres professionnels jugent l'accessibilité comme bonne, les 4 autres estiment qu'elle est excellente.

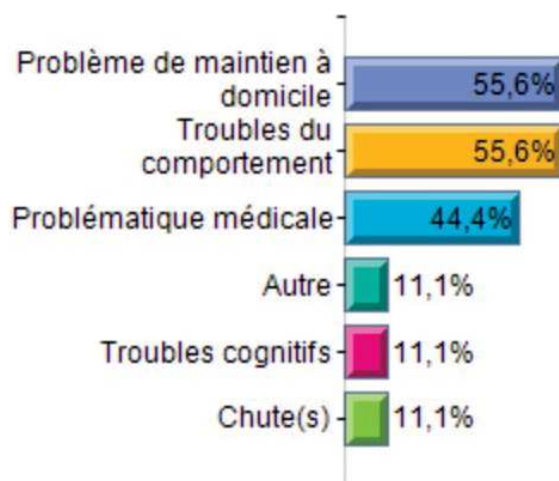


Figure 28 : diagramme représentant les motifs de recours à EOPS pour les autres professionnels

Les principaux motifs de sollicitation comportent une problématique de PMAD et/ou de trouble du comportement. Dans la catégorie autres motifs il y a une sollicitation pour des hospitalisations à répétition.

4 professionnels ont répondu que le délai est tout à fait cohérent, 4 que le délai est cohérent et le dernier professionnel estime le délai moyennement cohérent.

b. Retour concernant la demande d'intervention

7 professionnels ont répondu à la question. 6 ont eu un retour concernant leur demande

d'intervention.

c. *Appréciation globale de l'intervention*

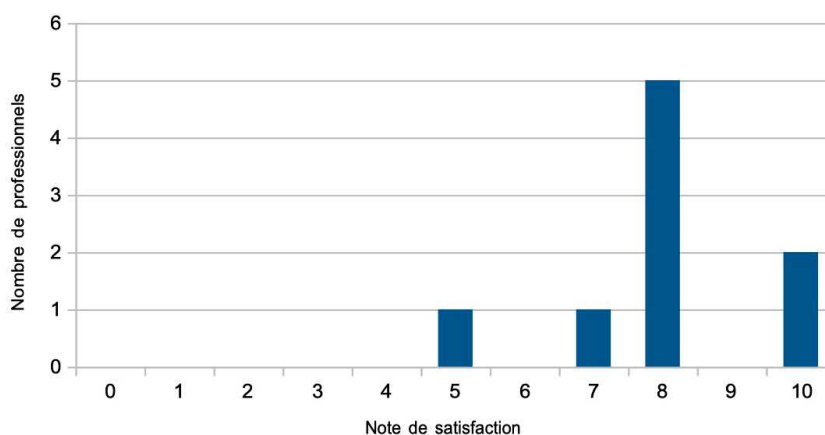


Figure 29 : diagramme représentant la répartition de l'appréciation globale d'EOPS du point de vue des autres professionnels

La note moyenne est de 8.

5. Réponses des champs d'expression libre

1. *Axes d'amélioration*

Nous avons recueilli 13 réponses à cette question.

Les 6 réponses suivantes ont été exclues car elles ne répondent pas à la question posée :

- « *Difficultés en ville pour trouver un kinésithérapeute, orthophoniste .. les problématiques restent les mêmes. Du renfort !!!* »
- « *Encore plus de professionnels* »
- « *Equipe mobile cognitivo comportementale : délai trop long* »
- « *Je n'ai interpellé que 2 fois le service étant sur le secteur d'EOPS depuis peu. J'ai peu de recul* »
- « *Le problème majeur est avant tout un manque de personnel soignant intra et extra hospitalier et sans compter le manque de places d'hospitalisation ... Les conseils sont toujours bons à prendre ... Pour les prises en charge plus compliquées ... Pas de réelle*

- solution »*
- « Rien à signaler »

Les 7 autres réponses ont donc fait l'objet d'une analyse thématique :

- « Garder la proximité et l'accessibilité auprès des professionnels de la ville »
- « Il n'y a pas eu d'intervention »
- « Peut être mieux définir qui fait quoi après les préconisations de synthèse »
- « Plus de manière de se faire connaître auprès des professionnels car peu on le réflexe de vous appeler »
- « Pour les sollicitations aux urgences ou par d'autres professionnels de santé, il est indispensable de contacter le médecin généraliste traitant pour récupérer l'ensemble des informations utiles »
- « Une fois dans notre cas petit quiproquo sur qui devait se charger d'avertir l'équipe sociale pour la mise en place d'aides »
- « Un retour par mail est très appréciable. Pour les situations complexes, des visites à domicile en commun avec le SDA (service départemental de l'autonomie) seraient intéressantes. Lors d'une hospitalisation de jour, il serait intéressant également pour les situations complexes que la personne soit évaluée par un médecin expert quand une mesure de protection est envisagée afin de faciliter les démarches ».

Nous avons mis en évidence plusieurs thèmes :

Thème 1 : préconisations et leur mise en place

- « mieux définir qui fait quoi après les préconisations »
- « quiproquo sur qui devait se charger d'avertir l'équipe sociale »

Thème 2 : intervention de l'équipe

- « Il n'y a pas eu d'intervention »
- « visite en commun avec le SDA »
- « contacter le médecin généraliste traitant pour récupérer l'ensemble des informations utiles »

Thème 3 : faciliter le lien ville hôpital

- « se faire connaître auprès des professionnels »
- « proximité et accessibilité auprès des professionnels »
- « que la personne soit évaluée par un médecin expert quand une mesure de protection est envisagée afin de faciliter les démarches »

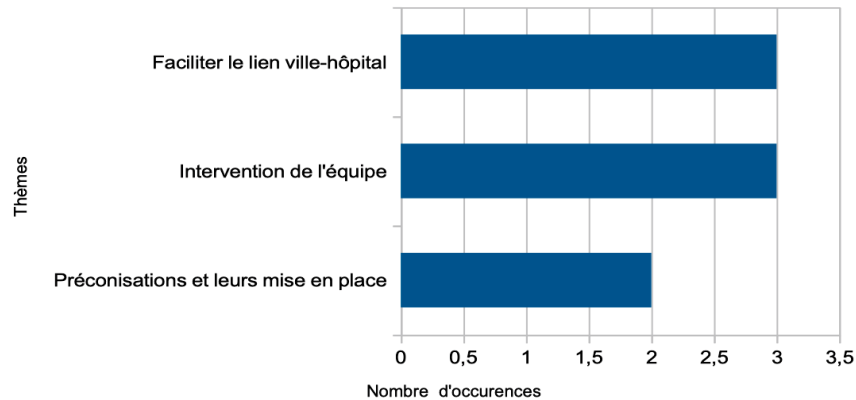


Figure 30 : synthèse de l'analyse thématique concernant les axes d'amélioration ; nombre d'occurrences par thème parmi les 7 réponses analysées

2. Commentaire libre

Nous avons obtenu 14 réponses. Il n'y a pas eu d'exclusion de réponses.

- « Bonne réaction d'EOPS dans 90% des cas, c'est une chance pour notre territoire »
- « C'est le 116 117 qui m'a permis de savoir que vous pouviez répondre dans l'urgence »
- « Doit on nécessairement avoir l'accord du médecin traitant pour contacter l'EOPS ? Cela freine la prise en charge lorsque ce dernier n'est pas joignable ou ne souhaite pas un avis extérieur »
- « J'attends juste la proposition de formation ... Je travaille auprès de personnes âgées »
- « Je ne peux pas donner mon avis sur EOPS car la problématique que nous avons d'absence de médecin traitant, EOPS n'a pas pu nous faire les renouvellements de traitement et je n'ai pas eu de contact sur d'autres problématiques, je ne peux donc par conséquent pas donner mon avis »
- « Le problème est que les places à l'hôpital sont réduites ... C'est vraiment cela le problème »
- « Lorsque j'ai recours à l'équipe j'ai toujours une écoute bienveillante et une réponse professionnelle. Je tiens à saluer la disponibilité et la compétence des collègues de l'EOPS. C'est à mon sens un partenaire incontournable dans mon quotidien professionnel »
- « Merci à vous pour votre travail »
- « Merci c'est extrêmement aidant »
- « Merci pour votre aide »
- « Pour la première intervention : efficacité parfaite. Passage aux urgences évité (patiente de 96 ans). Dans l'attente du compte rendu d'hospitalisation, probablement toujours en cours. »
- « Pour les fois où j'ai appelé, la personne qui me répondait était bienveillante, elle a su prendre le temps de m'écouter et nous avons pu trouver la solution ensemble »
- « Retour très positif de notre côté, autant côté patient que médecin, équipe très accessible, réactive. Nous a permis de débloquer des situations rapidement et d'améliorer nos pratiques ensuite »

- « *Toujours une bonne coordination des intervention et une relation de travail qui permet de trouver des perspectives de travail avec la personne pour laquelle on interpelle EOPS* »

Les thèmes mis en évidence sont les suivants :

Thème 1 : manque de ressources humaines et matérielles

- « absence de médecin traitant »
- « places à l'hôpital sont réduites »

Thème 2 : satisfaction

- « bonne réaction d'EOPS »
- « chance pour notre territoire »
- « partenaire incontournable »
- « merci à vous pour votre travail »
- « merci pour votre aide »
- « merci c'est extrêmement aidant »
- « efficacité parfaite »
- « retour très positif »
- « bonne coordination des interventions »
- « répondre dans l'urgence »
- « équipe très accessible »
- « disponibilité et compétences de l'équipe EOPS »

Thème 3 : formation des professionnels

- « améliorer nos pratiques »
- « proposition de formation »

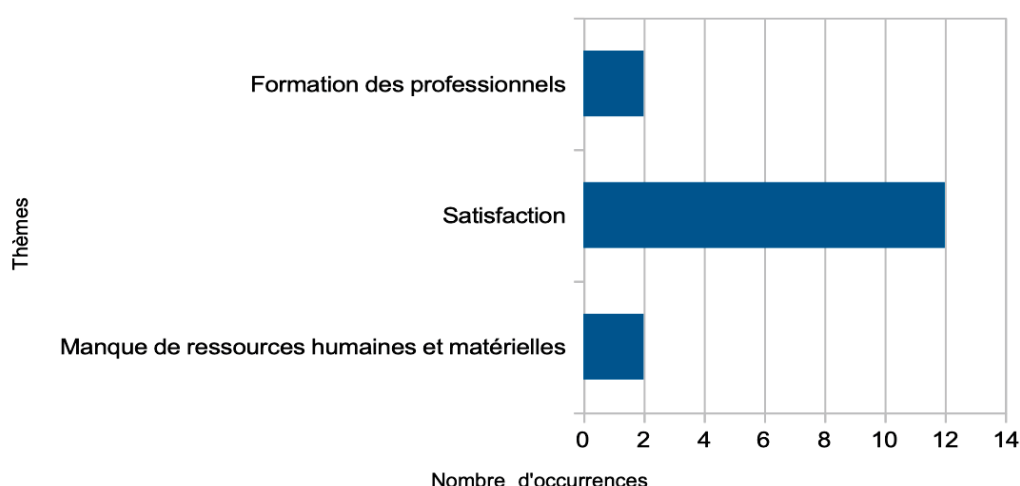


Figure 31 : synthèse de l'analyse thématique concernant le commentaire libre; nombre d'occurrences par thème parmi les 14 réponses analysées

Il paraît important de noter que parmi les 6 réponses exclues de l'analyse concernant les axes d'amélioration (car hors sujet), on en retrouve 4 qui auraient pu s'intégrer dans le thème 1 « manque de ressources humaines et matérielles ».

IV. DISCUSSION

Notre étude porte donc, comme nous l'avons présenté plus haut, sur un nouveau dispositif en phase d'expérimentation. Cette équipe, du fait des acteurs impliqués dans sa création et de son fonctionnement, permet de faciliter le recours aux ressources hospitalières tout en ayant l'expérience du travail de coordination et la connaissance des différents acteurs de la ville. C'est la première fois que les professionnels non hospitaliers (toute profession confondue) sont sollicités pour donner leur avis sur cette équipe. La littérature disponible afin de discuter nos résultats est par conséquent limitée.

Notre étude est une étude descriptive qui se base sur un critère de jugement principal subjectif qu'est la satisfaction. Une réponse évaluant la satisfaction posée à une personne peut être différente si nous la posons à une autre personne malgré que cela concerne une situation identique (possiblement en lien avec le vécu personnel, l'expérience, la profession ..). Cette subjectivité est donc probablement responsable d'un biais d'évaluation au sein de notre étude. Cependant, celui-ci est également à notre sens un point positif. En effet l'objectif étant de recueillir l'expérience de chacun. Cela nous semble important de comprendre les facteurs qui ont influé sur un ressenti qu'il soit positif ou négatif au sujet de chaque étape de leur parcours avec EOPS. Notre objectif n'est donc pas de réaliser des statistiques ou encore de mettre en évidence les liens de cause à effet mais plutôt de permettre à l'équipe, dans la mesure du possible, de proposer une adaptation de son intervention ainsi que de cibler les besoins des différentes professions. EOPS pourra également à l'avenir être amenée à répéter cette enquête afin d'évaluer de manière régulière sa pratique.

Concernant le questionnaire, la rapidité et la facilité de compréhension des questions semblent être des points forts de notre étude. Cela a permis que les répondants déroulent l'ensemble du questionnaire et répondent à la majorité des questions. Le choix de proposer des questions fermées a permis un traitement des données simplifié cependant cela est responsable d'une perte d'information (23). Nous avons tout de même proposé des questions ouvertes dans une faible proportion ainsi que la possibilité de développer lorsque le choix du répondant ne correspondait à aucune des propositions. Cela a permis de limiter cette perte d'informations. L'utilisation d'un questionnaire que nous avons créé pour notre étude a pu engendrer un biais de mesure. En effet, certaines questions ont pu être interprétées dans un sens différent de celui attendu. L'absence de questions « bloquantes », c'est-à-dire que certaines questions peuvent n'avoir aucune réponse sans que cela ne perturbe ou n'empêche l'avancée du questionnaire, a pu engendrer une absence de réponse et donc une perte de données (par exemple la question concernant le souhait d'une présentation détaillée d'EOPS a obtenu un taux de réponse de 63,8%). Il est possible que certains répondants n'aient simplement pas vu la question et soient passés à la page suivante.

L'anonymisation du questionnaire a permis de limiter le biais de prévarication et par conséquent que chacun puisse exprimer librement son retour qu'il soit positif ou négatif. Cependant cela ne nous permet pas de recontacter spécifiquement chaque professionnel par exemple concernant le souhait d'une présentation détaillée.

A présent, intéressons nous au cheminement conditionnel du questionnaire. Si nous devons le faire à nouveau, il serait intéressant de poser la question « L'un de vos patients a-t-il été évalué

par EOPS à la demande d'un autre professionnel ou à l'occasion d'un passage aux urgences ? » à l'ensemble des médecins généralistes et non uniquement à ceux qui n'ont jamais sollicité EOPS. En effet, il est tout à fait possible que l'équipe intervienne pour plusieurs patients d'un même médecin, que ça soit à sa demande ou non. L'absence de réponse positive à cette question ne nous a pas permis d'analyser si le médecin traitant est systématiquement intégré dans la prise en charge d'EOPS si celui-ci ne les a pas sollicité. En parallèle, le cheminement conditionnel a permis de différencier les questions qui ont été posées aux médecins de celles posées aux autres professionnels. Cela nous a donné la possibilité d'augmenter la pertinence de nos questions (23).

Enfin nous avons réalisé un pré test de notre questionnaire auprès des médecins gériatres du CHD Vendée ainsi qu'auprès d'un médecin généraliste. L'échantillon sur lequel a été réalisé le pré test n'était donc pas représentatif de la population cible car il ne comportait que des médecins et essentiellement des gériatres. Cependant cela a tout de même permis d'augmenter la compréhension, la lisibilité et la faisabilité du questionnaire du fait de leurs différents retours. Il est recommandé d'effectuer le pré-test sur 1 à 10% de la population cible, dans notre situation cela représente entre 4,5 et 45 personnes si on se base sur 450 mails transmis (23). Notre pré test a donc été réalisé sur une proportion acceptable de professionnels.

Le choix de la population à laquelle nous avons transmis le questionnaire cible est discutable. En effet, nous l'avons transmis notamment aux orthophonistes et kinésithérapeutes du territoire CPTS. Cependant après échange avec l'EOPS à ce sujet il semblerait que depuis leur création il n'ont jamais été interpellés par cette catégorie de professionnels. Cela a probablement influencé notre taux de réponse. En revanche, l'envoi à l'ensemble de ces professionnels aura permis de faire connaître davantage le dispositif. Il n'est pas exclu qu'à l'avenir ils puissent nécessiter l'intervention de l'équipe pour un de leurs patients. Par exemple, certains kinésithérapeutes qui interviennent à domicile peuvent être le principal lien du patient avec le système de santé. Cela peut s'envisager lorsque le patient n'a plus de médecin traitant ou alors s'il présente des difficultés à se déplacer et que son médecin ne peut assurer de visites à domicile. Ce type de professionnel peut donc alerter le médecin ou EOPS en fonction des difficultés repérées à domicile. Il paraît tout de même important de souligner qu' EOPS n'a pas pour rôle de se substituer ou de palier au manque de médecins traitants cependant cela peut permettre d'améliorer certaines situations par exemple en aidant à la mise en place d'un plan d'aide à domicile. Si nous continuons de nous intéresser à notre population cible, concernant les médecins, elle n'est pas représentative des professionnels sollicitant EOPS depuis sa création. D'après les statistiques réalisées par EOPS qui ont été présentées au COPIL de juin 2023 ; 46% des sollicitations de l'équipe étaient réalisées par les urgentistes du CHD Vendée/Clinique Saint Charles. Cependant cela est intentionnel. Lors de la création du questionnaire nous avons fait le choix de nous adresser uniquement aux professionnels non hospitaliers afin d'augmenter la pertinence de nos questions. La satisfaction des urgentistes a tout de même été évaluée par EOPS à l'aide d'un questionnaire que nous n'abordons pas dans cette thèse. Par conséquent, la comparaison de nos statistiques à ceux de l'équipe EOPS peut être discutée du fait que leurs statistiques sont basées sur l'ensemble des interventions tandis que les nôtres excluent celles à la demande d'un médecin urgentiste.

Pour finir, concernant notre méthode de diffusion, le dénombrement de cette population est difficile. Nous avons transmis le questionnaire à 450 adresses mails cependant notre listing comportait notamment des mails de secrétariats de cabinets médicaux pour lesquels nous n'avons pas eu le détail du nombre de professionnels auquel le questionnaire a été retransmis. Cela était également le cas pour les EHPAD, les organismes d'aide à domicile. Cela est probablement

responsable d'une inexactitude de certains de nos résultats avec pour conséquence une surestimation de notre taux de réponse. La décision de réaliser une diffusion par mail du questionnaire a probablement influé sur notre taux de non réponse. En effet les mails ont possiblement atterri dans les spams ce qui a pu entraîner une perte de données. Si on regarde la littérature concernant la réalisation de questionnaires de satisfaction auprès de médecins généralistes et/ou IDE, le taux de réponse est plus important. Cependant leur méthode diffère tout de même de la notre en ce qui concerne la méthode de diffusion et de la population ciblée. Par exemple, l'étude de A. Richard (24) s'adressant aux médecins généralistes a consisté en un envoi de questionnaire en version papier. Dans la thèse de X. Vandermeersch (25) l'envoi du questionnaire a également été réalisé par mail cependant il a été relayé par le médecin coordinateur de la MSP ce qui a pu augmenter le taux de réponse. De plus, l'envoi de notre questionnaire a été réalisé une première fois en juin 2023 avec une première relance en juillet 2023. La période estivale a possiblement influé sur le taux de réponse de manière négative. Lors de cette période, un grand nombre de professionnels sont en congés ce qui entraîne souvent un sous effectif et par conséquent un manque de temps pour répondre aux enquêtes. Il est également possible que notre mail ne se soit pas distingué parmi d'autres mails pour les professionnels revenant de congés sur cette période. Afin de limiter la répercussion de cette période sur notre taux de réponse, nous avons décidé d'effectuer une seconde relance en septembre 2023.

Nous avons obtenu un taux de réponse global de 15,3 %. Comme expliqué ci dessus, ce taux a probablement été surestimé du fait de la difficulté à quantifier précisément le nombre de personnes ayant reçu le questionnaire. Il est donc très probablement sous-estimé notamment concernant les médecins généralistes, IDE et aides à domicile. Je n'ai pas retrouvé dans littérature d'étude ou de thèse qui consistaient en un questionnaire s'adressant à autant de catégories de professionnels différentes. Habituellement les questionnaires de satisfaction s'adressent aux médecins généralistes et/ou IDE (24, 25, 26). Ces études retrouvent une hétérogénéité des taux de réponse. Par exemple, une étude s'adressant aux médecins généralistes concernant la satisfaction au sujet de l'hôpital de jour gériatrique de Bischwiller obtenait un taux de réponse de 15% (26) alors que l'étude réalisé sur la satisfaction au sujet de l'EMEH du CHU de Grenoble obtenait un taux de réponse de 44% (24). De plus notre taux de réponse a été très hétérogènes en fonction des professions. Il est plus faible chez les kinésithérapeutes avec un taux de réponse de 0,8% alors qu'il est de 54,5% chez assistant(es) sociaux(ales). Cela s'explique probablement, comme décrit ci dessus, par le fait que certains professionnels se sentent moins concernés par le dispositif ce qui a pu engendrer un biais de volontariat. Cependant en contrepartie cela permet de réaliser une présentation du dispositif auprès des professionnels n'en ayant pas eu connaissance et de rappeler l'existence de cette équipe auprès des autres professionnels n'ayant pas eu le besoin de travailler avec EOPS jusqu'à aujourd'hui. Nous avons obtenu un taux de connaissance du dispositif de 81,2%. On peut émettre comme hypothèse que ce taux élevé de connaissance de l'EOPS pourrait avoir un lien avec ce biais de volontariat. Le fait que 42 des 69 professionnels ayant répondu ont déjà sollicité l'équipe au moins une fois semble également aller dans le sens de cette hypothèse selon laquelle les professionnels qui ont répondu à notre questionnaire sont plus susceptibles d'y voir un intérêt car ils ont déjà eu recours à EOPS. Ce biais de volontariat est également présent sous une autre forme ; certains médecins généralistes ont probablement eu connaissance de mon sujet de thèse ce qui a très certainement été responsable d'une sur représentation des médecins avec qui j'exerce au sein de médecins répondants.

Les 17 professionnels ayant exprimé leur souhait d'une nouvelle présentation ne peuvent être recontactés du fait du choix de l'anonymisation de notre questionnaire comme nous l'avons détaillé

plus haut. En revanche, nos statistiques semblent montrer que les IDE sont en majorité intéressées par une nouvelle présentation et que 48,2% des « autres professions » le sont. Selon ces résultats, on peut donc penser que ces 2 catégories de professionnels seraient donc à cibler pour une nouvelle présentation. Parmi ces 2 catégories, le mail récapitulatif ainsi qu'une vidéo explicative des missions d'EOPS sont les moyens les plus demandés ce qui pourra permettre à l'EOPS d'approfondir sa communication en ce sens.

On constate que les médecins généralistes qui travaillent avec une IDE Asalée semblent être plus susceptibles de connaître le dispositif. En effet, 94,4% des médecins généralistes travaillant avec une Asalée connaissent EOPS contre 0% pour ceux qui ne travaillent pas avec. Lorsqu'on regarde les résultats obtenus concernant le taux de sollicitation des médecins qui connaissent le dispositif, on constate également que les médecins qui ont sollicité le dispositif travaillent systématiquement avec une IDE Asalée. Nos résultats restent cependant à prendre avec du recul du fait que nous n'avons obtenu que 19 réponses de médecins généralistes et qu'ils n'étaient que 17 à connaître le dispositif. De même nos résultats ne comportaient qu'un seul retour de médecin ne travaillant pas avec une IDE ce qui limite davantage l'analyse de la connaissance/sollicitation d'EOPS dans cette catégorie de médecins. On peut penser que cette bonne connaissance du dispositif ainsi que le taux de recours important à l'équipe pourrait s'expliquer par le fait qu'EOPS réalise régulièrement des staffs avec certaines MSP en lien avec les Asalées et que 6 des médecins qui ont répondu travaillent en MSP. On pourrait également supposer que les médecins travaillant en MSP sont plus susceptibles de travailler en équipe pluriprofessionnelle et par conséquent d'avoir le réflexe de solliciter des équipes extérieures telles qu'EOPS. Si nous regardons les résultats chez les IDE nous ne constatons pas les mêmes tendances. En effet les IDE connaissant EOPS ne sont pas majoritaires à travailler avec une IDE Asalée, de même pour les IDE ayant déjà sollicité l'équipe. Il est possible que ces résultats soient en partie liés au mode d'exercice des IDE qui ont répondu : 9 des IDE ayant répondu travaillent pour une EHPAD, SSIAD ou ESMS, par conséquent ne peuvent travailler avec une IDE Asalée. EOPS travaillant en lien étroit avec les différentes ESMS (dont EHPAD) du territoire, cela pourrait expliquer leur bonne connaissance du dispositif. Je pense qu'il aurait pu être pertinent de ne poser la question des IDE Asalées uniquement aux IDE qui peuvent travailler avec ces dernières du fait de leur mode d'exercice (donc d'exclure les IDE travaillant en ESMS). A posteriori je pense qu'il aurait été intéressant de poser également la question au sujet des IDE Asalée auprès des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes qui peuvent travailler en MSP afin d'analyser si le travail en collaboration avec une IDE Asalée permet une augmentation de la connaissance du dispositif. Cela aurait permis d'argumenter davantage notre hypothèse selon laquelle la présence d'une IDE Asalée améliore la connaissance du dispositif.

Le taux de sollicitation le plus important a été mis en évidence chez les AS (100%), puis les généralistes (94,1%), IDE (68%) et enfin chez les autres professionnels (56,3%). Ces différences pourraient être en lien avec la quantité de patients pris en charge par chaque professionnel. Par exemple, si nous comparons une AS et une aide à domicile, l'aide à domicile passera régulièrement chez les mêmes patients chaque semaine contrairement à une assistante sociale qui interviendra de manière plus ponctuelle dans leur prise en charge et qui sera amenée à rencontrer davantage de patients. De même que pour une IDE dont le temps d'intervention au domicile des patients est plus court que celui d'une aide à domicile. Cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que l'équipe ne s'est pas initialement présentée aux organismes d'aide à domicile. Ce taux de sollicitation plus important chez les AS et les généralistes pourrait également s'expliquer par le métier de chacun : en effet l'un des 2 principaux motifs de recours à EOPS étant le PMAD cela paraît cohérent que les 2 corps de métiers les plus sollicités lors de ce types de problématiques soient les AS ou les médecins

généralistes. Ils ont souvent un rôle central pour orienter les patients et leurs familles lorsque ce types de problématiques sont mises en évidence. Le fort taux de sollicitation des médecins généralistes pourrait également s'expliquer par la complexité de certaines prises en charge qui sont chronophages et nécessitent souvent une expertise d'une équipe pluri professionnelle du fait de l'intrication de problématiques médico-sociales. Cela semble se traduire au travers des 2 principaux motifs de recours à EOPS par les médecins généralistes : le PMAD et la problématique médicale.

L'accessibilité et le délai d'intervention semblent être des points forts de cette équipe. En effet, l'accessibilité a été jugée comme bonne ou excellente dans 97,6% (n=41) des cas et le délai d'intervention était cohérent ou tout à fait cohérent dans 90,5% (n=38) des situations. Peu importe la profession du répondeur, la ligne téléphonique d'EOPS est le moyen de sollicitation le plus utilisé. Il paraît donc essentiel d'avoir un numéro dédié à cette équipe en parallèle de la ligne d'avis gériatrique. Il est possible que la ligne d'avis gériatrique ait été utilisée dans certains cas en l'absence de connaissance du dispositif EOPS et que l'équipe soit intervenue secondairement après évaluation téléphonique de la situation par le gériatre. Le fait que la hotline gériatrique soit une des missions du médecin d'EOPS peut permettre de faciliter l'évaluation et l'orientation de certaines situation car EOPS peut intervenir à tout moment si le médecin le juge utile. En parallèle, le mail est le second moyen de sollicitation mis en évidence, bien qu'il soit largement moins utilisé que la ligne d'EOPS. Cela peut permettre à certains professionnels de solliciter EOPS hors des heures de permanence de l'équipe (par exemple weekend ou après 18h) ou encore de réaliser des demandes qui ne nécessitent pas une intervention « en urgence ».

Pour chaque catégorie de profession, les professionnels ont dans au moins 50% des cas sollicité l'équipe à deux reprises. Ce taux de re sollicitation est moins important chez les « autres professionnels » avec 55,6% d'entre eux qui ont sollicité l'équipe à au moins deux reprises. Ce taux était maximal chez les assistant(e)s sociaux(ales) qui dans 100% des cas avaient eu recours à l'équipe plusieurs fois. Cela pourrait s'expliquer par la complexité des situations auxquelles les AS peuvent être confrontées, et qu'elles sont souvent les professionnels vers qui les familles vont se tourner lorsque les patients se retrouvent en rupture avec le milieu médical. On peut aussi penser que si la majorité des professionnels ayant sollicité cette équipe la sollicite à nouveau, cela est un reflet de leur satisfaction. On peut remarquer que les notes de satisfactions moyennes les plus élevées ont été retrouvées chez les AS avec une moyenne de 9,20/10 pour un taux de re sollicitation de 100% et chez les médecins généralistes pour un taux de re sollicitation de 87,5%. Il nous paraît donc cohérent de penser qu'un professionnel qui n'aurait pas eu satisfaction d'une intervention ne solliciterai pas l'équipe à nouveau. De plus le taux de re sollicitation moins important chez les autres professionnels pourrait s'expliquer comme présenté ci-dessus par le fait que les aides à domiciles prennent en charge moins de patients du fait du type d'intervention qu'elles peuvent réaliser ainsi que de leur récurrence.

Si nous nous intéressons au motif de recours à l'équipe, les 2 principaux qui sont mis en évidence sont la problématique médicale et le PMAD. Cela est cohérent avec les résultats du bilan d'activité réalisé par l'équipe EOPS qui ont été présentés lors du COPIL de juin 2023. La problématique médicale étant un des principaux motifs de recours, cela met en avant le bénéfice que cette équipe présente en travaillant avec un médecin. En effet, EOPS intervient en complément de certains dispositifs pré-existants sur le territoire. Par exemple, nous possédons un dispositif en Vendée qu'est le DAPS 85, qui a pour objectif d'aider à la prise en charge de certains patients (par exemple trouver des intervenants, faire le lien avec les différents professionnels pour coordonner leur intervention pour les patients dans le besoin). EOPS peut donc intervenir en complément du DAPS ou seule si un recours à un avis médical est nécessaire.

Lorsqu'on regarde de plus près nos résultats par catégorie de profession, on se rend compte que les troubles du comportement sont 1 des 2 motifs de recours les plus fréquents chez les « autres professionnels ». Il pourrait être intéressant à l'avenir que l'équipe puisse travailler à la formation de ces professionnels face à ce type de problématique afin que la prise en charge soit optimisée pour les patients présentant ces troubles sans systématiquement avoir la nécessité de recourir à EOPS. Ce besoin de formation a d'ailleurs été un thème récurrent que nous avons obtenu dans les réponses au commentaire libre.

Regardons à présent les résultats concernant le retour d'intervention. Les médecins généralistes semblent considérer que le contenu du courrier de synthèse selon le modèle suivant : motif de sollicitation, fragilités repérées, préconisations et rôle de chacun concernant leur réalisation, semble suffisant. Les préconisations réalisées semblent dans la majorité réalisables et par conséquent pertinentes. Le frein à celles ci semblent être principalement le manque de moyens humains (par ex kinésithérapeutes à domiciles). Le retour (par mail ou par téléphone) semble avoir été moins important chez les IDE (66,6%) contrairement aux AS et « autres professions ». Cela doit être à l'avenir un point de vigilance pour l'équipe afin d'améliorer ses pratiques.

Enfin le dernier point pour évaluer la satisfaction a été la notation de l'appréciation globale de l'intervention. La moyenne toute profession confondue est de 8,55/10. Les médecins (moyenne = 9,06/10) et assistantes sociales semblent (moyenne = 9,20/10) globalement plus satisfaits que les IDE (moyenne = 7,90/10) et les autres professionnels (moyenne = 8/10). Quelques notes inférieures à la moyenne ont été justifiées dans le commentaire libre, nous avons donc porté une attention toute particulière à ces réponses. La note de satisfaction la plus basse concernait un médecin généraliste expliquant que de son point de vue la réelle problématique est le manque de moyen intra et extra hospitalier et que cette équipe ne permettait pas de trouver de solutions pour les prises en charge les plus compliquées. La même problématique des places hospitalières a été rapportée par une IDE. Un autre professionnel a justifié sa note en précisant que le délai de l'EMCC était trop long. Cette problématique du manque de ressources humaines et matérielles est un thème mis en évidence dans le commentaire libre, et faisait partie également des réponses qui étaient hors sujet dans notre question concernant les axes d'amélioration. Les autres répondants ayant attribué une note inférieure à la moyenne n'ont pas apporté plus de précisions. Les justifications de ces retours négatifs ne sont par conséquent pas dépendant d'EOPS puisqu'elles concernent d'autres dispositifs (ex EMCC) ou encore un manque de ressources au sein de notre système de santé. Ces remarques ne pourront pas faire l'objet d'améliorations car celles ci ne sont pas dépendantes de l'équipe. Il aurait été intéressant de construire cette partie de questionnaire différemment afin d'augmenter sa sensibilité pour en tirer davantage d'axes d'amélioration. En effet nos questions sur la satisfaction étaient peut être trop vastes ce qui a pu être responsable d'une omission involontaire de la part des répondants concernant d'éventuels aspects de l'intervention qui pourraient être optimisés. Cette satisfaction globale s'est également traduite au travers des résultats de notre commentaire libre avec le thème de la satisfaction qui était rapporté sur 12 des 14 réponses recueillies. Afin de proposer des améliorations ciblées au besoin de chacun nous avons demandé aux différents répondants, s'ils le souhaitent, de proposer des pistes d'amélioration afin qu'EOPS puisse répondre davantage à leurs besoins. L'obtention d'un petit nombre de réponses (7 réponses retenues comme pertinentes et répondant à la question posée) à cette question, nous amène à prendre nos résultats avec précaution. Cependant les 3 axes d'amélioration mis en évidence seront

des points de vigilance à l'avenir pour l'équipe . Le premier concerne les préconisations faites par EOPS et le rôle de chacun qui doit être davantage défini. Ensuite vient l'intervention d'EOPS et le lien ville hôpital. Concernant l'intervention, il en ressortait l'idée d'un recueil complet des informations concernant la situation afin d'optimiser l'intervention de l'équipe. Du côté du lien ville hôpital le travail sera à poursuivre pour se faire connaître auprès des différents acteurs et rester disponible, l'équipe pourrait également être un moyen de faciliter l'accès à certains médecins hospitaliers.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'objectif de cette équipe n'est pas de combler le manque de ressources en termes de santé. Cependant on peut supposer que dans certaines situations l'intervention d'EOPS peut aider à faire avancer certaines situations. Prenons l'exemple d'une personne âgée sans médecin traitant qui aurait une aide ménagère qui interviendrait occasionnellement. Si cette personne présente des difficultés repérées par ce professionnel il lui est possible de solliciter EOPS afin qu'ils évaluent la situation pour une éventuelle majoration du plan d'aide, une évaluation gériatrique en HDJ ou encore l'organisation d'une hospitalisation directe si cela est nécessaire. Cela ne permet pas de résoudre la problématique du manque de médecins généralistes cependant cela peut permettre d'éviter un éventuel passage aux urgences par défaut qui pourrait être délétère pour la personne.

Pour terminer, en parallèle de ces retours positifs concernant cette équipe il nous paraît important de souligner son rôle de hotline gériatrique sur le territoire de la Vendée. Elle joue également le rôle de hotline spécifique pour les personnes en situation de handicap. Les études concernant ces hotlines téléphoniques rapportent que ces dernières permettent de limiter le recours inapproprié aux services des urgences (27, 28, 29). Cela peut donc avoir un rôle d'avis sur l'ensemble du territoire pour limiter ces passages aux urgences et lorsque certaines situations le nécessitent EOPS peut intervenir en complément de cet avis ce qui est un réel bénéfice pour notre territoire.

V. CONCLUSION

Notre étude est donc un premier retour concernant cette équipe dont le concept est nouveau en France et dont la mise en place est récente. Malgré les biais que nous avons pu mettre en évidence elle permet tout de même de répondre à notre objectif principal. D'après nos résultats, les professionnels semblent donc satisfaits du dispositif devant l'obtention de nombreux retours positifs. Certains points de vigilance ont également pu être mis en évidence par cette thèse. D'autres remarques ne rentrant pas dans le champ des missions de cette équipe ne pourront faire l'objet d'une amélioration.

A l'avenir il pourrait être intéressant de répéter ce questionnaire tout en prenant en compte les faiblesses mises en évidence dans cette étude ainsi qu'en le faisant évoluer en fonction des différents axes sur lesquels cette équipe se développera. Cela permettrait à l'équipe de suivre l'amélioration de sa pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillesse: Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. *médecine/sciences*. déc 2020;36(12):1173-80
2. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. www.insee.fr. [cité le 16 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
3. Dossier complet – Département de la Vendée (85) | Insee [Internet]. www.insee.fr. [cité le 16 juin 2023] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-85>
4. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 12 sep 2017 [cité le 12 juin 2023]. Disponible : <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006211.pub3>
5. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes : Overview of the Evidence. *J Am Geriatr Soc* [En ligne]. Sep 1991 [cité le 22 juin 2023];39(S1):8S—16S. Disponible : <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x>
6. Bouchon, J. P. (1984). 1+ 2+ 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Rev Prat*, 34(888-92).
7. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. [cité le 10 juill 2023]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf>
8. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France: Résultats d'une enquête nationale. *La Presse Médicale*. 2006 Dec 1;35(12, Part 1):1804–10
9. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine*. 2002 Mar;39(3):238–47.
10. World Health Organization (2019) Medication Safety in Polypharmacy (WHO/UHC/SDS/2019.11). [En ligne]. [cité le 10 juill 2023]. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1>.
11. Caglar S, Henneman PL, Blank FS, Smithline HA, Henneman EA. Emergency Department Medication Lists Are Not Accurate. *J Emerg Med* [En ligne]. Juin 2011 [cité le 19 juin 2023];40(6):613-6.
12. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. Gouv.fr. 2022. [cité le 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>
13. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [Internet]. [cité le 23 juill 2023] Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
14. Le handicap en chiffres - Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. [cité le 25 juill 2023] Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/le-handicap-en-chiffres-edition-2023>
15. Kim AM, Lee JY, Kim J. Emergency department utilization among people with disabilities in Korea. *Disability and Health Journal*. 2018 Oct;11(4):598–605.

16. GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES [Internet]. 2017. [cité le 30 juill 2023] Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_handicap_etablissement.pdf
17. Le court séjour hospitalier - Lits et places publics et privés installés au 31 décembre 2019 par discipline | Insee [Internet]. www.insee.fr. [cité le 20 aout 2023] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012675#tableau-TCRD_066_tab1_departements
18. ORS Pays de la Loire [En ligne]. Profil Santé 2020 - CPTS Centre Vendée ; [cité le 22 sept 2023]. Disponible : <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/profil-sante-2020-cpts-centre-vendee>
19. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique - APHP DAJDP [Internet]. [cité le 19 aout 2023]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2dgssd-5-d-n-2002-157-du-18-mars-2002-relative-a-lamelioration-de-la-filiere-de-soins-geriatrique/>
20. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, Gauvain JB. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gerontol Soc [En ligne]. 2008 [cité le 19 sept 2023];31 / n° 126(3):91. Disponible : <https://doi.org/10.3917/gs.126.0091>
21. Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Gouv.fr. 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000256880>
22. P. Couturier, L. Tranchant, I. Lanièce, T. Morin, A. Gromier, C. Sala, B. Lô-Strauss . Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). Annales de Gérontologie. 2008;1(1):17-26.
23. Soins primaires [Internet]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/09e619ad368eaebc8e3acc2a21e07f788631d6d0.pdf>
24. Aude Richard, Virginie Garnier, Damien Seynave, Chantal Sala, Anne-Marie Chazal, Blandine Laquet, Brigitte Lô-Strauss, Pascal Couturier. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes ayant eu recours à une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière. Gérontologie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2021;19(4):383-391. doi:10.1684/pnv.2021.0979
25. Xavier Vandermeersch. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes et infirmiers installés en maison ou pôle de santé pluridisciplinaire en Corse [Thèse de doctorat]. Marseille, France : Faculté de Médecine de Marseille; 2018
26. Sengler C. Enquête de satisfaction auprès des médecins traitants [Internet]. 2006. Disponible sur : <https://www.ch-bischwiller.fr/Ressources/FCK/Version%20d%C3%A9finitive%20-%20Enqu%C3%AAtes%20Partenaires%20-%20M%C3%A9decins%20traitants.pdf>
27. Goethals L, Barth N, Martinez L, Lacour N, Tardy M, Bohatier J, Bonnefoy M, Annweiler C, Dupre C, Bongue B, Celarier T. Decreasing hospitalizations through geriatric hotlines : a prospective French multicenter study of people aged 75 and above. BMC Geriatr [En ligne]. 28 nov 2023 [cité le 2 jan 2024];23(1). Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04495-9>
28. Salles N, Floccia M, Videau MN, Diallo L, Guérin D, Valentin V, Rainfray M. Avoiding Emergency Department Admissions Using Telephonic Consultations Between General Practitioners and Hospital Geriatricians. J Am Geriatr Soc [En ligne]. Avril 2014 [cité le 4 jan 2024];62(4):782-4. Disponible : <https://doi.org/10.1111/jgs.12757>
29. Tian PG, Harris JR, Seikaly H, Chambers T, Alvarado S, Eurich D. Characteristics and Outcomes of Physician-to-Physician Telephone Consultation Programs : Environmental Scan. JMIR Form Res [En ligne]. 23 fév 2021 [cité le 19 jan 2024];5(2):e17672. Disponible : <https://doi.org/10.2196/17672>

ANNEXES

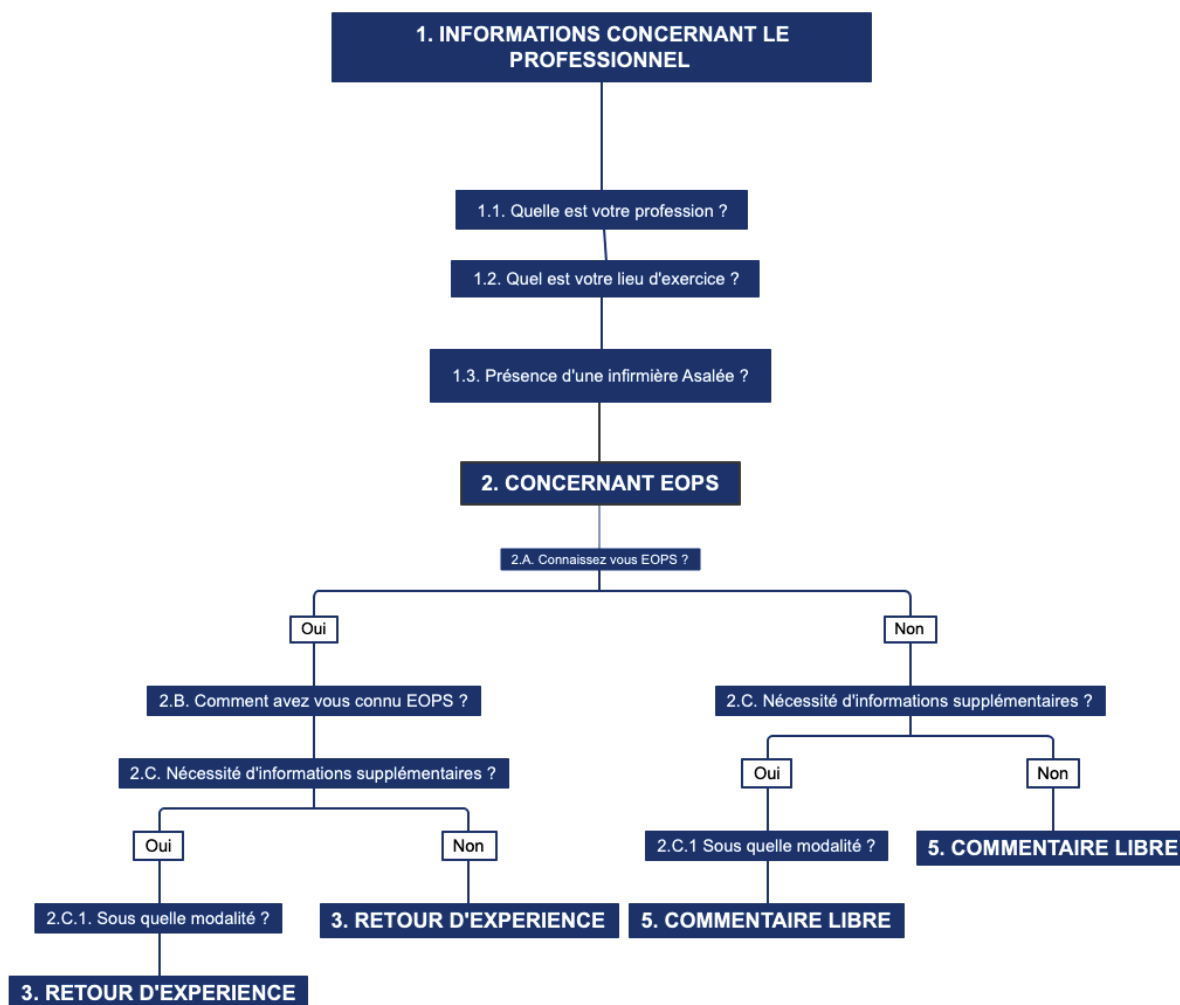
ANNEXE I : trame utilisée par EOPS lors de l'évaluation d'un patient

EVALUATION EOPS (20 500)

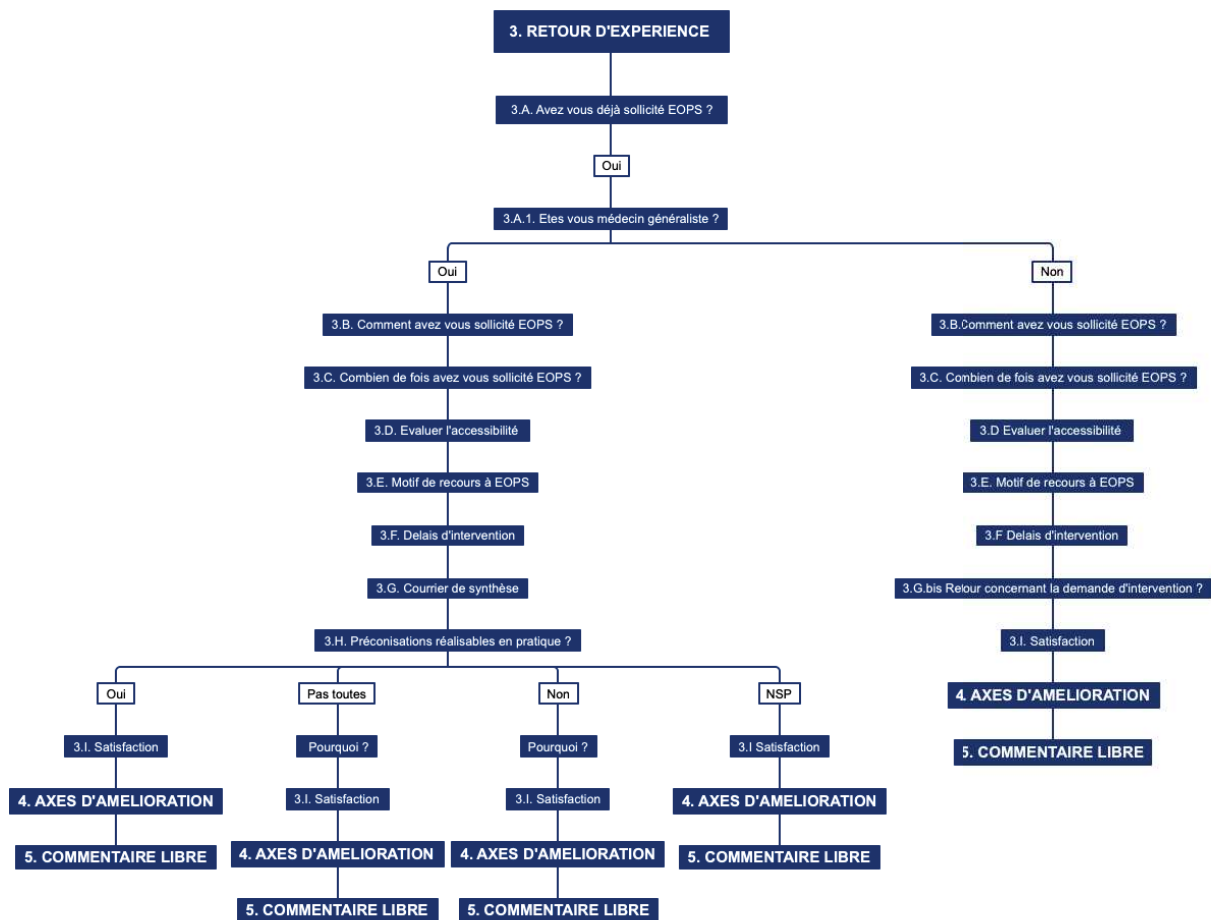
MOTIF DE CONSULTATION AUX SAU :			
DIAGNOSTIC(S) POSE(S) AUX SAU :			
MODE DE VIE /PLAN D'AIDE :			
MESURE DE PROTECTION :		OUI	NON
ADL	0 1 2 3 4 5 6	IADL	0 1 2 3 4
Items deficitaires :		Items Deficitaires	
COGNITION			
Troubles connus	oui	non	
Si non :	ATCD de confusion		OUI NON
Troubles rapportés par entourage ou plaintes du patient non explorés			
THYMIE			
Mini GDS	1 2 3 4	Plaintes	
		Traitement	
Sommeil		Plaintes	
		Traitement	
SENS			
Vue			
Audition			
NUTRITION			
Habitude			
Etat bucco-dentaire			

MARCHE / CHUTES		
ATCD de chutes	OUI	NON
Aide technique habituelle	Anamnèse	
	aucune	
	canne	
	déambulateur	
Kiné déjà en place	OUI	NON
Troubles de la marche observés		
Test station unipodale	impossible	< 5 sec > 5 sec
RHTO	positive	negative impossible
Facteurs favorisant les chutes repérées		
DOULEUR CHRONIQUE		
Traitement antalgique		
VALIDATION MEDICALE PAR		
Synthèses de l'évaluation, proposition et actions entreprises :		

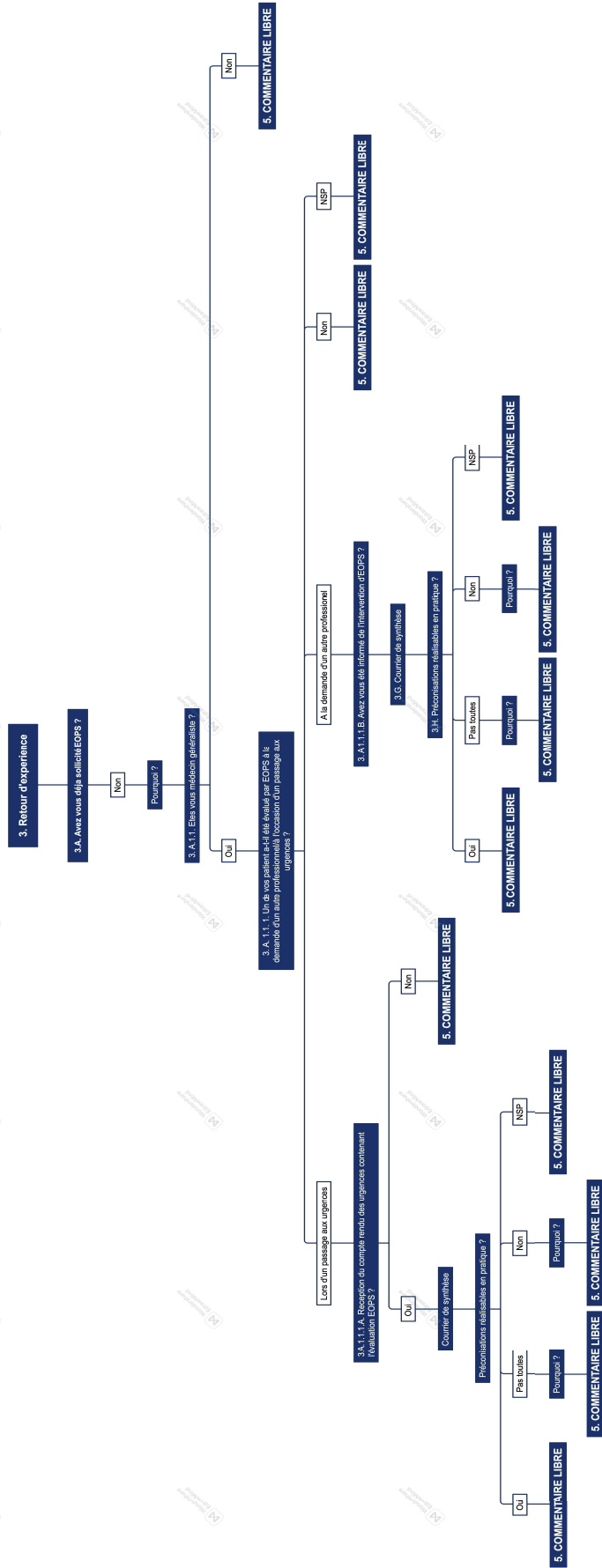
ANNEXE II : cheminement conditionnel concernant la partie I et II



ANNEXE III :cheminement conditionnel concernant la partie III si le professionnel a déjà sollicité EOPS



ANNEXE IV : cheminement conditionnel concernant la partie III si le professionnel n'a jamais sollicité EOPS



NOM : BARBEAU

PRENOM : ANNE-CAMILLE

Titre de thèse : Retour d'expérience des acteurs médico-sociaux non hospitaliers à un an de la mise en place d'une Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.

RESUME

Les personnes âgées et en situation de handicap représentent une part importante de la population et leur nombre est en constante augmentation. La complexité de leur prise en charge nécessite une prise en charge spécifique et une adaptation du parcours de soins afin de limiter le recours aux urgences par défaut. C'est dans ce contexte que l'Equipe d'Optimisation du Parcours de Soins a été mise en place.

L'objectif de ce travail est d'obtenir, à l'aide d'un questionnaire, un retour des professionnels non hospitaliers concernant leur expérience avec l'EOPS.

Les avis des différents professionnels à un peu plus d'un an de la mise en place de cette équipe sont majoritairement positifs. Certaines pistes d'améliorations ont pu être mises en évidence telles que le renforcement des actions de communication, les actions de formations et faire un retour systématique au professionnel ayant demandé l'intervention.

MOTS CLES

Personne âgée, handicap, parcours de soins, urgences, vendée, équipe mobile de gériatrie