



HAL
open science

Vers un résumé d'Evaluation Gériatrique Standardisée pour les médecins généralistes et anesthésistes

Jérôme Tisserand

► **To cite this version:**

Jérôme Tisserand. Vers un résumé d'Evaluation Gériatrique Standardisée pour les médecins généralistes et anesthésistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732206

HAL Id: hal-01732206

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732206>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2013

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Jérôme TISSERAND

Né le 6 mai 1984 à Saint-Dié (88)

le 25 septembre 2013 à Nancy

Vers un résumé

D'Évaluation Gériatrique Standardisée

Pour les médecins généralistes et anesthésistes

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Christine PERRET- GUILLAUME

Présidente du Jury

M. le Professeur Hervé BOUAZIZ

Juge

M. le Professeur Jean Marc BOIVIN

Juge

Mme le Docteur Aline WAGNER

Directrice de thèse

M. le Docteur Yvonnick CLEMENCE

Juge



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI

Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD

Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX

Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE

Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX

Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET

Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET

Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT

Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET

Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*ue)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Madame le Docteur Marie Brigitte FORQUIN GARNAUD

In memoriam

À NOTRE PRÉSIDENTE DE JURY

Madame le Professeur *Christine PERRET GUILLAUME*

Professeur de Gériatrie

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

À NOS JUGES

Monsieur le Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur d'Anesthésiologie

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et nous vous remercions
pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

Monsieur le Docteur Yvonnick CLEMENCE

Médecin Généraliste à Remiremont

Nous sommes très honorés de vous compter parmi les membres du jury.

Vous avez guidé nos pas d'interne et avez contribué par vos qualités pédagogiques à faire croître
nos connaissances et notre passion pour la médecine générale, discipline à laquelle vous êtes
toujours très attaché.

Nous vous sommes sincèrement et profondément reconnaissant de nous avoir enseigné votre
savoir médical et votre esprit d'analyse.

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE ET JUGE

Madame le Docteur Aline WAGNER

Docteur en Gériatrie

Vous avez eu la gentillesse de nous encadrer pour ce sujet de cette thèse et nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée.

Par votre patience et votre disponibilité, vous avez su nous accompagner, nous orienter, nous encourager, mois après mois, dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

Avec nos sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Lionel SOYEUX

Docteur en Gériatrie

Avec qui nous avons commencé à travailler sur ce sujet durant notre stage SASPAS au sein de l'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont,

Avec nos sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Jacques HOTTON

Docteur en Anesthésiologie

Chef du service d'anesthésie Soins Continus du Centre Hospitalier de Remiremont

Vous avez eu la gentillesse de nous aider pour constituer le groupe de médecins anesthésistes lors de l'ILAR réuni à Gerardmer en 2012. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée.

A Monsieur le Médecin Lieutenant Colonel Mickael PIERRAT

Médecin Chef du Service de Santé et de Secours Médical

Service Départemental d'Incendie et de Secours des Vosges

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez depuis notre intégration au sein du SSSM en 2012

A Madame le Docteur Marie Odile VANNSON

Docteur en Anesthésiologie

Chef du service des Urgences du Centre Hospitalier de Remiremont

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez depuis notre intégration au sein du service des urgences du Centre Hospitalier de Remiremont en novembre 2011

Serment d'hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Sommaire

<i>Abréviations</i>	25
Introduction générale	29
Contexte	32
1. <i>L'Equipe Mobile de Gériatrie</i>	33
a) Historique des EMG.....	33
b) Définition d'une Equipe Mobile de Gériatrie	33
c) Réglementation et textes législatifs des EMG.....	34
2. <i>L'Evaluation Gériatrique Standardisée</i>	35
a) Définition et historique des EGS.....	35
b) Outils d'évaluation d'une EGS	35
c) Compte-Rendu de l'EMG.....	39
3. <i>Filières gériatriques territoriales</i>	40
a) Définition d'une filière gériatrique territoriale	40
b) Missions d'une filière gériatrique territoriale	40
4. <i>Le Territoire de Proximité de « Remiremont et Vallées »</i>	41
a) Données démographiques du territoire de Santé de « Remiremont et Vallées »	41
b) Données démographiques sur le secteur médico-social.....	42
c) Le Centre Hospitalier de Remiremont.....	45
Matériels et Méthodes	46
1. <i>Méthodes</i>	47
2. <i>Le groupe de médecins généralistes</i>	48
3. <i>Le groupe d'anesthésistes</i>	50
4. <i>Contenu de l'EGS</i>	51
a) Les différents items de l'étude descriptive.	51
b) Le contenu du compte rendu de synthèse.....	53

Résultats de l'étude	57
1. <i>Analyse descriptive de l'activité de l'EMG au cours de l'année 2010</i>	58
a) Partie administrative	58
b) Partie Conditions de vie.....	64
c) Partie évaluation psychologique	69
d) Partie évaluation cognitive et mnésique.....	73
e) Partie évaluation nutritionnelle	76
f) Partie évaluation sensorielle et risque de chutes	78
g) Partie évaluation de l'autonomie.....	82
h) Partie évaluation des risques de décompensation	86
i) Partie évaluation du risque iatrogène.....	87
j) Partie évaluations annexes.....	89
k) Partie « Conclusions » et « Recommandations »	91
2. <i>Analyse qualitative par les groupes de médecins</i>	93
a) Partie administrative	93
b) Evaluation des conditions de vie	94
c) Evaluation thymique et psychologique	95
d) Evaluation cognitive et mnésique	96
e) Evaluation nutritionnelle.....	97
f) Evaluation sensorielle et du risque de chute	98
h) Evaluation des polyopathologies et des risques de décompensation	99
i) Evaluation du risque iatrogène	100
j) Evaluations annexes.....	101
k) Conclusions, recommandations	101
l) Nombre de pages du compte rendu	102
3. <i>Comparaison des réponses - Médecins Généralistes vs Anesthésistes</i>	103
a) Partie administrative	103
b) Partie Conditions de vie.....	104
c) Partie évaluation thymique et psychologique.....	105
d) Partie évaluation cognitive et mnésique.....	106
e) Partie évaluation nutritionnelle	107
f) Partie évaluation sensorielle et risque de chutes	108
g) Partie évaluation de l'autonomie.....	109

h)	Evaluation des polyopathologies et des risques de décompensation	110
i)	Evaluation du risque iatrogène	110
j)	Evaluations annexes	111
k)	Conclusions, recommandations	112
Discussion		113
1.	<i>Eléments de discussion générale</i>	<i>114</i>
a)	Les caractéristiques de l'étude	114
b)	Un résumé par spécialité médicale ?	114
c)	Un résumé différent : médecin prescripteur/ non prescripteur ?	115
d)	Les éléments à discuter suite à l'étude	116
2.	<i>Vers un compte rendu d'EGS simplifié pour les médecins anesthésistes et généralistes</i>	<i>117</i>
a)	Partie administrative	117
b)	Partie conditions de vie	120
c)	Evaluation thymique et psychologique	123
d)	Evaluation mnésique	124
e)	Evaluation nutritionnelle	127
f)	Evaluation sensorielle	129
g)	Evaluation de l'autonomie	131
h)	Evaluation des poly-pathologies et du risque de décompensation	132
i)	Evaluation du risque iatrogène	133
j)	Evaluations annexes	134
k)	Conclusions, Recommandations	136
3.	<i>Proposition d'un résumé à l'intention des médecins non prescripteurs</i>	<i>137</i>
4.	<i>Perspectives d'évolution</i>	<i>141</i>
a)	Informatisation et internet	141
b)	Démultiplications des intervenants médicaux d'une filière gériatrique territoriale	141
c)	Une piste à suivre : le RAI –MDS ©	142
Conclusion		143

Bibliographie	145
Annexes	150
I. Formulaire de demande d'intervention de l'EMG	151
II. Compte rendu d'intervention de l'EMG en 2010.....	152
III. Courrier de sollicitation des médecins généralistes pour l'étude qualitative.....	156
IV. Evaluations Gériatriques Standardisées hospitalières : mise en place de courriers standardisés à adresser aux médecins généralistes.....	157
V. Questionnaire à l'attention des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'un compte rendu à leur attention lors de la réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée hospitalière	159
VI. Evaluations Gériatriques Standardisées avant une anesthésie chez un patient âgé et fragile	161
VII. Questionnaire en vue de modifier le Compte Rendu à l'attention des médecins anesthésistes lors d'une Evaluation Gériatrique Standardisé.....	163
VIII. Remarques générales des généralistes en fin de questionnaire d'évaluation.....	165
IX. Remarques générales des anesthésistes en fin de questionnaire d'évaluation	166
Résumé	167

Abréviations

ADL : Activity of Daily living

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural,(ancienne dénomination plus utilisée actuellement)

Grille AGGIR : grille Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, remplacée par la DGOS depuis 2010

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

GAD : Guide d'Analyse par Domaine

GDS : Geriatric Depression Scale

HAD : Hospitalisation A Domicile

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ILAR : Institut Lorrain d'Anesthésie Réanimation

IPAQS : Indicateurs Pour l'Amélioration et la Qualité des Soins

ISS : Indicateurs de Santé Synthétique

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDS : Minimum de Données Standardisées

MMS : Mini Mental State

MNA : Mini Nutritional Assessment

POMA : Performed Oriented Mobility Assessment

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Préface

Lorsque j'ai commencé mes études de médecine en 2002, je n'avais, comme beaucoup de mes confrères, que peu d'idées sur mon futur parcours professionnel. Si la certitude de vouloir devenir médecin était bien établie en moi, la multitude des professions possibles et leur très grande diversité rendaient mon avenir professionnel flou.

Mon seul véritable contact, mais néanmoins primordial, avec le monde médical fut celui découvert auprès du médecin généraliste de mon enfance et amie de mes parents : Madame le Dr Marie Brigitte FORQUIN GARNAUD. Outre ses activités médicales sur la ville de Moyennoutier, elle a assuré pendant plusieurs années la présidence fédérale de l'Association d'Aide à Domicile (ADMR) réussissant à professionnaliser les interventions à domicile des auxiliaires de vie de l'ADMR.

Par leurs engagements bénévoles au sein de cette association, mes parents m'ont inconsciemment transmis une expérience sur le maintien à domicile, la gestion de la dépendance et sur les potentialités futures d'interventions médicales, paramédicales et d'aides à la personne au domicile des patients. De là est probablement né mon souhait de travailler, au moins à temps partiel et dans un avenir proche, dans une structure d'Hospitalisation à Domicile.

Certes, au fur et à mesure des années, mes centres d'intérêts médicaux se sont donc peu à peu concrétisés avec d'abord un choix qui s'est porté sur les spécialités médicales, puis vers la médecine interne et enfin, juste avant mon internat, sur la spécialité de médecine générale après la découverte d'une profession en complète mutation durant un trimestre de stage d'externat réalisé au sein du cabinet de groupe de la ville de Senones auprès des Drs Florence Coppin et Damien Ullrich.

Puis durant mon internat, j'ai eu l'occasion de découvrir trois domaines qui m'ont permis de finaliser mon projet et de me structurer professionnellement, à savoir les urgences, la gériatrie et l'hospitalisation à domicile.

Si ces spécialités sont toutes, à priori, bien différentes, elles ont néanmoins un point commun capital, voire même crucial à mes yeux : elles interviennent toutes les trois directement au domicile du patient, au sein même de son lieu de vie, au plus proche donc des individus.

Lors de mon stage professionnalisant en Hospitalisation A Domicile / Equipe Mobile Gériatrique au sein des hôpitaux de Gérardmer et de Remiremont, j'ai pu me rendre compte que la diffusion d'informations des différentes évaluations réalisées par une équipe mobile de gériatrie, tout comme les renseignements demandés lors de l'élaboration d'un projet thérapeutique, pouvaient être intéressants à connaître par les praticiens qui prendraient en charge le patient dans un avenir plus ou moins proche, à sa sortie d'hôpital.

Il me semblait donc opportun de chercher à savoir si les médecins non prescripteurs d'évaluation gériatriques trouvaient intéressant de connaître les informations des évaluations gériatriques réalisées par une Equipe Mobile Gériatrique hospitalière.

Devant l'impossibilité d'être exhaustif, il m'a semblé utile d'interroger deux types de praticiens :

- Des médecins généralistes exerçant sur le territoire de proximité de l'hôpital de Remiremont
- des médecins anesthésistes exerçant sur la région Lorraine,

constituant ainsi deux groupes d'évaluation pour la démarche engagée.

Ainsi, avec l'aide et le soutien :

- du Dr Yvonnick CLEMENCE, médecin généraliste à Remiremont et maître de stage universitaire,
- du Dr Lionel SOYEUX, gériatre au Centre Hospitalier et référent médical pour l'EMG du Centre Hospitalier de Remiremont durant mon semestre d'internat
- et du Dr Aline WAGNER, gériatre et chef de service du SSR de Remiremont qui a accepté de diriger ce travail de thèse,

j'ai pu mener à terme une étude qui, je l'espère, sera utile au plus grand nombre pour la prise en charge gériatrique des patients âgés au sein d'une filière de soins.

Que ce travail de thèse puisse avoir la prétention de vous être utile dans votre travail quotidien au service des personnes âgées et de leur maintien à domicile, afin de réaliser des prises en charge hospitalières de qualité, en coordination de tous les intervenants au domicile de vos patients.

Remiremont, le 24 février 2013

Introduction générale

« A vouloir supprimer tous les risques, c'est la vie elle-même qu'on réduit à rien. »

Norbert Bensaïd

Extrait de *La Lumière Médicale*

A la suite de l'épisode de canicule qui a traversé la France en 2003, une prise de conscience générale, ainsi qu'une réflexion sur les moyens existants, ont mis en évidence la nécessité et l'urgence de mettre en place une prise en charge plus efficiente et plus adaptée pour les personnes âgées dans les structures hospitalières.

Ainsi, au cours de l'année 2005, l'IGAS a publié un important rapport sur les Equipes Mobiles Gériatriques (EMG) au sein de la filière de soins en France, permettant d'avancer quelques points de réflexion sur les moyens disponibles, les différentes méthodes de réalisation des Evaluations Gériatriques Standardisées et enfin, sur l'analyse des difficultés rencontrées par les EMG dans leur fonctionnement. En conclusion, le rapport apporte quelques éléments de réflexion pour essayer d'y remédier (1).

Depuis 6 ans, le nombre d'installations d'EMG en France a cru de manière exponentielle sans que nous disposions à ce jour d'un nouveau recensement. Ainsi, fin 2011, plus de 250 Equipes Mobiles de Gériatrie étaient répertoriées en France par le groupe de travail « Equipe Mobile » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Si ce chiffre peut encore paraître faible, il traduit néanmoins la volonté récente et active d'optimiser la prise en charge hospitalière de patients souvent polyopathologiques, fragiles et rarement hospitalisés dans un service à orientation spécifiquement gériatrique. (2)

Par ailleurs, dans leurs conclusions, les rapporteurs de l'IGAS attirent l'attention sur la nécessité pour les EMG intervenant au sein de centres hospitaliers de petite taille, de se tourner significativement vers les missions extra-hospitalières de l'EMG, telles que définies par la circulaire du 18 mars 2002. Actuellement, 30 EMG en France sont spécifiquement extra-hospitalières et la plupart des EMG des hôpitaux de taille modeste réalisent une part de leurs activités en extra-hospitalier. (1) et (3)

Ainsi, sur le Centre Hospitalier de Remiremont, il existe depuis décembre 2009 une EMG à vocation intra-hospitalière qui réalise, à la demande des services Médecine/ Chirurgie/ obstétrique (MCO) de l'établissement, une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée) multidimensionnelle et pluri-professionnelle visant à identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels et psycho-sociaux des personnes âgées de l'établissement afin d'intégrer ces données dans le projet de prise en charge de leurs pathologies.

Si cette activité sur l'établissement, avec plus de 500 évaluations réalisées depuis sa création, répond à une réelle demande des praticiens hospitaliers intra-hospitaliers, elle n'est à ce jour encore que très peu sollicitée directement par les médecins généralistes du territoire de santé, ou par les médecins anesthésistes avant la réalisation de consultations d'anesthésie pour des actes chirurgicaux programmés.

L'objectif principal de cette étude a été de chercher à connaître, à l'aide d'un questionnaire, si deux catégories de médecins non prescripteurs d'EGS (médecins généralistes et anesthésistes) jugeaient utile de connaître les résultats de l'Evaluation Gériatrique Standardisée de leurs patients, réalisée durant un séjour hospitalier. Il a été aussi comparé les réponses de ces deux groupes de médecins.

L'objectif secondaire de notre étude a été de proposer des modifications du compte rendu standardisé de l'EGS, de déterminer les données utiles et indispensables à adresser aux médecins non prescripteurs sous une forme abrégée plus facile à appréhender.

Contexte

*« L'expérience est une
observation provoquée dans le
but de faire naître une idée. »*

Claude Bernard

Extrait de *Introduction à l'étude de la
Médecine Expérimentale*

1. L'Equipe Mobile de Gériatrie

a) Historique des EMG

Sur un plan international, les missions spécifiques d'une médecine gériatrique ne sont apparues que très récemment, au cours des années 1970 aux USA. Ainsi, Rubinstein en 1984 a mis en évidence qu'une évaluation gériatrique multidimensionnelle contribuait à réduire la mortalité à un an de manière significative. (4)

En France, il faudra attendre le milieu des années 1980 pour voir naître les premières structures ambulatoires d'évaluation gériatrique au sein des centres hospitaliers. Initialement sans dotation supplémentaire, les gériatres pionniers de cette démarche en France, assuraient cette mission en plus de leurs activités habituelles, convaincus de son intérêt. (2)

C'est la circulaire du 18 mars 2002 qui a véritablement mis en place les EMG en France. Apportant un cadre réglementaire et des moyens financiers dédiés pour assurer cette mission, cette circulaire signe la prise de conscience collective concernant la nécessité de mettre en place des équipes pluridisciplinaires ayant une expérience en gérontologie afin d'assurer et d'optimiser les hospitalisations des patients gériatriques. (3)

b) Définition d'une Equipe Mobile de Gériatrie

L'EMG se définit comme une unité fonctionnelle hospitalière avec un médecin - gériatre, une infirmière ayant une compétence en gérontologie, parfois du temps d'assistance sociale, de diététicienne et de psychologue. Ces professionnels assurent ensemble une évaluation médico-psycho-sociale au sein d'une structure hospitalière. (1) et (5)

Cette structure n'est pas une Unité d'Hospitalisation (UH) mais une Unité Fonctionnelle (UF) qui s'adresse à la population gériatrique, souvent polyopathologique, présentant un ou plusieurs critères de fragilité physique, psychique ou sociale, nécessitant une hospitalisation sans relever d'une spécialité d'organe, pour laquelle l'EMG propose son aide (évaluation, conseils, aide à la prise en charge) dans le domaine gérontologique.

Leurs missions, même si elles ne sont le plus souvent qu'intra-hospitalières, peuvent aussi s'adresser à la population âgée territoriale comme stipulé dans les circulaires réglementant cette activité. (5)

c) Réglementation et textes législatifs des EMG

La genèse réglementaire de la mise en place des EMG en France se trouve dans la circulaire du 18 mars 2002, plus particulièrement dans l'annexe 3 de celle-ci. Elle apporte ainsi une définition législative d'une EMG et spécifie les missions attendues de ces équipes. (3)

Ainsi, une EMG doit, outre sa mission d'évaluation pluridisciplinaire médico-psycho-sociale,

- participer à l'élaboration du projet thérapeutique et du projet de vie du patient,
- assurer son orientation au sein de la filière gériatrique,
- participer à l'organisation de la sortie du patient en s'appuyant sur les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, SSIAD, HAD, réseaux...)

ceci dans le but de pouvoir conseiller, informer et former les équipes soignantes en matière de prise en charge gériatrique. (6)

Il est également spécifié que l'EMG se doit de tout mettre en œuvre afin d'intervenir dès l'arrivée du patient au SAU de l'établissement hospitalier. Elle pourra ainsi organiser de manière optimale le parcours de soins pour le patient, en essayant si possible de mettre en place des bilans hospitaliers programmés et d'évaluer les potentialités de relais avec les structures sanitaires territoriales (SSIAD, HAD, Réseaux...)

Par ailleurs, il est clairement notifié dans l'annexe 3 de la circulaire qu'il est réglementairement possible d'intervenir en EHPAD, à la demande à la fois du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'EHPAD. (5) et (7)

L'EMG se doit d'être adossée à un court séjour gériatrique pour éventuellement assurer l'interface entre les intervenants hospitaliers et les intervenants territoriaux. (5)

Enfin, les moyens de fonctionnement doivent comporter au minimum un temps d'activité médicale (gériatre) et para-médicale (infirmière), complétés, si possible, par un temps d'assistante sociale, de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétariat. (5)

2. L'Évaluation Gériatrique Standardisée

a) Définition et historique des EGS

Les premières évaluations gériatriques se sont déroulées entre 1935 et 1948 au Royaume Uni. Le Dr Warren, à qui la gestion d'un hospice de 714 lits avait été confiée, a réalisé avec son équipe en 1936, une revue systématique et multidisciplinaire de l'ensemble des dossiers médicaux des patients hospitalisés au sein de son établissement. Ces travaux ont permis de réorienter 200 patients en résidence d'hébergement conventionnel, et 150 patients vers des structures hospitalières psychiatriques pour ainsi mettre en adéquation les besoins de soins des patients et leur structure d'hospitalisation. (8)

Le Dr Warren, dans ses conclusions, a ainsi mis en évidence que :

- L'amélioration de l'état de santé des patients gériatriques institutionnalisés était possible lorsque leurs problèmes médicaux et psycho-sociaux étaient identifiés.
- La plupart des patients gériatriques ont besoin d'une approche diagnostique et thérapeutique spécialisée, interdisciplinaire et plus large que pour des patients jeunes.
- Idéalement, aucun patient gériatrique institutionnalisé ne devrait être admis en unité de long séjour avant une évaluation médicale et psycho-sociale et, pour la plupart, après une phase de rééducation en centre spécialisé.

Historiquement définie depuis 1990 par Epstein, avec une reprise par Laurence Rubenstein en 1997, l'EGS est une « *procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire visant à l'identification de l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des sujets âgés dans le but d'établir un projet de prise en charge à court, moyen voire long terme* » (9)

L'étude princeps est celle de Rubenstein en 1984 qui a démontré une diminution de la mortalité, des ré-hospitalisations, du taux d'institutionnalisation et du coût des prises en charge chez les patients âgés ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique par rapport à ceux qui n'en ont pas eu. En parallèle, il a été noté chez les mêmes patients une amélioration de la thymie et de l'autonomie par rapport aux patients n'ayant pas bénéficié d'une EGS. (10)

b) Outils d'évaluation d'une EGS

Actuellement en France il n'y a pas de standardisation des différents outils d'évaluation potentiellement utilisables lors d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Néanmoins, il existe une certaine uniformité entre les différentes procédures réalisées. Ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité, nous nous attacherons dans ce paragraphe à décrire les différents statuts analysés lors d'une EGS.

- ***Le statut fonctionnel***

Une des étapes fondamentales dans une évaluation gériatrique est celle du statut fonctionnel.

Les activités de base de la vie courante sont généralement évaluées par les ADL (Activities of Daily Living) de Katz. Cette évaluation permet de juger l'autonomie d'une personne âgée en mesurant le degré de dépendance dans 6 activités de la vie quotidienne : l'habillement, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts pour aller aux toilettes, la locomotion et la prise alimentaire. L'autonomie pour ces activités de base est indispensable pour permettre une vie à domicile sans aide extérieure. Un score supérieur à 6 indique une perte d'autonomie nécessitant alors des mesures correctives. (11) et (12)

Pour les activités plus complexes de la vie quotidienne, il est généralement fait appel au questionnaire d'évaluation des IADL (Instrumental Activities of Daily Living) afin de quantifier l'autonomie dans la vie quotidienne. Ce test est normalement basé sur 8 items, mais 4 items suffisamment sensibles permettent d'évaluer la capacité au maintien à domicile des personnes âgées : capacité à se servir d'un téléphone, à gérer un budget, à utiliser un moyen de transports et à prendre ses médicaments. (13)

L'évaluation du statut fonctionnel s'effectue généralement lors d'un entretien avec le patient mais il est souvent nécessaire de vérifier les informations auprès de son entourage. L'évaluation rapide du statut fonctionnel permet de mettre en place, dans les plus brefs délais, les aides adaptées (aide à la personne, intervention du SSIAD, aidant familial) afin d'éviter ou de ralentir toute poursuite du déclin fonctionnel.

Même si elle constitue véritablement une évaluation fonctionnelle chez la personne âgée, la cotation par la grille AGGIR est principalement destinée aux services départementaux de l'aide sociale, afin d'aider les personnes âgées à financer et donc à obtenir des aides à la personne à leur domicile. Cette enquête est composée de 10 variables se rapportant à l'autonomie physique et psychique et de 7 variables illustratives de l'autonomie domestique et sociale de la personne évaluée. (14)

Chaque critère est coté de A (fait seul, totalement, habituellement et correctement) à C (ne fait pas), qui après utilisation d'un algorithme de calcul, aboutit à un profil de perte d'autonomie, dénommé groupe iso ressources, permettant l'obtention de prestations sociales correspondantes.

Ainsi, une personne âgée présentant une cotation AGGIR à 1 présentera une perte d'autonomie très importante avec une dépendance complète pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne, alors qu'une personne âgée avec une cotation AGGIR à 6 présentera une autonomie conservée pour l'ensemble des activités habituelles.

- ***Le statut cognitif***

Les troubles mnésiques chez les patients gériatriques sont source d'allongement de la durée d'hospitalisation, d'augmentation des effets indésirables, de iatrogénie et d'augmentation des événements morbides durant le séjour. Si les troubles peuvent avoir une étiologie variée, la plus grande prévalence revient à la démence d'Alzheimer.

L'outil le plus communément utilisé est le Mini Mental State Examination (MMSE) qui permet en 20 minutes d'évaluer les différentes fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, calcul, praxies, apprentissage, mémoire à court terme, langage) et de dépister une démence. Il a été validé par de multiples équipes indépendantes et il représente l'outil de référence de dépistage des troubles cognitifs/démence. Lorsqu'une anomalie est dépistée, il est nécessaire de compléter l'évaluation. (15)

Une autre épreuve est fréquemment réalisée, à savoir le dessin de l'Horloge. Il consiste à proposer au patient de remplir un cadre d'horloge vide par les chiffres donnant les heures et par les aiguilles indiquant un horaire défini. Plusieurs systèmes de cotation ont été proposés. Ce test est facilement reproductible et validé par plusieurs équipes indépendantes. Néanmoins il existe plusieurs types de cotation allant d'une cotation binaire (réussite ou échec du dessin) à des cotations beaucoup plus complexes jusqu'à 16 items. (16)

Un dernier test fréquemment effectué et qui permet d'estimer la probabilité d'existence de troubles de la mémoire épisodique, est le test des 5 mots de Dubois qui est basé sur la mémorisation de 5 mots par encodage visuel avec épreuve de rappel immédiat puis différé succédant à une diversion intercurrente non verbale de 5 min. Un score inférieur ou égal à 8/10 est prédictif de démence avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité. (17) et (18)

- ***Le statut psychologique***

Le syndrome dépressif en France est sous diagnostiqué et surtout sous traité chez les personnes âgées, engendrant ainsi une majoration de ses effets sur leur autonomie. (64)

Les symptômes anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées et doivent donc être mesurés afin d'être pris en charge. Souvent intriqués aux phénomènes de perte d'autonomie, ils majorent les effets de ces derniers.

L'outil le plus souvent utilisé est le questionnaire Geriatric Depression Scale (GDS). Un dépistage positif amène à une évaluation plus approfondie pour la mise en place d'une prise en charge psychologique adaptée avec éventuellement introduction d'un traitement antidépresseur si nécessaire. Le score du GDS a été validé par des équipes indépendantes. (19) et (20)

- ***L'évaluation sensorielle***

Sur le plan visuel, les plus fréquentes pathologies incriminées sont la cataracte et la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA). Un test de lecture simple permet de dépister aisément la majorité des troubles, pourvoyeurs de chutes et d'isolement social.

Sur le plan auditif, le test des 3 mots chuchotés est souvent le test de dépistage utilisé, avant une otoscopie (recherche d'un bouchon de cérumen) puis une éventuelle audiométrie si un appareillage auditif est envisagé.

- ***L'évaluation de l'équilibre et du risque de chute***

Si les chutes sont dépistées de manière systématique lors d'une EGS, c'est en raison de leur potentielle gravité pour le statut fonctionnel des patients gériatriques (fracture, rhabdomyolyse...).

Le Test de Tinetti ou POMA (Performed Oriented Mobility Assessment), permet l'évaluation clinique de l'équilibre (avec les 9 premiers items) et de la marche de l'individu (avec les 7 derniers items) Un risque de chute élevé apparaît pour un score inférieur à 20/28. Si ce test est très sensible, il n'est pas spécifique avec un temps de passage long (autour de 7 minutes en moyenne) (21)

L'appui unipodal ou One-leg balance de Vellas, est un test très simple qui consiste à demander au patient de tenir debout sur une seule jambe sans appui pendant au minimum 5 secondes. Une durée inférieure à 5 secondes est prédictive d'un risque de chute avec lésion. (22)

Le Timed Up and Go est la version chronométrée du Get Up and Go. Le patient doit se lever de sa chaise, marcher sur 10 pas, faire demi-tour et revenir faire le tour de la chaise puis s'asseoir sur la chaise. Avec une valeur seuil de 13,5 s, la sensibilité et la spécificité sont bonnes. Un temps de réalisation de plus de 20 secondes témoigne d'une fragilité posturale avec un risque élevé de chute ultérieure. (23)

- ***Le statut nutritionnel***

Les patients gériatriques sont généralement une population à haut risque de dénutrition et d'amaigrissement. La recherche de valeurs anthropométriques (circonférence bras et mollet, pli cutané, distance talon/genou), le calcul d'Index de Masse Corporelle (IMC) et la recherche d'un amaigrissement récent et/ou prolongé font partie d'une EGS.

Le Mini Nutritional Assessment (MNA) est un outil validé et standardisé d'évaluation nutritionnelle. Les 6 premiers items peuvent être considérés comme un test de dépistage, l'ensemble du test est à faire si le score de dépistage est inférieur à 11. Il est recommandé par plusieurs études indépendantes. (24)

Il sera complété au niveau biologique par une albuminémie, et par une consultation spécialisée auprès d'un nutritionniste si besoin.

- ***L'évaluation de la douleur***

L'échelle visuelle analogique est la mesure de la douleur immédiate chez l'adulte. Elle est simple d'utilisation, sensible, fiable et reproductible. Elle est cependant limitée par les facultés de compréhension du patient et par ses possibilités de verbalisation. Une échelle plus facile à appréhender par les patients consiste en l'EVS. Plusieurs mots clés sont présentés : pas de douleur, douleur faible, modérée, intense et extrême. Elle ne nécessite aucun outil et est la plus performante par rapport à l'EVA et à l'EN. (25), (26) et (27)

Des outils d'hétéro évaluation existent, permettant une évaluation de la douleur chez les patients non communicants et/ou ayant des troubles cognitifs. Le score Algo Plus est le plus largement utilisé par rapport au score Doloplus qui requiert un temps de passation long avec des périodes d'observations répétées peu compatibles avec une activité d'évaluation de la douleur en EMG . De passation longue et nécessitant d'interroger les personnes qui vivent avec le patient et/ou qui s'en occupent en institution, sa valeur seuil est fixée à 5. (28)

Le score Algo plus a été validé par des équipes indépendantes et représente d'avantage le vécu et la progression de la douleur que sa mesure à un instant donné. (65)

c) Compte-Rendu de l'EMG

Il n'existe pas en France de Standardisation pour le compte-rendu après une EGS. D'un simple résumé des axes d'actions et des principaux résultats de l'EGS, il est possible de trouver aussi des EMG qui fournissent un compte-rendu très détaillé de leur EGS , qui est également adressé à l'ensemble des intervenants de la filière, après accord préalable de la part du médecin prescripteur.

Au sein de l'activité de l'EMG du CH de Remiremont, le compte-rendu contient en moyenne 4 pages, avec une mise en forme standardisée pour chaque paragraphe, et complété d'une synthèse médicale à la fin de chaque domaine évalué, ainsi que l'établissement de conclusions et de recommandations.

La trame du compte-rendu type est jointe en annexe (annexe I)

3. Filières gériatriques territoriales

a) Définition d'une filière gériatrique territoriale

Comme défini dans la circulaire de mars 2002, confirmée par la circulaire de mars 2007, une filière gériatrique territoriale est « *une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques permettant un continuum dans la trajectoire de soins sur un territoire donné ayant pour objectif de couvrir l'intégralité des parcours possibles, en tenant compte du caractère évolutif des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique* ». (1)

Sur le plan organisationnel, une filière gériatrique territoriale doit être composée d'un court séjour gériatrique établi dans l'établissement hospitalier support de la filière, d'une équipe mobile de gériatrie, d'une unité de consultations (mémoire, suivi post-hospitalisation...) et d'un hôpital de jour, de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), d'Unité de Soins Longue Durée (USLD) et éventuellement d'une Hospitalisation A Domicile (HAD) polyvalente. (1)

b) Missions d'une filière gériatrique territoriale

Les missions d'une filière gériatrique peuvent être classées dans 3 grandes catégories :

- les hospitalisations non programmables : pour lesquelles les services d'urgence associés aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques joueront un rôle de tout premier plan.
- les hospitalisations programmables : qui vont mobiliser en première intention, en fonction de la pathologie observée et du niveau de recours nécessaire au plateau technique, les services de courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux locaux ou les lits de SSR.
- les bilans réalisés à froid, qui relèvent de l'hôpital de jour ou de la consultation gériatrique.

Des articulations doivent exister entre la filière et les structures de soins psychiatriques, de soins palliatifs, d'oncogériatrie, si elles existent.

Par ailleurs, une filière gériatrique doit pouvoir apporter à n'importe quel moment de la prise en charge et, de manière expérimentale encore, n'importe où sur son territoire, un avis gériatrique à tout professionnel qui en fait la demande. Elle doit pouvoir permettre la mise en place de temps de formation, de diffusion de la culture gériatrique sur son territoire ainsi qu'assurer un rôle d'expertise sur le territoire de proximité. (1)

4. Le Territoire de Proximité de « Remiremont et Vallées »

Afin d'effectuer une mise en relief de nos résultats, il nous a semblé opportun d'apporter quelques données démographiques sur le territoire de Proximité de Remiremont au cours de l'année 2006 et sur le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations au sein de la population des plus de 75 ans au cours de l'année 2010.

a) Données démographiques du territoire de Santé de « Remiremont et Vallées »

Avec 85 854 habitants sur 917 km² en 2006, le TSP du Pays de *Remiremont et Vallées* regroupe 3,7 % de la population régionale. La densité sur le territoire est proche de la moyenne régionale avec 94 hab/km². (29) et (30)

Les personnes âgées de 75 ans et plus sur le *TDP de Remiremont et Vallées* représentent un des taux les plus élevés de la région avec une croissance prévisionnelle entre 2006 et 2010 estimée à 34%.

La répartition populationnelle par tranche d'âge retrouve :

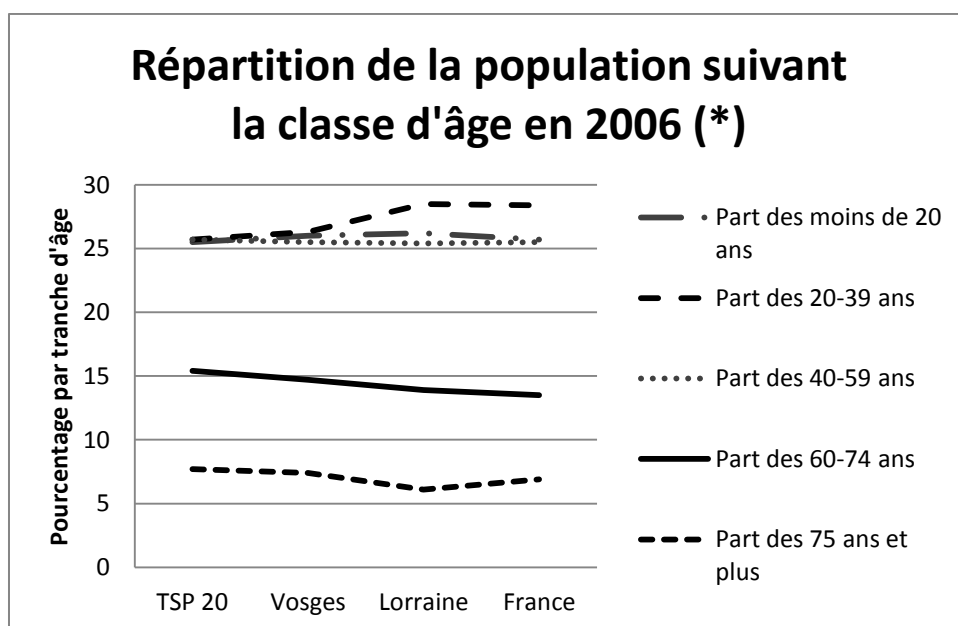


Figure 1-a-1

* d'après statistiques de l'ORSAS, mai 2009

Ainsi, le TDP n° 20 est proportionnellement plus peuplé par des habitants issus des classes vieillissantes, comparé aux valeurs retrouvées au niveau départemental, régional et national.

Si nous analysons les personnes vivant seules au sein de 2 tranches d'âges, nous constatons :

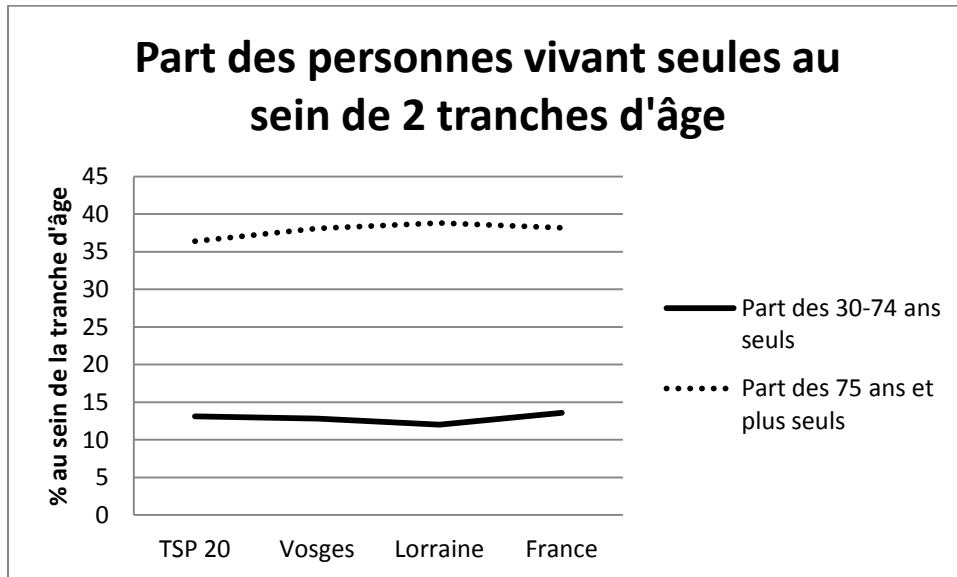


Figure 1-a-2

* d'après statistiques de l'ORSAS, mai 2009

Ainsi, si la part des personnes âgées est plus importante comparativement au niveau départemental, régional et national, nous constatons une moindre fréquence de personnes vivant seules à domicile chez les plus de 75 ans.

b) Données démographiques sur le secteur médico-social

D'après l'étude de l'ORSAS réalisée en 2006, le territoire de santé comprend plus de 2.000 habitants âgés de plus de 60 ans et dépendants. La moitié de ces personnes vit encore à domicile et 1/3 vit en institution. (29)

Sur le territoire de Santé de Remiremont en 2006, environ 2.800 habitants présentaient une incapacité à la toilette, 8.700 habitants affichaient une incapacité à la mobilité et 2.650 habitants avaient une déficience sur le plan de la communication. (29)

Concernant les troubles des fonctions supérieures, une estimation de 2006 de l'ORSAS diagnostiquait 2.400 personnes atteintes d'une démence dont 1.060 étiquetées « Maladie d'Alzheimer ». (29)

Concernant les professionnels sanitaires et sociaux, nous avons choisi de représenter les effectifs sous forme de diagramme-radar avec un recensement fixé au 31 décembre 2012.

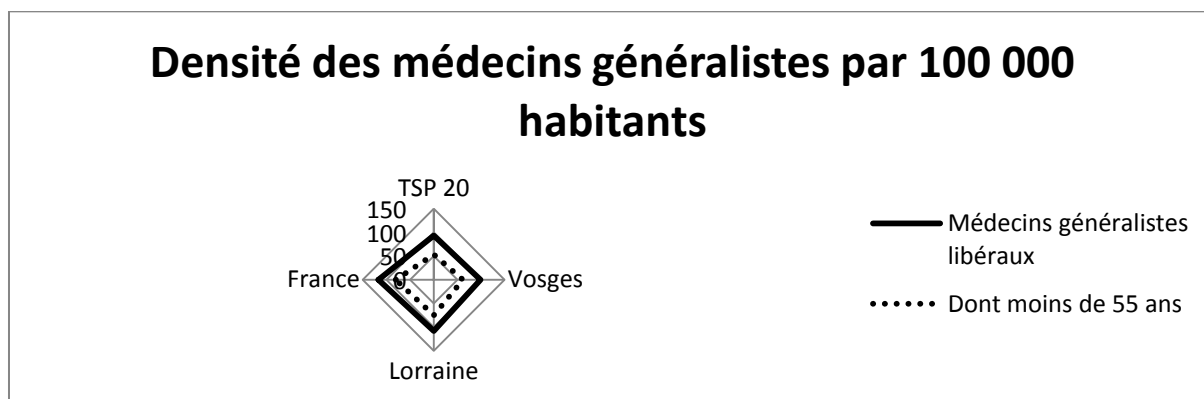


Figure 1-b-1

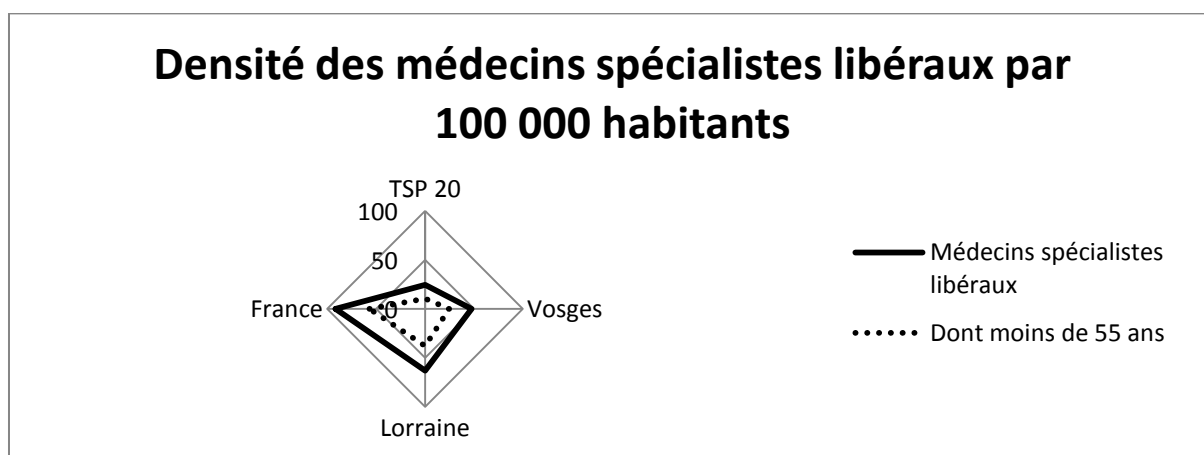


Figure 1-b-2

Ainsi, il apparaît que la densité de praticiens libéraux installés est globalement plus faible et plus âgée sur le territoire de Santé de Remiremont comparativement aux niveaux départemental, régional et national, alors que la population âgée pouvant avoir recours à leurs soins est proportionnellement plus importante, que ce soit au niveau départemental, régional ou national.

Densité des kinésithérapeutes libéraux par 100 000 habitants

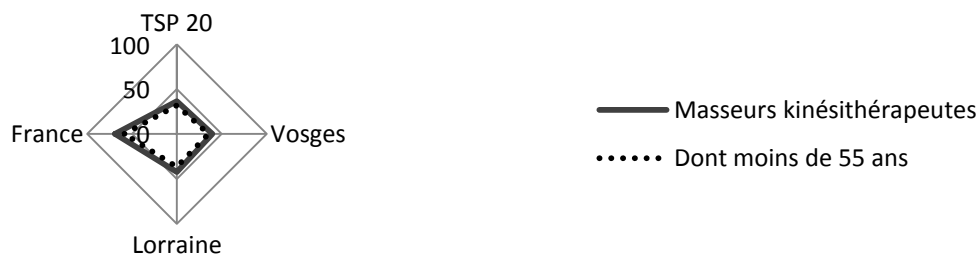


Figure 1-b-3

Densité des infirmiers libéraux par 100 000 habitants



Figure 1-b-4

Concernant la répartition des infirmières et des kinésithérapeutes libéraux, nous notons une répartition plus homogène entre la densité sur le territoire de Santé, sur le département et sur la région, même si nous notons toujours une densité plus importante au niveau national.

c) Le Centre Hospitalier de Remiremont

En octobre 2010, l'HAS a publié le rapport de certification du Centre Hospitalier de Remiremont. Il va nous permettre de décrire la structure hospitalière. (31)

Le Centre Hospitalier est un établissement public réparti entre 2 sites : un site « hôpital » (MCO et SSR) et un site « Résidence Léon Werth » (hébergeant l'Unité de Soins de Longue Durée : USLD, et l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes : EHPAD) distant de 500m et situé au Centre ville de Remiremont.

Il est composé de 234 lits de court séjour, 28 lits de SSR, de 15 lits d'USLD et de 74 places d'EHPAD. Son activité est complétée par un accueil et une gestion des urgences (Y compris pédiatriques) au sein de 6 box d'examens, 2 box d'accueil des Urgences Vitales, ainsi que d'une activité d'UHTCD (4 lits) et d'une activité SMUR (1 VLM tout terrain)

L'établissement dispose d'une unité de soins de Surveillance Continue (8 lits dont 2 USIC), d'un service de néonatalogie de niveau 2B, d'une équipe de soins palliatifs, d'une Equipe Mobile Gériatrique. Le Centre Hospitalier est accrédité pour effectuer des prises en charge carcinologique en chirurgie mammaire, urologique et digestive.

Matériels et Méthodes

La véritable culture, celle qui est utile, est toujours une synthèse entre le savoir accumulé et l'inlassable observation de la vie.

Francesco Alberoni

Extrait de *Vie publique et vie privée (1988)*

L'objectif principal de cette étude a été de chercher à connaître si deux catégories de médecins non prescripteurs d'EGS jugeaient utile de connaître les résultats de l'Évaluation Gériatrique Standardisée réalisée durant un séjour hospitalier chez leurs patients durant un séjour hospitalier.

1. Méthodes

La méthodologie utilisée dans notre étude a été une méthode d'analyse qualitative permettant de dégager un niveau d'utilité ressentie pour chaque item du compte rendu d'EGS.

Deux groupes de médecins issus de deux spécialités médicales, à savoir un groupe d'anesthésistes et un groupe de généralistes, ont été constitués.

Chaque membre des deux groupes a été sollicité et a répondu de manière volontaire et anonyme.

Chaque membre de chacun de ces deux groupes a attribué une valeur pour chaque item du compte-rendu d'EGS proposé à l'évaluation, selon une grille d'analyse fournie. Dans notre étude, nous avons utilisé 4 niveaux de valeur, à savoir :

- « Indispensable »,
- « Important »,
- « Accessoire »
- « inutile »,

plus une catégorie rassemblant les « donnée absente » ou les réponses « sans opinion ».

Le but de cette méthodologie est de rechercher si un niveau d'utilité majoritaire apparaît pour un item au sein de chaque groupe de médecins.

Dans chaque groupe d'étude, les effectifs sont petits (N inférieurs à 30), non représentatifs et ne permettront pas une généralisation pour l'ensemble de la population.

Une deuxième partie de notre étude a consisté en une analyse statistique comparative des réponses des deux groupes réalisée par le Dr Elodie Speyer du service d'épidémiologie et d'évaluations cliniques du CHU de Nancy. Nous avons utilisé un test de comparaison de fréquence (test exact de Fischer) sur les répartitions des réponses des 2 groupes pour chaque item.

Le test exact de Fischer est un test statistique utilisable pour de petits effectifs permettant de chercher si la répartition des fréquences au sein de 2 échantillons est identique ou non.

Nous avons posé comme hypothèse initiale H0 :

La répartition des attributions des réponses au sein de chaque groupe est différente entre les anesthésistes et les généralistes.

Ainsi, si $p < \alpha$, alors H0 est acceptée, si $p > \alpha$, alors H0 est rejetée et la répartition des réponses est significativement différente au risque α . L'intervalle de confiance a été calculé avec un risque $\alpha = 0,05$.

Dans la dernière partie de notre travail nous avons confronté les résultats qualitatifs obtenus via les deux groupes d'analyse à une description exhaustive de l'activité de l'EMG du CH de Remiremont, au cours de l'année 2010 et aux données de la littérature afin de proposer des modifications du compte-rendu de l'EGS du CH de Remiremont, sous forme d'un résumé d'évaluation.

2. Le groupe de médecins généralistes

Le territoire de Santé de Remiremont et Vallées compte environ 65 médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins. Nous avons identifié 56 praticiens en activité sur ce secteur, travaillant donc préférentiellement avec le Centre Hospitalier de Remiremont lors de leurs recours hospitaliers.

Durant le mois de janvier 2013, ces 56 médecins généralistes ont été sollicités via un envoi postal afin de recueillir leurs réponses sur le niveau d'utilité ressentie pour chaque composante de l'EGS.

Pour chacun des items du compte rendu d'EGS, les médecins généralistes devaient le qualifier suivant qu'ils le jugeaient indispensable, important, accessoire ou inutile. Ils avaient également la possibilité de se déclarer sans opinion ou de ne pas répondre à un item donné.

Les items retenus étaient :

- Pour la partie Administrative : « Identification du patient », « date de l'évaluation », « médecin demandeur », « Antécédents »
- Pour la partie conditions de vie : « Statut matrimonial », « enfants », « adresse », « aides à la personne », « remarques logement »
- Pour l'évaluation thymique et psychologique : « mini GDS / GDS », « tabac / Alcool », « évaluation psychologique »
- Pour l'évaluation cognitive et mnésique : « latéralisation », « MMS », « 5 mots de Dubois », « Test de l'Horloge »

- Pour l'évaluation nutritionnelle : « Poids / taille / IMC », « Albumine », « Escarre », « Mini MNA / MNA »
- Pour l'évaluation sensorielle : « Vision / Audition », « hypotension orthostatique », « appui unipodal / get up and go »
- Pour l'évaluation de l'autonomie : « AGGIR », « IADL / ADL », « Incontinence »
- Pour l'évaluation du risque de décompensation : « Pathologies actives », « score de Charlson »
- Pour l'évaluation du risque iatrogène : « traitement en cours », « évaluation biologique », « évaluation de la douleur », « évaluation sociale », « évaluation du sommeil »,
- « conclusions », « recommandations »

En fin de questionnaire, il leur était demandé de définir le nombre maximal de pages du compte rendu qu'ils souhaitaient recevoir.

Au total, 36 items ont été identifiés dans notre questionnaire adressé au groupe de médecins généralistes.

2 lignes de remarques générales étaient à leur disposition. L'ensemble des documents adressés aux médecins généralistes par voie postale est joint en annexe, ainsi que toutes les remarques générales qu'ils ont bien voulu proposer.

Une enveloppe retour préaffranchie était à leur disposition.

26 médecins généralistes ont répondu et retourné ce questionnaire (sur 3 mois), avec une majorité des réponses obtenues en moins d'un mois. Il n'a pas été effectué de relance postale ni de relance téléphonique.

L'ensemble des résultats a été rendu sous forme de tableaux avec un calcul de pourcentage pour les 2 réponses principales de chaque item, permettant ainsi la mise en évidence d'une éventuelle prépondérance dans les réponses apportées.

Un sondage téléphonique partiel a été réalisé auprès des 65 médecins généralistes identifiés du territoire de santé afin de requérir leur avis concernant la pertinence de leur adresser un courrier, pour chaque patient gériatrique évalué au cours d'un séjour hospitalier, par l'équipe mobile de Remiremont

3. Le groupe d'anesthésistes

Constitué lors de l'Assemblée Générale de l'ILAR en juin 2012, le groupe nominal d'anesthésistes a été constitué de 14 médecins en exercice sur la région Lorraine pour qui la prise en charge gériatrique en pré-anesthésie n'était pas une démarche habituelle et courante.

Après une présentation générale de l'activité d'évaluation gériatrique par une équipe mobile réalisée à l'aide d'un diaporama de 20 diapositives (jointes en annexe), un questionnaire était proposé au groupe demandant de classer chaque item de l'évaluation suivant le degré d'importance ressenti par chaque membre du groupe.

Pour chaque item du compte rendu, les médecins anesthésistes devaient qualifier chacun d'eux suivant qu'ils le jugeaient indispensable, important, accessoire ou inutile. Ils avaient également la possibilité de se déclarer sans opinion.

Les items retenus étaient les mêmes que pour le groupe de médecins généralistes, à savoir :

- Pour la partie Administrative : « Identification du patient », « date de l'évaluation », « médecin demandeur », « Antécédents »
- Pour la partie conditions de vie : « Statut matrimonial », « enfants », « adresse », « aides à la personne », « remarques logement »
- Pour l'évaluation thymique et psychologique : « mini GDS / GDS », « tabac / Alcool », « évaluation psychologique »
- Pour l'évaluation cognitive et mnésique : « latéralisation », « MMS », « 5 mots de Dubois », « Test de l'Horloge »
- Pour l'évaluation nutritionnelle : « Poids / taille / IMC », « Albumine », « Escarre », « MiniMNA / MNA »
- Pour l'évaluation sensorielle : « Vision / Audition », « hypotension orthostatique », « appui unipodal / get up and go »
- Pour l'évaluation de l'autonomie : « AGGIR », « IADL / ADL », « Incontinence »
- Pour l'évaluation du risque de décompensation : « Pathologies actives », « score de Charlson »
- Pour l'évaluation du risque iatrogène : « traitement en cours », « évaluation biologique », « évaluation de la douleur », « évaluation sociale », « évaluation du sommeil », « conclusions », « recommandations »

En fin de questionnaire, il leur était demandé de définir le nombre maximal de pages du compte rendu qu'ils désiraient recevoir.

Au total, 36 items ont donc été identifiés dans notre questionnaire.

2 lignes de remarques générales étaient également à leur disposition. Toutes les remarques transmises par les médecins anesthésistes ont été jointes en annexe.

14 médecins anesthésistes ont répondu au questionnaire proposé.

L'ensemble des résultats a été rendu sous forme de tableaux avec un calcul de pourcentage pour les 2 réponses principales de chaque item et mettant ainsi en évidence une éventuelle prépondérance dans les réponses apportées.

4. Contenu de l'EGS

a) Les différents items de l'étude descriptive.

Le service, pour effectuer une demande d'intervention, doit remplir un formulaire avec la date de la demande, l'étiquette du patient, le médecin et le service demandeur, le motif de la demande d'intervention, et quelques renseignements concernant le patient, à savoir (Annexe II) :

- Les principaux antécédents médico-chirurgicaux et le traitement habituel
- Le motif d'hospitalisation
- Le dernier poids, la taille
- Valeurs biologiques (créatinine, hémoglobine, Albumine)

Ensuite, l'EMG réalise une EGS correspondant à une évaluation multidimensionnelle.

Ainsi, après avoir renseigné la partie administrative (Nom, prénom, DDN, étiquette patient, date de demande, date de début de réalisation de l'EGS, médecin traitant, médecin demandeur et le service), le motif d'hospitalisation est repris et complété si nécessaire, les principaux antécédents médico-chirurgicaux sont recherchés dans le dossier du patient, mais aussi dans tous les comptes rendus du logiciel de stockage informatisé des courriers de sortie et consultations hospitalières, auprès des médecins traitants si nécessaire ou des médecins spécialistes libéraux.

Les conditions de vie du patient sont précisées (statut matrimonial, lieu de vie, aides à la personne et types de logement)

L'évaluation thymique et psychologique consiste en un entretien avec le patient, la réalisation d'un mini GDS et/ ou d'un GDS, la recherche d'addiction (Tabac, alcool, autres) et la recherche d'un souhait du patient pour un éventuel entretien psychologique, si jugé nécessaire.

L'évaluation cognitive consiste en la recherche de la latéralisation du patient, de son niveau socio-éducatif, de la réalisation d'un MMS et d'une épreuve des 5 mots de Dubois, d'un test de l'horloge. Si nécessaire, il est réalisé un MiniMental Parkinson. Par ailleurs, un syndrome confusionnel est recherché.

L'évaluation nutritionnelle comporte une recherche du dernier poids et de la taille pour un calcul d'IMC. L'évolution dynamique récente du poids est explicitée. La découverte d'escarre ou de tout signe cutané douteux est renseigné dans l'EGS. Un calcul du MNA et la demande d'une albuminémie est recherchée dans le dossier médical et infirmier.

L'évaluation du risque de chute comporte un contrôle sommaire de la vision et de l'audition (test de lecture, et épreuve des 3 mots chuchotés). L'épreuve d'hypotension orthostatique est réalisée couchée puis debout à 1 min, 3 min et 5 min avec contrôle simultané de la fréquence cardiaque et de la bonne tolérance clinique de l'orthostatisme.

Un test d'appui unipodal, ainsi qu'un Timed get up and go test sont réalisés. Il est parfois pratiqué une épreuve de Tinetti. Il n'existait pas de lien formalisé entre l'EMG et le service de rééducation de l'établissement en 2010, mais ces épreuves sont depuis parfois réalisées par les kinésithérapeutes intervenant auprès des patients.

L'évaluation de l'autonomie est assurée par la réalisation d'une cotation AGGIR, d'un calcul des IADL et par la recherche d'une incontinence urinaire et/ou fécale.

L'évaluation du risque de décompensation concerne la recherche et la mise en évidence de l'intégralité des pathologies actives et de leur éventuelle intrication pouvant expliquer la symptomatologie présentée par le patient. La caractérisation des syndromes gériatriques (syndrome confusionnel, syndrome démentiel, chutes, perte d'autonomie...) est réalisée, permettant de définir le niveau de fragilité du patient.

L'évaluation du risque iatrogène est assurée par l'analyse du traitement actuel face à l'état clinique du patient, des données biologiques déjà présentes et nécessaires (clearance de la créatinine, TSH, INR, fonction hépatique, syndrome inflammatoire...).

L'évaluation de la douleur comporte une cotation par EVA ou EVS. Si nécessaire, il est possible de procéder à une Algo plus et beaucoup plus rarement à une DOLOPLUS.

L'évaluation sociale, réalisée par le service social de l'hôpital, participe à l'activité de l'équipe pour assurer la mise en place d'éventuelles aides à la personne ou pour accompagner l'entourage du patient dans les démarches administratives.

Des conclusions et des recommandations sont établies en fin d'évaluation.

b) Le contenu du compte rendu de synthèse

Le compte rendu est réalisé sous forme papier à destination du médecin et du service prescripteur de la demande d'évaluation. Conçu sous une forme standardisée de 5 pages, il retrace l'ensemble de l'évaluation en détail.

De manière à pouvoir mettre en place une évaluation statistique, nous avons normalisé les données recueillies de la façon suivante.

- ***Données générales***

Sont repris dans cette rubrique, le nom anonymisé (3 premières lettres du nom et première lettre du prénom) la date de naissance (JJ/MM/AAAA), l'âge du patient au moment de l'évaluation (en années) ainsi que la langue utilisée habituellement, le genre du patient (M/F) les dates de début et de fin d'hospitalisation et la date de réalisation de l'EGS (JJ/MM/AAAA). Le délai d'intervention entre la réception de la demande et le début de l'évaluation est calculé lorsque possible. La durée d'évaluation est précisée si elle existe. Les noms du médecin traitant, du médecin prescripteur et du service demandeur sont notés.

Le délai entre le début de l'hospitalisation et la demande d'intervention de l'EMG est mentionné.

- ***Données médicales générales***

Au vu du très grand nombre de motifs d'admission, il nous est difficile d'établir un outil pertinent statistique. Dans notre démarche d'évaluation, nous nous attacherons uniquement à dire si le motif d'admission est présent et identifié (OUI/NON) et si le motif d'admission est lié au recours à l'EMG ou s'il est dû à la découverte d'un problème connexe.

Les antécédents sont identifiés en tant que chirurgicaux ou médicaux, et comptabilisés permettant ainsi d'avoir une vue statistique très sommaire de l'état de santé antérieure du patient.

La réalisation d'un acte chirurgical au cours de l'hospitalisation est recherchée.

- ***Conditions de vie***

Le lieu de vie d'origine du patient est défini (Domicile, EHPAD, Long Séjour, autres) ainsi que le statut (Marié, veuf, célibataire, concubin) et la ville d'habitation. Le nombre d'enfants est indiqué. Sur le plan des aides à la personne, l'attribution est spécifiée ainsi que le nombre d'heures allouées par semaine. Le portage de repas, ainsi que l'utilisation d'une téléalarme, sont également renseignés.

Concernant le logement, le type d'appartement est décrit (appartement, maison, EHPAD, autres). Nous nous informons sur l'absence ou la présence d'escaliers dans l'habitation, le type de sanitaires dans le logement (baignoire, douche, absence), le type de chauffage, (central, électrique, autres).

- ***Evaluation psychologique***

Le score du mini GDS, complété si besoin par celui du GDS est explicité. La nécessité d'un avis psychologique est détectée. Les addictions sont recherchées pour le tabac, l'alcool ainsi que pour les autres stupéfiants. Le tabagisme est quantifié en paquet-années, l'alcool est mesuré de manière hebdomadaire.

- ***Evaluation mnésique***

Un score de MMS est évalué ainsi que le niveau socio-éducatif (primaire, certificat d'études, baccalauréat, études supérieures). Le score aux 5 mots de Dubois est établi et, est décomposé en rappel immédiat et en rappel différé. Le test de l'horloge est analysé (échec, partiel, succès)

- ***Evaluation nutritionnelle***

Le poids (en Kg) et la taille (en cm) sont mesurés, avec calcul de l'IMC. A noter que certaines tailles ont été obtenues par calcul avec la distance cubitale. Le dosage de l'albuminémie est recherché chaque fois que possible. Les scores des MNA dépistage et MNA global sont précisés. La présence, ou non, de troubles de la déglutition est également soulignée dans le compte rendu. Une recherche concernant la découverte ou non de plaies et/ou d'escarres est réalisée.

- ***Evaluation sensorielle***

Les qualités de la vision et de l'audition sont répertoriées, ainsi que les éventuels commentaires associés.

- ***Evaluation du risque de chute***

La notion de chutes dans les 3 mois précédents l'hospitalisation est recherchée, ainsi que les évaluations du get up and go test et de l'appui unipodal. La présence ou l'absence d'hypotension orthostatique est stipulée.

- ***Evaluation de l'autonomie***

Le score AGGIR est déterminé, ainsi que l'autonomie pour les activités suivantes (alimentation, marche, transferts, hygiène, utilisation des sanitaires) en dépendance totale, partielle ou autonome. Les 4 IADL (transports, budget, médicaments, téléphone) sont décomposées et évaluées. La nécessité de recourir à une aide technique est définie. Enfin, la recherche d'une incontinence urinaire et/ou fécale est effectuée.

- ***Evaluation de la poly-médicamentation***

Le nombre de molécules par jour est calculé ; la nécessité et le recours à un abord intra- veineux sont déterminés. Le dosage de la créatinine ainsi que le calcul de la clearance de la créatinine selon Cockcroft sont chiffrés. Une étude complémentaire par analyse informatisée des prescriptions au moment de l'évaluation gériatrique est en cours d'élaboration pour créer une référence médicamenteuse sommaire pour patients fragiles gériatriques.

- ***Evaluation de la douleur et du sommeil***

La douleur est évaluée par EVA (ou l'EVS) si nécessaire. La recherche de trouble du sommeil est évaluée sommairement de manière binaire.

- ***Evaluation du risque de décompensation***

La recherche du nombre de pathologies actives est effectuée ainsi que le nombre de recommandations produites à partir de l'EGS réalisée par l'EMG.

- ***Evaluation de l'orientation à la sortie du patient***

Problématique dominante lors des recours à l'EMG, pour éviter les « *bed blockers* », nous avons tenu compte :

- des patients nécessitant l'intervention de professionnels de santé à la suite de leur sortie à domicile,
- des patients bénéficiant d'aides à la personne à leur sortie,
- de l'orientation proposée par l'EMG à la sortie du patient,
- du souhait du patient et/ou de son entourage familial,
- de la notion d'un tuteur/curateur/sauvegarde de justice,
- de la recherche de l'accord du patient et/ou de son entourage pour sa sortie,
- et de la présence d'un domicile/lieu de vie adapté à la situation clinique présentée par le patient.

Résultats de l'étude

« On donne généralement le nom de découverte à la connaissance d'un fait nouveau ; mais je pense que c'est l'idée qui se rattache au fait découvert qui constitue en réalité la découverte. »

Claude Bernard

Extrait de *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*

1. Analyse descriptive de l'activité de l'EMG au cours de l'année 2010

Au préalable de la présentation des résultats de notre analyse qualitative et de comparaison entre les groupes de médecins anesthésistes et généralistes, nous proposons de décrire l'activité de l'EMG de Remiremont afin de pouvoir mettre en relief les résultats obtenus dans notre étude qualitative.

a) Partie administrative

- **Item « identification du patient »**

- ✓ *Répartition des effectifs par classe d'âge*

Avec une moyenne d'âge des patients évaluée à 82,5 ans (81,6- 81,3 ans, $\alpha = 0,05$), la répartition des patients est homogène, 80 % des patients évalués ont entre 75 et 90 ans.

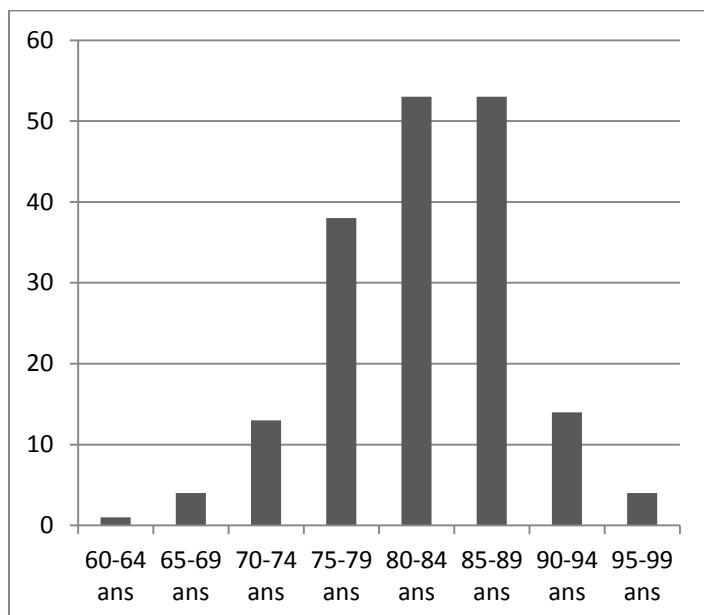


Tableau 3-1, a (N =180)

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
60-64 ans	1	0,6 %
65-69 ans	4	2,2 %
70-74 ans	13	7,2 %
75-79 ans	38	21,1 %
80-84 ans	53	29,4 %
85-89 ans	53	29,4 %
90-94 ans	14	7,8 %
95-99 ans	4	2,2 %

Tableau 3-1, b (N =180)

✓ Répartition des effectifs par genre

41 % des effectifs étaient du genre masculin (73 patients) et 59 % du genre féminin (107 patientes) (N = 180)

• **Item « date de l'évaluation »**

✓ Délais d'intervention

Concernant les délais d'intervention de l'EMG en 2010, la moyenne se situe à 1,70 jours (1,44 - 1,97 jours, $\alpha = 0,05$), les interventions de l'équipe programmée en pré-anesthésie ayant été exclues car programmées (N = 184).

Nous avons représenté les effectifs des patients (en ordonnées) par délais d'intervention (en abscisses ; unité : jours), soit :

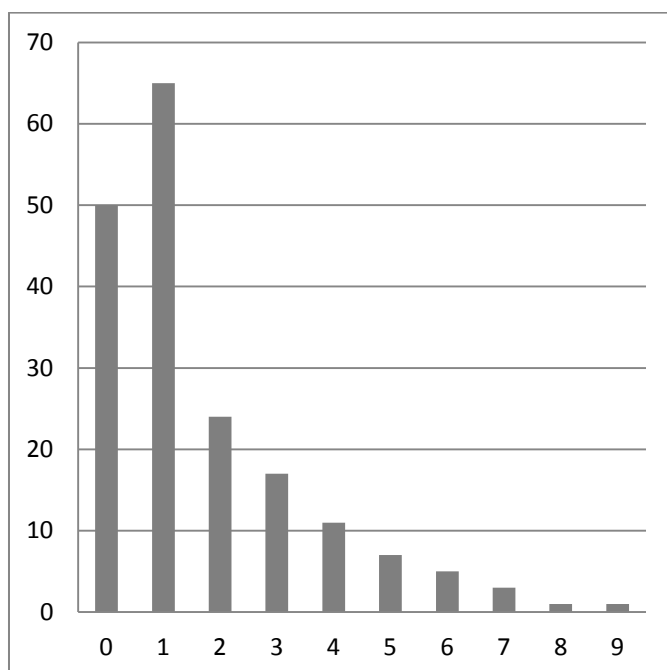


Tableau 3-2, a

délais d'intervention	effectifs	pourcentage
0	50	27,2 %
1	65	35,3 %
2	24	13,0 %
3	17	9,2 %
4	11	6,0 %
5	7	3,8 %
6	5	2,7 %
7	3	1,6 %
8	1	0,5 %
9	1	0,5 %
Total	184	100%

Tableau 3-2, b

Ainsi, 75,5 % des évaluations débutent moins de 2 jours après réception de la demande. Ce délai inclut les jours de week end, les vacances des personnels de l'EMG, ainsi que les jours fériés.

✓ *Durée d'intervention*

La durée de l'action de l'EMG en 2010 correspond au nombre de jours entre le début de l'intervention et l'établissement du compte rendu de synthèse de l'EMG, suite à l'évaluation.

Nous avons représenté les effectifs des patients (en ordonnées) en fonction de la durée d'intervention (en abscisse ; unité : jour), soit :

Tableau 3-2, c

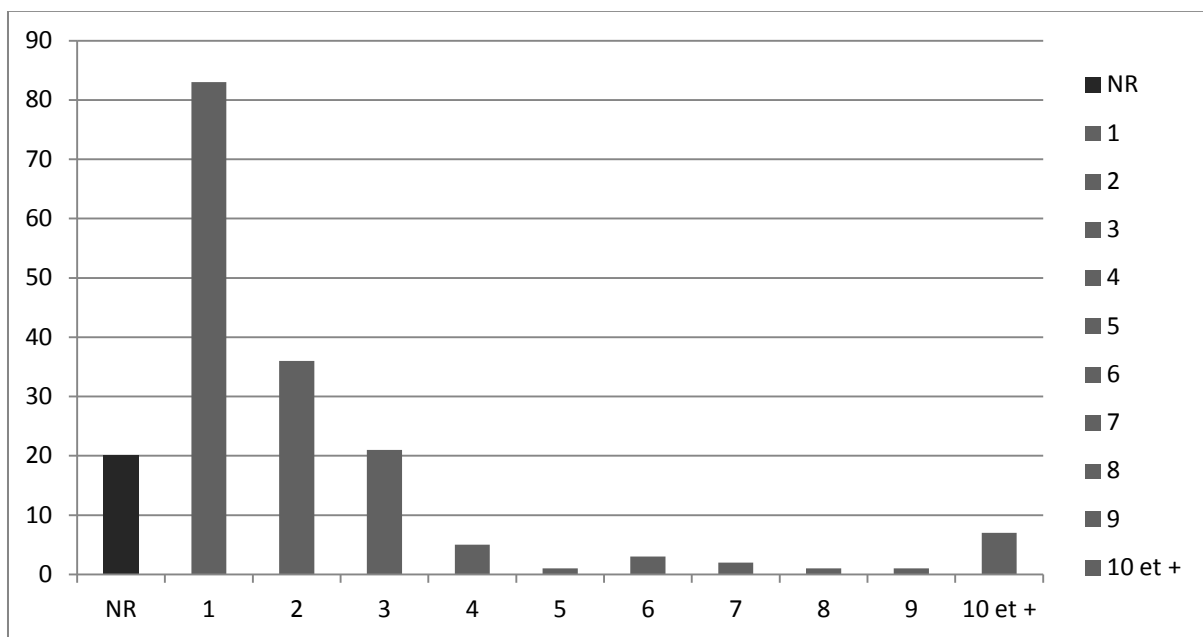


Tableau 3-3, b

Nombre de journées d'intervention	effectifs	Pourcentage
1	83	51,9 %
2	36	22,5 %
3	21	13,1 %
4	5	3,1 %
5	1	0,6 %
6	3	1,9 %
7	2	1,3 %
8	1	0,6 %
9	1	0,6 %
10 et +	7	4,4 %
Total	160	100 %

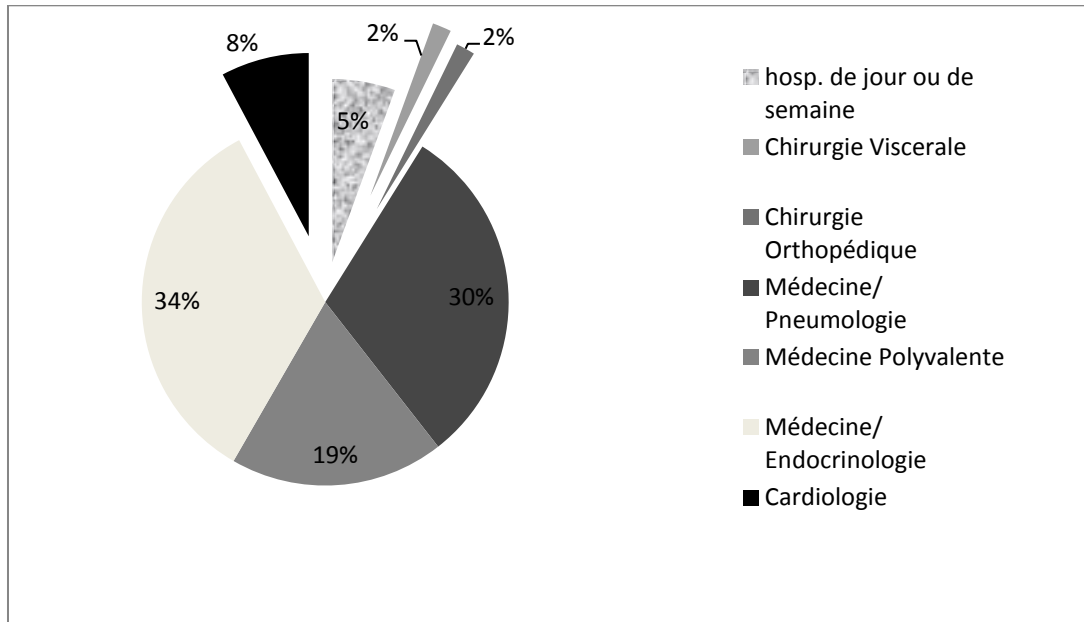
Ainsi la majorité des évaluations se déroule en une journée et 87,5 % en 3 jours ; il est à noter que certaines évaluations peuvent parfois se prolonger dans le temps (dû à des multi-évaluations ou évaluation reportée selon l'état clinique du patient)

Pour 20 dossiers, la donnée n'était pas renseignée.

- **Item « médecins demandeurs »**

- ✓ *Répartition des services demandeurs*

Tableau 3-3, I (N= 180)



- 78 % des évaluations ont été demandées par les 3 services de médecine aiguë de l'établissement.
- 6 % ont été réalisées en hospitalisation de jour ou de semaine avec une nécessité sous jacente d'une bonne réactivité de toute l'EMG afin d'établir un compte rendu rapidement avant la sortie du patient gériatrique de ce service d'hospitalisation de semaine.
- 5 % des patients ont été évalués en service de cardiologie.
- 4 % des évaluations ont été réalisées en service de chirurgie. Le nombre d'évaluations a, depuis 2 ans, largement augmenté au sein des services de chirurgie.

- ✓ *Répartition des médecins prescripteurs d'EGS*

- en 2010, nous constatons que 29 % des demandes sont à l'initiative des internes des services.
- 71 % des demandes ont été formulées par des praticiens titulaires. (N = 180)

✓ Répartition des effectifs en fonction du type d'hospitalisation

Tableau 3-3 ; II

Médecine	159	88 %	La majorité des interventions se déroule depuis un service de médecine.
Chirurgie	17	9 %	
NR	4	2 %	
	180	100 %	

✓ Répartition des effectifs en fonction du délai entre le début d'hospitalisation et la demande d'EGS

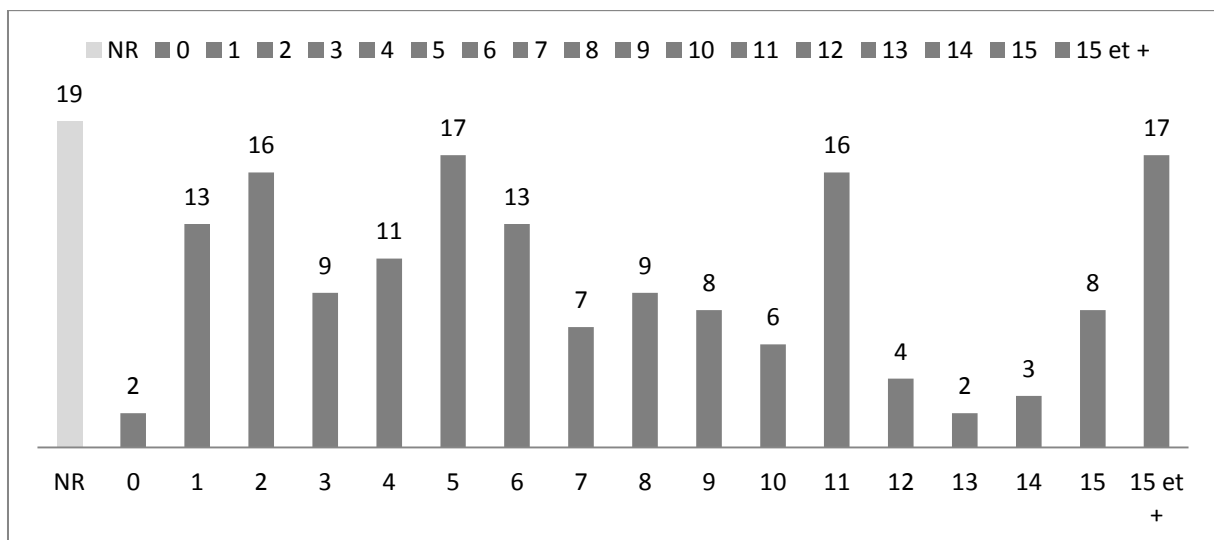


Tableau 3-3 ; III

La demande peut intervenir de manière assez tardive pendant le séjour hospitalier du patient.

- **L'item « Antécédents »**

- ✓ Répartition des effectifs en fonction du nombre d'antécédents médicaux et chirurgicaux

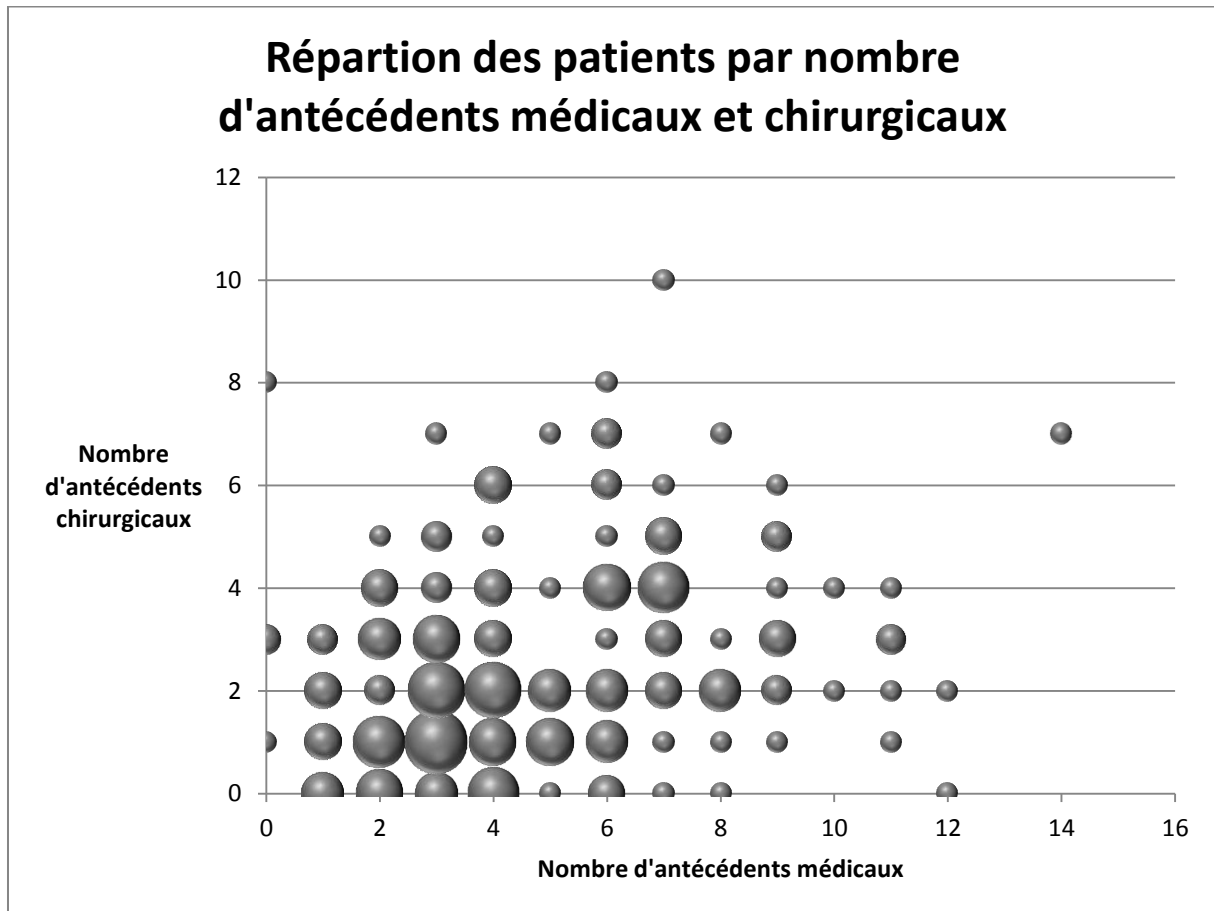


Tableau 3-4

Dans notre représentation graphique, nous avons établi en abscisse le nombre d'antécédents médicaux par patient et en ordonnée le nombre d'antécédents chirurgicaux par patient. La taille de la sphère est quant à elle, fonction du nombre de patients présentant la caractéristique (Mx ;Cy). La taille des sphères représente 1 patient pour les plus petites à 7 patients pour la plus grosse.

Nous remarquons ainsi que le plus grand nombre des patients évalués ont 1 antécédent chirurgical pour 3 antécédents médicaux.

Dans notre étude, le nombre moyen d'antécédents médicaux est de 4,8 par patient (4,41-5,23 antécédents/patient, $\alpha = 0,05$). Le nombre moyen d'antécédents chirurgicaux est de 2,5 par patient (2,22 – 2,81 antécédents/patient, $\alpha = 0,05$). La population évaluée par l'EMG correspond bien à une population âgée poly pathologique.

b) Partie Conditions de vie

- *L'item « statut matrimonial »*

	Effectifs	Pourcentage
CONCUBIN	2	1 %
MARIE	81	45 %
VEUF	70	39 %
CELIBATAIRE	18	10 %
DIVORCE	9	5 %
Total	180	100 %

Tableau 3-5

Dans notre étude descriptive, 46 % des patients étaient mariés donc susceptibles de ne pas vivre seuls chez eux. Par ailleurs, 54 % vivaient seuls au moment de leur évaluation.

Néanmoins, le statut matrimonial ne présage en rien du lieu de vie, ni de la présence ou non d'un environnement d'aidants.

- *L'item « enfants »*

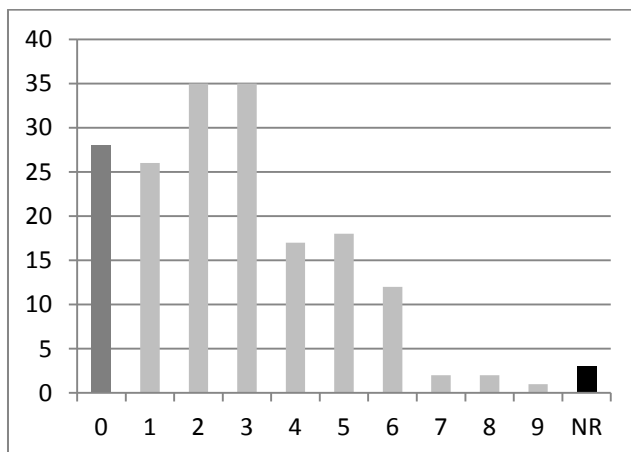


Tableau 3-6

Notre étude fait ressortir que 83 % des patients ont des enfants, 15 % n'en ont pas.

Cet item ne tient pas compte d'autres aidants familiaux.

N=180

- ***L'item « adresse »***

	Effectifs	Pourcentage
DOMICILE	159	88 %
EHPAD	19	11 %
HOPITAL	1	1 %
FAMILLE	1	1 %
	180	100 %

Tableau 3-7

Dans notre analyse, nous avons constaté que la très grande majorité des patients sont domiciliés dans une habitation privée.

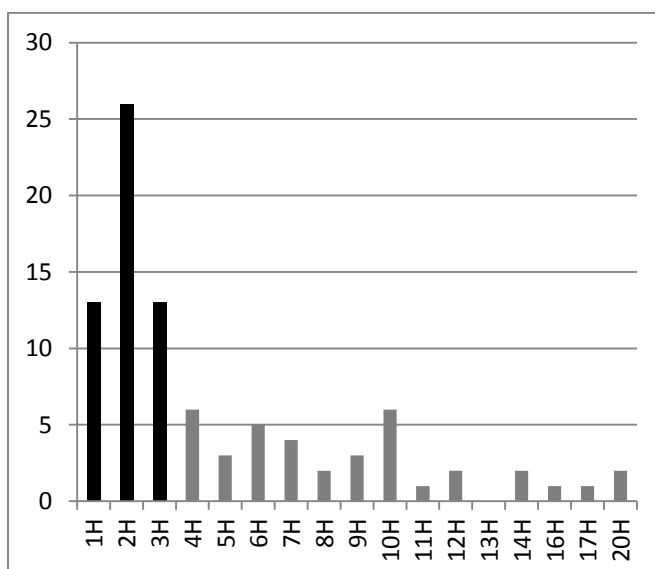
10 % sont originaires d'un EHPAD, sachant qu'ils peuvent bénéficier d'évaluations au sein des structures d'hébergements pour personnes âgées.

- ***L'item « Auxiliaire de Vie/ Portage de repas/ Téléalarme »***

Au sein de notre étude, 51% des patients bénéficiaient déjà d'une aide institutionnelle à leur domicile avant leur évaluation gériatrique standardisée, 36 % des personnes n'ont pas d'Aide à Domicile au moment de leur évaluation, 11 % ne sont pas concernés par l'aide à domicile (car vivent en EHPAD, en USLD...). Pour 2 %, cet item n'est pas renseigné.

- ✓ ***Répartition des effectifs bénéficiant d'une auxiliaire de vie en fonction du nombre d'heures hebdomadaires***

Sur les 51 % bénéficiant d'une auxiliaire de vie (soit 91 patients évalués), la répartition des effectifs s'effectue selon le graphique suivant :



Sur les 91 patients bénéficiant d'une auxiliaire de vie, 57 % (soit 52 patients) avaient de 1h à 3h d'aides à domicile par semaine.

N = 91

Tableau 3-8, I

- ✓ Répartition des effectifs en fonction des aides à domicile, du portage de repas et de la téléalarme

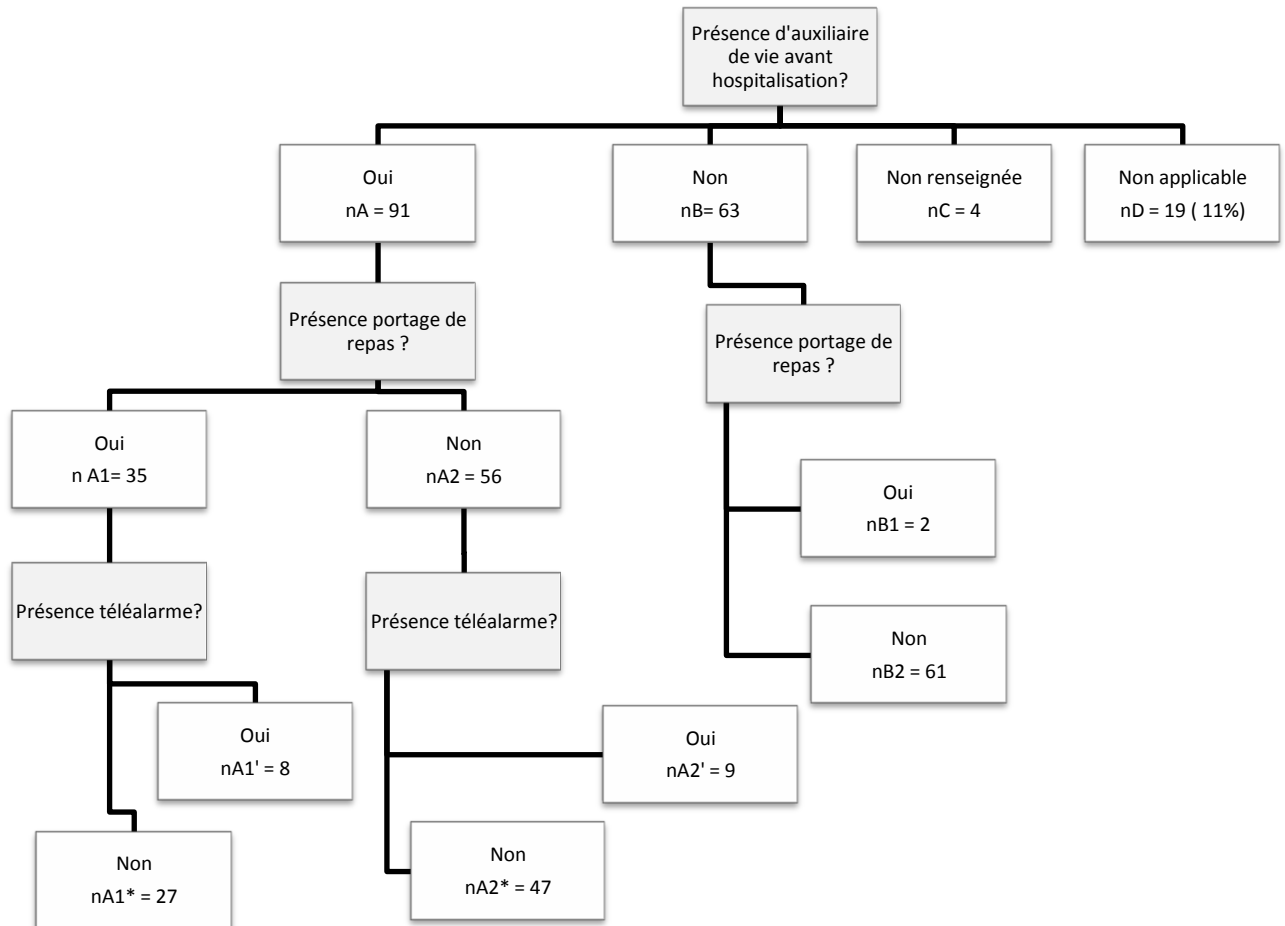


Tableau 3-8, II

Le nombre de patients n'ayant pas d'auxiliaires de vie mais un portage de repas est négligeable (N=2)

Ainsi, 38 % des patients bénéficiaient d'un portage de repas associé à l'existence de passage d'auxiliaire de vie à leur domicile (nA1= 35) contre 62 % qui n'en n'avaient pas (nA2=56).

Nous avons ensuite dissocié les personnes qui étaient équipées d'une téléalarme tout en disposant d'une aide à domicile. Le nombre de patients n'ayant pas d'auxiliaire de vie mais possédant une téléalarme est négligeable (N=1).

Ainsi, 19 % des patients avaient une téléalarme associée à l'existence de passage d'auxiliaires de vie à leur domicile (nA'=17), contre 81 % qui n'en avaient pas (nA* = 74)

Nous avons enfin représenté, sous forme d'un tableau, les effectifs bénéficiant d'une auxiliaire de vie (N=91), en fonction de la présence ou non d'un portage de repas, et en fonction de la présence ou non d'une téléalarme, soit :

	Pourcentage	Effectif
Effectif sans portage et sans téléalarme	54 %	49
Effectif sans portage et avec téléalarme	10 %	9
Effectif avec portage de repas et sans téléalarme	27 %	25
Effectif avec portage de repas et téléalarme	9 %	8
		91

✓ *Calcul du Khi2 d'indépendance entre portage de repas et téléalarme*

Soit le tableau de répartition suivant :

	avec téléalarme	sans téléalarme
avec portage	8	25
sans portage	9	49

$p = 0,3032.$

- **Item « Remarques logement »**

✓ *Répartition des effectifs en fonction du type de logement*

Appartement	50	28 %
Maison	79	44 %
Ferme	22	12 %
Non Renseigné	10	6 %
Non Applicable	10	6 %
EHPAD	9	5 %
	180	100 %

Tableau 3-9, I

Dans notre étude, nous constatons une répartition majoritaire des personnes en habitation privative (86 %) dont 12 % dans une ferme.

11 % vivent dans une structure d'hébergement collective (5 % en EHPAD et 6 % en structures sanitaires type USLD)

5 % ont un logement non identifié.

✓ Répartition des effectifs en fonction du type de sanitaires

Baignoire	50	28 %
Douche	77	43 %
Sans sanitaires	3	2 %
Non Renseigné	29	16 %
Non Applicable	21	12 %
	180	100 %

Tableau 3-9, II

Dans notre étude, seuls 2 % des logements ne possédaient pas de sanitaires, 71 % avaient un sanitaire de type douche et/ou baignoire.

Pour 12 %, l'item était non applicable car personne vivant en établissement d'hébergement.

Pour 16 %, le renseignement de l'item n'était pas connu.

✓ Répartition des effectifs en fonction du type de chauffage

Electrique	26	14 %
Bois	25	14 %
Fuel/ Central	81	45 %
Non Renseigné	27	15 %
Non Applicable	21	12 %
	180	100 %

Tableau 3-9, III

Dans notre analyse, 61 % des logements sont équipés d'au moins un chauffage de type indépendant. 14 % ont pour unique moyen de chauffage une chaudière/ poêle à bois.

12 % des patients vivant en collectivité ont donc un item non applicable, et 13 % ont pour ce renseignement, un item non connu.

✓ Répartition des effectifs en fonction de la présence d'escaliers

OUI	108	60 %
NON	39	22 %
Non Applicable	21	12 %
Non Renseigné	12	7 %
	180	100 %

Tableau 3-9, IV

L'étude descriptive retrouve 60 % des logements avec un escalier d'au moins 2 marches consécutives, soit au sein même de leur logement sans moyen de suppléance (de type ascenseurs) soit pour accéder à leur logement (appartement en étage).

Pour 21 % des patients, l'item est non applicable car ces patients vivent en structure d'hébergement.

Pour 7 %, l'item est non renseigné.

✓ *Tableau de répartition des effectifs*

D'après le tableau de répartition des effectifs, en fonction des caractéristiques du logement, 4 groupes centralisant les 4 principaux modes de distribution rassemblent un total de 37 %, à savoir :

Maison, escaliers, douche, fuel	25
EHPAD	19
Appartement, escaliers, baignoire, fuel	12
Maison, escaliers, baignoire, fuel	11

Tableau 3-9, V

c) Partie évaluation psychologique

- *Item « mini GDS/GDS »*

✓ *Répartition des effectifs en fonction des résultats au mini GDS*

NA	10	6 %
0	83	46 %
1	27	15 %
2	25	14 %
3	19	11 %
4	16	9 %
	180	100 %

Tableau 3-10, I

180 patients avaient bénéficié d'une évaluation du GDS dans notre étude ; 83 avaient un mini GDS à 0 (46 %)

6 % avaient un mini GDS non exploitable (patient non communiquant, confus+++, comateux)

48 % avaient un mini GDS positif, impliquant une évaluation complémentaire.

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leurs résultats au GDS*

NA	93	52 %
1 à 4	16	9 %
5 à 10	53	29 %
11 à 14	18	10 %
	180	100 %

Tableau 3-10, II

Une majorité n'a pas eu besoin d'avoir un GDS car, ces patients ont été dépistés comme non dépressifs avec le mini GDS, ou présentant un état clinique ne permettant pas une évaluation par le GDS.

- ✓ Répartition des effectifs (en ordonnées) en fonction de la nécessité d'avoir un avis auprès du psychiatre en fonction des résultats du GDS

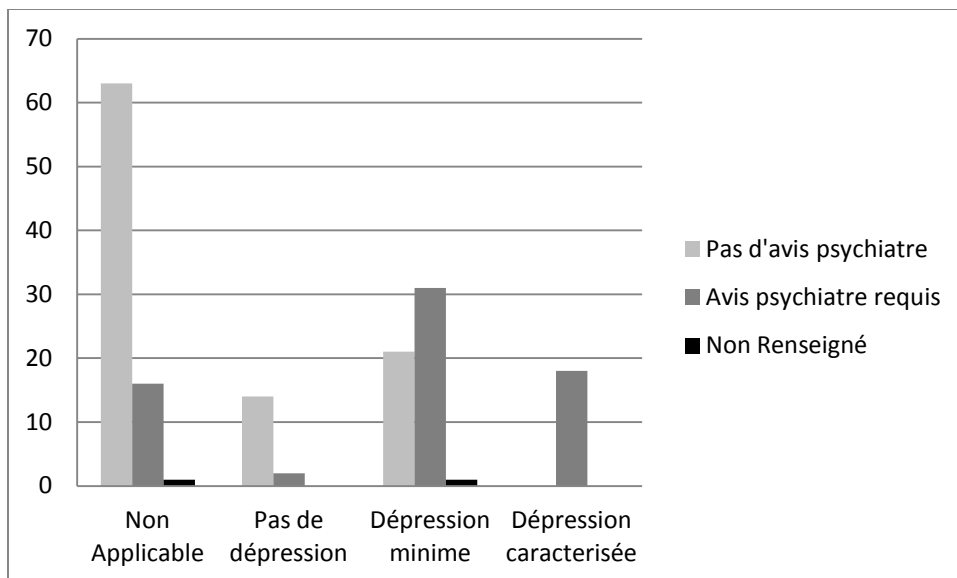


Tableau 3-10, III

Au sein des 170 mini GDS calculés durant l'année 2010, 27 patients ont eu, après évaluation médicale du gériatre, une préconisation d'entretien et de suivi psychologique alors que le GDS n'avait pas dépisté cette nécessité, soit 16 %.

- **Item « Tabac/Alcool »**

- ✓ Répartition des effectifs en fonction de leur intoxication tabagique

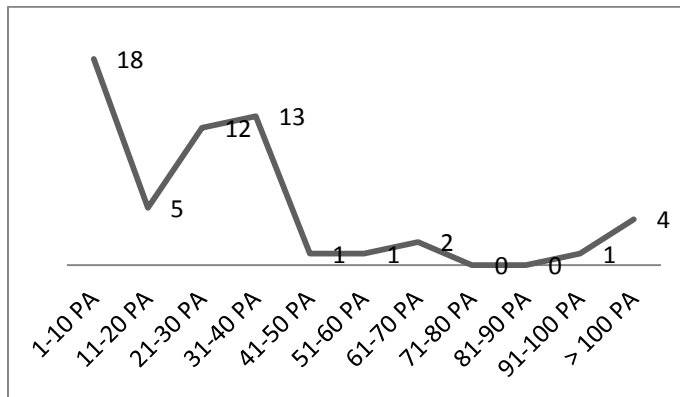
Non Applicable	7	4 %
Non Fumeur	110	61 %
Fumeur	56	31 %
Patient se déclarant sevré	4	2 %
Non renseigné	3	2 %
	180	100 %

Tableau 3-11, I

Dans notre étude, 62 % se déclarent non fumeurs, 31 % se reconnaissent fumeurs encore actifs au moment de leur évaluation.

2 % s'affirment sevrés. Pour 4 % l'item est non applicable (patient non communiquant, confusion)

✓ Répartition des effectifs tabagiques en fonction de leur consommation en paquet année (PA)



Dans notre étude, si le résultat se situe à une consommation modeste (entre 1 et 10 PA), nous retrouvons un pallier-plateau de 20 à 40 PA.

Tableau 3-11, II

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur consommation éthylique

Oui, quantifié	51	28 %
OUI	14	8 %
NON	100	56 %
Non Applicable	7	4 %
Patient se déclarant sevré	8	4 %
	180	100 %

Tableau 3-11, III

Dans notre étude, 36 % des patients déclarent une consommation éthylique, et 28 % quantifient leur consommation.

56 % disent ne pas consommer d'alcool.

Pour 4 %, l'item est non applicable, et pour 4 %, l'item n'est pas renseigné.

- ✓ Répartition des patients avouant une consommation alcoolique quantifiée en fonction de leur consommation hebdomadaire

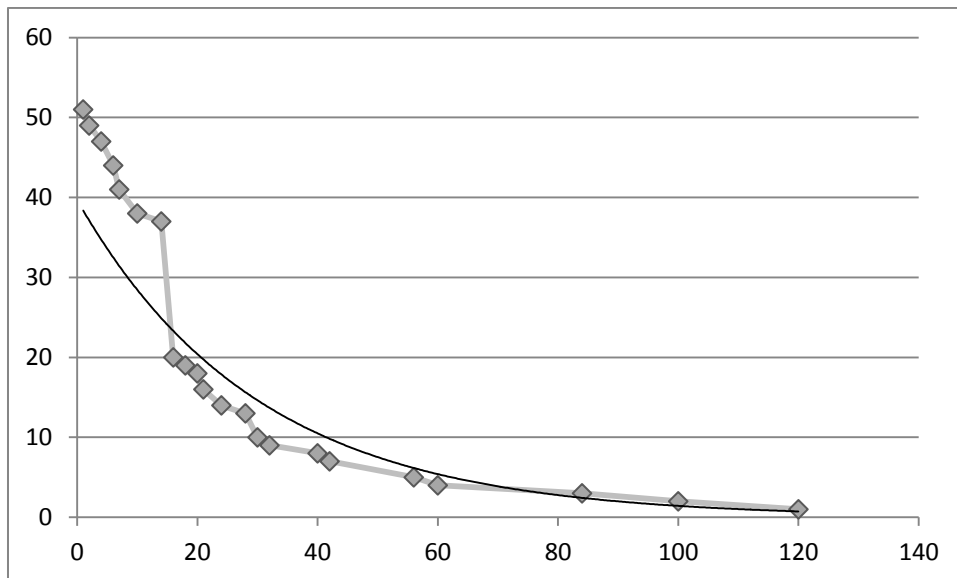


Tableau 3-11, IV

Dans notre étude, nous avons réparti les 51 personnes déclarant une consommation éthylique selon le graphique de régression ci dessus :

- en ordonnée la répartition des effectifs
- en abscisse la quantité d'alcool hebdomadaire consommée, exprimée en unité d'alcool pur.

3 tendances apparaissent dans notre graphique :

- de 0 à 14 unités d'alcool par semaine, la répartition des patients est homogène avec une consommation équivalente à 14 verres de vin par semaine.
- 9 % avouent une consommation éthylique qualifiée comme pouvant être nocive à la santé.
- 0,5 % reconnaissent une consommation éthylique qualifiée comme néfaste et à l'origine de complications digestives et néoplasiques.

• **Item « évaluation psychologique »**

- Dans notre étude, 44 % des personnes nécessitaient une évaluation et un suivi psychologique.
- 51 % n'en justifient pas après évaluation du gériatre de l'EMG.
- Pour 5 %, l'évaluation psychologique était sans objet.

d) Partie évaluation cognitive et mnésique

- **Item « latéralisation »**

Dans notre étude, moins de 30 % des patients avaient leur latéralisation renseignée. Il nous est donc impossible de proposer une statistique significative.

- **Item « MMS »**

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur niveau d'étude*

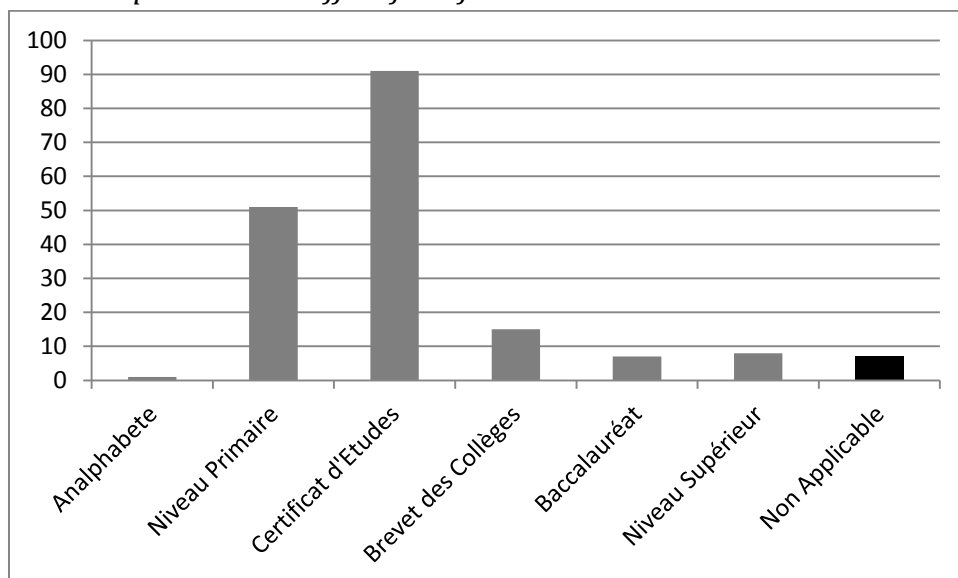


Tableau 3-12, I

- Dans notre analyse, 51 % des personnes ont un niveau d'études équivalent au Certificat d'Etudes,
- 28 % à un niveau d'école primaire, 8 % de niveau Brevet,
- 4 % de niveau Baccalauréat,
- 4 % de niveau Universitaire,
- 1 % des patients se considère comme n'ayant pas fait d'études.
- Pour 4 %, le niveau d'étude n'est pas exploitable (patient inconscient ou pas d'entourage pouvant préciser la fiabilité des dires du patient)

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur résultats au MMS

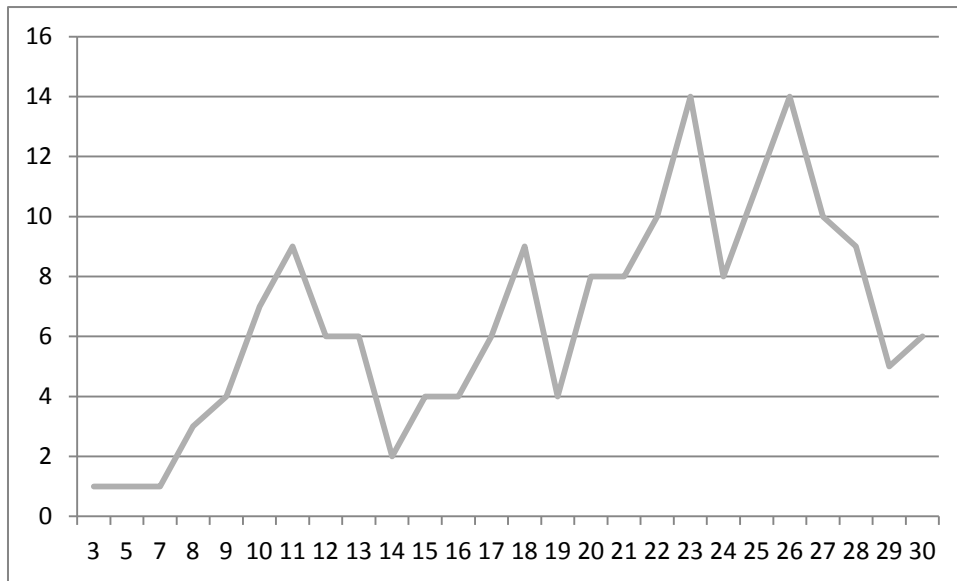


Tableau 3-12, II

- Dans notre analyse, nous constatons que 6 % des patients évalués présentent des troubles cognitifs sévères (MMS entre 0 et 9, N = 10),
- 32 % affichent des troubles modérés (MMS entre 10 et 19, N = 57),
- 33 % ont des troubles légers (MMS entre 20 et 25, N = 59)
- et 24 % ont un MMS dans les limites de la normalité (MMS entre 26 et 30 N = 44).
- 6 % des patients évalués dans notre étude n'ont pu bénéficier d'un MMS (patient confus, non communicant, grabataire, N = 10) N total = 170.

✓ Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude et du résultat au MMS

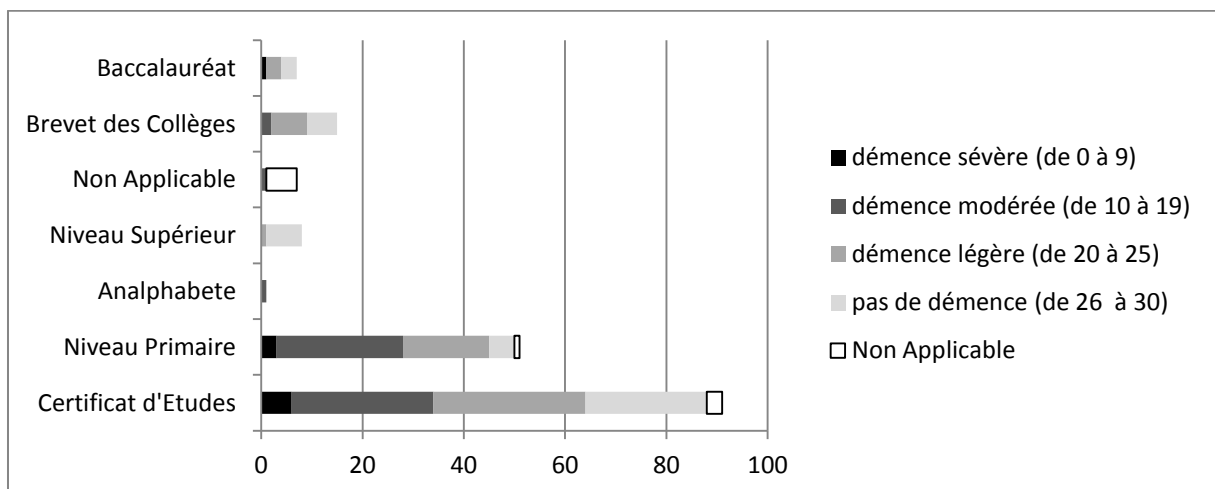


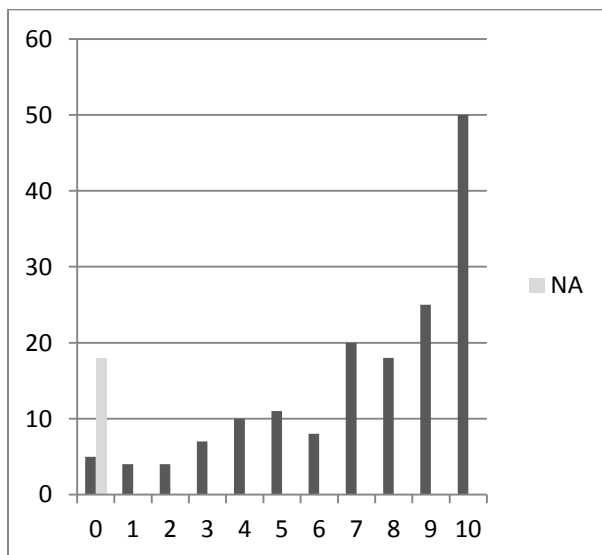
Tableau 3-12, III

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur langue maternelle

97 % des patients sont de langue maternelle française. Il y a donc néanmoins 3 % pour qui les tests mnésiques peuvent être altérés du fait de difficulté de compréhension, sans qu'ils y ait pour autant de troubles mnésiques.

• **Item « 5 mots de Dubois et rappel »**

✓ Répartition des effectifs en fonction du résultat au test des 5 mots de Dubois



Dans notre étude, 28 % des patients évalués ont un test des 5 mots de Dubois normal.

Pour les autres, un complément d'explorations mnésiques devient théoriquement nécessaire.

Tableau 3-13, I

• **L'item « Dessin de l'Horloge »**

✓ Répartition des effectifs en fonction de leurs résultats au test de l'horloge

Echec	86
Réussite partielle	25
Réussite complète	47
Non Applicable	21
Non Renseigné	1
	180

Tableau 3-14

Dans notre étude, près de la moitié des patients n'ont pas réussi à reproduire le dessin de l'horloge.

¼ avait complètement réussi ce test, alors que 12 % des patients étaient dans l'impossibilité de le réaliser.

- ***L’item « syndrome confusionnel »***

Dans notre étude, la recherche de syndrome confusionnel était renseignée à moins de 30 %, ne nous permettant donc pas de rendre des résultats fiables.

e) Partie évaluation nutritionnelle

- ***L’item « poids/taille/IMC »***

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur IMC*

<19	22	12 %
entre 19 et 25	95	53 %
>25	59	33 %
Non renseigné	4	2 %
	180	100 %

Tableau 3-15

Dans notre étude, 53 % des patients avaient un IMC entre 19 et 25, 13 % un IMC traduisant une dénutrition, et 32 % étaient en surcharge pondérale (d’après les normes gériatriques de l’IMC).

✓ ***L’item « Albumine »***

Dans notre étude, 54 % des patients avaient un dosage d’albumine qui n’était pas réalisé. Sur les dosages réalisés, la moyenne de l’albuminémie était à 30 g/dL (28,8 – 31,1 g/dL).

- ***L’item « escarres »***

✓ *Répartition des effectifs en fonction de la présence d’escarres*

Pas d’escarre	137	76 %
Escarres	36	20 %
Non Renseigné	7	4 %
	180	100 %

Tableau 3-16

Dans notre analyse, 76 % des patients ne présentaient pas d’escarres, ni de plaies de décubitus au moment de leur évaluation, 20 % en avaient, et pour 4 % le renseignement n’était objectivé.

- **L'item « MNA »**

✓ Répartition des effectifs en fonction de leurs résultats au MNA de dépistage

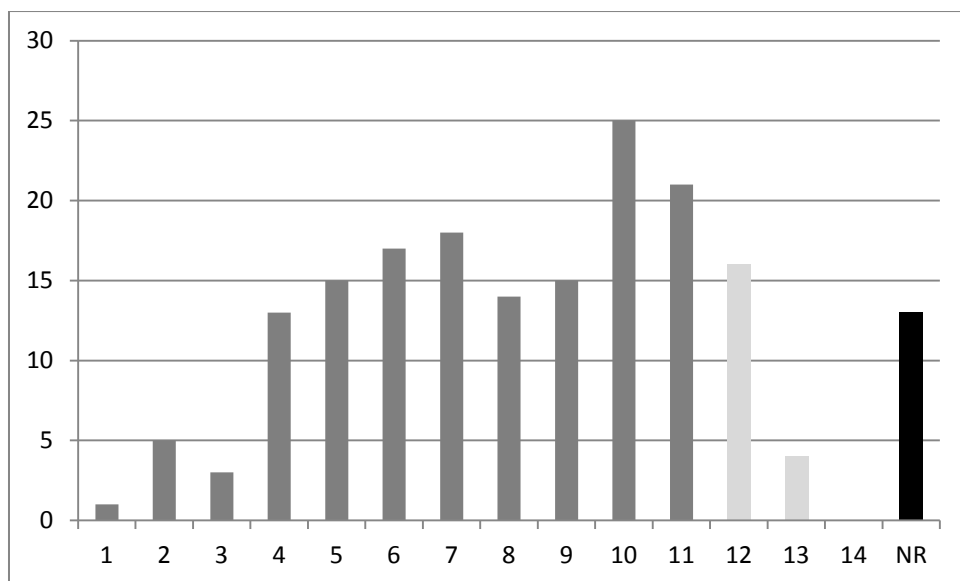


Tableau 3-17

Dans notre étude, 11 % des personnes révèlent un MNA de dépistage supérieur ou égal à 12, donc ne préconisant pas une poursuite du calcul du MNA, 7 % ont cet item qui n'est pas renseigné.

✓ Répartition des effectifs en fonction de leurs résultats au MNA

Non Applicable	4	2 %
Moins de 17	45	25 %
de 17 à 23,5	82	46 %
Plus de 23,5	34	19 %
Non Renseigné	15	8 %
	180	100 %

Tableau 3-18

Dans notre étude, nous avons calculé pour l'ensemble de la population un MNA (MNA de dépistage supérieur à 12 compris)

Ainsi, 19 % ne montraient pas de risque nutritionnel, 46 % faisaient apparaître un risque nutritionnel, et 25 % présentaient un mauvais état nutritionnel.

Par ailleurs, aucun patient ayant obtenu un MNA de dépistage supérieur ou égal à 12, n'a obtenu un MNA inférieur à 23,5.

✓ *Répartition des effectifs en fonction du risque de troubles de la déglutition*

Dans notre étude, 89 % des patients n'ont pas de renseignement concernant cet item. Sur les 11% renseignés, 1/3 du restant des patients présentaient des troubles de la déglutition.

f) Partie évaluation sensorielle et risque de chutes

- **L'item « vision/ Audition »**

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur vision*

Trouble modéré	39	22 %
Trouble sévère	19	11 %
Vision normale	118	66 %
Non Renseigné	4	2 %
	180	100 %

Tableau 3-19, I

Dans notre étude, pour 66 % des patients la vision est normale, 22 % présentaient un trouble modéré et 10 % avaient une atteinte sévère de la vue. 2 % des comptes rendus ne présentaient pas de renseignement concernant cet item.

✓ *Répartition des effectifs sans trouble visuel*

Porteur de lunettes	98
Sans lunettes	6
Non Renseigné	14
	118

Tableau 3-19, II

Dans notre étude, parmi les patients sans troubles visuels, 83 % portaient néanmoins des lunettes, et 4 % présentaient une vision normale sans correction optique.

✓ *Répartition des effectifs présentant un trouble visuel modéré*

Cataracte non opérée	4
Glaucome	2
correction lunettes non adaptée	20
Pas de correction optique	3
Autres (<i>Névrite, DMLA, Diplopie, Cécité, Strabisme, rétinopathie diabétique</i>)	6
Non Renseigné	4
	39

Tableau 3-19, III

L'étiologie de la majorité des troubles trouvait son origine dans une correction optique non adaptée (51 %), dans une indication chirurgicale pour prothèse de cataracte (10 %), dans un glaucome chronique (5 %). D'autres étiologies ont été mises en évidence : rétinopathie diabétique, strabisme, cécité idiopathique, diplopie, DMLA, névrite optique.

✓ Répartition des effectifs présentant des troubles visuels importants

Porteur de lunettes non adaptées	4
Pas de correction optique	3
Cataracte non opérée	3
Cécité	4
DMLA	3
Autres (Zona, Rétinopathie diabétique)	2
	19

Tableau 3-19, IV

L'étiologie la plus importante est celle de lunettes complètement désadaptées à la vision du patient (21 %), une cécité (21 %), une DMLA évoluée (16 %), une cataracte avec indication opératoire formelle (16 %). Deux autres causes avaient été identifiées : le zona ophtalmique et la rétinopathie diabétique.

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur audition

Hypoacousie	58	32 %
Audition normale	114	63 %
Surdité sévère	6	3 %
Non Renseigné	2	1 %
	180	100 %

Tableau 3-19, V

Dans notre étude, 63 % des personnes avaient une audition satisfaisante, 32 % présentaient une hypoacousie modérée et 3 % une surdité importante. Pour 1 % des patients, le renseignement de cet item n'avait pas été r ealis e.

- Pour toute la population analysée, 12 % étaient appareill es,
- 3 % présentaient des acouphènes
- et 1 % une cophose au-delà de toute prise en charge thérapeutique.

✓ Répartition des effectifs présentant une audition normale

Pour la population étudiée présentant une audition normale, nous avons néanmoins relev e que 2 % de ce groupe présentaient des acouphènes et 2 % étaient appareill es.

✓ Répartition des effectifs présentant une hypoacousie modérée

Acouphènes	3
Patient appareillé	15
Cophose modérée	2
Non Applicable	37
Non Renseigné	1
	58

Tableau 3-19, VI

Pour la répartition des personnes présentant une hypoacousie modérée, nous avons trouvé que 26 % de cette population disposaient d'un appareil auditif (nous ne mesurons pas son utilisation durant notre recueil d'informations), contre 64 % qui n'étaient pas appareillés. 5 % présentaient des acouphènes et 3 % de la population présentant un trouble auditif avaient des signes faisant craindre une altération majeure de l'audition dans un avenir plus ou moins proche.

• **L'item « Hypotension orthostatique »**

✓ Répartition des effectifs en fonction de la notion de chute dans les 6 mois

Non Applicable	5	3 %
chute dans les 6 mois	74	41 %
Pas de chute dans les 6 mois	73	41 %
Non Renseigné	28	16 %
	180	100 %

Tableau 3-20, I

Dans notre étude, nous avons noté que 41 % des patients évalués avaient subi une chute dans les 6 mois et que de 41 % n'indiquaient pas de chutes dans cette même période. Pour 16 %, cet item n'était pas renseigné. Pour 3 % de la population étudiée, cet item était non applicable (patient alité, grabataire)

✓ Répartition des effectifs en fonction de la recherche d'hypotension orthostatique

Pas d'hypotension	122	68 %
Hypotension dépistée	37	21 %
Non Renseigné	5	3 %
Non Applicable	16	9 %
	180	100 %

Tableau 3-20, II

Dans notre analyse, 68 % des personnes présentaient une recherche d'hypotension orthostatique négative. Chez 21 % cette recherche s'est avérée positive (baisse de au moins deux points sur la mesure de la systolique).

Pour 9 %, l'item était non applicable (patient grabataire, alité). Pour 3% des effectifs, l'item était non renseigné.

- ***L’item « Appui unipodal/ Timed Get up and Go test/ test de Tinetti »***

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur résultat au test de l’appui unipodal*

Appui réussi	31	17 %
Appui échoué	43	24 %
Appui impossible	89	49 %
Non Applicable	10	6 %
Non Renseigné	7	4 %
	180	100%

Tableau 3-21, I

Dans cette étude, 17 % des patients réussissaient leur test d’appui unipodal pendant au moins 5 secondes sur chaque jambe. Pour 24 %, le test était non réussi (durée d’appui sur au moins un des 2 membres inférieure à 5 secondes). Pour 49 %, le test était irréalisable (impossibilité de se mettre en appui sur un seul membre)

Pour 6 %, l’item était non réalisable (patient alité) et pour 4 % de la population ciblée, l’item était non renseigné.

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction du résultat au Timed Get up and Go*

réalisé en <20S	59	33 %
réalisé en >20S	87	48 %
Echec	21	12 %
Non Applicable	10	6 %
Non Renseigné	3	2 %
	180	100 %

Tableau 3-21, II

Dans notre étude, pour 33 % de la population ciblée, le test était négatif, à savoir réalisé en moins de 20 secondes. Pour 48 %, le test était fait en plus de 20 secondes. Pour 12 %, le test avait échoué avec un arrêt de l’épreuve au cours de sa passation.

Pour 5 %, le test n’était pas applicable (patient grabataire). Pour 2 %, l’item n’était pas renseigné.

- ✓ *Répartition des effectifs ayant un Timed Get up and Go négatif*

Appui impossible	4	7 %
Appui échoué	25	43 %
Appui réussi	27	47 %
Non Renseigné	3	3 %
	59	100 %

Tableau 3-21, III

Au sein de la population présentant un « Timed Get up and go » négatif (épreuve réalisée en moins de 20 s), nous avons constaté que 47 % des patients réussissaient l’épreuve d’appui unipodal, 43 % des patients ne maintenaient pas leur appui unipodal pendant au moins 5 secondes sur au moins un des 2 membres inférieurs, et 7 % n’arrivaient absolument pas à achever un appui unipodal sur au moins un des 2 membres inférieurs. Pour 3 %, ce comparatif n’était pas réalisable.

✓ Répartition des effectifs ayant un *Timed Get up and Go* positif

Appui échoué	20	23 %
Appui réussi	3	3 %
Appui impossible	60	69 %
Non Applicable	1	1 %
Non Renseigné	3	3 %
	87	100%

Tableau 3-21, IV

Au sein de la population présentant un « *timed Get Up an Go* » positif (épreuve réalisée en plus de 20s), nous avons constaté que seulement 3 % réussissaient l'épreuve d'appui unipodal, 23 % étaient en situation d'incapacité à maintenir l'appui unipodal pendant au minimum 5 secondes et 69 % étaient en situation d'échec. Pour 1 %, l'item était non applicable (risque patent de chutes si tentative de réalisation du test) et chez 3 %, ce comparatif n'était pas réalisable.

✓ Répartition des effectifs en fonction du résultat au « *Test de Tinetti* »

Dans notre synthèse, moins de 30 % de la population étudiée avait un résultat à l'item du test de Tinetti. Nous ne pouvons donc pas rendre de résultats significatifs sur cet item.

g) Partie évaluation de l'autonomie

- **L'item « AGGIR »**

✓ Répartition des effectifs en fonction du résultat de cotation de la grille AGGIR

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
GIR 1	5	3 %
GIR 2	42	23 %
GIR 3	27	15 %
GIR 4	49	27 %
GIR 5	17	9 %
GIR 6	40	22 %
	180	100 %

Tableau 3-22

Ainsi, il apparaît que la majorité des patients avaient un GIR 4

- **L'item « IADL/ ADL »**

✓ Répartition des effectifs en fonction de leurs résultats au ADL

Hygiène corporelle	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Autonome	48	27 %
Aide partielle pour une partie du corps	79	44 %
Aide partielle ou totale pour plusieurs parties du corps	36	20 %
Non renseigné	17	9 %
	180	100 %

Tableau 3-23, I, a

Locomotion	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Autonome	67	37%
Besoin d'aide	73	41 %
Grabataire	24	13 %
Non renseigné	16	9 %
	180	100 %

Tableau 3-23, I, b

Transfert aux toilettes	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Autonome	68	38 %
Besoin d'aide, doit être accompagné	72	40 %
ne va pas aux toilettes, n'utilise pas le bassin ni l'urinoir	24	13 %
Non renseigné	16	9 %
	180	100 %

Tableau 3-23, I, c

Continence	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Continence complète	69	38 %
Incontinence occasionnelle	48	27 %
Incontinence permanente	43	24 %
Non renseigné	20	11 %
	180	100 %

Tableau 3-23, I, d

Alimentation	Effectifs	Pourcentage
Autonome	87	48 %
Aide pour couper la viande ou couper les fruits	53	29 %
Aide totale ou alimentation artificielle	9	5 %
Non renseigné	31	17 %
	180	100 %

Tableau 3-23, I, e

Dans cette analyse, nous n'avions pas suffisamment de renseignements significatifs pour nous permettre de rendre une répartition des effectifs en fonction de leur capacité à s'habiller. Ainsi, le calcul de l'ADL n'était pas réalisable dans notre travail.

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur cotation IADL

Cotation ADL	Effectifs	Pourcentage
0	27	15 %
1	20	11 %
2	14	8 %
3	29	16 %
4	90	50 %
	180	100 %

Dans notre étude, seulement 15 % des patients n'avaient aucune perte d'autonomie et 50 % avaient un IADL à 4/4 traduisant une aide pour les 4 activités de la vie courante.

Tableau 3-23, II, a

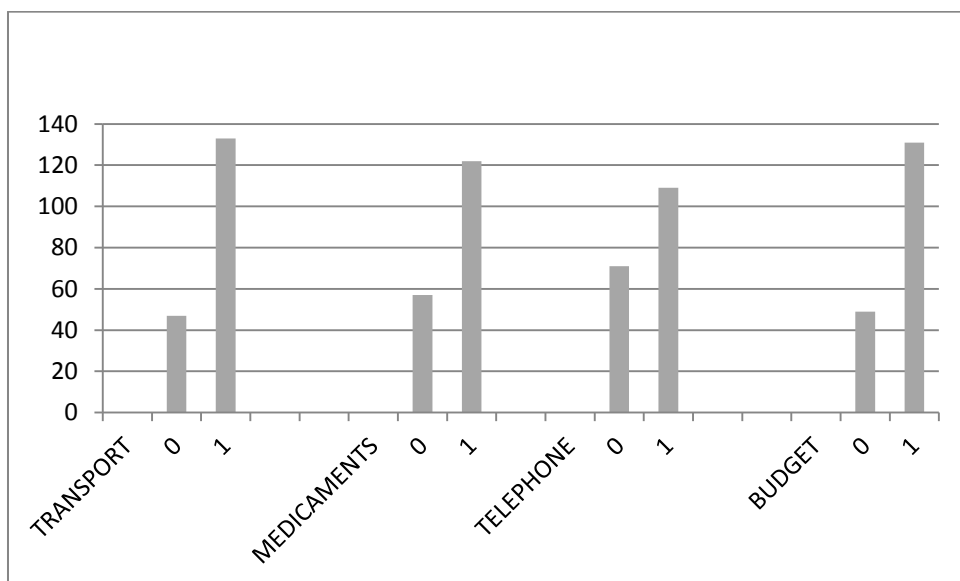


Tableau 3-23, II, b

Ainsi,

- 26 % des personnes sont capables de voyager sans accompagnement et de façon indépendante,
- 32 % sont à même d'assurer leur prise médicamenteuse, à un horaire et à un dosage adaptés,
- 39 % sont à même d'utiliser leur téléphone de leur propre initiative
- et 27 % sont totalement autonomes pour gérer leur budget (dépenses courantes et factures...) (N = 180)

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur recours à des aides techniques*

Non Applicable	3	2 %
Non Renseigné	51	28 %
pas d'aide technique	54	30 %
Recours à aide technique	72	40 %
	180	100%

Tableau 3-23, III

Ainsi, 40 % des patients avaient recours à des aides techniques (déambulateurs, cannes, fauteuils roulants...) dans tous leurs déplacements ou de manière ponctuelle, 30 % déclaraient ne recourir à aucune aide technique dans leur déplacement. Pour 2 %, cet item était non applicable (alitement complet)

Dans 28 % des cas, cet item n'était pas renseigné.

• ***L'item « Incontinence »***

✓ *Répartition des effectifs en fonction de leur continence sphinctérienne*

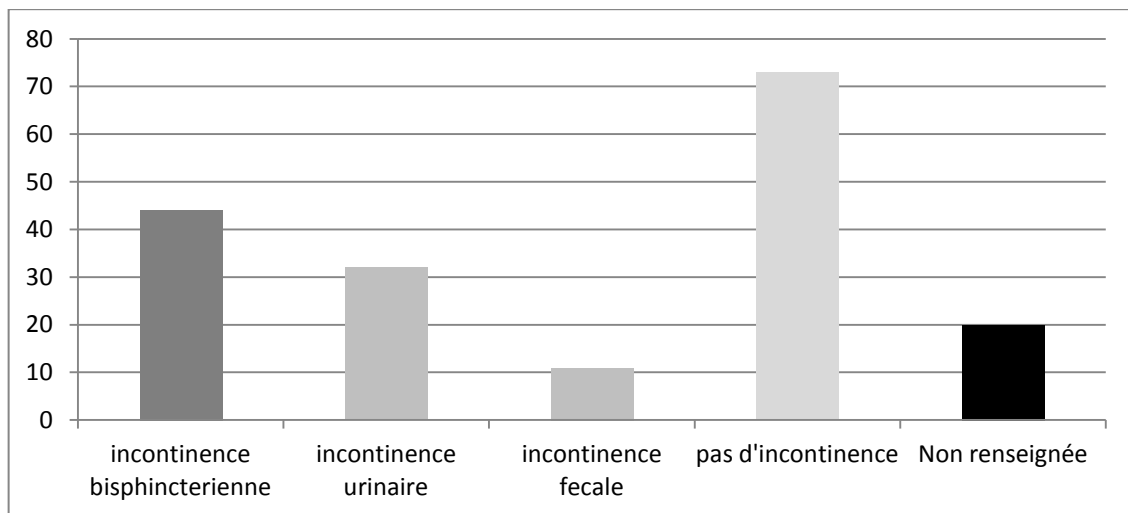


Tableau 3-24(N=180)

- Ainsi, d'après notre étude, 41 % des patients n'ont pas d'incontinence,
- 24 % ont une incontinence bi-sphinctérienne,
- 18 % une incontinence urinaire
- 6 % une incontinence fécale.
- 11 % n'ont pas obtenu de renseignements pour cet item.

h) Partie évaluation des risques de décompensation

- ***L'item « Pathologies actives »***

✓ *Répartition des effectifs en fonction du nombre de pathologies actives*

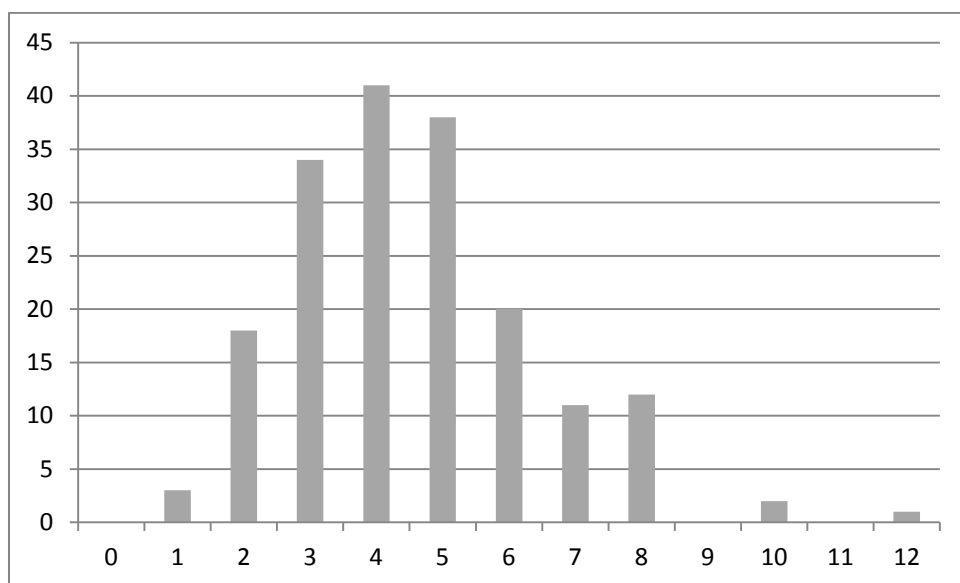


Tableau 3-25

(N = 180)

- Dans notre analyse, le mode de la répartition se situe au niveau de 4 pathologies actives par patient (soit 23 % de la totalité de l'effectif)
- 63 % présentent un nombre de pathologies actives compris entre 3 et 5.
- Le nombre moyen de pathologies actives est de 4,56 par patient (4,28 – 4,83 pathologies/patient ; risque $\alpha = 0,05$)

- ***Item « Score de Charlson »***

Dans notre étude, le nombre de réponses à cet item étant inférieur à 30 %, ne permettant pas une exploitation statistique des résultats.

i) Partie évaluation du risque iatrogène

- *L'item « Traitement en cours »*

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction du nombre de spécialités médicamenteuses prises par les patients au moment de l'évaluation*

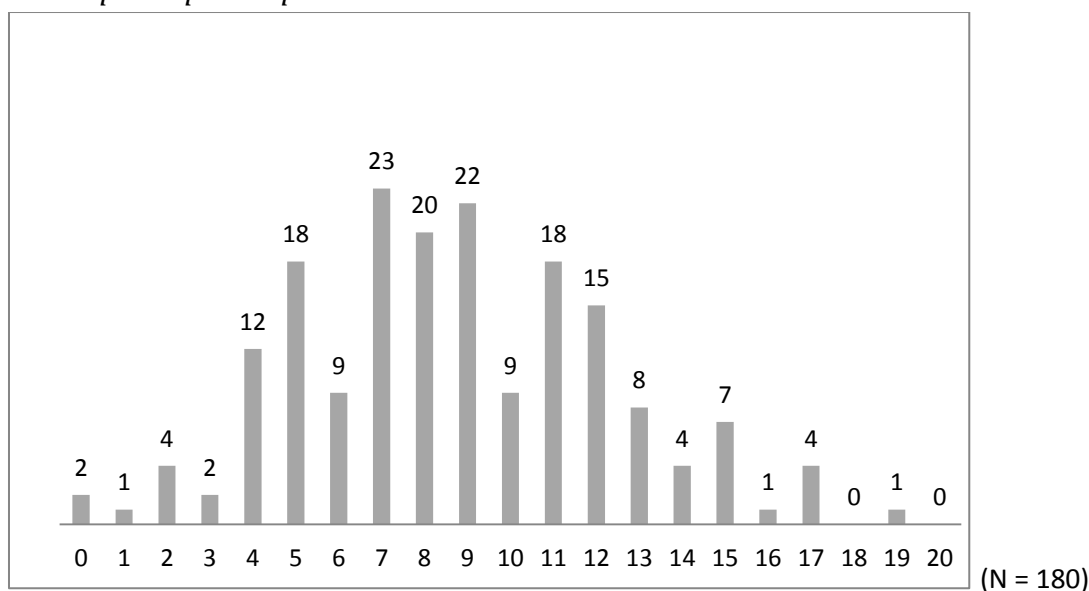


Tableau 3-26, I

Dans notre synthèse, le mode de la répartition se situe au nombre de 7 spécialités médicamenteuses par jour, avec une moyenne de 8,7 par patient (8,15 – 9,21 médicaments/patient ; risque $\alpha = 0,05$)

- ✓ *Répartition des effectifs perfusés au moment de l'EGS*

OUI	47	26 %
NON	132	73 %
Non Renseigné	1	1 %
	180	100 %

Tableau 3-26, II

Près des ¾ des patients n'étaient pas perfusés au moment de la réalisation de l'EGS.

- **L'item « Evaluation biologique »**

- ✓ Répartition des effectifs en fonction de la valeur biologique de créatininémie en ordonnées (en $\mu\text{mol/l}$) et du calcul de la clearance selon Cockcroft (en ml/min) en abscisses.

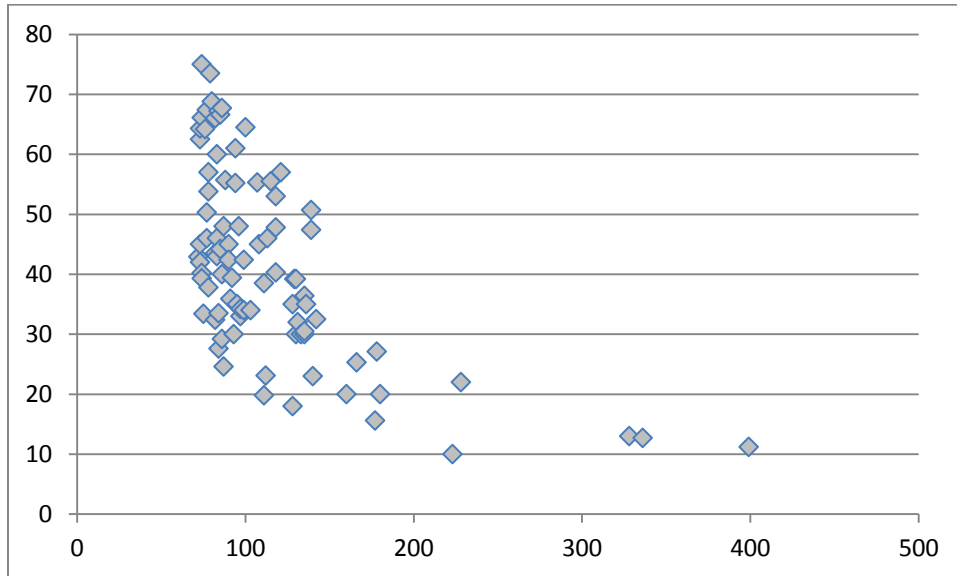


Tableau 3-27, a

Dans notre étude, la valeur moyenne de la créatininémie est de $84,7 \mu\text{mol/l}$ ($77,5 - 92 \mu\text{mol/l}$) et la valeur moyenne de la clearance de la créatinine est de $54,6 \text{ ml/min}$ ($51,6 - 58,5 \text{ ml/min}$).

Clearance supérieure à 60 ml/min	71	40 %
Clearance entre 30 et 60 ml/min	82	46 %
Clearance inférieure à 30 ml/min	22	12 %
Non renseigné	5	2 %
	180	100 %

Tableau 3-27, b

Dans notre étude, 40 % des patients évalués ne présentaient pas d'insuffisance rénale et 12 % révélait une insuffisance rénale terminale.

j) Partie évaluations annexes

- **L'item « évaluation de la douleur »**

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de l'évaluation de la douleur*

<i>non algique</i>	88	49 %
<i>douleur mimine</i>	26	14 %
<i>douleur modérée</i>	38	21 %
<i>douleur intense</i>	15	8 %
<i>Non applicable</i>	13	7 %
Total	180	100 %

Tableau 3-28

Dans notre étude, nous avons presque la moitié des effectifs qui se déclarait non algique au moment de leur évaluation, 8 % indiquaient une douleur intense et rebelle malgré la prise en charge thérapeutique. Chez 7 % des patients, l'évaluation n'était pas applicable, faute d'une évaluation fiable et reproductible.

- **L'item « évaluation sociale »**

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction du recueil des volontés du patient.*

	Volonté	Pourcentage
OUI	120	67 %
NON	48	27 %
Non Applicable	12	7 %
	180	100 %

Tableau 3-29, I

Dans notre étude, 67 % des patients ont bénéficié d'un recueil de leur volonté sur leur devenir. Pour 7 %, ce recueil était impossible.

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de la mise en place d'un plan d'aide à leur retour au domicile*

Oui	94	52 %
Non	33	18 %
Non Applicable	47	26 %
Non Renseigné	6	3 %
	180	100 %

Tableau 3-29, II

Dans notre analyse, plus de la moitié des patients ont bénéficié de la mise en place ou d'une modification d'un plan d'aide à domicile à leur retour. Pour 26 %, l'item a été considéré comme non applicable (aide déjà en place en heure suffisante, patient vivant en institution)

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de la présence d'un domicile adapté à leur sortie*

OUI	134	75 %
NON	25	14 %
Non Applicable	16	9 %
Non Renseigné	4	2 %
	179	100 %

Tableau 3-29, III

75 % des personnes bénéficiaient d'un domicile adapté permettant un retour dans leur lieu de vie antérieur, après leur hospitalisation.

Pour 9 %, l'item n'était pas applicable (patient en USLD, état de santé du patient à pronostic fatal à court ou moyen terme)

- ***L'item « évaluation du sommeil »***

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de l'existence de troubles du sommeil*

Tableau 3-30

OUI	100	56 %
NON	76	42 %
Non Renseigné	1	1 %
Non Applicable	3	2 %
	180	100 %

Dans notre étude, la répartition des patients était sensiblement équivalente entre le nombre de patients présentant un trouble du sommeil et ceux qui n'en déclaraient pas.

k) Partie « Conclusions » et « Recommandations »

- **Item « Recommandations »**

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction du nombre de recommandations établies à la suite de l'EGS*

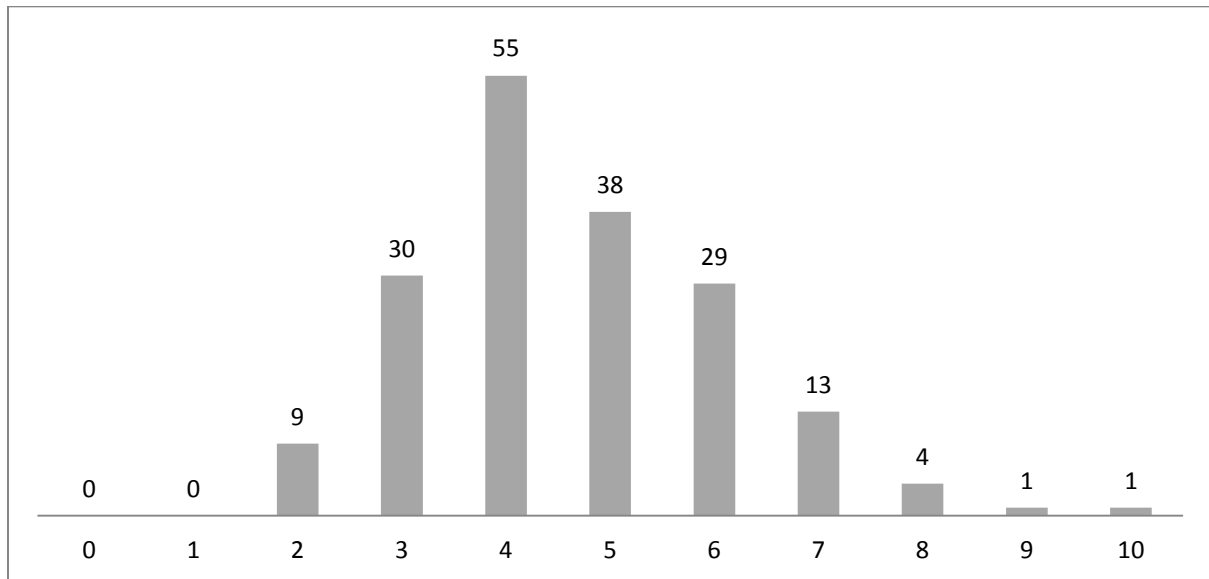


Tableau 3-31, I

Dans notre étude, le nombre moyen de recommandations est à 4,6 par patient (4,42 – 4,85 recommandations/ patient). (N = 180, risque $\alpha = 0,05$)

- ✓ *Répartition des effectifs en fonction de l'orientation prévue par l'EMG à la sortie du patient*

Patient décédé	1	1 %
orientation EHPAD	57	32 %
orientation SSR	15	8 %
orientation USLD	5	3 %
Non Renseigné	3	2 %
Retour A Domicile	97	54 %
Hospitalisation A Domicile	2	1 %
	180	100 %

Dans notre étude, pour 54 % des patients, un retour à domicile avait été préconisé, pour 32 % une institutionnalisation en EHPAD avait été proposée. Pour 8 %, une rééducation avait été conseillée. 3 % nécessitaient selon l'EMG une hospitalisation en USLD et pour 1 % en HAD.

Tableau 3-31, II

✓ Répartition des effectifs en fonction de leur mode réel de sortie de l'hôpital

Patient décédé	1	1 %
Sortie EHPAD	32	18 %
Sortie SSR	59	33 %
Sortie USLD	1	1 %
Non Renseigné	13	7 %
Retour A Domicile	73	41 %
Sortie Hospitalisation A Domicile	1	1 %
	180	100 %

Dans notre étude, 41 % des patients retournaient directement à leur domicile, 33 % ont bénéficié d'une convalescence à l'issue de leur hospitalisation, et 18 % ont été institutionnalisés en EHPAD.

Tableau 3-31, III

✓ Concordance entre le mode de sortie proposée par l'EMG et la sortie réelle du patient

discordance	35	19 %
concordance	99	55 %
discordance attendue	33	18 %
Non Renseigné	13	7 %
	180	100 %

Dans notre étude, 55 % des patients ont bénéficié d'une sortie conforme aux préconisations de l'EMG, pour 18 % la discordance était attendue (quasi unanimement défaut de place directe en EHPAD)

Pour 19 %, il existait une discordance entre les conclusions de l'EMG et la sortie finale du patient.

Tableau 3-31, IV

2. Analyse qualitative par les groupes de médecins

L'ensemble des réponses de chaque groupe d'analyse est représenté sous forme de tableaux. Les résultats sont ensuite exprimés en pourcentage, en identifiant les groupes de réponses ayant recueilli le plus de choix.

Au sein du groupe d'anesthésistes, avec 14 réponses d'anesthésistes sur une population cible d'environ 360 anesthésistes exerçant en Lorraine, la part de notre groupe représente donc 3,9% de l'ensemble des anesthésistes lorrains.

Au sein du groupe de généralistes, avec 26 réponses sur 56 généralistes sollicités, la part de notre groupe représente 46 % des effectifs sollicités. Nous avons par ailleurs réalisé un mini sondage téléphonique auprès des généralistes sollicités dans notre étude et non identifiable dans les questionnaires reçus. Sur les 26 questionnaires reçus, 14 questionnaires étaient identifiées par le médecin répondeur. Nous avons donc appelé 44 médecins généralistes.

Du fait de la réalisation de notre sondage durant les mois d'été 2013, seulement 31 généralistes ont répondu à notre sondage téléphonique. 21 généralistes ont clairement exprimé leur intérêt de recevoir un résumé des EGS réalisés à l'hôpital. Pour les autres, ils ne voyaient soit pas l'intérêt d'un envoi systématique, soit préférait conserver la possibilité de demander eux même un résumé auprès du gériatre s'ils le jugeaient nécessaire.

a) Partie administrative

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Identification du patient	<i>Anesth.</i>	13	1			
	<i>Généralistes</i>	25	1			
Date de l'évaluation	<i>Anesth.</i>	13	1			
	<i>Généralistes</i>	25	1			
Médecin demandeur	<i>Anesth.</i>	7	5	1		1
	<i>Généralistes</i>	6	11	8		1
Antécédents	<i>Anesth.</i>	13	1			
	<i>Généralistes</i>	16	8	1	1	

Médecins anesthésistes :

- Pour le groupe de médecins anesthésistes de l'ILAR, l'ensemble des items de la partie administrative a été classé pour 93 % d'entre eux comme « indispensable » et pour 7 % comme « important » pour le compte rendu de l'évaluation gériatrique, en ce qui concerne l'identification du patient, la date d'évaluation et le rappel des antécédents médicaux et chirurgicaux.
- 50 % de ces anesthésistes du groupe d'étude ont jugé comme « indispensable » et 36 % comme « important », le rappel du médecin prescripteur.

Médecins généralistes :

- Dans la partie administrative, l'identification du patient et la date d'évaluation sont jugées indispensables par 96 % des effectifs de ce groupe.
- Le rappel du médecin demandeur est estimé « important » pour 42 % et « accessoire » pour 31 %.
- Le rappel des antécédents est jugé « indispensable » par 62 % et « important » par 31 % des médecins généralistes.

b) Evaluation des conditions de vie

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Statut matrimonial	<i>Anesth.</i>	4	7	3		
	<i>Généralistes</i>	11	9	4	1	1
Enfants	<i>Anesth.</i>	3	8	3		
	<i>Généralistes</i>	14	9	2	1	
Adresse	<i>Anesth.</i>	5	5	3	1	
	<i>Généralistes</i>	18	4	3		1
Auxiliaire De Vie / Portage de repas / téléalarme	<i>Anesth.</i>	5	6	3		
	<i>Généralistes</i>	14	8	3	1	
Remarques logement	<i>Anesth.</i>	2	10	2		
	<i>Généralistes</i>	10	12	3	1	

Médecins anesthésistes :

- Pour ce groupe de médecins anesthésistes, la mention du statut matrimonial a été jugée comme « importante » pour 50 % d'entre eux et comme « indispensable » pour 29 %.
- 57 % ont déclaré « important » le fait de connaître la présence d'aidants familiaux présents auprès du patient gériatrique, 29 % ont respectivement jugé cet item « indispensable » et « accessoire ».
- 36 % ont respectivement estimé le fait de préciser l'adresse du patient comme étant « indispensable » et « important ». 21 % ont noté l'item « accessoire ».
- Les précisions concernant l'existence d'aidants institutionnels et matériels au domicile du patient, ont été estimées comme « important » à hauteur de 43 % et « indispensable » à hauteur de 36 %.
- Et enfin, les caractéristiques du logement ont été jugées par 71 % comme étant « important » et par respectivement 14 % comme étant « indispensable » et « accessoire ».

Médecins généralistes :

- Le statut matrimonial est considéré comme « indispensable » au compte rendu par 41 % et comme « important » par 35 % des médecins généralistes du groupe d'analyse.
- La présence d'enfants, ainsi que la présence d'aidants familiaux à domicile sont notées majoritairement « indispensable » par 54 % des médecins et comme « important » par 35 % d'entre eux.
- 69 % jugent « indispensable » le rappel de l'adresse de leur patient, et 15 % le jugent « important ».
- Le rappel de la présence d'une auxiliaire de vie ainsi que de l'existence d'un portage de repas ou d'une téléalarme avant l'hospitalisation du patient sont stipulés comme étant « indispensable » pour 54 % et comme étant « important » pour 31 %.
- Les remarques sur le logement sont spécifiées comme étant « important » pour 46 % des médecins généralistes interrogés et comme « indispensable » pour 38 %.

c) Evaluation thymique et psychologique

	<i> Groupe </i>	 Indispensable 	 Important 	 Accessoire 	 Inutile 	 S. O.
 Mini GDS /GDS 	<i> Anesth. </i>	 4 	 10 			
	<i> Généralistes </i>	 16 	 7 	 2 	 1 	
 Tabac/ alcool 	<i> Anesth. </i>	 7 	 6 	 1 		
	<i> Généralistes </i>	 7 	 17 	 1 	 1 	
 Evaluation psychologique 	<i> Anesth. </i>	 7 	 7 			
	<i> Généralistes </i>	 14 	 9 	 2 	 1 	

Médecins anesthésistes

- Pour ce groupe, le mini GDS / GDS est jugé « important » par 71 % et « indispensable » par 29 %
- L'évaluation des addictions tabac / alcool est considérée comme « indispensable » par 50 % et « important » par 43 %.
- L'évaluation psychologique est jugée respectivement par 50 % comme étant « indispensable » et « important » à connaître par les anesthésistes.

Médecins généralistes :

- Dans la partie évaluation thymique et psychologique, le groupe ayant répondu au questionnaire a jugé « indispensable » l'évaluation par le GDS à hauteur de 62 %, et « important » à hauteur de 27 %.
- La recherche d'addictions en tabac et alcool était jugée « important » pour 65 %, et 27 % la considéraient « indispensable » au compte rendu de l'évaluation gériatrique.
- La nécessité d'un recours à une prise en charge spécialisée psychologique / psychiatrique a été évaluée comme étant « indispensable » pour 54 % et comme étant « important » pour 35 % des médecins généralistes.

d) Evaluation cognitive et mnésique

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
latéralisation	<i>Anesth.</i>	4	10			
	<i>Généralistes</i>	6	10	7	2	1
MMS	<i>Anesth.</i>	2	11	1		
	<i>Généralistes</i>	19	6	1		
5 mots de dubois et rappel	<i>Anesth.</i>	1	11	2		
	<i>Généralistes</i>	16	7	2	1	
Test de l'horloge	<i>Anesth.</i>	1	12	1		
	<i>Généralistes</i>	18	6	1	1	
Syndrome confusionnel	<i>Anesth.</i>	3	9	1		
	<i>Généralistes</i>	18	6	2		

Médecins anesthésistes :

- Dans ce groupe, la recherche de la latéralisation est jugée « important » par 71 % et elle est « indispensable » pour 29 %.
- Le calcul des MMS est noté « important » à hauteur de 79 % et « indispensable » pour 14 %.
- Le 5 mots de Dubois est « important » pour 79 %, et 14 % le jugeaient « accessoire ».
- Le test de l'horloge est « important » à hauteur de 86 %
- La recherche d'un syndrome confusionnel était estimée « important » par 64 %, et 21 % du groupe la jugeaient « indispensable ».

Médecins généralistes :

- Au sein de l'évaluation cognitive, la recherche de latéralisation a été jugée comme « important » par 38 % des membres du groupe, et comme « accessoire » par 27 %
- Le MMS a été spécifié comme « indispensable » par 73 % et comme « important » par 23 %
- Le test des 5 mots de Dubois est jugé « indispensable » par 62 % et « important » par 27 % des généralistes interrogés dans notre étude.
- Le test de l'horloge et la recherche d'un syndrome confusionnel ont tous deux été jugés « indispensable » par 69 % et « important » par 23 %.

e) Evaluation nutritionnelle

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
poids / taille / IMC	<i>Anesth.</i>	11	3			
	<i>Généralistes</i>	15	10	1		
Albumine	<i>Anesth.</i>	8	6			
	<i>Généralistes</i>	9	13	4		
Escarre	<i>Anesth.</i>	10	3	1		
	<i>Généralistes</i>	12	11	3		
Mini MNA / MNA	<i>Anesth.</i>	5	8	1		
	<i>Généralistes</i>	5	12	5	1	3

Médecins anesthésistes :

- Le poids, la taille, l'IMC, étaient jugés « indispensable » par 79 % et « important » par 21 % de ce groupe.
- L'albuminémie était un élément « indispensable » pour 57 % et 43 % la jugeaient « important » au sein du compte rendu de l'EGS.
- La recherche d'escarres était considérée comme « indispensable » pour 71 %, et 21 % la jugeaient « important ».
- Le score MNA a quant à lui été jugé « important » à connaître dans le cadre d'une évaluation gériatrique par 57 % des anesthésistes et « indispensable » par 36 %.

Médecins généralistes :

- Les médecins généralistes ont noté « indispensable » la recherche du poids, de la taille et de l'IMC à hauteur de 58 %, et 38% ont jugé cet item « important ».
- Le dosage de l'albuminémie est « important » pour 50 %, et « indispensable » pour 35 %
- La recherche d'escarres est stipulée « indispensable » pour 46 % et « important » pour 42 %
- Les généralistes ont, par ailleurs, jugé « important » le score du MNA à hauteur de 46 %, et respectivement 19 % l'ont estimé « indispensable » et « accessoire ».

f) Evaluation sensorielle et du risque de chute

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Vision / Audition	<i>Anesth.</i>	8	6			
	<i>Généralistes</i>	11	12	1	1	1
Hypotension orthostatique	<i>Anesth.</i>	7	7			
	<i>Généralistes</i>	11	11	2	1	1
Appui unipodal/ Get up and Go/ Test de Tinetti	<i>Anesth.</i>	4	8	1		1
	<i>Généralistes</i>	6	12	5		3

Médecins anesthésistes :

- Les évaluations de la vision et de l'audition sont des éléments « indispensable » pour 57 %, et 43 % des anesthésistes les jugent « important » à connaître dans le cadre d'une EGS.
- La recherche d'hypotension orthostatique a été jugée respectivement « indispensable » et « important » à connaître par la moitié du groupe.
- L'appui unipodal, le get up and go et le test de Tinetti ont été estimés comme « important » à renseigner par 57 %, et « indispensable » par 29 % des anesthésistes.

Médecins généralistes :

- Le dépistage des troubles de la vision et de l'audition a été jugé « important » par 46 %, et « indispensable » par 42 %.
- La recherche d'une hypotension orthostatique est respectivement considérée comme « indispensable » et « important » par 42 %.
- La réalisation d'un test d'appui unipodal, d'un test de Get up and Go et d'un test de Tinetti a été estimée « important » par 46 % des médecins généralistes interrogés, et « indispensable » par 23 %.

g) Evaluation de l'autonomie

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
AGGIR	<i>Anesth.</i>	3	8	2		1
	<i>Généralistes</i>	11	13	2		
IADL/ ADL	<i>Anesth.</i>	3	8	2		1
	<i>Généralistes</i>	7	11	4		4
Incontinence	<i>Anesth.</i>	6	6	2		
	<i>Généralistes</i>	7	13	6		

Médecins anesthésistes :

- La cotation AGGIR et le score IADL/ADL sont respectivement jugés « important » par 51 % des anesthésistes, et comme étant « indispensable » par 21 %.
- Le renseignement de l'incontinence est noté respectivement « indispensable » et « important » par 43 %.

Médecins généralistes :

- Dans l'item d'évaluation de l'autonomie, la cotation AGGIR a été jugée « important » par le groupe à hauteur de 50 % des effectifs, et « indispensable » à hauteur de 42 %.
- La cotation IADL et ADL est classée « important » pour 42 %, et « indispensable » pour 27 %.
- La recherche d'incontinence a été jugée « important » par 50 % et « indispensable » par 27 %

h) Evaluation des polypathologies et des risques de décompensation

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Pathologies actives	<i>Anesth.</i>	13	1			
	<i>Généralistes</i>	14	11			1
Score de Charlson	<i>Anesth.</i>	5	5	2		2
	<i>Généralistes</i>	3	7	1	1	12

Médecins anesthésistes :

- Le renseignement des pathologies actives est considéré comme « indispensable » par 93 % des membres du groupe.
- Le score de Charlson est jugé respectivement « indispensable » et « important » par 36 %

Médecins généralistes :

- La recherche de pathologies actives a été considérée majoritairement « indispensable » par 54 % , et « important » par 42 % des effectifs.
- Près de 46 % des médecins généralistes se sont déclarés « sans opinion » ou n'ont pas répondu à l'item du score de Charlson. Il a été néanmoins jugé « important » par 35 %.
-

i) Evaluation du risque iatrogène

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Traitement en cours	<i>Anesth.</i>	12	1			1
	<i>Généralistes</i>	22	2	2		
Evaluation biologique	<i>Anesth.</i>	13	1			
	<i>Généralistes</i>	17	7	1	1	

Médecins anesthésistes :

- Le traitement en cours est considéré comme « indispensable » par 86 %, tandis que l'évaluation biologique de l'EGS est « indispensable » pour 93 % des effectifs de ce groupe.

Médecins généralistes :

- Le renseignement concernant le traitement en cours du patient a été jugé « indispensable » par 88 % des généralistes. Quant aux éléments biologiques importants du patient, ils ont été jugés « indispensable » par 65 %, et « important » par 27 %.

j) Evaluations annexes

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Evaluation de la douleur	<i>Anesth.</i>	12	1	1		
	<i>Généralistes</i>	10	12	3	1	
Evaluation sociale	<i>Anesth.</i>	4	7	2		1
	<i>Généralistes</i>	11	10	4	1	
Evaluation du sommeil	<i>Anesth.</i>	9	5			
	<i>Généralistes</i>	6	15	4	1	

Médecins anesthésistes :

- L'évaluation de la douleur est « indispensable » pour 86 %, alors que l'évaluation sociale est « importante » pour la moitié des médecins anesthésistes et « indispensable » pour 29 %.
- L'évaluation du sommeil est considérée comme « indispensable » pour 64 % et comme « importante » pour 36%.

Médecins généralistes :

- L'évaluation de la douleur a été jugée « importante » par 46 % des généralistes, et 38 % l'ont estimée « indispensable ».
- L'évaluation sociale est considérée comme « indispensable » pour 42 %, et comme « importante » pour 38 %.
- L'évaluation du sommeil est « importante » pour 58 % du groupe d'analyse, et elle est considérée comme « indispensable » pour 23 %.

k) Conclusions, recommandations

	<i>Groupe</i>	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Conclusions	<i>Anesth.</i>	11	2			1
	<i>Généralistes</i>	22	4			
Recommandations	<i>Anesth.</i>	8	4			2
	<i>Généralistes</i>	23	2	1		

Médecins anesthésistes :

- 79 % des anesthésistes du groupe d'évaluation ont jugé « indispensable » la mise en évidence des conclusions de l'EGS.
- 29 % ont considéré comme « important » l'établissement de recommandations dans le compte rendu qui leur sera adressé.

Médecins généralistes :

- Les conclusions ont été jugées « indispensable » par 85 % des généralistes consultés
- et les recommandations ont été déclarées « indispensable » par 88 % des membres de ce même groupe.

1) Nombre de pages du compte rendu

Le nombre total maximal souhaité de pages du compte rendu de synthèse peut être représenté sous la forme du tableau suivant :

	Généralistes	Anesthésistes
1 page	4	2
2 pages	16	2
3 pages	5	1
4 pages	1	0
5 pages	0	1
Données manquantes	0	8
TOTAL	26	14

Avec une moyenne maximale de 2,12 pages par Evaluation Gériatrique Standardisée pour le groupe de généralistes (1,84 à 2,4 pages, risque $\alpha = 0,05$), il est légitime d'arrondir à un maximum souhaité de 2 pages de compte rendu pour chaque évaluation gériatrique, suivant les données des médecins généralistes du territoire de Santé de Remiremont.

Avec une moyenne de 2,14 pages par EGS pour le groupe d'anesthésistes (0,97 -3,31 pages, risque $\alpha = 0,05$), l'interprétation n'est pas réalisable, faute d'un effectif suffisant ayant répondu à cet item.

3. Comparaison des réponses - Médecins Généralistes vs Anesthésistes

Comme défini dans notre objectif principal, nous nous sommes attachés à comparer la répartition des réponses aux différents items entre les deux groupes. Nous avons donc utilisé un Test exact de Fischer, au vu des effectifs faibles au sein de chaque groupe (N< 30).

Chaque tableau résume les tests de Fischer réalisé par item, avec l'expression de p calculé au sein de la dernière colonne du tableau. Si p calculé est inférieur à 0,05, il existe alors une différence de répartition significative entre les 2 groupes. Chaque item ayant été retrouvé avec une différence statistiquement significative a été surligné.

a) Partie administrative

	Médecin Anesthésiste N=14 (35,0%)		Médecin généraliste N=26 (65,0%)		p**
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>Identification du patient</u>					1
<i>important</i>	1	7,1	1	3,8	
<i>indispensable</i>	13	92,9	25	96,2	
<u>date d'évaluation</u>					1
<i>important</i>	1	7,1	1	3,8	
<i>indispensable</i>	13	92,9	25	96,2	
<u>médecin demandeur</u>					0,179
<i>accessoire</i>	1	7,1	8	30,8	
<i>important</i>	5	35,7	11	42,3	
<i>indispensable</i>	7	50	6	23,1	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	1	3,8	
<u>antécédents</u>					0,2027
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	0	0	1	3,8	
<i>important</i>	1	7,1	8	30,8	
<i>indispensable</i>	13	92,9	16	61,5	

D'après le test de comparaison des fréquences de répartitions entre les 2 groupes, il n'apparaît pas de différence significative entre les notations. Les 2 groupes ont globalement des réponses similaires « indispensable » ou « important » pour les éléments renseignés dans la partie administrative.

b) Partie Conditions de vie

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>statut matrimonial</u>					0,838
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	3	21,4	4	15,4	
<i>important</i>	7	50	9	34,6	
<i>indispensable</i>	4	28,6	11	42,3	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	1	3,8	
<u>enfants</u>					0,1523
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	3	21,4	2	7,7	
<i>important</i>	8	57,1	9	34,6	
<i>indispensable</i>	3	21,4	14	53,8	
<u>adresse</u>					0,1215
<i>inutile</i>	1	7,1	0	0	
<i>accessoire</i>	3	21,4	3	11,5	
<i>important</i>	5	35,7	4	15,4	
<i>indispensable</i>	5	35,7	18	69,2	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	1	3,8	
<u>ADV/ portage repas/ téléalarme</u>					0,597
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	3	21,4	3	11,5	
<i>important</i>	6	42,9	8	30,8	
<i>indispensable</i>	5	35,7	14	53,8	
<u>remarque logement</u>					0,3534
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	2	14,3	3	11,5	
<i>important</i>	10	71,4	12	46,2	
<i>indispensable</i>	2	14,3	10	38,5	

L'ensemble des items renseignés dans la partie conditions de vie de notre étude ne _montre pas de différence significative entre les 2 groupes d'analyse. Les répartitions des réponses les plus similaires concernent le statut matrimonial et les aides à la personne déjà en place au moment de l'évaluation.

c) Partie évaluation thymique et psychologique

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>miniGDS /GDS</u>					0,03
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	0	0	2	7,7	
<i>important</i>	10	71,4	7	26,9	
<i>indispensable</i>	4	28,6	16	61,5	
<u>tabac / alcool</u>					0,3322
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	1	7,1	1	3,8	
<i>important</i>	6	42,9	17	65,4	
<i>indispensable</i>	7	50	7	26,9	
<u>évaluation psychologique</u>					0,7729
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	0	0	2	7,7	
<i>important</i>	7	50	9	34,6	
<i>indispensable</i>	7	50	14	53,8	

La répartition des réponses pour l'item miniGDS/GDS est significativement différente : le groupe des anesthésistes le jugeant majoritairement « important », alors que le groupe des médecins généralistes juge cet item principalement « indispensable ».

d) Partie évaluation cognitive et mnésique

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
Latéralisation					0,0831
inutile	0	0	2	7,7	
accessoire	0	0	7	26,9	
important	10	71,4	10	38,5	
indispensable	4	28,6	6	23,1	
SO et donnée manquante	0	0	1	3,8	
MMS					0,0007
accessoire	1	7,1	1	3,8	
important	11	78,6	6	23,1	
indispensable	2	14,3	19	73,1	
5 mots de dubois					0,0013
inutile	0	0	1	3,8	
accessoire	2	14,3	2	7,7	
important	11	78,6	7	26,9	
indispensable	1	7,1	16	61,5	
test de l'horloge					0,0001
inutile	0	0	1	3,8	
accessoire	1	7,1	1	3,8	
important	12	85,7	6	23,1	
indispensable	1	7,1	18	69,2	
syndrome confusionnel					0,008
accessoire	1	7,1	2	7,7	
important	9	64,3	6	23,1	
indispensable	3	21,4	18	69,2	
SO et donnée manquante	1	7,1	0	0	

Hormis la recherche de la latéralisation qui est jugée importante par les médecins anesthésistes et les généralistes, l'ensemble des répartitions des réponses des autres items de la partie cognition et mémoire est significativement différente.

En résumé, il résulte, des réponses obtenues du groupe d'anesthésistes, que ces items sont plutôt jugés « important », alors que la répartition faite par le groupe des médecins généralistes classe ces items plutôt comme « indispensable ».

e) Partie évaluation nutritionnelle

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>poids taille IMC</u>					0,4513
<i>accessoire</i>	0	0	1	3,8	
<i>important</i>	3	21,4	10	38,5	
<i>indispensable</i>	11	78,6	15	57,7	
<u>albumine</u>					0,2505
<i>accessoire</i>	0	0	4	15,4	
<i>important</i>	6	42,9	13	50	
<i>indispensable</i>	8	57,1	9	34,6	
<u>escarre</u>					0,3114
<i>accessoire</i>	1	7,1	3	11,5	
<i>important</i>	3	21,4	11	42,3	
<i>indispensable</i>	10	71,4	12	46,2	
<u>MNA</u>					0,4614
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	1	7,1	5	19,2	
<i>important</i>	8	57,1	12	46,2	
<i>indispensable</i>	5	35,7	5	19,2	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	3	11,5	

Pour l'ensemble des items de cette partie, les réponses fournies par les 2 groupes de médecins n'ont pas fait ressortir de différences significatives

f) Partie évaluation sensorielle et risque de chutes

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>vision audition</u>					0,9309
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	0	0	1	3,8	
<i>important</i>	6	42,9	12	46,2	
<i>indispensable</i>	8	57,1	11	42,3	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	1	3,8	
<u>hypotension orthostatique</u>					0,8982
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	
<i>accessoire</i>	0	0	2	7,7	
<i>important</i>	7	50	11	42,3	
<i>indispensable</i>	7	50	11	42,3	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	1	3,8	
<u>appui unipodal get up and go, test de tinetti</u>					0,7911
<i>accessoire</i>	1	7,1	5	19,2	
<i>important</i>	8	57,1	12	46,2	
<i>indispensable</i>	4	28,6	6	23,1	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	3	11,5	

Pour chacun des items évalués, notre analyse ne nous a pas permis d'établir significativement une différence de classification entre les réponses du groupe de généralistes et de celles des anesthésistes.

g) Partie évaluation de l'autonomie

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>AGGIR</u>					0,3488
<i>accessoire</i>	2	14,3	2	7,7	
<i>important</i>	8	57,1	13	50	
<i>indispensable</i>	3	21,4	11	42,3	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	0	0	
<u>Cotation IADL/ ADL</u>					0,8899
<i>accessoire</i>	2	14,3	4	15,4	
<i>important</i>	8	57,1	11	42,3	
<i>indispensable</i>	3	21,4	7	26,9	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	4	15,4	
<u>incontinence</u>					0,6268
<i>accessoire</i>	2	14,3	6	23,1	
<i>important</i>	6	42,9	13	50	
<i>indispensable</i>	6	42,9	7	26,9	

Pour chaque item d'évaluation de cette partie du compte-rendu, il n'y a pas de différence significative découlant de la répartition des réponses apportées, tant par les médecins généralistes que par les anesthésistes.

h) Evaluation des polyopathologies et des risques de décompensation

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>pathologies actives</u>					
<i>important</i>	1	7,1	11	42,3	0,0402
<i>indispensable</i>	13	92,9	14	53,8	
<i>SO et donnée manquante</i>	0	0	1	3,8	
<u>score de charlson</u>					
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	0,1082
<i>accessoire</i>	2	14,3	1	3,8	
<i>important</i>	5	35,7	9	34,6	
<i>indispensable</i>	5	35,7	3	11,5	
<i>SO et donnée manquante</i>	2	14,3	12	46,2	

Notre analyse met en évidence une différence significative dans la répartition des résultats obtenus par les 2 groupes de médecins questionnés sur l'item « pathologies actives ».

i) Evaluation du risque iatrogène

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>traitement biologique en cours</u>					
<i>accessoire</i>	0	0	2	7,7	0,5104
<i>important</i>	1	7,1	2	7,7	
<i>indispensable</i>	12	85,7	22	84,6	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	0	0	
<u>évaluation biologique</u>					
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	0,3101
<i>accessoire</i>	0	0	1	3,8	
<i>important</i>	1	7,1	7	26,9	
<i>indispensable</i>	13	92,9	17	65,4	

Pour ces 2 groupes de médecins, aucune différence significative à ce niveau du compte-rendu.

j) Evaluations annexes

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>évaluation douleur</u>					
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	0,0146
<i>accessoire</i>	1	7,1	3	11,5	
<i>important</i>	1	7,1	12	46,2	
<i>indispensable</i>	12	85,7	10	38,5	
<u>évaluation sociale</u>					
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	0,6407
<i>accessoire</i>	2	14,3	4	15,4	
<i>important</i>	7	50	10	38,5	
<i>indispensable</i>	4	28,6	11	42,3	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	0	0	
<u>évaluation sommeil</u>					
<i>inutile</i>	0	0	1	3,8	0,0443
<i>accessoire</i>	0	0	4	15,4	
<i>important</i>	5	35,7	15	57,7	
<i>indispensable</i>	9	64,3	6	23,1	

Dans la rubrique évaluations annexes, il n'y a pas de différence significative entre le groupe de généralistes et le groupe d'anesthésistes concernant l'évaluation sociale.

Pour ce qui est de l'évaluation de la douleur, il existe une différence significative entre la répartition des réponses des anesthésistes et des généralistes, avec une estimation jugée globalement « indispensable » pour les anesthésistes, alors que la quasi-majorité des généralistes la considèrent comme « importante ».

Concernant l'évaluation du sommeil, alors que les anesthésistes l'estiment « indispensable », les généralistes la jugent « importante » à renseigner.

k) Conclusions, recommandations

	Médecin Anesthésiste		Médecin généraliste		p**
	N=14 (35,0%)		N=26 (65,0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	
<u>conclusions</u>					0,4557
<i>important</i>	2	14,3	4	15,4	
<i>indispensable</i>	11	78,6	22	84,6	
<i>SO et donnée manquante</i>	1	7,1	0	0	
<u>recommandations</u>					0,0196
<i>accessoire</i>	0	0	1	3,8	
<i>important</i>	4	28,6	2	7,7	
<i>indispensable</i>	8	57,1	23	88,5	
<i>SO et donnée manquante</i>	2	14,3	0	0	

Dans la partie conclusions, la répartition des réponses au sein des 2 groupes ne permet pas d'établir significativement une différence entre les réponses obtenues.

Dans la partie recommandations, la répartition des réponses aboutit à une différence significative, avec une grande majorité de médecins généralistes jugeant « indispensable » l'établissement de recommandations, alors que le nombre d'anesthésistes considérant cet item comme « indispensable » est moindre.

Discussion

« Si j'étais médecin, je prescrirais des vacances
à tous les patients qui considèrent que leur
travail est important »

Bertrand Russel

1. Eléments de discussion générale

a) Les caractéristiques de l'étude

Concernant l'étude principale, nous pouvons constater que pour les médecins anesthésistes, la non représentativité est évidente. L'échantillonnage a été réalisé de manière non aléatoire auprès de 14 anesthésistes sur une population cible de 360 anesthésistes en région lorraine. Ainsi, avec 3,9 % des anesthésistes ayant répondu à notre questionnaire, sans être tirés au sort, notre échantillon est non représentatif de la population cible.

Pour les médecins généralistes, 26 ont répondu sur 56 envois, soit 46,6% de taux de réponse au questionnaire. Ce taux de réponse est bon. Toutefois du fait de la réponse volontaire des médecins interrogés à l'étude, il est impossible de savoir si les répondants au questionnaire sont représentatifs ou non des médecins du territoire de Remiremont. Il n'a pas été possible en effet de vérifier de manière formelle si il y avait une différence entre les médecins ayant répondu et ceux n'ayant pas répondu au questionnaire, malgré la réalisation de notre petit sondage qui aurait tendance à confirmer l'intérêt pour le résumé chez les médecins généralistes du territoire de Remiremont n'ayant pas répondu au questionnaire.

Il n'est donc pas possible d'extrapoler nos résultats à la population des médecins généralistes et anesthésiques, d'une part du territoire de Remiremont d'autre part de la région lorraine.

b) Un résumé par spécialité médicale ?

Dans notre hypothèse de base, nous avons posé comme postulat que les attentes des médecins pouvaient être différentes en fonction de leurs spécialités médicales. Nous pensions ainsi aboutir à devoir établir un type de résumé pour les médecins anesthésistes et un autre pour les généralistes.

Par extension, si cette hypothèse de travail avait été confirmée, il aurait fallu faire une étude complémentaire pour chaque spécialité (chirurgie, anesthésie, cardiologie, médecine interne, généralistes...) aboutissant à un résumé différent pour chacune d'elle .

Dans notre étude comparative, nous avons mis en évidence que peu d'items obtenaient des réponses significativement différentes entre les généralistes et les anesthésistes. Ces items concernent la partie évaluation mnésique ainsi que les items concernant le GDS, l'évaluation de la douleur et du sommeil et les recommandations finales.

Globalement les généralistes comme les anesthésistes considèrent une majorité des items de l'EGS comme « importants » ou « indispensables » à renseigner ce qui est peu discriminatif.

Concernant l'évaluation cognitive, les anesthésistes trouvent majoritairement important et non indispensable d'en connaître les résultats, comparativement aux généralistes pour lesquels ceci est indispensable : ces réponses peuvent sembler paradoxales puisque plusieurs études en anesthésiologie rapportent un intérêt à connaître l'existence d'une démence ou de tout trouble de cognition avant un acte chirurgical avec anesthésie, afin de modifier le protocole d'anesthésie et de suivi post opératoire chez les patients âgés fragiles. La différence observée par rapport aux données de la littérature pourrait être liée à une mauvaise représentativité de l'échantillon des anesthésistes interviewés. (66)

Au vu de la taille réduite de cet échantillon il est difficile de conclure à une différence réelle d'opinion entre les médecins anesthésistes et les généralistes.

Si nous devons poursuivre la réflexion concernant la justification de personnaliser le compte rendu à transmettre selon chaque spécialité médicale, le travail réalisé dans notre étude devrait être étendu à de plus grands échantillons.

Cette démarche ne serait pas toutefois sans conséquences car si la nécessité d'établir des comptes rendus différents selon les spécialités devait être démontrée, cela impliquerait un travail supplémentaire conséquent de l'équipe d'évaluation gériatrique et du secrétariat (pour établir et stocker un compte rendu différent par spécialité médicale).

Il est à relever que le travail réalisé dans cette thèse avait déjà pour mission de rechercher si les médecins pouvaient trouver un intérêt à recevoir le compte rendu d'évaluation gériatrique alors qu'ils n'en étaient pas les prescripteurs. Notre étude montre de fait des résultats importants car elle met en évidence que très majoritairement, les médecins ayant répondu à notre étude jugeaient les éléments recherchés dans l'EGS « importants » ou « indispensables » à connaître. Par ailleurs ils souhaitent une version courte de compte-rendu.

Une première étape est donc d'élaborer un compte rendu de l'EGS à destination des médecins du patient non prescripteurs de l'EGS (notamment médecins généralistes et anesthésistes) qui ne tiendra pas compte de leur spécialité d'origine.

c) Un résumé différent : médecin prescripteur/ non prescripteur ?

Notre étude a été consacrée uniquement à des praticiens strictement non prescripteurs d'EGS en 2010. Il n'a donc pas du tout été exploré les attentes des médecins hospitaliers et prescripteurs d'EGS.

Si, au cours de notre travail, il a été un moment envisagé d'inclure un groupe de médecins prescripteurs d'EGS du Centre Hospitalier de Remiremont, ceci n'a pas été possible, du fait des modifications effectuées dans l'EGS au fil du temps (En effet la comparaison entre les réponses des généralistes et anesthésistes et celles d'un groupe de praticiens hospitaliers n'aurait pas été possible).

Néanmoins, une étude complémentaire pourrait être proposée auprès des praticiens hospitaliers afin de savoir si le compte rendu établi par l'EMG répond de manière satisfaisante aux attentes des médecins prescripteurs ou encore s'ils désireraient voir d'autres items apparaître au sein des EGS futures réalisées sur le Centre Hospitalier et peut être à l'avenir de manière plus fréquente, sur le territoire de Santé de Remiremont.

d) Les éléments à discuter suite à l'étude

- **D'autres items à intégrer à l'EGS ?**

Notre travail s'est attaché à savoir si les éléments proposés par l'EMG du CH de Remiremont semblaient pertinents à connaître par des médecins non prescripteurs de l'EGS. Néanmoins, d'autres items d'évaluations sont proposés dans d'autres EMG. Ainsi, nous n'avons pas évalué l'ensemble des items rencontrés au sein des EGS réalisés en France.

D'autres travaux sur l'activité propre des EMG seraient à suggérer afin d'arriver à un consensus des items qui pourraient être intéressants à connaître par les médecins non prescripteurs.

- **Extrapolations d'autres EMG ?**

Les résultats de l'étude réalisée ici pour la mise en place d'un compte rendu à destination des médecins non prescripteurs du territoire de Santé de Remiremont ne peut être extrapolée à d'autres territoires qui n'auraient pas une activité strictement similaire à celle de Remiremont. En effet, les EMG, même si leur travail est similaire pour réaliser une évaluation médico-psycho-sociale, elles doivent tenir compte des spécificités logistiques et humaines au sein de leur établissement.

L'extrapolation complète de ce travail n'est donc pas possible. Il reste néanmoins une base de travail pour l'idée princeps de cette étude, à savoir que les médecins non prescripteurs semblent intéressés de connaître l'évaluation médico-psycho-sociale de leur patient lorsqu'elle a été réalisée antérieurement.

- **Quels critères d'efficacité à mettre en place ?**

Il apparaît que la faiblesse principale de l'activité des Equipes Mobiles Gériatriques, est le manque de consensus sur les items pertinents à rechercher, la manière de les rechercher et la méthode la plus appropriée pour rendre un compte rendu de synthèse.

Il existe bien sur quelques pistes de réponses possibles, à savoir la relative jeunesse de la prise en compte du risque gériatrique, que ce soit dans le monde médical, mais aussi dans le monde institutionnel.

La prise en compte des risques hospitaliers pour la population de patients gériatriques se doit de suivre trois phases :

. La première consiste à identifier ces risques, ce à quoi les EMG ont commencé à répondre par leur évaluation médico- psycho- sociale,

La deuxième a été de proposer des prises en charge adaptées pour répondre à ces risques.

La dernière, qui n'est encore qu'à ses balbutiements, sera d'évaluer les prises en charge proposées. En France, le rapport de l'IGAS a contribué à commencer à faire évoluer les mentalités.

2. Vers un compte rendu d'EGS simplifié pour les médecins anesthésistes et généralistes

Succédant aux quelques éléments de discussion générale, nous nous sommes attachés à argumenter chaque item d'EGS en fonction des éléments descriptifs issus de l'année 2010. L'objectif étant de mettre en place la manière la plus adéquate (scores, commentaires, ou encore réponses binaires...) pour résumer chaque item au sein de nos propositions d'adaptation du compte rendu d'EGS pour les médecins non prescripteurs d'EGS.

a) Partie administrative

Dans la partie administrative, s'il n'apparaît pas de différence significative entre les 2 groupes et que globalement chaque groupe juge les éléments répertoriés indispensables au compte rendu, c'est probablement lié au fait que la première partie n'a pas une fonction d'évaluation mais uniquement une fonction d'identification du patient évalué.

- ***Item « Identification »***

Concernant le rapport d'activité de l'EMG en 2010, la population du territoire de Remiremont ayant bénéficié d'une EGS par l'EMG, avec un âge médian entre 80 et 84 ans, correspond à un effectif de personnes âgées présentant un ou plusieurs critères de fragilité comparable au niveau national (32). La répartition de la population par genre retrouve une prédominance du sexe féminin, ce qui était attendu.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que les renseignements administratifs étaient considérés globalement et majoritairement jugés indispensables par les deux groupes de médecins, sans différence significative.

Ce constat n'est pas étonnant, du fait que tout référentiel de bonnes pratiques impose une identification correcte et sans ambiguïté de tout patient hospitalisé ou bénéficiant de soins. Au sein de l'activité d'EMG du CH de Remiremont, l'identification est assurée par le nom, le premier prénom du patient, sa date de naissance et son adresse actuelle (67).

Il apparaît que le futur compte rendu à l'attention des médecins non prescripteurs de l'EMG devra contenir l'item « Identification » complètement renseigné.

- ***Item « Date de l'évaluation »***

Dans notre étude descriptive, la date d'évaluation était renseignée selon plusieurs modalités :

- la date de demande (exprimée par le médecin prescripteur hospitalier)
- la date de début de l'évaluation : correspond à la date où le premier test est réalisé
- La date de fin de l'évaluation, coïncidant avec la date de signature du compte-rendu final.

Les deux premières dates sont utiles pour le calcul de la durée entre la demande d'évaluation et son début, en vue de l'établissement de statistiques internes, comme préconisé par le rapport de l'IGAS de 2005. Elles nous semblent en revanche accessoires à connaître pour les médecins prescripteurs ou ceux qui recevraient le futur compte-rendu établi à leur intention.

La date de demande d'évaluation ne nous paraissait ainsi pas utile à mettre en avant. En revanche le délai d'intervention de l'EMG apparaît important à connaître pour réaliser des statistiques d'activité en interne. Avec un délai d'intervention inférieur à 2 jours pour 76 % des cas en 2010, le délai de réponse semble satisfaisant.

Toutefois, dans son rapport de mai 2005, l'IGAS avait décrit la pertinence de cet indicateur comme étant moyenne. Cet indicateur ne tient en effet pas compte des conditions d'évaluation et des contraintes propres à l'établissement et des difficultés ponctuelles qui peuvent exister.

La date de début et de fin d'évaluation nous a permis de calculer la durée totale exprimée en journées pour chaque intervention. Si 46 % des évaluations réalisées en 2010 se sont déroulées en une journée, il est à constater que certaines peuvent prendre plus de temps, suite à des événements cliniques présentés par les patients (épisodes confusionnels, désorientation, asthénie) ou à un état de défaillance physique temporaire.

Ainsi il apparaît que certains patients ont été évalués plusieurs fois pour certains items, avec des résultats souvent sensiblement différents. Pour chaque item doublement évalué, le meilleur résultat était conservé dans toutes les EGS. Par ailleurs, l'IGAS donne aussi un niveau de pertinence moyenne à cet item.

Ainsi, seule la date de fin d'évaluation nous semble pertinente à renseigner dans le résumé d'EGS. Elle correspondra à la date de signature de l'EGS par le médecin gériatre et aboutira à l'envoi du compte-rendu aux médecins « non prescripteurs ».

Dans notre étude les médecins sont intéressés de connaître la date de l'évaluation, sans qu'il y ait de différence significative entre les généralistes et les anesthésistes.

- ***Item « Service demandeur »***

Les services prescripteurs des EGS sont majoritairement ceux de médecine polyvalente, comme attendu en population générale gériatrique.

Les demandes issues du service des urgences et de l'UHTCD sont en nombre limité pour la population étudiée de 2010. Il existe cependant des démarches d'intervention ciblée en service d'accueil des urgences. L'évolution de l'activité de l'EMG fait ressortir une nette augmentation du nombre d'évaluations au sein du service d'accueil des urgences depuis 3 ans. Il existerait toutefois un intérêt probable à limiter aux Urgences l'EGS aux tests permettant de répondre à une question précise posée par le médecin urgentiste (33).

Les demandes issues des services de chirurgie ont globalement augmenté depuis 2010, dans un contexte de facilitation de prise en charge opératoire/ post opératoire et dans le cadre d'un travail en filière de soins (prothèses de hanche/chutes, anesthésie/trouble mnésiques, comorbidité / rééducation post-chirurgicale). Il existe des éléments de réflexion dans la littérature permettant la mise en place d'une activité spécifique d'EMG au sein des services de chirurgie. (34)

Dans notre étude comparative entre médecins généralistes et anesthésistes, le fait de renseigner l'identité du médecin / service demandeur est jugé plutôt important sans qu'une différence significative soit identifiée entre les deux groupes. Nous préconisons donc de renseigner le service demandeur dans le résumé d'EGS à l'attention des médecins anesthésistes et généralistes.

- ***Item « Motif d'hospitalisation »***

Le motif d'hospitalisation est systématiquement stipulé sur la demande d'EGS. Dans le compte-rendu, il est explicité en quelques lignes, plus ou moins synthétiques en fonction de la complexité médicale et clinique présentée par le patient.

Il permet de mettre en relief et d'orienter toute l'EGS qui va être réalisée. Afin de faciliter la lecture du compte-rendu, il nous semble qu'il doit être au maximum synthétique (dans tous les cas moins d'une ligne).

Par ailleurs, le questionnaire adressé aux médecins anesthésistes n'a pas pris en compte l'item « motif d'hospitalisation ». Néanmoins, au vu de l'importance de l'item (car influençant l'ensemble de l'évaluation gériatrique), nous proposons de reporter une synthèse en moins d'une ligne du motif d'hospitalisation dans le résumé d'EGS.

- ***Item « Antécédents »***

Au cours de l'EGS, les items « antécédents » sont examinés de manière exhaustive, avec une recherche dans le dossier du patient, dans les éventuels courriers antérieurs (consultation, hospitalisation, compte-rendus d'examen complémentaires stockés dans une base informatisée propre à l'établissement hospitalier), voire même après contact auprès des familles ou du médecin traitant.

Avec un couple de 1 antécédent chirurgical et 3 antécédents médicaux comme mode de présentation le plus fréquent dans la population évaluée en 2010, celle-ci correspond aux populations de personnes âgées poly-pathologiques décrites dans la littérature (35).

Il apparaît que l'intérêt du recueil des antécédents du patient est d'être le plus exhaustif, et non limité au recueil oral auprès du patient, source d'erreurs et d'imprécisions.

Une étude princeps a été menée en 1997 permettant de mettre en évidence qu'au-delà de la simple description des antécédents médico-chirurgicaux d'un patient, c'est la mise en évidence d'antécédents remarquables (comme les affections cardiovasculaires chroniques, les fractures du col du fémur) ainsi que la conjonction de plusieurs antécédents qui peuvent être à l'origine d'une prédictibilité plus forte du déclin fonctionnel du patient âgé fragile (35).

Ce renseignement est jugé indispensable sans qu'une différence soit retrouvée entre les anesthésistes et les généralistes. La séparation entre antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi qu'entre antécédents actifs et antécédents clos semble opportune à mettre en place au sein du futur compte-rendu adressé aux médecins non prescripteurs.

Nous proposons donc de renseigner l'item de manière exhaustive, avec une cotation par (°) pour les pathologies actives traitées et par (*) pour les pathologies à fort risque de déclin fonctionnel.

b) Partie conditions de vie

Dans la partie « conditions de vie », les 2 groupes de médecins ont globalement jugé les items importants ou indispensables. Il nous faut néanmoins rationaliser les réponses apportées au sein de chaque item évalué afin de les rendre plus synthétiques.

- ***Item « statut matrimonial »***

Les statistiques de 2010 montrent l'intérêt de rechercher le statut matrimonial du patient afin de mettre en évidence un éventuel isolement social, ou au contraire un tissu environnemental et familial permettant une prise en charge post-hospitalière adaptée au domicile du patient. Néanmoins, le statut matrimonial ne préfigure pas de la réalité de la vie sociale du patient. En effet, une personne peut être mariée mais dans les faits vivre seule à son domicile (conjoint par exemple institutionnalisé) ou au contraire être veuve mais vivre avec un(e) concubin(e).

Ainsi, il nous semble plus judicieux de rapporter dans le résumé si le patient est seul (quelque soit son statut matrimonial réel) ou si son conjoint(e) est dépendant ou autonome.

- ***Item « Enfants »***

De même que pour le statut matrimonial, l'intérêt est de savoir si le patient pourrait bénéficier d'un entourage familial aidant et présent à sa sortie de l'hôpital. Le nombre d'enfants en tant que tel n'est guère utile dans une EGS. Ainsi, nous orientons l'entretien médical pour savoir si le patient voit régulièrement ses enfants, s'ils habitent à proximité de leur parent.

Dans l'EGS, nous stipulons si le patient, même s'il est sans enfants, est néanmoins bien entouré par sa famille/ son entourage (voisin/ neveux/ amis). Cette information est recueillie lors de l'entretien avec le patient, confirmée par l'entourage de celui-ci et par l'équipe soignante du service (passages réguliers de la famille auprès du patient, ressenti objectif de l'équipe soignante)

Il n'existe objectivement malheureusement que peu de données dans la littérature qui définissent clairement le rôle d'aidant familial, que ce soit sur un plan législatif (les seuls textes sont des décrets mais qui n'ont pas tous encore été publiés) ou sur le plan scientifique (des publications ont été présentées lors du premier congrès francophone sur la fragilité chez les personnes âgées en avril 2013 à Nice). (72)

Le renseignement du statut matrimonial doit donc se faire concomitamment au renseignement de la présence d'aidants familiaux. Ainsi, en une ligne (dans le compte-rendu) il nous semble important de définir exactement les possibilités d'aidants familiaux au retour à domicile du patient. Pour le résumé d'EGS, nous proposons un remplissage binaire de l'item par l'affirmation ou la négation.

Si le patient est institutionnalisé, le renseignement des aidants familiaux devient sans objet.

- ***Item « Adresse »***

Si la grande majorité des patients vivent à domicile au moment de leur évaluation, le fait de renseigner leur lieu de résidence permet de connaître immédiatement les possibilités territoriales de prises en charge médico-sociales post-hospitalières, à savoir :

- Patient qui sera institutionnalisé à sa sortie de l'hôpital.
- Patient à proximité d'une EHPAD/d'un SIAD
- Patient vivant en milieu urbain

Concernant le renseignement de l'adresse du patient, même si les deux groupes de médecins l'ont jugé indispensable et important, il apparaît néanmoins redondant avec la partie administrative. Il ne nous semble donc pas opportun de le préciser à nouveau.

- ***Item « Auxiliaire de vie/ Portage de repas / Téléalarme »***

Pour les patients qui vivent à domicile, il semble légitime de préciser si ceux-ci bénéficient d'auxiliaires de vie, d'un portage de repas, et/ou d'une téléalarme.

Sur le plan des auxiliaires de vie, il est à noter que sur les patients évalués en 2010 un quart bénéficiait d'aides à la personne (dont 57 % ayant de 1 heure à 3 heures d'aide hebdomadaire). Le fait de renseigner ce nombre d'heures apporte une information supplémentaire dans l'évaluation, à savoir la potentialité d'augmentation des aides à domicile, ou si, au contraire, le nombre d'heures d'intervention est déjà conséquent, pouvant participer à un échec de retour à domicile.

Concernant la présence d'aidants institutionnels, le renseignement de cet item est jugé important voire indispensable sans qu'une différence significative soit retrouvée entre les 2 groupes de médecins. Le renseignement en 3 parties (aides à domicile/portage de repas/téléalarme) permet une synthèse correcte des aidants à domicile et familiaux. Le renseignement devient sans objet dès que la personne évaluée vit en institution.

- ***Item « Remarques logement »***

De même que pour l'item précédent, le renseignement « logement » est important pour les patients qui vivent à domicile (précision du type de salle de bains et équipement, du type de chauffage et de l'accessibilité du logement). Les trois critères : type de logement, d'un type de chauffage, et accessibilité du logement sont complémentaires et devraient être renseignés.

L'item sur le logement est plutôt estimé important par les médecins généralistes (qui connaissent le domicile de leurs patients) et plutôt jugé indispensable par les anesthésistes. La difficulté de cet item est d'aboutir à une synthèse correcte mais courte sur les caractéristiques de l'habitat de la personne évaluée. Ainsi, les éléments pertinents qui paraissent importants à connaître sont : le type d'habitat (maison, appartement, ferme), la présence d'escaliers (oui/ non) et la présence d'un système de chauffage adéquat (fuel, électrique, bois). Néanmoins renseigner cet item complètement est assez lourd. Nous préconisons donc au final de préciser uniquement si le logement est adapté ou non.

L'item est bien sûr sans fondement si la personne est en EHPAD.

c) Evaluation thymique et psychologique

- ***Item « GDS »***

Dans le calcul de la GDS, il est notable de constater en 2010 qu'une partie non négligeable des patients a bénéficié d'une évaluation par le psychiatre, alors que la GDS était soit non applicable (patient dément, confus) soit que l'évaluation médicale par le gériatre retrouvait des signes cliniques de troubles psychologiques malgré une GDS négative. En conséquence, il nous est impossible de faire abstraction de l'évaluation médicale dans le renseignement de cet item.

Ce constat vient du fait que la GDS, si elle a une bonne sensibilité et une bonne spécificité pour la dépression chez le sujet âgé, devient inadaptée s'il y a des pathologies psychiatriques associées. Même si la prévalence est forte concernant la dépression chez le sujet âgé (13 % selon certaines études), elle n'est malheureusement que rarement isolée chez les patients âgés fragiles (36).

Concernant l'étude comparative, les scores de la GDS de dépistage et de la GDS complète sont jugés importants par les anesthésistes et indispensables par les généralistes, avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Ainsi, l'intérêt de la GDS est sujet à controverse ; l'entretien du gériatre avec le patient et son appréciation clinique sur la nécessité ou non d'une évaluation psychologique étant de plus en plus privilégiés, au détriment d'une scorification par GDS. Nous préconisons donc de renseigner si le patient nécessite une évaluation psychologique ou si elle a déjà été réalisée.

- ***Item « Tabac/Alcool »***

Concernant le tabac, avec un effectif de 2 % qui se déclare sevré de toute consommation tabagique, il est légitime de penser que l'intoxication ancienne tabagique est sous évaluée dans notre population. En effet, les études de prévalence retrouvent de 17 % (chez les hommes) à 8 % (chez les femmes) de tabagisme actif après 65 ans ; et on note une prévalence autour de 60 % d'anciens fumeurs en population générale en France (37).

L'espérance de vie est réduite de 12 à 17 ans chez les patients âgés fumeurs. 45 % des fumeurs âgés désireraient arrêter de fumer et les fumeurs qui arrêtent à 65 ans regagnent 2 années d'espérance de vie et leur autonomie s'améliore au bout de quelques mois (augmentation du périmètre de marche, diminution de la dyspnée d'effort...). Ces données impliquent de s'attarder à bien évaluer la consommation tabagique actuelle et ancienne chez les patients fragiles afin d'apporter les réponses les plus adéquates (37).

Concernant la consommation d'alcool, la prévalence de cette consommation est de 36 % dans notre population. Dans différentes analyses, la prévalence de la consommation éthylique chez les personnes âgées se situe de 2 % à 22 % avec une prévalence de consommation excessive estimée à 10 % en France. Nos données sont donc conformes aux données nationales. Néanmoins, pour permettre de dépister les personnes ayant une consommation éthylique excessive, il est indispensable de calculer la consommation hebdomadaire chez les patients évalués (38).

La recherche des addictions est jugée indispensable et importante par les 2 groupes de médecins sans qu'une différence significative soit trouvée entre les deux groupes. Nous proposons que l'item soit renseigné par une quantification internationalement établie (en paquet-années et en gr d'alcool hebdomadaire).

- ***Item « évaluation psychologique »***

Avec près de la moitié des patients évalués en 2010 nécessitant une évaluation et un suivi psychologiques, le renseignement de cet item apparaît important à donner. Le CH de Remiremont dispose d'une équipe d'IDE psychologues avec des permanences du psychiatre bihebdomadaires. L'item renseignait la nécessité de prévoir une évaluation psychologique, mais le résultat de cette évaluation était rarement retranscrit dans le dossier, ce qui nous semble être un manque dans l'exhaustivité de notre EGS.

Au sein de notre étude comparative, l'évaluation psychologique a été jugée indispensable et importante par les deux groupes de médecins, sans qu'il y ait de différence significative entre les groupes. Plutôt que d'indiquer le GDS, il nous semble plus opportun de renseigner cet item sur la nécessité d'une évaluation psychologique. Cependant les éventuelles conclusions apportées par l'équipe de liaison psychologique hospitalière semblent difficiles à synthétiser rapidement dans un résumé d'EGS.

d) Evaluation mnésique

- ***Item « latéralisation »***

Préciser la latéralisation des personnes évaluées sous-entend un intérêt dans le cadre de pathologies neurovasculaires et cérébrales. Même si le motif d'admission issu de ce type de pathologies représente 1,5 % des admissions hospitalières chez les personnes de plus de 75 ans, il n'apparaît néanmoins pas indispensable de le renseigner systématiquement dans le cadre d'une EGS pour les médecins non prescripteurs (60).

Aussi même si dans notre analyse comparative entre généralistes et anesthésistes, l'item avait été jugé important, le renseignement sur la latéralisation ne nous semble pas indispensable à indiquer dans un résumé d'EGS pour les médecins non prescripteurs.

- ***Item « MMS »***

Dans la population évaluée en 2010, la grande majorité des patients avait un niveau d'études modeste (certificat d'étude et niveau primaire), or l'interprétation correcte du MMS impose de connaître le niveau d'études du patient afin d'analyser de la manière la plus pertinente possible le résultat obtenu. Le fait de discerner et d'interpréter le résultat du MMS est important car conditionnant la prise en charge ultérieure du patient.

Une étude anglo-saxonne de 1993 confirme que les résultats au MMS ne sont pas indépendants du niveau d'études (39).

La connaissance du MMS est jugée plutôt importante pour les anesthésistes, alors que les généralistes l'ont considérée comme indispensable. La différence dans les réponses pour cet item était significative entre les deux groupes.

Ainsi, l'item MMS doit être renseigné mais doit être couplé au renseignement du niveau socio-éducatif du patient évalué afin d'obtenir un résultat pertinent et exploitable. 6 niveaux sont définis : analphabète, niveau école primaire, certificat d'études, brevet des collèges, baccalauréat, études supérieures. Plutôt que de donner uniquement le score du MMS, nous proposons de l'associer suite à l'évaluation du gériatre, à 4 niveaux de troubles cognitifs suspectés : aucun, troubles légers, troubles modérés, troubles sévères.

Il est à noter que le MMS ne diagnostique pas une démence mais est un élément qui participe à l'élaboration de son diagnostic.

- ***Item « 5 mots de Dubois et rappel »***

Dans la population évaluée en 2010, l'épreuve des 5 mots de Dubois retrouve 28 % des patients évalués ayant un test négatif. Pour le restant des effectifs, elle implique un complément d'explorations mnésiques (MMS, dessin de l'horloge...) pour dépister un trouble cognitif particulier.

Dans notre étude comparative entre les généralistes et les anesthésistes, ces derniers ont jugé l'item important, alors que les généralistes l'ont estimé indispensable, avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Ainsi, nous proposons de rapporter le résultat du test de 5 mots de Dubois en précisant ce résultat comme positif ou négatif.

- ***Item « Dessin de l'horloge »***

D'après la littérature, la cotation du test de l'horloge ne bénéficie actuellement pas d'un consensus concernant sa cotation (sur 4, sur 7, sur 10 utilisé en majorité et d'après Shumann et al., ou encore sur 30), avec un seuil de dépistage qui reste sensible et spécifique pour chaque cotation.

Si la cotation sur 10 semble la plus usitée, restent à évaluer les éventuelles difficultés de sa mise en place en pratique courante sur un centre hospitalier périphérique. (Respect strict de la méthode de passation et de la cotation du test) (16) (40) (41) et (42)

Dans notre étude comparative, la répartition des réponses est à nouveau significativement différente entre les anesthésistes qui jugent l'item majoritairement « important » et les généralistes qui le jugent « indispensable ». La cotation du test de l'horloge n'étant pas unanime, nous proposons de renseigner l'item en 3 catégories : test totalement réussi, partiellement réussi, échec. Ainsi, nous avons renseigné l'item selon 3 catégorisations, ce qui ne correspond à aucune cotation décrite mais qui a l'avantage de permettre une approche plus synthétique. Le test seul ne permet pas un diagnostic de démence ni de son type. Il apporte néanmoins un indice, qui, associé aux résultats des autres tests, permet de l'affiner.

- ***Item « Recherche d'un syndrome confusionnel »***

Dans le rapport d'activité de 2010, le renseignement de l'existence d'un syndrome confusionnel n'était que partiellement fourni dans les EGS.

D'après notre revue de la littérature, il nous est possible d'envisager l'utilisation du Quick Confusion Scale, donnant de bons résultats pour le dépistage de syndrome confusionnel chez les patients évalués. D'une durée de passation moyenne de 2 minutes 30, il reste corrélé au MMS (tout syndrome confusionnel chez un patient diminue le score final du MMS) (43)

Dans notre étude, le renseignement de la recherche d'un syndrome confusionnel a été noté différemment entre le groupe d'anesthésistes (qui l'a déclaré important) et le groupe de généralistes (qui l'a jugé indispensable).

Ainsi nous proposons de renseigner cet item par le calcul du score QCS.

- ***Item « syndrome parkinsonien »***

Dans le compte-rendu d'EGS de 2010, la présence d'un syndrome parkinsonien était rarement renseignée alors que le gériatre le recherchait quasi systématiquement. Depuis, l'item a été rajouté, permettant un renseignement binaire de ce syndrome. Nous proposons donc de le renseigner au sein du résumé d'EGS.

e) Evaluation nutritionnelle

- **Item « Poids/ taille/ IMC »**

Dans la population évaluée en 2010, les données anthropométriques semblent utiles lorsqu'elles sont complètes et illustrées par un calcul de l'IMC. Ainsi, près de la moitié des effectifs devaient bénéficier de mesures nutritionnelles suite à l'EGS.

Par ailleurs, d'après notre revue de la littérature, outre l'IMC qui est un élément majeur lors d'une évaluation nutritionnelle, il semble capital de rechercher une perte de poids involontaire au cours des 6 derniers mois et la mise en évidence d'une affection aiguë entraînant une absence ou un hyper catabolisme des apports alimentaires pour une durée supérieure ou égale à 5 jours (44).

Dans notre travail comparatif entre généralistes et anesthésistes, l'item a été jugé globalement indispensable et important, sans qu'une différence significative ait été trouvée entre les deux groupes. Nous proposons ainsi de notifier le poids du patient, le score de l'IMC, ainsi que la notion d'une perte de poids dans les 6 mois antérieurs.

- **Item « albumine »**

D'après la littérature, il semble nécessaire de ne pas se contenter uniquement des aspects cliniques de la dénutrition, pour dépister un état de carence nutritionnelle. Ainsi, nous pouvons utiliser un marqueur biologique, qui tout en étant sensible et spécifique, révèle de manière aisée un niveau de dénutrition.

Ainsi, avec une valeur moyenne de 30g/ dL, la population évaluée en 2010 présentait un état biologique moyen de dénutrition modérée, impliquant une prise en charge adaptée par l'équipe de nutritionnistes de l'hôpital. Cependant, l'albuminémie ne peut être le seul élément à mettre en évidence pour dépister une dénutrition mais participe néanmoins à l'identification du problème par l'objectivation d'un niveau de dénutrition (45).

Dans les évaluations réalisées en 2010, une part non négligeable avait cet item non renseigné, du fait d'un calcul de l'IMC normal, ou d'un score MNA normal.

Dans notre étude comparative entre généralistes et anesthésistes, l'item a été jugé globalement indispensable ou important sans qu'une différence statistiquement significative ait été retrouvée.

Nous proposons donc de renseigner cet item en association au calcul de l'IMC si ce dernier est perturbé.

- ***Item « Escarres »***

Avec 20 % des effectifs de 2010 présentant des escarres au moment de leur évaluation, notre population montre une prévalence conforme aux études de prévalence nationales (de 9 % à 35 %) (61).

Leur mise en évidence, puis le calcul d'un score de Waterloo impliquent la mise en place de mesures préventives et thérapeutiques (matelas anti escarres, éviction des macérations cutanées, renutrition entérale/ parentérale...) (46).

Au-delà de ce constat, la présence d'escarres doit rentrer dans la recherche d'un syndrome d'immobilisation chronique, où la survenue d'escarres est une des complications possibles. L'EGS montre ici sa pertinence dans l'objectivation de l'intrication de l'ensemble des éléments médico-psychosociaux présentés par un patient fragile et impliquant une prise en charge globale. (47)

Dans notre étude comparative, le renseignement de l'item « escarres » a été jugé majoritairement indispensable, sans qu'une différence significative ait été retrouvée entre le groupe de généralistes et les anesthésistes.

Ainsi, nous proposons de renseigner l'item de manière binaire (présence/ absence d'escarre) dans le compte rendu à l'attention des médecins non prescripteurs.

- ***Item "MNA"***

Dans la population évaluée sur l'année 2010 où nous avons calculé systématiquement le mini MNA et le MNA, nous avons retrouvé les mêmes résultats que dans l'étude historique, à savoir un excellent dépistage du MNA court s'il est négatif. Il semble donc opportun de ne plus calculer le MNA si le MNA de dépistage est négatif. Associé à l'ensemble des éléments décrit dans la partie évaluation nutritionnelle, il assure une bonne évaluation nutritionnelle du patient au moment de l'EGS (24).

Dans notre étude comparative, nous constatons que les réponses des généralistes et des anesthésistes évaluaient l'item comme important à connaître, sans qu'une différence significative soit retrouvée entre les 2 groupes. Ainsi, nous proposons de renseigner l'item MNA dépistage en première intention, complété par l'ensemble des items du MNA si le dépistage est positif, ainsi que le niveau de risque de dénutrition (faible, modéré ou fort) s'il a été nécessaire de calculer le score MNA.

f) Evaluation sensorielle

- **Item « Vision/ audition »**

Si notre évaluation de l'EGS en 2010 s'attachait à mettre uniquement en évidence les troubles visuels et auditifs chez les personnes évaluées, il semble néanmoins important de rechercher l'ensemble des troubles sensoriels qui rentrent dans un syndrome de désafférentation, fréquent chez les patients âgés et fragiles (48).

Ainsi, sur le plan gustatif, il serait possible d'identifier et de renseigner les problèmes dentaires, source de dénutrition et d'apports protéiques diminués.

Sur le plan olfactif, la présence d'un déficit semble moins importante à notifier, mais néanmoins associée à une diminution de l'appétence chez les personnes présentant une fragilité sur ce sens.

Concernant les troubles de la vision, dans la population évaluée en 2010 on met en évidence une part non négligeable de patients (1/3 des patients évalués) qui présentaient des troubles de la vision non corrigés. Parmi ces patients affichant un trouble visuel, la moitié pouvait facilement obtenir une correction de leur vue par un changement de leurs verres correcteurs de lunettes.

Concernant les troubles de l'audition, l'étude sur l'année 2010 fait ressortir à nouveau 1/3 des patients présentant un tel trouble. La démarche corrective par appareillage auditif est néanmoins plus difficile que pour les troubles visuels, l'appareillage étant onéreux et souvent mal supporté par les patients.

Ainsi, en résumé, si la démarche d'identification reste primordiale, elle implique une démarche étiologique puis une démarche corrective en proposant un appareillage adapté au trouble sensoriel impliqué (48).

Dans notre étude comparative, les réponses données par les généralistes et les anesthésistes étaient « important » et « indispensable » sans qu'une différence significative ait été retrouvée entre les 2 groupes.

Nous proposons ainsi de renseigner cette partie de manière binaire pour chaque élément de l'item (trouble gustatif, trouble visuel, trouble auditif) et de conseiller des mesures correctives lorsqu'elles sont nécessaires.

- **Item « hypotension orthostatique »**

Dans l'EGS de l'année 2010, l'ensemble des épreuves d'hypotension orthostatique a été réalisée suivant la méthode classique. Sa prévalence est importante, autour de 30 % après 75 ans, et continue à augmenter avec l'avancée en âge. Sa mise en évidence implique une augmentation significative du risque de chutes, du risque de troubles cardio- vasculaires. Elle est influencée par une composante fréquemment iatrogénique (49).

La révélation d'une hypotension orthostatique symptomatique ou non est importante, dans le cadre de la mise en œuvre de mesures correctives préventives (exercice physique, bas de contention) voire l'introduction d'une thérapeutique médicamenteuse sous réserve de l'absence de contre-indications cardio-vasculaires (50).

Dans notre étude comparative, le renseignement de l'item a été jugé important et indispensable, sans qu'une différence significative ait été retrouvée entre les généralistes et les anesthésistes.

Nous proposons de renseigner cet item de manière binaire. Indiquer si des mesures correctives sont, soit en place, soit à proposer est à réserver à la partie conclusions/ recommandations.

- ***Item « Appui unipodal / Timed Get up and Go test/ Test de Tinetti »***

Dans notre travail descriptif de l'EGS réalisée en 2010, nous avons montré que la réussite au Timed Get up and Go test ne conditionnait pas la réussite au test de l'appui unipodal. En revanche, l'échec au Get up and go test était significativement lié à un échec à l'épreuve d'appui unipodal.

L'effectif de patients ayant réalisé une épreuve de Tinetti étant trop faible, il nous est impossible d'en tirer des conclusions concernant le risque de chutes. Il faut par ailleurs savoir que la passation d'un Test de Tinetti est longue et difficile à mettre en place dans une démarche de passation systématique.

En revanche, notre revue de la littérature nous a permis de constater que les différents tests d'évaluation du risque de chutes sont bien dépendants, et que leurs différences de sensibilité et de spécificité impliquent de les réaliser simultanément afin d'évaluer le risque de chutes de manière pertinente (51).

Par ailleurs, toutes ces démarches d'évaluation du risque de chutes impliquent la mise en place de mesures préventives et correctives (62). Cette démarche était rarement rapportée concernant les patients évalués en 2010 à Remiremont.

Dans notre étude comparative, l'item a été jugé plutôt important, sans qu'une différence statistiquement significative ait été retrouvée entre les 2 groupes de médecins. Nous proposons donc de renseigner le risque de chutes en 4 niveaux : pas de trouble de l'équilibre, trouble de l'équilibre faible, moyen ou important ; ainsi que les résultats du Timed Get up and Go et du test d'appui unipodal.

g) Evaluation de l'autonomie

- ***Item "AGGIR"***

Dans la population évaluée en 2010, il apparaît que la part la plus importante de patients évalués en fonction du GIR se situe à un score à 4, correspondant bien à une cotation de personnes dépistées comme fragiles. Néanmoins, la cotation AGGIR n'avait initialement pas de fonction d'évaluation médicale mais uniquement une fonction sociale et logistique pour les structures publiques de financement de la perte d'autonomie.

L'intérêt de cette donnée peut apparaître limité en dehors d'un plan d'aide à la personne à domicile ou dans une structure d'hébergement médico-sociale (14).

Dans notre étude comparative, l'item a été jugé majoritairement important, sans qu'une différence de répartition des réponses ait été mise en évidence entre les généralistes et les anesthésistes. Ainsi, nous proposons de maintenir le renseignement de cet item, uniquement à des fins médico-sociales (renseignement requis pour une demande d'aides à la personne, ou encore une demande d'institutionnalisation en EHPAD).

- ***Item « IADL/ ADL »***

La cotation complète des ADL de Katz dans l'évaluation de 2010 était impossible du fait du manque de données concernant l'évaluation de la capacité des patients à s'habiller. Son renseignement semble néanmoins être utile afin d'élaborer un plan de soins pour le patient le plus complet possible (13) (52).

Sur les éléments recherchés du score ADL, nous avons constaté que seulement ¼ des patients évalués était autonome pour leur hygiène corporelle, 1/3 était autonome pour leur locomotion et leur transfert vers les WC et 40 % des patients présentaient une continence complète et étaient autonomes pour la préparation de leur alimentation.

La cotation complète de l'IADL selon Lawton a été possible dans l'évaluation de 2010, ceci permettant de mettre en place le plan d'aides le plus adapté à la situation clinique présentée par le patient évalué (12) (52).

Nous avons constaté que seulement 15 % des patients évalués ne présentaient aucune perte d'autonomie et que la moitié devait recourir à une aide partielle ou complète pour les 4 capacités cotées par l'IADL (capacité à utiliser des transports, capacité à prendre ses médicaments, capacité à gérer son budget, capacité à utiliser le téléphone).

Dans notre étude comparative, le renseignement de cet item a été globalement jugé important par les anesthésistes et les généralistes, sans qu'une différence ait été significativement mise en évidence entre les 2 groupes.

L'intérêt de rappeler uniquement les scores IADL/ADL reste néanmoins limité en tant que tel car difficilement exploitables. Nous proposons donc de renseigner les scores mais surtout de mettre en évidence dans les conclusions les activités que le patient évalué présente des difficultés à réaliser et pour lesquelles il doit recourir à une aide extérieure.

- ***Item « Incontinence »***

L'item incontinence comporte un intérêt majeur à être précisé en ce qui concerne les continences urinaire et fécale. Dans la population évaluée en 2010, un quart des patients présentaient une incontinence bi-sphinctérienne et près de la moitié ne présentaient pas d'incontinence. La recherche d'une incontinence permet de mettre en place une prise en charge thérapeutique des troubles ainsi dépistés (53).

Dans notre étude comparative, nous avons constaté que l'item incontinence a globalement été jugé important par les anesthésistes et les généralistes, sans qu'une différence significative entre les 2 groupes ne soit apparue.

Nous proposons ainsi de renseigner l'item en identifiant l'existence d'une incontinence urinaire et/ou fécale.

h) Evaluation des poly-pathologies et du risque de décompensation

- ***Item « Pathologies actives »***

Le référencement des pathologies actives permet de connaître les problèmes de santé susceptibles d'engendrer des événements de décompensation dans les suites de la prise en charge hospitalière.

Les plus importants sont les troubles neurologiques et cardiovasculaires, qui lorsqu'ils sont intriqués, potentialisent leurs effets et donc augmentent le risque de décompensation durant le séjour hospitalier à court et moyen terme (54).

Dans la population évaluée en 2010, nous constatons que le nombre de pathologies actives par patient est en moyenne de 4,56 (4,28 – 4,83) et qu'aucun des patients évalués n'avait pas de pathologie active.

Dans notre étude comparative, l'item a été jugé globalement indispensable, sans qu'une différence significative entre les 2 groupes de médecins ait pu être mise en évidence.

Nous proposons pour renseigner cet item de ne pas lister les pathologies actives présentées par le patient au sein de l'EGS mais de les marquer par un astérisque au sein des antécédents, afin de ne pas faire redondance et alourdir le compte rendu.

- ***Item « Score de Charlson »***

Le score de Charlson, s'il est utile pour une population ciblée (patients présentant un problème d'oncogériatrie), n'est pas adapté pour une utilisation en population gériatrique générale.

Il n'a pas été systématiquement calculé dans les EGS en 2010, étant réservé aux EGS réalisées dans un contexte d'avis médico- psychosocial pour une prise en charge oncogériatrique.

Par ailleurs, s'il semble être valide pour établir des courbes de survie, il n'est pas confirmé pour l'étude d'autres critères comme la survenue de morbidité ou la qualité de vie. (55)

Dans notre étude comparative, les médecins interviewés étaient majoritairement sans opinion concernant le renseignement de cet item.

Ainsi, nous préconisons de ne pas renseigner cet item au sein du résumé d'EGS à l'attention des médecins non prescripteurs.

i) Evaluation du risque iatrogène

- ***Item « Traitement en cours »***

La description du traitement de personnes fragiles évaluées a un intérêt dans le cadre d'une optimisation de ce traitement. Il est ainsi décrit une fréquente sur- consommation médicamenteuse à l'origine d'un sur-risque iatrogénique aboutissant à une morbi-mortalité non négligeable. Il appartient donc au gériatre évaluateur d'analyser le traitement et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse du patient fragile (56).

Avec une moyenne de 8,7 spécialités pharmaceutiques et une médiane de 7 molécules par patient, nous constatons que la consommation médicamenteuse au sein de la population évaluée en 2010 est sensiblement conforme aux données de la littérature en population générale gériatrique. (63).

Dans notre étude comparative, l'item a été très majoritairement jugé indispensable par les généralistes et les anesthésistes, avec une absence de différence significative entre les répartitions des réponses dans les deux groupes.

Ainsi, nous préconisons le renseignement complet et actualisé du traitement en cours au moment de l'évaluation. Nous proposons par ailleurs de mettre en évidence par un astérisque les molécules qui pourraient faire l'objet d'une recommandation en fin d'EGS ou pour lesquelles il existe un risque particulier identifié.

- ***Item « fonction rénale »***

Plutôt que le dosage de la créatinine, c'est l'évaluation de la fonction rénale qui est intéressante. Dans notre revue de la littérature, il semble être plus opportun chez les personnes âgées d'utiliser la formule de Cockcroft plutôt que la MDRD qui aurait tendance à surévaluer la fonction rénale et engendrerait donc plus de risques de surdosage chez les patients dans les publications du début du XXème siècle (57). Une revue des données de littérature plus récentes permet de mettre en évidence que la formule de Cockcroft sous estime la fonction rénale par rapport au calcul via la formule MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) et qu'une nouvelle formule permet une estimation encore plus précise de la fonction rénale, à savoir la formule CKD-EPI. Cette dernière formule est validée et recommandée par l'HAS (68) et (69).

Dans la population évaluée en 2010, nous avons retrouvé que 40 % des patients ne présentaient pas au moment de leur EGS d'insuffisance rénale, alors que pour 10 % une insuffisance rénale sévère était révélée, ce qui nécessitait une adaptation posologique. Les estimations de la fonction rénale étaient réalisées à l'aide de la formule de Cockcroft.

Dans notre étude comparative, l'évaluation de la fonction rénale a été considérée indispensable de façon majoritaire, que ce soit par les anesthésistes ou par les généralistes. Nous préconisons donc de rapporter la Clearance de la créatinine selon MDRD au sein du résumé d'EGS à l'attention des médecins non prescripteurs. Dans un temps suivant, une évaluation de la fonction rénale par CKD-EPI pourra être proposée au sein de l'EGS.

j) Evaluations annexes

- ***Item « Evaluation de la douleur »***

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées fragiles est difficile et doit tenir compte des pathologies annexes notamment cognitivo-comportementales. Leur association aboutit souvent à une sous-évaluation de la douleur chez les patients âgés et donc à un sous diagnostic et à une mauvaise prise en charge. L'évaluation doit être réalisée systématiquement grâce à des outils adaptés, notamment chez les patients non communicants ou présentant une déficience cognitive (58).

Près de 50 % des patients évalués en 2010 ne ressentaient pas de douleurs, ou les douleurs étaient suffisamment « calmées », mais près de 10 % éprouvaient des douleurs intenses et/ou résistantes au traitement entrepris, prouvant ainsi l'intérêt d'une évaluation systématique.

Dans notre étude comparative, les anesthésistes ont jugé l'item indispensable, alors que les généralistes l'ont plutôt noté important à connaître. La répartition des réponses entre les deux groupes est statistiquement significativement différente au risque α à 0,05.

Ainsi, nous proposons de remplir l'item par le score le plus adapté en fonction du niveau cognitif du patient évalué :

- EVA pour le patient qui ne présente pas de troubles cognitifs
- EVS pour le patient qui présente des troubles cognitifs minimes
- Algo plus pour les patients présentant des troubles sévères ou pour les non communicants.

• ***Item « Evaluation sociale »***

L'évaluation sociale des patients évalués en 2010 a été un des éléments les plus difficilement synthétisables. Ainsi, le recueil du souhait du patient pour sa sortie a été renseigné dans 2/3 des évaluations, ce qui restait perfectible. La moitié des patients ont bénéficié de la mise en place ou de modifications d'un plan d'aides à la personne et ¾ des patients évalués disposaient d'un logement qui leur permettait un retour à domicile à la sortie de leur séjour hospitalier.

Dans l'étude comparative, l'item a été jugé plutôt important par les généralistes et les anesthésistes, sans qu'une différence notable dans les répartitions de réponse ait pu être mise en évidence.

L'évaluation sociale reste un élément difficilement synthétisable en quelques mots. Nous proposons de la résumer dans les conclusions et les recommandations.

Par ailleurs, l'item devient sans objet lors que le patient est déjà institutionnalisé.

• ***Item « Evaluation du sommeil »***

Plus de la moitié des patients évalués déclaraient des troubles du sommeil dans les évaluations réalisées en 2010.

Au sein de l'étude comparative entre généralistes et anesthésistes, les anesthésistes ont plutôt jugé indispensable la recherche de troubles du sommeil alors que les généralistes considéraient plutôt important la connaissance de cet item, avec une différence statistiquement significative dans la répartition des réponses.

Les troubles du sommeil chez les personnes âgées sont, d'après notre revue de la littérature et notre étude, très fréquents, et afin de pouvoir leur apporter une réponse (pharmacologique ou non) il importe de détailler la forme de pathologie du sommeil présenté par le patient (59).

Dans notre compte-rendu, nous proposons de définir la présence ou non d'un trouble du sommeil, et son type ; la prise en charge particulière de ce trouble sera précisée si besoin dans la partie conclusions et recommandations.

k) Conclusions, Recommandations

- ***Item « Recommandations »***

En 2010 on notait 4,6 recommandations par évaluation, ce qui montre l'intérêt que peut apporter une EGS dans le cadre d'une prise en charge médico- psychosociale.

Cet item est jugé indispensable par les médecins généralistes comme par les anesthésistes.

Ainsi, nous proposons que les recommandations établies par le gériatre figurent en fin du compte-rendu pour les médecins non prescripteurs de l'EGS sous forme de conseils/consignes brèves.

- ***Item « Conclusions »***

Si la majorité des patients évalués en 2010 rentraient à domicile à la sortie de l'hôpital, il est alors possible de constater une certaine discordance entre les conclusions de l'EGS et la sortie finale du patient. Celle-ci peut être expliquée par une dégradation de l'état clinique du patient après la réalisation de l'EGS, nécessitant de modifier le plan de soins.

Dans notre étude comparative, les anesthésistes jugent l'item indispensable alors que les généralistes l'estiment plutôt important à connaître. La différence de répartition dans les réponses est statistiquement significative au risque $\alpha = 0,05$.

Les conclusions peuvent apparaître comme doublons avec les recommandations. Nous proposons donc de les fusionner en un seul item en fin de compte rendu. Il est à noter que les recommandations et les conclusions ne doivent pas être considérées comme des choses à faire ou à suivre obligatoirement, mais comme des pistes de réflexion pour les médecins prescripteurs de l'EGS et éventuellement ceux à qui le compte-rendu pourra être transmis sous sa forme synthétique.

- ***Item « nombre de pages »***

Dans notre étude, nous avons pu remarquer le souhait, tant au sein du groupe des médecins anesthésistes que des médecins généralistes, d'obtenir un résumé de synthèse avec un nombre limité de pages. Néanmoins, peu d'items apparaissent inintéressants à connaître aux yeux de ces deux groupes. Ainsi, pour réussir à maintenir le compte-rendu dans un format réduit, nous proposons d'utiliser un format de compte-rendu sous forme synthétique en privilégiant les mots clés.

3. Proposition d'un résumé à l'intention des médecins non prescripteurs

A l'issue de cette discussion, et tenant compte de l'ensemble des éléments étudiés dans ce travail, nous faisons cette proposition de compte-rendu à l'intention des médecins généralistes et des anesthésistes.

Ce travail n'a pas fait jusqu'à ce jour l'objet d'un essai en pratique réelle sur une EMG, que ce soit à Remiremont ou ailleurs.

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT

Equipe Mobile de Gériatrie

Dr L.Osnowicz - Dr A. Wagner

Remiremont, le XX mois 2013

Chère Consœur, Cher Confrère,

Voici le résumé d'intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie, réalisée le XX/XX/XXXX auprès de votre patient, Mr Prénom NOM, né le xx/xx/xxxx et résidant à adresse, VILLE

Intervention à la demande du Dr NOM (service de Nom)

Mr était hospitalisé pour : (synthèse du motif d'admission en une phrase courte)

Antécédents

Médicaux : Antécédent M1, Antécédent M2, Antécédent M3, Antécédent M4, Antécédent, M5

Chirurgicaux : Antécédent C1, Antécédent C2, Antécédent C3,

Conditions de vie :

Statut matrimonial : (1)	Aidants familiaux : (2)	Logement : (3)
Aides à domicile: (4)	Portage repas : (5)	Téléalarme (6)

Evaluation psychologique :

Tabagisme : (7)	Alcool : (8)
-----------------	--------------

Entretien éventuel avec psychologue : (9)

Evaluation cognitive et mnésique :

Niveau d'étude : (10)	MMS : ___/30:	5 mots de Dubois ___ /10	Dessin de l'horloge : (11)
Démence : (12)	syndrome confusionnel : (13)	Syndrome parkinsonien : (14)	

Evaluation nutritionnelle :

Poids : XX Kg	Taille : X,XX cm	IMC : XX	Albuminémie : XX g/L	MNA :XX/30
Présence d'escarres : (15)	Perte de poids récente : (16)			

Evaluation sensorielle :

Vision : (17)	Lunettes : (18)	Audition : (19)	Epreuve d'hypotension : (20)
Timed Get up and Go : (21)	Appui unipodal : (22)	Risque de chutes : (23)	

Evaluation de l'autonomie :

AGGIR : X/6	IADL : X/6	ADL : X/4	Incontinence : (24)
-------------	------------	-----------	---------------------

Perte de capacité pour :

Evaluation du risque iatrogène :

Médicament 1 X.X.X	Médicament 2 X.X.X	Médicament 3 X.X.X
Médicament 4 X.X.X	Médicament 5 X.X.X	Médicament 6 X.X.X
Médicament 7 X.X.X	Médicament 8 X.X.X	Médicament 9 X.X.X
Médicament 10 X.X.X	Médicament 11 X.X.X	Médicament 12 X.X.X
Médicament 13 X.X.X	Médicament 14 X.X.X	Médicament 15 X.X.X
Médicament 16 X.X.X	Médicament 17 X.X.X	Médicament 18 X.X.X

Créatininémie : _____ µmol/L

Clairance selon MDRD : XX mL/mn

VII] Autres évaluations

Douleur : (25) (échelle)	Prise en charge sociale : (26)	Tr. Du sommeil : (27)
--------------------------	--------------------------------	-----------------------

XII] Conclusions et recommandations :

-
-
-
-
-

Docteur Prénom NOM,

Nous proposons une légende pour chaque élément d'évaluation intégré au résumé d'EGS.

(°) Pathologies actives traitées

(*) Pathologies à fort risque de déclin fonctionnel

(1) Statut matrimonial : *seul(e)/ conjoint(e) autonome/ conjoint(e) dépendant(e)*

(2) Aidants familiaux : *oui/ non/ Sans Objet*

(3) Logement : *adapté/ non adapté*

(4) Aides à domicile : *Non/ Oui, x h/semaine*

(5) Portage de repas : *Oui/ Non*

(6) Téléalarme : *Oui/ Non*

(7) Tabagisme : *Non/ actif/ sévré (entre parenthèse en Paquet- Année)*

(8) Alcool : *Non/ actif / sévré (entre parenthèse en Gr d'alcool par semaine)*

(9) *Entretien avec un psychologue : oui, souhaitable/ oui, réalisé/ Non*

(10) Niveau d'étude : *Analphabète/ Ecole Primaire/ Certificat d'Etudes/ brevet des collèges/ baccalauréat/ études supérieures*

(11) *Dessin de l'horloge : Réussi/ Echec partiel/ Echec total*

(12) *Démence : non/ légère/ modérée/ sévère*

(13) *Syndrome confusionnel : présent/ absent*

(14) *Syndrome parkinsonien : présent/ absent*

(15) *Présence escarres : Oui/ Non*

(16) *Perte de Poids récente : Non/ Oui, XX kg en xx mois*

(17) *Vision : pas de trouble/ trouble minime/ modéré/ important*

(18) *Lunettes : Non / Oui, adaptés/ non adaptés*

(19) *Audition : pas de trouble/ trouble minime/ modéré/ important*

(20) *Epreuve d'hypotension orthostatique : Positive/ négative*

(21) *Timed Get up and Go : positive/ négative*

(22) *Appui unipodal : positive/ negative*

(23) *Risque de chutes : pas de risque/ risque faible/ modéré/ important*

(24) *Incontinence : pas d'incontinence/ urinaire/ fécale/ bi sphinctérienne*

(*) médicament bénéficiant d'une recommandation particulière

(25) *Douleur : score EVA sur 10, score Algo PLUS sur 30*

(26) *Prise en charge sociale : Non/ oui, adaptée/ non adaptée*

(27) *Tr. Du sommeil : Oui/ non*

1. Perspectives d'évolution

a) Informatisation et internet

Actuellement, le compte-rendu est établi sous forme papier et adressé uniquement aux médecins hospitaliers prescripteurs de l'évaluation. Il est possible depuis 2012 de faire suivre le compte-rendu aux médecins traitants ou encore aux médecins coordinateurs d'EHPAD s'ils désirent recevoir les éléments de l'EGS, mais uniquement par voie papier et envoi postal.

Le stockage est informatique sur le logiciel Orbis, logiciel accessible à n'importe quel praticien de l'hôpital de Remiremont, via un code d'accès personnel.

Une piste d'évolution en cours d'élaboration sera de transmettre le compte-rendu ou le futur résumé d'EGS par messagerie sécurisée aux médecins non prescripteurs sur une messagerie sécurisée.

L'ensemble des praticiens hospitaliers de Remiremont et environ 16 praticiens généralistes du territoire de Santé de Remiremont disposent d'une adresse mail cryptée permettant de recevoir et d'envoyer des éléments contenant des données médicales privées. La généralisation de la télétransmission des résumés d'EGS via la plateforme Santé Lorraine est selon nous une piste très intéressante à promouvoir dans les mois à venir.

b) Démultiplications des intervenants médicaux au sein d'une filière gériatrique territoriale

Une filière de soins gériatrique est constituée d'un ensemble d'intervenants médicaux et paramédicaux qui ne se limitent évidemment pas uniquement aux médecins généralistes et aux anesthésistes.

Les médecins coordonnateurs, les médecins de spécialités d'organes assurant la prise en charge de pathologies spécifiques présentés par le patient, les médecins exerçant au dehors du territoire de Santé voire même en dehors du département devraient pouvoir avoir accès, selon nous, aux données du résumé d'EGS pour toutes aides à la prise en charge du patient évalué. Ainsi, l'utilisation d'un résumé informatisé faciliterait sa transmission, et pourrait être adressé à tout praticien qui aura à assurer la suite de la prise en charge au sein de la filière de soins gériatrique.

c) Une piste à suivre : le RAI –MDS ©

Au cours de l'année 2011, pour notre mémoire de DIU « d'Hospitalisation A Domicile et coordination de Réseaux » (Paris V), nous avons rencontré le Pr Jean Claude Henrard qui nous avait permis d'expérimenter une démarche d'évaluation gériatrique standardisée utilisée de manière institutionnelle dans de nombreux pays (Canada, Pays - Bas, Belgique, USA...)

Le Resident Assessement Instrument (RAI) est un système d'évaluation gériatrique développé depuis les années 1990 de manière internationale. Il évalue les besoins et les ressources permettant la mise en place de plans d'interventions globaux médicaux, paramédicaux et institutionnels, pour le patient âgé évalué, adapté à son lieu de vie habituelle (domicile, EHPAD, Long séjour, SSR, HAD) et en tenant compte de ses attentes.

Il comprend deux parties :

Les Données Minimum Standardisées (Minimum Data Set en anglais - MDS) qui est un formulaire de recueil des données de base du patient (état fonctionnel, santé du patient, soutien de l'entourage et besoins en aide institutionnelle du patient). Un certains nombre d'items du MDS, considérés comme des signaux d'alarmes, s'ils sont perturbés, renvoie à une série de guides d'analyses spécifiques à des domaines d'intervention (démence, risque de chute, dénutrition...).

Les GAD qui contiennent les recommandations par domaine d'intervention repéré par les éléments d'évaluation du MDS. L'ensemble des GAD correspondant à des signaux perturbés chez un patient est résumé sous forme d'un tableau qui servira à établir le plan d'intervention institutionnel pour le patient évalué. Il existe 30 GAD et en moyenne un patient âgé évalué par le RAI présente de 10 à 14 GAD perturbés.

Les GADs correspondent aux critères de fragilité d'un patient âgé évalué par une EMG. Un patient qui présenterait un nombre très réduit de GADs serait un patient présentant un vieillissement harmonieux et ne serait donc pas un patient dit fragile. Il n'aurait aucun bénéfice d'une prise en charge médico psychosociale consécutive à l'évaluation. De même, un patient âgé présentant un état clinique et fonctionnel trop dégradé avec un nombre de GADs perturbés important devra être hospitalisé pour une prise en charge adaptée.

Chaque lieu d'intervention (domicile, HAD, SSR, court séjour gériatrique...) implique des éléments d'évaluation du MDS spécifique du lieu d'intervention mais qui restent néanmoins complémentaires (certains éléments d'évaluation sont communs aux différents MDS).

Nous avons pu utiliser le logiciel du RAI – Home care (MDS pour l'Hospitalisation à Domicile). Si la pertinence d'utilisation du logiciel RAI n'est pas à remettre en cause, il implique une phase de formation initiale, une utilisation obligatoire par l'ensemble d'une filière de soins gériatrique hospitalière et territoriale (difficultés à transposer les items d'évaluation entre RAI et un autre type d'évaluation gériatrique standardisé) et une poursuite d'amélioration continue de la démarche (70).

Le process RAI a bénéficié de publications multiples dans la littérature anglo-saxonne, prouvant son efficience en population générale (71).

Conclusion

« Le monde est pleins d'erreurs ; mais de là je conclus que prêcher la raison n'est qu'une erreur de plus. »

Claude Rhuliere

Discours sur les disputes

La mise en place d'un résumé d'évaluation gériatrique standardisé hospitalier par une Equipe Mobile de Gériatrie au sein d'une filière de soins gériatrique territoriale semble être un événement attendu et souhaité par 2 groupes de médecins non ou peu prescripteurs d'évaluations gériatriques.

De part notre travail, nous avons pu constater que la très grande majorité des items d'une EGS semble être jugée soit importante soit indispensable à connaître par les médecins généralistes et les anesthésistes. Les opinions des deux groupes de médecins n'étaient pas significativement différentes sauf pour la partie mnésique, le GDS et les conclusions.

Tout en nous appuyant sur ces résultats, sur l'analyse descriptive de l'activité de l'Equipe Mobile de Gériatrie de Remiremont au cours de l'ensemble de l'année 2010 et une revue de la littérature, nous avons discuté les items de l'EGS devant figurer dans le compte-rendu résumé à destination de médecins non prescripteurs de l'EGS.

Ainsi, parallèlement au compte-rendu d'EGS de 5 à 7 pages déjà communiqué aux médecins prescripteurs hospitalier, nous proposons d'établir un résumé d'EGS synthétique de 2 pages, à l'intention des médecins généralistes et anesthésistes, mais aussi accessible à l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux d'une filière de soins gériatrique territoriale.

Il nous faut néanmoins rester modeste concernant nos propositions de résumé d'EGS, car même si elles ont été élaborées avec le souci d'optimiser le travail en réseaux, conformément à notre expérience professionnelle en SASPAS et au sein d'un service d'HAD pendant 2 mois, elles n'ont pas été validées dans un pratique d'activité d'EMG, que ce soit à Remiremont ou dans un autre Centre Hospitalier.

Une perspective de ce travail pourra être d'améliorer et de valider ce résumé, de poursuivre les démarches d'adaptation du compte-rendu d'EGS à transmettre aux médecins prescripteurs hospitaliers et au sein des acteurs gériatriques de la filière de soins (non concernés dans notre travail).

Nous souhaitons que ce travail puisse nourrir, dans un avenir que nous souhaitons proche, un maximum de réflexions sur la pratique en réseau de la médecine d'évaluation et de prise en charge gériatrique, chez nos confrères et consœurs gériatres mais aussi chez tous les intervenants des filières gériatriques, sur le versant hospitalier mais aussi et surtout sur le versant territorial.

Bibliographie

1. **ROUSSEAU A. C., BASTINELLI J. P.** *Les Equipes Mobiles au sein de la filière de soins*. Paris : IGAS, 2005 mai. 2005 053.
2. *Equipes Mobiles de Gériatrie, où en sommes nous?* **COUTURIER P.** Bordeaux : s.n., 2008. 4ème journée nationale des Equipes Mobiles de Gériatrie.
3. **Bulletin Officiel.** Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. 2002 йил 18-Mars.
4. **RUBENSTEIN L. Z., et al.** Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised clinical trial. *New England Journal of Medicine*. 1984 йил, Vol. 311, 26.
5. **Bulletin Officiel.** Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 relative à la filière gériatrique. 2007 йил 18 - mars.
6. *Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives.* **COUTURIER, Pascal.** 2004 йил, La Revue de Gériatrie, pp. vol. 29, N°9, p. 703 à 712.
7. **WARREN, M.** Care of the chronic aged sick. *Lancet*. 1946 йил, 841-843.
8. **EPSTEIN, A.M., et al.** Consultative geriatric assessment for ambulatory patients. A randomized trial in a health maintenance organization. *randomized trial in a health maintenance organization*. 1990 йил, Vol. 263, 538-544.
9. **RUBENSTEIN L.Z., et al.** The Sepulveda GEM Study: Randomized Trial of a Hospital Geriatric Evaluation & Management Unit. *New England Journal of Medicine*. 1984 йил, Vol. 311, 1664-1670.
10. **MC CUSKER J., et al.** Validity of an Activities of Daily Living Questionnaire among older patients in the emergency department. *J. Clin. Epidemiol.* 1999 йил, Vol. 52, 1023-1030.
11. **KATZ S., et al.** Progress in development of the index of Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1970 йил, Vol. 10, 20-30.
12. **LAWTON M. P., et al.** Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 йил, Vol. 9, 179-186.
13. **VETEL, J-Marie.** Comment analyser les données PATHOS et AGGIR? CNSA, 2011 йил.
14. **FOLSTEIN M. F., et al.** Mini-Mental State : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.* 1975 йил, Vol. 12, 189-198.
15. **SCHULMAN K. I., et al.** Clock drawing : is it the ideal cognitive screening test? *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2000 йил, Vol. 15, 548-561.

16. **DUBOIS B., et al.** Les 5 mots : une épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med.* 2002 йил, Vol. 31, 1696-1699.
17. **COWPLI-BONY P., et al.** Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'ALzheimer dans la population générale. *Rev. Neurol.* 2005 йил, Vol. 161, 1205-1212.
18. **CLEMENT J. P., et al.** Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la GDS de Yesavage. *Encéphale.* 1997 йил, Vol. 23, 91-99.
19. **YESAVAGE J. A., et al.** Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983 йил, Vol. 17, 37-49.
20. **TINETTI M. E., et al.** Identifying mobility dysfunctions in elderly patients : standard neuromuscular examination or direct assessment? *JAMA.* 1988 йил, Vol. 259, 1190-1193.
21. **VELLAS B. J., et al.** One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997 йил, Vol. 45, 735-738.
22. **SHUMWAY-COOK A., et al.** Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up and Go Test. *Phys. Ther.* 2000 йил, Vol. 80, 896-903.
23. **GUIGOZ Y., et al.** Mini Nutritional Assessment : a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res. Gerontol.* . 1994 йил, Vol. 2, 15-59.
24. **HUCKISSON E. C., et al.** Measurement of pain. *Lancet.* 1974 йил, Vol. 2, 1127-1131.
25. **JENSEN M.P., KAROLY P., BRAVER S.** The measurement of clinical pain intensity : a comparison of 6 methods. *Pain.* 1986 йил, Vol. 27, 117-126.
26. **HEFT M. W., et al.** A validation model for verbal descriptor scaling of human clinical pain. *Pain.* 1980 йил, Vol. 9, 363-373.
27. **LEFEBVRE CHAPIROT S., et al.** The Dolo Plus 2 scale-evaluating in the elderly. *Eur. J. Palliat. Care.* 2001 йил, Vol. 8, 191-194.
28. **ORSAS.** Indicateurs par territoire de santé en 2006 : Le pays de Remiremont. octobre 2006 йил, Vol. 20, 142-147.
29. **ORSAS Lorraine.** *Etat de Santé et déterminants de Santé de la population lorraine par TSP.* mai 2009.
30. **HAS.** Rapport de certification du CH de Remiremont. 2010 йил.
31. **L., TOULEMON.** Projections démographiques pour la France et ses régions : vieillissement de la population et stabilisation. *Economie et statistique.* INSEE, mai 2008 йил.
32. **L., MARCHAND.** Contribution à l'évaluation de la prise en charge des personnes âgées dans un centre hospitalier par identification de la population âgée fragile et la description des filières gériatriques. À propos de 358 entrées dans le service des urgences médicales. *thèse de médecine générale.* Université de Grenoble, 1998 йил.

33. **L., DRUESNE.** Place d'une équipe mobile de gériatrie dans un service de chirurgie. *Revue de Gérontologie*. 2011 йил, Vol. 16, 87, p. 39-41.
34. **Fried LP, Guralnik JM.** Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J Am Geriatr Soc*. 1997 йил, Vol. 45, 1 p 92-100.
35. **Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ.** Review of community prevalence of depression . *Br J Psychiatry*. 1999 йил, Vol. 174, 307-11.
36. **J., ROCHE.** Tabagisme de la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2008 йил, Vol. 8, 45; 3-8.
37. **Graziani, P.** La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogues, santé et société*. 2010 йил, Vol. 9, 2, p. 49-74.
38. **Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF.** level, Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational. *JAMA*. 1993 йил, Vol. 269, p. 2386-91.
39. **J., BELMIN.** le test CODEX. *Revue de gériatrie*. 2007 йил, Vol. 32, 627-31.
40. **P, MANOS.** 10-Point Clock Test Screens for Cognitive Impairment in Clinic and Hospital Settings. . *Psychiatric Times*. 1998 йил, Vol. 15.
41. **Thomas, BODNER, et al.** Clock drawing, clock reading, clock setting, and judgment of clock faces in elderly people with dementia and depression. *Journal of the American Geriatrics Society* . 2004 йил, Vol. 52, No7, p. 1146-1150.
42. **D.M., KAUFMAN and L., ZUN.** A quantifiable brief mental status examination for emergency patients. *J. Emerg. Med*. 1995 йил, Vol. 13, 449-56.
43. **O., BOUILLANNE and al.** Geriatric Nutritionnal Risk Index : a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *Am J. Clin. Nutr*. 2005 йил, Vol. 82, 777-83.
44. **PECHU, A.** Dosage de l'albumine sérique. Un marqueur de l'état nutritionnel de la personne âgée. *Médecine*. 2010 йил, Vol. 6, 4; p. 156-160.
45. **N.Faucher and Coll.** Prise en charge des escarres chez le sujet âgé. *Concours Médical*. 2003 йил, Vol. 23.
46. **BLANCHON, M-A.** Conséquences du syndrome d'immobilisation. *Rev. Gériatr*. 2006 йил, Vol. 31, 119-32.
47. **GONZALEZ, L.** Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. *Rev. Gériatr*. 2004 йил, Vol. 29, p; 66-1.
48. **JJ Monsuez, R Beddok ,A Mahiou ,A Ngaleu ,S Belbachir.** Orthostatic hypotension: epidemiology and mechanisms. *Presse Med*. 2012 йил, Vol. 41, n°11 p.1092-7.
49. **MANSOURATI, J.** Orthostatic hypotension: implications for the treatment of cardiovascular diseases. *Presse Med*. 2012 йил, Vol. 41, 11 p.1111-5.

50. **Aline H. Karuka, José A. M. G. Silva.** Analysis of agreement of assessment tools of body balance in the elderly. *Rev. Bras. Fisioter.* 2011 йил, Vol. 15, 6; p. 460-6.
51. **JD, GUELF.** *L'évaluation clinique standardisée.* s.l. : éditions médicales Pierre Fabre, 1996. tome 2.
52. incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. *corpus de gériatrie* . s.l. : faculté de médecine de Jussieu, 2000 йил.
53. *A patient-completed screening instrument for functional disability in the elderly.* **F.C., PANNIL.** s.l. : Am. J. Med., 1991 йил.
54. **L., DE DECKER.** L'indice de co-morbidité de Charlson. *Annales de gériatrie.* 2009 йил, Vols. vol. 2, N°3, p. 159-60 .
55. **J.ANKRI.** Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société.* 2002 йил, Vol. 2, 103, p.93-106.
56. **M. Andro, S. Estivin, É. Comps, A. Gentric.** Évaluation de la fonction rénale au-delà de 80 ans : formule de Cockcroft et Gault ou Modification of diet in renal disease ? *La Revue de Médecine Interne.* 2008 йил, Vols. Volume 32, Issue 11, , p. 698-702.
57. **Rastogi, R. and Meek, B. D.** Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging.* 2013 йил, Vol. 8, 37-46.
58. **Moran MG, Thompson TL, Nies AS.** Sleep disorders in the elderly . *Am J Psychiatry.* 1998 йил, Vol. 145, (11) : 1369-78.
59. **M., ZUBER and L., MAS J.** Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *revue neurologique.* 1992 йил, Vol. vol. 148, n°4,(243-255).
60. **B. Barrois, F.-A. Allaert, D. Colin.** Escarre et épidémiologie. *Techniques hospitalières.* 1996 йил, Vol. n°606, p. 39-41.
61. **SFDRMG.** *Prévention des chutes accidentelles.* 2005.
62. **al., Fourier A. et.** Sociodemographic characteristics and polypharmacy in elderly people :data from the Paquid study. *Post Market Surv.* 1997 йил, Vol. 7, p. 291-8.
63. *Qui sollicite les équipes mobiles gériatriques ? Pour quels motifs et quels patients ?* **ANTOINE, Valéry, AUGER, Marie-Claire and BODENAN, Laure.** 2009 йил, La Revue de Gériatrie, pp. vol 34, n°9, p. 769 à 779.
64. **CLEMENT, J-P. and M., LEGER J.** *Clinique et épidémiologie de la dépression des sujets âgées.* s.l. : MASSON, 1996.
65. **Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, Capriz-Rivière F, Lefebvre-Chapiro S, Gauquelin F, Bonin-Guillaume S.** Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. *Eur J Pain.* 2011 йил, Vol. 15, 2, p. 1-198.

66. **P. Pfitzenmeyer, A. Musat, L. Lenfant, A. Turcu, A. Musat.** Altération cognitive post-opératoire chez le sujet âgé. *Press Med.* 2001 йил, 30:648-52.
67. **HAS.** *la sécurité des patients : Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé.* 2012.
68. **Andrew S. Levey, MD and al, Lesley A. et.** A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. *Ann Intern Med.* 2009 йил, Vol. 150, n°9:p.604-612.
69. **HAS.** *Maladie rénale chronique de l'adulte.* 2012.
70. **Henrard J. C., Cerase Umay V., Ankri J.** Intérêt du RAI pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *La Revue de Gériatrie.* 2000 йил, Vol. 25, n°4, p.231-42.
71. **Hirdes JP, Fries BE, Morris JN.** Integrated health information systems based on the RAI/MDS series of instruments. *Healthc Manage Forum.* 1999 йил, Vol. 12, n°4, p.30-40.
72. *Communications orales et affichées. 2013, L'année gérontologique.* 2013.

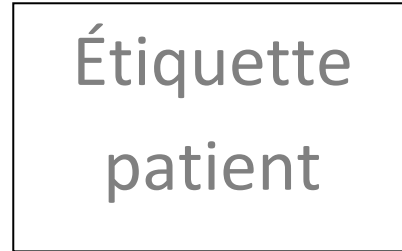
Annexes

« La nature ne semble guère capable de donner que des maladies assez courtes. Mais la médecine s'est annexé l'art de les prolonger »

Marcel Proust

Extrait de *A la recherche du temps perdu*

I. Formulaire de demande d'intervention de l'EMG



Date de demande d'intervention de l'EMG :

XX/XX/XXXX

Date de réception de la demande : XX/XX/XXXX

Médecin et service demandeur : Dr xxxxx Médecin Traitant : Dr xxxxxx

Motif de la demande d'intervention de l'EMG :

Résumé en une ligne

Renseignements concernant le patient :

1) Principaux ATCD médico-chirurgicaux et traitement habituel (joindre feuille « pharma »)

2) Motif d'hospitalisation :

Résumé en une ligne

3) Constantes utiles :

a. Poids : XX (kg) Taille : X,XX(m)

b. Créatininémie : XX,X mmol/l Hémoglobine : XX,X g/dL

c. Albuminémie : XX,X g/dL

II. Compte rendu d'intervention de l'EMG en 2010

Chère Consœur, Cher Confrère,

Voici le compte rendu de l'intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie

Réalisée le : XX/XX/XXXX Auprès de votre patient, Mr :

A la demande du Dr _____ (+ service demandeur)

Médecin traitant : Dr _____

Etiquette
Patient

Motif d'hospitalisation :

Résumé en quelques lignes

Principaux ATCD personnels :

Médicaux

Liste 1

Chirurgicaux

Liste 2

Conditions de vie :

marié / célibataire / veuf

____ Enfants vivant à : lieux de vie des différents enfants

Adresse : celle où le patient réside habituellement

Aides à domicile : ADMR : nbre d'heures /semaine

Portage repas : OUI/ NON

Téléalarme : OUI/NON

Remarques éventuelles concernant le logement :

Résumé en quelques lignes

I] Evaluation thymique et psychologique :

Mini GDS : ____ /4

GDS : ____ /15

Addictions éventuelles :

Tabac : OUI/ NON

Alcool : OUI/ NON

Autre : OUI/ NON

Entretien éventuel avec psychologue : souhaitable/ nécessaire/ inutile

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

II] Evaluation cognitive et mnésique :

Droitier(ère) Gaucher(ère) Ambidextre

Niveau Socio éducatif :

MMS : ____/30

5 mots de Dubois : Total ____ /10

Rappel N° 1 : sans indicage : avec indicage : Total : ____ /5 intrusions :

Rappel N° 2 : sans indicage : avec indicage : Total : ____ /5 intrusions :

Test de l'horloge :

Si nécessaire : MM Parkinson :

Si nécessaire : recherche de syndrome confusionnel :

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

III] Evaluation nutritionnelle :

Poids : XX Kg Taille : X,XX cm IMC : XX Albuminémie : XX g/L

Présence d'escarres : OUI/ NON

Mini-MNA : XX/14

MNA :XX/30

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

IV] Evaluation du risque de chute et des troubles sensoriels :

Vision : normal/ déficiente/ cécité lunettes Oui/ non Audition : normale/ presbycousie/ cophose

Recherche d'hypotension orthostatique : positive/ négative

Assis : TA : XXX/XX Pouls : XX bpm

Debout 1' : TA : XXX/XX Pouls : XX bpm

Debout 3' : TA : XXX/XX Pouls : XX bpm

Debout 5' : TA : XXX/XX Pouls : XX bpm

Appui unipodal 5 secondes : positif/ négatif

Test de Tinetti : (facultatif)

Get up and go Timed 20sec maxi : XX sec

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

V] Evaluation de l'autonomie :

Grille AGGIR : X/6

IADL (autonomie + risque démence) : X/4

Incontinence : OUI/ NON FECALE/ URINAIRE

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

VI] Evaluation des polyopathologies et du risque de décompensation :

Pathologies actives notables : mise en évidence par gériatre des pathologies décompensées ou à risque

Score de Charlson :

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

VII] Evaluation du risque iatrogène :

Traitement actuel : Cf dernier traitement connu et actualisé

Créatininémie : _____ $\mu\text{mol/L}$ Clairance selon Cockroft : XX mL/mn

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

VIII] Eventuellement évaluation de la douleur :

EVA : ____ /10

Eventuellement : échelle DOLOPLUS :

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

IX] Remarques éventuelles sur le plan social + souhaits du patient et de sa famille :

Eventuellement : évaluation du fardeau de l'aidant : échelle de Zarit

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

X] Autres remarques éventuelles :

Existence de troubles du sommeil ? OUI/ NON

Synthèse médicale intermédiaire résumée en quelques lignes

XI] Conclusions et recommandations :

Synthèse médicale finale en quelques lignes avec établissement de conclusions et de recommandations.

XII] Suivi des recommandations données par l'EMG ?

- ➔ *Intervention de l'équipe mobile justifiée : OUI -NON*
- ➔ *Proposition d'un avis psychologique : OUI - NON*
- ➔ *Intervention assistante sociale : OUI - NON*
- ➔ *Suivi des recommandations de l'EMG : cf. courrier de sortie du patient*
- ➔ *Tests réalisés par Mme M.C Garnier.*

Docteur Aline WAGNER,

III. Courrier de sollicitation des médecins généralistes pour l'étude qualitative

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT

Equipe Mobile de Gériatrie

Dr L.Osnowicz - Dr A. Wagner

Remiremont, le 24 octobre 2012

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Cher Confrère, Chère Consœur,

Alors que l'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont établit un compte rendu à l'attention des médecins prescripteurs hospitaliers pour chaque patient gériatrique évalué, l'activité de Jérôme TISSERAND au sein de l'Equipe Mobile de gériatrie durant un semestre d'internat en 2010/11 a permis de constater que la majorité des données recensées dans le compte rendu semblerait être pertinente à connaître pour les médecins généralistes dans le cadre de leur prise en charge post hospitalière.

Afin d'établir des modifications pertinentes des Evaluations Gériatriques réalisées par l'équipe du CH de Remiremont, nous vous soumettons donc ce jour un questionnaire vous demandant de définir les éléments que vous jugeriez indispensables, importants, accessoires ou inutiles à connaître dans votre pratique habituelle. Une dernière catégorie a par ailleurs été définie, permettant de rassembler les éléments pour lesquelles vous seriez sans opinion.

Un premier travail auprès du collège lorrain d'Anesthésie Réanimation a été réalisé permettant la réalisation d'une évaluation gériatrique avant une anesthésie programmée

L'ensemble des résultats de ce travail vous sera transmis dans les semaines à venir via l'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont

Dr Aline WAGNER

N. B : pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter Jérôme TISSERAND par mail : jerome.tisserand@ch-remiremont.fr ou par téléphone : 03.29.41.40.64

Equipe Mobile de Gériatrie

Tél. : 03.29.23.41.85 - Fax : 03.29.23.41.61

IV. Evaluations Gériatriques Standardisées hospitalières : mise en place de courriers standardisés à adresser aux médecins généralistes

Depuis 2009, Le Centre Hospitalier de Remiremont dispose d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) intra hospitalière. De par ses fonctions, elle réalise des évaluations gériatriques standardisées (EGS), visant à dépister l'ensemble des critères de fragilité présents chez les patients âgés de plus 75 ans afin d'apporter d'éventuelles modifications dans le plan de soins hospitaliers proposé.

Depuis 2010, elle a ainsi réalisé plus de 500 évaluations gériatriques. Dans une démarche d'amélioration de nos pratiques, nous souhaiterions adresser un compte rendu de cette évaluation aux médecins généralistes du territoire de santé afin de faciliter et de fluidifier la prise en charge post hospitalière des patients gériatriques.

L'Equipe Mobile Gériatrique (EMG) réalise une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) correspondant donc à une évaluation multidimensionnelle.

Ainsi, après avoir renseigné **la partie administrative** (Nom, prénom, Date De Naissance, étiquette du patient, date de demande, date de réalisation de l'EGS, médecin traitant, médecin demandeur et le service), le **motif d'hospitalisation** est repris et complété si nécessaire.

Afin d'être le plus exhaustif possible, les **antécédents médico chirurgicaux** sont recherchés dans le dossier du patient mais aussi dans tous les comptes rendus stockés dans la base de données informatisée hospitalière *Orbis*.

Les conditions de vie du patient sont précisées (statut matrimonial, lieu de vie, aides à la personne et leur types, logement et ses caractéristiques)

L'évaluation thymique et psychologique consiste en un entretien avec le patient, la réalisation de deux tests d'évaluation du risque dépressif : le mini *Geriatric Depression Scale* et le *Geriatric Depression Scale*, la recherche d'addiction (tabac, alcool, autres). La nécessité d'un éventuel entretien psychologique est évaluée.

L'évaluation cognitive consiste en la recherche de la latéralisation du patient, de son niveau socio éducatif, de la réalisation d'un Mini Mental State et d'une épreuve des 5 mots de Dubois, et enfin d'un test de l'horloge. Un syndrome parkinsonien et/ou un syndrome confusionnel est recherché.

L'évaluation nutritionnelle comporte une recherche du dernier poids et de la taille pour un calcul d'IMC et de la recherche d'escarre ou de tout signe cutané douteux. Un calcul du Mini Nutritional Assessment et un dosage de l'albumine est réalisé si nécessaire.

L'évaluation du risque de chute comporte un contrôle sommaire de la vision et de l'audition (*test de lecture, et épreuve des 3 mots chuchotés*). Une épreuve d'hypotension orthostatique est réalisée à 1 min, 3 min et 5 min avec contrôle simultané de la fréquence cardiaque et de la bonne tolérance clinique de l'orthostatisme. Un *test d'appui unipodal* ainsi qu'un *get up and go test* est réalisé. Il est parfois réalisé une *épreuve de Tinetti*.

L'évaluation de l'autonomie est assurée par la réalisation d'une cotation AGGIR, d'un calcul des IADL et par la recherche d'une incontinence urinaire et/ ou fécale.

L'évaluation du risque de décompensation concerne la recherche et la mise en évidence de l'intégralité des pathologies actives et de leur éventuelle intrication pouvant expliquer la symptomatologie présentée par le patient.

L'évaluation du risque iatrogène est assurée par le recueil et l'analyse du traitement actuel confrontée à l'état clinique du patient, et aux données biologiques déjà connues (clearance de la créatinine, TSH, INR, fonction hépatique, syndrome inflammatoire...).

L'évaluation de la douleur comporte une cotation par EVA ou EVS. Si nécessaire, il est possible de faire réaliser une cotation selon l'échelle DOLOPLUS.

L'évaluation sociale, réalisée par le service social de l'hôpital participe à l'activité de l'équipe pour assurer la mise en place d'éventuelles aides à la personne ou pour accompagner l'entourage du patient dans les démarches administratives.

Une recherche de troubles du sommeil est réalisée.

Un ensemble de conclusions et de recommandations sont établies en fin d'évaluation.

Le compte rendu est réalisé sous forme d'un courrier à destination, jusqu'alors, du médecin et du service prescripteur de la demande d'évaluation. Sous une forme standardisée d'environ 5 pages, il résume l'ensemble de l'évaluation.

Au cours de l'année 2012, dans les suites d'un travail de thèse et de mémoire en cours de rédaction (doctorant : Jérôme TISSERAND ; direction : Dr Aline WAGNER : chef du service du SSR et de l'EMG du CH de Remiremont), un protocole d'élaboration de compte rendus de synthèse des évaluations gériatriques standardisées réalisées au sein du Centre Hospitalier de Remiremont sera mis en place à destination des médecins généralistes, permettant de vous transmettre les informations que vous aurez jugé essentielles pour la suite de la prise en charge médicale des patients gériatriques à leur retour à domicile ou en établissements d'hébergement.

V. Questionnaire à l'attention des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'un compte rendu à leur attention lors de la réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée hospitalière

Grille d'évaluation

	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Identification du patient					
Date de l'évaluation					
Médecin demandeur					

Antécédents					
-------------	--	--	--	--	--

Conditions de vie					
Statut matrimonial					
Enfants					
Adresse					
Auxiliaire De Vie / Portage de repas / téléalarme					
Remarques logement					

Evaluation thymique et psychologique					
Mini GDS /GDS					
Tabac/ alcool					
Evaluation psychologique					

Evaluation cognitive et mnésique					
latéralisation					
MMS					
5 mots de Dubois et rappel					
Test de l'horloge					
Syndrome confusionnel					

	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S.O.
Evaluation nutritionnelle					
poids / taille / IMC					

Albumine					
Escarre					
Mini MNA/ MNA					

Evaluation du risque de chute et sensorielle					
Vision / Audition					
Hypotension orthostatique					
Appui unipodal/ Get up and Go/ Test de Tinetti					

Evaluation de l'autonomie					
AGGIR					
IADL/ ADL					
Incontinence					

Evaluation des poly pathologies et risques de décompensation					
Pathologies actives					
Score de Charlson					

Evaluation du risque iatrogène					
Traitement en cours					
Evaluation biologique					
Evaluation de la douleur					
Evaluation sociale					
Evaluation du sommeil					
Conclusions					
Recommandations					

Nombre maximal de pages du Compte rendu adressé aux médecins généralistes : pages

Remarques générales

.....

VI. Evaluations Gériatriques Standardisées avant une anesthésie chez un patient âgé et fragile

L'exemple de l'activité du CH de Remiremont

Jérôme TISSERAND

SAU/ UHCD – CH de Remiremont
Médecin Sapeur Pompier – CSP de Remiremont
DIU Hospitalisation A Domicile et Coordination de Réseaux – PARIS 7

Depuis 2009, Le Centre Hospitalier de Remiremont dispose d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) intra hospitalière. De par ses fonctions, elle réalise des évaluations gériatriques standardisées (EGS), visant à dépister l'ensemble des critères de fragilité présents chez les patients âgés de plus 75 ans afin d'apporter d'éventuelles modifications dans le plan de soins hospitaliers proposé. En 2010 et en 2011, quelques évaluations ont été réalisées à la demande de médecins anesthésistes de l'hôpital visant à modifier le protocole de prise en charge per et post anesthésie d'un acte chirurgical.

L'EMG réalise une EGS correspondant donc à une évaluation multidimensionnelle.

Ainsi, après avoir renseigné **la partie administrative** (Nom, prénom, Date De Naissance, étiquette patient, date de demande, date de réalisation de l'EGS, médecin traitant, médecin demandeur et le service), le **motif d'hospitalisation** est repris et complété si nécessaire, les **antécédents médico chirurgicaux** sont recherchés dans le dossier du patient mais aussi dans tous les comptes rendus stockés dans la base de données hospitalière Orbis.

Les conditions de vie du patient sont précisées (statut matrimonial, lieu de vie, aides à la personne et leur types, logement et ses caractéristiques)

L'évaluation thymique et psychologique consiste en un entretien avec le patient, la réalisation d'un mini *Geriatric Depression Scale* et d'un *Geriatric Depression Scale*, la recherche d'addiction (Tabac, alcool, autres). La nécessité d'un éventuel entretien psychologique est évaluée.

L'évaluation cognitive consiste en la recherche de la latéralisation du patient, de son niveau socio éducatif, de la réalisation d'un MMS et d'une épreuve des 5 mots de Dubois, et enfin d'un test de l'horloge. Un syndrome parkinsonien et/ou un syndrome confusionnel est recherché.

L'évaluation nutritionnelle comporte une recherche du dernier poids et de la taille pour un calcul d'IMC, de la recherche d'escarre ou de tout signe cutané douteux. Un calcul du Mini Nutritional Assessment et un dosage de l'albumine est réalisé si nécessaire.

L'évaluation du risque de chute comporte un contrôle sommaire de la vision et de l'audition (*test de lecture, et épreuve des 3 mots chuchotés*). Une épreuve d'hypotension orthostatique est réalisée à 1 min, 3 min et 5 min avec contrôle simultanée de la fréquence cardiaque et de la bonne tolérance

clinique de l'orthostatisme. Un *test d'appui unipodal* ainsi qu'un *get up and go* test est réalisé. Il est parfois réalisé une *épreuve de Tinetti*.

L'évaluation de l'autonomie est assurée par la réalisation d'une cotation AGGIR, d'un calcul des IADL et par la recherche d'une incontinence urinaire et/ ou fécale.

L'évaluation du risque de décompensation concerne la recherche et la mise en évidence de l'intégralité des pathologies actives et de leur éventuelle intrication pouvant expliquer la symptomatologie présentée par le patient.

L'évaluation du risque iatrogène est assurée par le recueil et l'analyse du traitement actuel confrontée à l'état clinique du patient, et aux données biologiques déjà connues (clearance de la créatinine, TSH, INR, fonction hépatique, syndrome inflammatoire...).

L'évaluation de la douleur comporte une cotation par EVA ou EVS. Si nécessaire, il est possible de faire réaliser une cotation selon l'échelle DOLOPLUS.

L'évaluation sociale, réalisée par le service social de l'hôpital participe à l'activité de l'équipe pour assurer la mise en place d'éventuelles aides à la personne ou pour accompagner l'entourage du patient dans les démarches administratives.

Une recherche de troubles du sommeil est réalisée.

Un ensemble de conclusions et de recommandations sont établies en fin d'évaluation.

Le compte rendu est réalisé sous forme d'un courrier à destinataire du médecin et du service prescripteur de la demande d'évaluation. Sous une forme standardisée d'environ 5 pages, il résume l'ensemble de l'évaluation.

Au cours de l'année 2012, dans les suites d'un travail de thèse et de mémoire en cours de rédaction (direction : Dr Aline WAGNER : chef du service du SSR et de l'EMG du CH de Remiremont) , un protocole de réalisation d'évaluations gériatriques standardisées sera mis en place permettant de répondre à toutes les demandes émanant du service d'anesthésie, que ce soit dans le cadre d'une activité programmée (ouverture de créneaux d'évaluations gériatriques précédant ou succédant la consultation d'anesthésie avec une sollicitation possible par les médecins traitants et les anesthésistes de l'hôpital) ou dans le cadre d'une activité issue d'une prise en charge en urgence (introduction, au sein du logiciel Résurgences, d'un onglet permettant d'intégrer les éléments indispensables visant à dépister les critères de fragilité avant une chirurgie non programmée chez les patients gériatriques)

VII. Questionnaire en vue de modifier le Compte Rendu à l'attention des médecins anesthésistes lors d'une Evaluation Gériatrique Standardisé

Alors que l'Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont établit un compte rendu à l'attention des médecins prescripteurs hospitaliers pour chaque patient évalué, mon activité au sein de l'Equipe Mobile de gériatrie durant un semestre d'internat m'a permis de constater que la majorité des données recensées dans le compte rendu semble être pertinente à connaître pour les médecins anesthésistes pour leur prise en charge anesthésique.

Afin d'établir des modifications pertinentes des EGS réalisées pour le service d'anesthésie, nous vous soumettons donc ce jour un petit questionnaire qui nous permettra de connaître les éléments d'évaluation qui seraient les plus pertinents à connaître avant une anesthésie.

Les résultats de ce petit travail vous seront transmis dans les semaines à venir via l'ILAR.

Grille d'évaluation

	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S. O.
Identification du patient					
Date de l'évaluation					
Médecin demandeur					
Rappel acte réalisé					
Antécédents					
Conditions de vie					
Statut matrimonial					
Enfants					
Adresse					
Auxiliaire De Vie / Portage de repas / téléalarme					
Remarques logement					
Evaluation thymique et psychologique					
Mini GDS /GDS					
Tabac/ alcool					
Evaluation psychologique					

Nombre maximal de pages du Compte rendu adressé aux médecins anesthésistes : Pages

	Indispensable	Important	Accessoire	Inutile	S.O.
Evaluation cognitive et mnésique					
latéralisation					
MMS					
5 mots de dubois et rappel					
Test de l'horloge					
Syndrome confusionnel					

Evaluation nutritionnelle					
poids / taille / IMC					
Albumine					
Escarre					
Mini MNA/ MNA					

Evaluation du risque de chute et sensorielle					
Vision / Audition					
Hypotension orthostatique					
Appui unipodal/ Get up and Go/ Test de Tinetti					

Evaluation de l'autonomie					
AGGIR					
IADL/ ADL					
Incontinence					

Evaluation des poly pathologies et risques de décompensation					
Pathologies actives					
Score de Charlson					

Evaluation du risque iatrogène					
Traitement en cours					
Evaluation biologique					
Evaluation de la douleur					
Evaluation sociale					
Evaluation du sommeil					
Conclusions					
Recommandations					

Remarques générales

.....

VIII. Remarques générales des médecins généralistes en fin de questionnaire d'évaluation

- « Nous n'avons pas besoin du détail des nombreux tests réalisés (et que je ne saurais interpréter !) mais plutôt d'une synthèse avec des mots et pas une série de scores ! Nous réalisons cette « évaluation » au quotidien sans « test » ni « score » ! Les patients ne se limitent pas à une série de bons ou mauvais résultats. »
- « Evaluation gériatrique indispensable ! Merci de se pencher sur ce problème ! »
- « Tout semble important = donc peut être juste relever les éléments qui ont évolué anormalement ou qui sont méconnus car en général nous connaissons la plus grande majorité des critères ci-dessus de notre patientèle »
- « Importance d'une évaluation simple avec synthèse et conclusion. Tout ce qui est cadre de vie, entourage, l'hôpital en a besoin mais nous, nous sommes au courant ! Une évaluation trop longue avec des scores peu utilisés ne sera pas/peu lue ! »
- « Toutes les rubriques sont importantes mais les résultats doivent être concis. Les recommandations doivent être réalisables. »
- « Privilégier la synthèse et hiérarchiser les problèmes avec des propositions de prise en charge négociées, concertées, cohérentes (que tout le monde tienne le même discours autour du patient) »
- « Synthèse la plus concise possible car par expérience courrier trop long → seul le résumé est lu ! En tout cas, bonne initiative, Merci ! »
- « Le compte rendu devrait contenir une synthèse de 3 à 10 lignes »

IX. Remarques générales des médecins anesthésistes en fin de questionnaire d'évaluation

- « Si cette consultation est faite avant notre consultation d'anesthésie, c'est la situation idéale !! Très très bien... mais certainement difficile à mettre en place... »
- « Les plus importantes me semblent les recommandations pour la prévention de la désorientation post opératoire. »
- « Super travail. Découverte de possibilités de dépistage très intéressantes. Mais travail à faire en amont de la consultation d'anesthésie. Implication des confrères chirurgiens. »
- « Bravo pour cette réflexion. Une telle évaluation pourrait devenir systématique pour tout patient âgé programmé. Evalué sur la prédictibilité des complications ? Utilisation de cette consultation gériatrique pour la sortie de réanimation et trouver la meilleure orientation. »

RESUME DE LA THESE

Depuis 2009, L'Equipe Mobile du Centre Hospitalier de Remiremont réalise des évaluations médico psychosociales pour les patients âgés fragiles, sur prescription des médecins hospitaliers.

Notre travail a eu pour objectif principal de déterminer si un groupe de médecins généralistes et un groupe de médecins anesthésistes jugeaient utile de connaître pour leurs activités professionnelles les résultats d'une évaluation gériatrique standardisée et quels items leur paraissaient importants à connaître dans cette évaluation.

Matériels et méthodes : 2 groupes d'analyse ont été constitués pour analyser les 36 items de l'évaluation gériatrique : un groupe de 14 médecins anesthésistes lorrains et un de 26 médecins généralistes du territoire de Remiremont. Ils ont jugé chaque item de l'évaluation gériatrique standardisée - telle que réalisée en 2010 - selon que son résultat était indispensable, important, accessoire ou inutile à connaître. Un test de Fischer a été réalisé pour chaque item afin de connaître si les répartitions des réponses étaient similaires ou non entre les deux groupes.

Parallèlement une analyse descriptive de l'activité de l'EMG de Remiremont a été réalisée sur l'année complète de 2010, incluant 180 dossiers afin d'avoir des résultats de référence concernant chaque item pour la population du territoire de Remiremont.

Résultats : la partie administrative a été jugée globalement indispensable et importante par les 2 groupes, de même que les conditions de vie, l'évaluation psychologique, l'évaluation nutritionnelle, l'évaluation sensorielle, l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation de la iatrogénie, les pathologies actives et les conclusions de l'évaluation. Une différence de répartition dans les réponses a été retrouvée en ce qui concerne l'évaluation mnésique et les recommandations.

La confrontation de ces résultats avec ceux de l'analyse descriptive de 2010 et les données de la littérature a permis l'élaboration d'un résumé d'EGS (format réduit de 7 à 2 pages) pouvant être transmis aux médecins du patient (généralistes/anesthésistes).

TITRE EN ANGLAIS

To a Comprehensive geriatric assessment for GPs and anesthetists.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : évaluation gériatrique standardisée (EGS) – courrier – anesthésiste – généraliste -

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
