



**HAL**  
open science

## Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy : quelles attentes et quelle pertinence pour les médecins généralistes ?

Fanny Feippel

### ► To cite this version:

Fanny Feippel. Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy : quelles attentes et quelle pertinence pour les médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04359149

**HAL Id: hal-04359149**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04359149v1>**

Submitted on 24 Jan 2024

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

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



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## 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 bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## 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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par FEIPPEL Fanny

Le 14 septembre 2022

**Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de  
Nancy : quelles attentes et quelle pertinence pour les  
médecins généralistes ?**

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur BENETOS Athanase

Président

Madame le Professeur SIEGRIST Sophie

Juge

Monsieur le Docteur VAUTHIER Jean-Charles

Juge

Madame le Docteur HANESSE Bernadette

Directrice

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par FEIPPEL Fanny

Le 14 septembre 2022

**Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de  
Nancy : quelles attentes et quelle pertinence pour les  
médecins généralistes ?**

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur BENETOS Athanase

Président

Madame le Professeur SIEGRIST Sophie

Juge

Monsieur le Docteur VAUTHIER Jean-Charles

Juge

Madame le Docteur HANESSE Bernadette

Directrice

## Liste des professeurs

**Présidente de l'Université de Lorraine : Madame Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**

Pr Louise TYVAERT

**Assesseurs :**

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

**Chargé de mission**

*PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

**Présidente du Conseil Pédagogique** : Pr Louise TYVAERT

**Président du Conseil Scientifique** : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

### **DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

### **PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD -

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faïez ZANNAD

=====

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

#### **42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Anatomie**

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

##### **2<sup>e</sup> sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique**

Professeur Christo CHRISTOV

##### **3<sup>e</sup> sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques**

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

#### **43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Biophysique et médecine nucléaire**

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

##### **2<sup>e</sup> sous-section : Radiologie et imagerie médicale**

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

#### **44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

##### **2<sup>e</sup> sous-section : Physiologie**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

**3<sup>e</sup> sous-section : *Biologie cellulaire***

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

**4<sup>e</sup> sous-section : *Nutrition***

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

**45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière***

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

**2<sup>e</sup> sous-section : *Parasitologie et Mycologie***

Professeure Marie MACHOUART

**3<sup>e</sup> sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales***

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention***

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

**4<sup>e</sup> sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

**2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie***

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

**4<sup>e</sup> sous-section : *Génétique***

Professeur Philippe JONVEAUX

**48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>e</sup> sous-section : *Médecine intensive-réanimation***

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

**3<sup>e</sup> sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>e</sup> sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie***

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**5<sup>e</sup> sous-section : *Médecine d'urgence***

Professeur Tahar CHOUIHED

**49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Neurologie**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>e</sup> sous-section : Neurochirurgie**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>e</sup> sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>e</sup> sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>e</sup> sous-section : Médecine physique et de réadaptation**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Rhumatologie**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>e</sup> sous-section : Dermato-vénéréologie**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Pneumologie ; addictologie**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>e</sup> sous-section : Cardiologie**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN - Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

**4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie viscérale et digestive**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

**3<sup>e</sup> sous-section : Néphrologie**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>e</sup> sous-section : Urologie**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>e</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

**3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>e</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Pédiatrie**

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

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>e</sup> sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>e</sup> sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2<sup>e</sup> sous-section : Ophtalmologie**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

**3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>e</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66<sup>e</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Anatomie***

Docteur Bruno GRIGNON

### **44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire***

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –  
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

#### **2<sup>e</sup> sous-section : *Physiologie***

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

### **45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière***

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

#### **2<sup>e</sup> sous-section : *Parasitologie et mycologie***

Docteure Anne DEBOURGOGNE

### **46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention***

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN -  
Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

#### **2<sup>e</sup> sous-section : *Médecine et Santé au Travail***

Docteure Isabelle THAON

### **47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI

#### **2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Docteure Lina BOLOTINE

#### **3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie***

Docteure Alice AARNINK

#### **4<sup>e</sup> sous-section : *Génétique***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

### **48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Docteur Philippe GUERCI

#### **3<sup>e</sup> sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

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

**49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2<sup>e</sup> sous-section : *Neurochirurgie***

Docteur Fabien RECH

**3<sup>e</sup> sous-section : *Psychiatrie d'adultes ; addictologie***

Docteur Thomas SCHWITZER

**4<sup>e</sup> sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie***

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

**50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire***

Docteure Nicola SETTEMBRE

**52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***

Docteur Anthony LOPEZ

**54<sup>e</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>e</sup> sous-section : *Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

**3<sup>e</sup> sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

**4<sup>e</sup> sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5<sup>e</sup> sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Oto-Rhino-Laryngologie***

Docteur Patrice GALLET

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>e</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7<sup>e</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19<sup>e</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**63<sup>e</sup> Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

**64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

**69<sup>e</sup> Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

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)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA  
(1996)  
*Research Institute for Mathematical  
Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
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)*

## Remerciements

A notre Maitre et Président du Jury,  
Monsieur le Professeur BENETOS,  
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en médecine interne et gériatrie,  
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de m'avoir orientée dans mon étude. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.  
Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A notre Maitre et Juge,  
Madame le Professeur SIEGRIST,  
Professeure associée de médecine générale,  
Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci également pour votre implication dans le cursus des étudiants en médecine générale.  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A notre Maitre et Juge,  
Monsieur le Docteur VAUTHIER,  
Maitre de Conférences Associé de médecine générale, médecin généraliste et médecin du sport,  
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci également pour votre disponibilité, votre gentillesse et pour votre engagement auprès des internes de médecine générale.  
Je vous prie de croire en mon plus profond respect.

A notre Maitre et Directrice de Thèse,  
Madame le Docteur HANESSE,  
Médecin gériatre,  
Je vous remercie pour votre soutien, votre encadrement et votre disponibilité tout au long de ce travail de thèse. Merci pour votre accompagnement et votre confiance.  
Veuillez trouver ici, l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Au personnel de l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy,  
Merci pour la relecture et la validation du questionnaire, ainsi que pour l'établissement de la liste des médecins généralistes des patients évalués par l'EMLG en avril 2021.

A mes maîtres de stage et à toutes les personnes rencontrées au cours de mes études,  
Merci pour la formation et les précieux conseils dispensés tout au long de mon cursus.

A mes parents,

Merci pour votre soutien sans faille depuis la première heure et votre aide pendant ces longues années. Merci de croire en moi. Merci également pour la relecture attentive de ce travail.

A ma sœur, Marion,

Merci pour ta présence, ton soutien et ton réconfort depuis toujours malgré la distance. Merci pour les nombreuses relectures et l'aide informatique.

A mon frère, Matthieu,

Merci pour ton soutien. Merci pour les bons petits plats concoctés et pour les sorties footing pour s'aérer l'esprit.

A mes co internes,

Maud et Donatien, j'ai été ravie de débiter mon internat à vos côtés dans les rires, l'entraide et la bonne humeur.

Diane et Caro, votre présence a égayé ce stage. Merci pour les fous rires. Je suis ravie d'avoir fait votre connaissance.

A la team Kasteel, Isabelle, Adèle, Marion, Mélanie, Emilie, Chloé, Elodie, Gaëtan,

Ces études parfois difficiles nous ont rapprochés. Merci à vous d'avoir toujours été là. Merci pour les bons moments et les nombreuses soirées passés ensemble.

A Vincent,

Merci pour ton soutien et tes encouragements sans faille. Merci de m'avoir supportée au cours de la dernière ligne droite.

## Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

## Sommaire

Abréviations .....	13
Introduction.....	14
Contexte .....	15
Evolution démographique.....	15
La personne âgée et ses spécificités .....	15
Le concept de fragilité.....	16
La dépendance .....	17
Expérimentation PAERPA .....	18
Qu'est-ce qu'une EMLG ?.....	18
La filière gériatrique à Nancy .....	20
L'EMLG du CHRU de Nancy .....	20
Matériel et méthode .....	23
Type d'étude.....	23
Questionnaire.....	23
Statistiques.....	23
Résultats.....	24
Caractéristiques des médecins généralistes réponders.....	25
Opinion des médecins généralistes vis-à-vis des interventions et des comptes-rendus de l'EMLG .....	26
Discussion.....	32
Biais et limites .....	32
Connaissance de l'EMLG .....	32
Satisfaction vis-à-vis de l'EMLG.....	33
Suivi des recommandations .....	34
Attentes des médecins généralistes vis-à-vis des interventions de l'EMLG .....	34
Propositions d'amélioration.....	35
Conclusion .....	36
Bibliographie .....	37
Annexes .....	40
Annexe 1 : Grille SEGA.....	40
Annexe 2 : Echelle ADL (22).....	41
Annexe 3 : Echelle IADL (22).....	42
Annexe 4 : Grille AGGIR.....	43
Annexe 5 : Format type des comptes-rendus de l'EMLG du CHRUN.....	44
Annexe 6 : Questionnaire.....	47

## Abréviations

ADL Activities of Daily Living  
ALD Affection Longue Durée  
AGGIR Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources  
APA Allocation Personnalisée d'Autonomie  
CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail  
CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CGU Chirurgie Générale d'Urgence  
CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire  
CHRUN Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy  
COTA Chirurgie Orthopédique Traumatologique et Arthroscopique  
CLIC Centre Local d'Information et de Coordination  
CMRR Centre Mémoire de Ressources et de Recherche  
DAC Dispositif d'Appui à la Coordination  
DES Diplôme d'Etudes Spécialisées  
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DRCI Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation  
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EMGEH Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière  
EMLG Equipe Mobile de Liaison Gériatrique  
ETP Equivalent Temps Plein  
FMC Formation Médicale Continue  
GIR Groupes Iso-Ressources  
HAD Hospitalisation A Domicile  
HTSH Hébergement Temporaire en EHPAD en Sortie d'Hospitalisation  
IADL Instrumental Activities of Daily Living  
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IPA Infirmière en Pratique Avancée  
MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MARPA Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées  
MaVie GSP Maladies du Vieillissement Gérontologie et Soins palliatifs  
PAERPA Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie  
PPS Plan Personnalisé de Santé  
SAU Service d'Accueil des Urgences  
SEGA Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission  
SFGG Société Française de Gériatrie et de Gérontologie  
SPPB Short Physical Performance Battery  
SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR Soins de Suite et de Réadaptation  
UCC Unité Cognitivo Comportementale  
UCOG Unité d'Onco Gériatrie  
UGED Unité Gériatrique d'Entrées Directes  
UHR Unité d'Hébergement Renforcé  
USLD Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

L'évolution démographique est actuellement en faveur d'un vieillissement de la population du fait de la baisse de la natalité et du recul de la mortalité avec l'allongement de l'espérance de vie. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 19,6% de la population française et ce chiffre est en constante augmentation sur les dernières années (1). C'est dans ce contexte que se sont développées les Equipes Mobiles de Liaison Gériatrique (EMLG). Il s'agit d'équipes pluriprofessionnelles composées de médecins et d'infirmiers, mais également parfois de psychologues, d'assistantes sociales, d'ergothérapeutes... Elles sont rattachées à un centre hospitalier et leur rôle est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à l'occasion d'un passage à l'hôpital (2). En effet les EMLG interviennent, sur sollicitation par l'équipe médicale, aussi bien dans les services de médecine et de chirurgie que dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) (3,4) pour dispenser une évaluation gériatrique et un avis gériatrique aux patients âgés et transmettre la culture gériatrique (5).

Lors de ces interventions, les EMLG formulent des recommandations pour la suite de la prise en charge, aussi bien à court terme qu'à moyen et long terme. Un compte-rendu d'intervention est systématiquement adressé au médecin traitant qui présente un rôle essentiel pour le suivi des recommandations à la suite du passage au SAU ou de l'hospitalisation (6). Cependant, nous nous sommes rendu compte que la communication entre EMLG et médecins généralistes était très peu étudiée. En effet, les ressentis et les attentes des médecins généralistes, vis-à-vis des interventions des EMLG, ont été jusqu'à présent très peu recueillis (7). Nous avons donc décidé d'interroger les médecins généralistes afin de recueillir ce qu'ils attendent des interventions de l'EMLG et de savoir ce que les comptes-rendus de l'EMLG leur apportent.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive transversale rétrospective sous forme d'auto-questionnaires adressés aux médecins traitants des patients évalués par l'EMLG du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 avril 2021.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des interventions de l'EMLG du CHRU de Nancy et son objectif secondaire est d'évaluer les attentes des médecins généralistes vis-à-vis des interventions de l'EMLG du CHRU de Nancy et la pertinence de ces interventions selon eux.

## Contexte

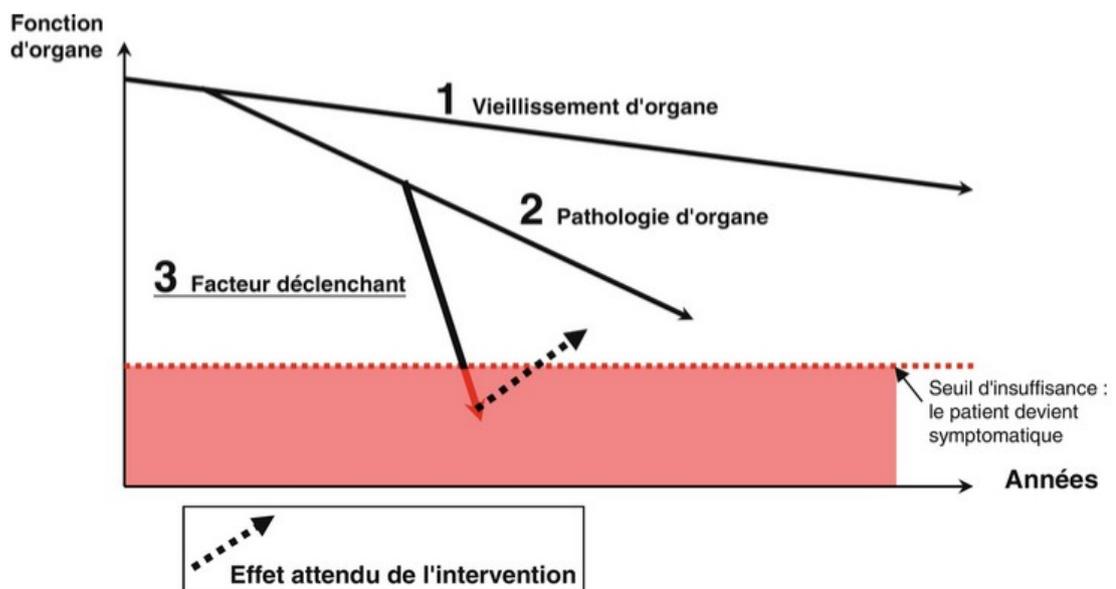
### Evolution démographique

Notre société vieillit et l'espérance de vie augmente mais cet allongement de la durée de vie s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des maladies chroniques (8). Selon l'INSEE, « au 1<sup>er</sup> janvier 2018 [...] les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6 % de la population, contre 19,2 % un an auparavant et 18,8 % deux ans auparavant » et « les patients âgés de 75 ans ou plus [...] représentent près d'un habitant sur 10 » (1). Selon les projections, en 2040 « environ un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus » (1).

### La personne âgée et ses spécificités

Selon le collège national des enseignants de gériatrie, la gérontologie est définie « par l'étude du vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, sociologique, géographique, économique, culturel, géographique... » et la gériatrie « comme la médecine des personnes âgées » (9). La gériatrie est une spécialité médicale à part entière, validée par l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) depuis 2017 en France.

La prise en charge des personnes âgées est complexe et fait intervenir à la fois la santé et le social (10). Elle doit être globale et tenir compte des effets du vieillissement mais également des maladies passées et présentes, chroniques ou aiguës. J-P Bouchon a modélisé cela sous la forme d'un modèle de décompensation gériatrique dit « 1+2+3 ».



*Le raisonnement gériatrique : modèle de décompensation gériatrique 1+2+3 dit de Bouchon*  
(11)

Le vieillissement regroupe à la fois le vieillissement d'organes qui peut inclure « une rigidité artérielle, des troubles de la relaxation myocardique et une hypertrophie ventriculaire gauche, des troubles de l'attention, une sarcopénie, une réduction néphronique, une

presbycousie, une presbytie et un ralentissement du transit intestinal » et une diminution des capacités de réserve de l'organisme qui rend les sujets âgés plus vulnérables à certaines maladies ou agressions (9). De plus les maladies chroniques augmentent avec l'avancée en âge et entraînent souvent une polymédication avec un risque iatrogène qui peut être important.

La gériatrie doit donc prendre en compte : « le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës ou chroniques, la prévention des complications, le retentissement fonctionnel de ces pathologies, la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient » (9). Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire qui fait intervenir médecins, infirmiers, assistants sociaux, aides soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues... En outre la gériatrie comprend de nombreuses spécificités, la sémiologie peut, par exemple, être différente chez les personnes âgées par rapport aux adultes jeunes.

### **Le concept de fragilité**

Selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrées en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (12). Le repérage précoce de la fragilité est donc essentiel pour mettre en place des mesures préventives afin de réduire le risque de décompensation fonctionnelle et de dépendance. Il permet de « prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans » (12).

Le repérage de la fragilité peut faire appel à de nombreuses échelles multimodales validées (13). Parmi elles on retrouve les critères de Fried : perte de poids involontaire dans la dernière année, impression subjective de fatigue, réduction des activités physiques, vitesse de marche lente et perte de force musculaire. Tous les sujets âgés ne sont pas considérés comme fragiles et au moins trois de ces critères sur cinq sont nécessaires pour parler de fragilité (9). Actuellement les mesures objectives fonctionnelles simples d'utilisation sont privilégiées, telles que la vitesse de marche, utilisée notamment dans le Short Physical Performance Battery (SPPB). Plusieurs études ont, en effet, montré qu'une diminution de la vitesse de marche est associée à une augmentation du risque de mortalité. « La vitesse de marche à allure confortable (c'est-à-dire sur quatre ou six mètres), marqueur précoce de fragilité, s'est montrée aussi sensible que les outils composites pour prédire la survenue d'événements négatifs. Elle peut être utilisée seule en pratique et en recherche clinique. Une vitesse de marche < 1 m/sec peut être considérée comme anormale, une vitesse < 0,6 m/sec comme sévèrement anormale. Le test de marche de six minutes, qui constitue plutôt

un indicateur de tolérance à l'effort et d'endurance, est également couramment utilisé. Il consiste à mesurer la distance maximale parcourue en six minutes dans un couloir étalonné » (14–16).

Pour évaluer la fragilité, les réseaux gérontologiques de Lorraine utilisent la grille SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) (Annexe 1) développée dans un hôpital universitaire belge pour une utilisation dans les services d'urgence en 2004 (17) puis validée en ambulatoire en 2016 par l'équipe de Reims (18). Il s'agit d'un outil facile et rapide à utiliser (généralement moins de 10 minutes de remplissage), permettant de décrire le profil gériatrique et de signaler l'existence de problèmes gériatriques. La grille SEGA permet également de prédire la réhospitalisation précoce, la survenue d'au moins une chute et la mortalité à six mois (19).

## **La dépendance**

La dépendance qui correspond à « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne » augmente également avec l'avancée en âge (20). Elle peut être évaluée grâce à plusieurs échelles telles que l'échelle de Katz (21) pour les activités de la vie quotidienne (ADL pour Activities of Daily Living) comprenant six items (hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, transfert, continence et repas) (Annexe 2) et l'échelle de Lawton (IADL pour Instrumental Activities of Daily Living) comportant huit items (utilisation du téléphone, courses, préparation des aliments, entretien ménager, blanchisserie, moyens de transport, prise des médicaments et aptitude à manipuler l'argent) (Annexe 3) (22).

Dans le cadre de la dépendance, il peut être nécessaire de mettre en place des aides à la personne, ainsi qu'un aménagement de l'environnement (23). Une partie de ces aides sont du ressort de l'assurance maladie, comme les infirmiers intervenant à domicile, les aides-soignants via le SSIAD, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, ou encore la location de matériel médical. La demande d'Affection Longue Durée (ALD) permet une prise en charge à 100% pour les soins relevant des affections concernées (ALD 30 ou ALD hors liste). Pour les besoins supplémentaires ou en l'absence d'ALD exonérante, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permet une prise en charge partielle des aides ménagères, des auxiliaires de vie, du portage des repas, de la télé assistance ou encore de l'aménagement du domicile. Parfois un changement de lieu de vie est nécessaire : résidence services, résidence autonomie, Maison d'Accueil Rurale des Personnes Agées (MARPA), famille d'accueil agréée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Là encore une prise en charge partielle par l'APA est possible selon les situations (20). Il s'agit d'une prestation sociale versée par le conseil départemental, destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus classées GIR (Groupes Iso Ressources) 1 à 4 sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) (Annexe 4) et résidant en France depuis au moins trois mois (24). Une aide par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) est possible, sous conditions de revenus, pour les personnes âgées classées GIR 5 ou 6.

Ainsi il est nécessaire, pour les personnes âgées, d'établir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) incluant à la fois l'ensemble de ces aides en fonction des besoins individuels, mais également le projet de soins du patient. Le PPS a pour objectif de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle et la coopération (23,25).

### **Expérimentation PAERPA**

Devant le vieillissement démographique, l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) a été mise en place par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé en 2014 dans neuf territoires pilotes puis a été étendue à l'ensemble des régions françaises en 2016. Cette expérimentation s'adressait aux personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Son objectif est de « maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne ». Pour ce faire, cette expérimentation a été articulée autour de cinq actions clés : « renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments » (26). La prise en charge en parcours est essentielle pour faciliter l'atteinte de ces objectifs. Elle nécessite de repérer les facteurs de risque évitables d'hospitalisation et d'optimiser la coordination des professionnels de santé. Il existe ainsi un numéro unique accessible aux personnes âgées, à leurs aidants et aux professionnels de santé (20).

Dans cette expérimentation ont aussi été évalués certains dispositifs comme la prise en charge temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation en attente d'un retour à domicile avec un plan d'aide optimisé sans reste à charge, qui a ensuite été généralisé au niveau national avec comme intitulé « Hébergement Temporaire en EHPAD en Sortie d'Hospitalisation » (HTSH).

### **Qu'est-ce qu'une EMLG ?**

La prise en charge de la personne âgée doit tenir compte de certaines spécificités à la fois physiques et psychologiques liées au vieillissement, c'est pourquoi des Equipes Mobiles de Liaison Gériatrique se sont développées. Celles-ci permettent d'apporter un avis gériatrique spécialisé aux équipes soignantes ne disposant pas de ces compétences dans leur service (3,5).

Les EMLG doivent travailler de façon pluridisciplinaire et coordonnée pour répondre à des objectifs communs. Il s'agit d'unités fonctionnelles rattachées administrativement à un établissement hospitalier. Ces équipes doivent comprendre au minimum un médecin, une infirmière et une secrétaire. Parfois on y retrouve également des rééducateurs (kinésithérapeutes ou ergothérapeutes), des assistants sociaux ou des psychologues (4). Elles sont mobiles et ciblées sur les personnes âgées fragiles. Elles ne se substituent pas aux équipes en charge du malade et n'assurent pas la prescription mais ont une activité de consultant médical et établissent des recommandations qui sont ensuite mises par écrit et

adressées au médecin du service du signalement, au médecin traitant et aux médecins susceptibles d'instaurer une prise en charge immédiate (4).

Les missions des équipes mobiles de gériatrie sont définies par les circulaires DHOS du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 : « L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé » pour « ...dispenser une évaluation gérontologique médico-psychosociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, (...) contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques (...), les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux, (...) participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), coordination gérontologique, services sociaux, Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), réseau de santé personnes âgées), (...) conseiller, informer et former les équipes soignantes.» (2).

L'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 prévoit une évolution des EMLG au niveau national avec le déploiement des interventions de ces équipes sur les lieux de vie des personnes âgées. Le but de cette mesure est de structurer les soins de premier recours et de favoriser l'offre de soins ville-hôpital pour les personnes âgées, tout en limitant les hospitalisations et les passages aux urgences évitables et souvent délétères pour les personnes âgées. Les EMLG pourront ainsi apporter un soutien auprès des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées ou en EHPAD. Les principaux objectifs énoncés sont les suivants :

- « 1. Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées présentant des situations complexes sur leur lieu de vie aussi bien au domicile qu'en EHPAD (y compris rattaché à un établissement de santé) et les autres lieux de résidence collectifs de type résidence autonomie, résidence service, sénior ou autres futurs lieux (EHPAD hors les murs, habitats inclusifs) ;
2. Contribuer à la limitation des ruptures de parcours des personnes âgées en articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC [Dispositif d'Appui à la Coordination]) et les équipes médico-sociales du département ;
3. Favoriser la limitation des passages aux urgences évitables des personnes âgées en aidant à anticiper les situations de crise (situation médico-sociale complexe, épuisement des aidants, etc) et en favorisant les admissions non programmées directes en service hospitalier;
4. Renforcer la culture et les pratiques gériatriques des professionnels de premier recours et des acteurs du parcours de la personne âgée ;
5. Appuyer les professionnels des EHPAD dans la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques de soins, l'analyse des risques et la mise en place d'organisations favorisant ces bonnes pratiques. Cette mission s'articule avec les appuis territoriaux « personnes âgées » gériatriques sous la forme d'astreintes/platformes personnes âgées, mises en place dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19 et sont pérennisées ; elles contribuent aux réponses en urgence lors de crises sanitaires exceptionnelles ;

6. Renforcer les interfaces et les liens entre les établissements de santé avec hébergement ou d'HAD [Hospitalisation A Domicile], les membres de la filière gériatrique, les services d'urgence, l'offre de psychiatrie de proximité et les professionnels du soin de ville, du secteur social et médico-social (établissements et services), ainsi que les acteurs spécialisés intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées. » (27)

Les intérêts de ces équipes pour les patients sont à la fois de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale médico-psycho-sociale et du dépistage des syndromes gériatriques (chute, dénutrition, troubles cognitifs...) mais également de participer à l'orientation du patient, avec programmation d'une prise en charge spécifique dans la filière gériatrique si nécessaire, ou au retour à domicile (3).

Les équipes mobiles travaillent donc à la fois avec les assistants sociaux, les médecins généralistes, les réseaux gérontologiques et les filières gériatriques et permettent de faire le lien entre ces différents acteurs et les patients. Elles permettent également selon une étude de réduire les durées d'hospitalisation et d'anticiper les sorties (10,28).

### **La filière gériatrique à Nancy**

La filière gériatrique à Nancy est répartie entre le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) (sur les différents sites : hôpital de Brabois, hôpital Central, hôpital Saint-Julien et établissement Saint-Stanislas) et la Maison Hospitalière Saint-Charles.

Au CHRU de Nancy, le pôle MaVie GSP (Maladies du Vieillissement Gérontologie et Soins palliatifs) regroupe le service de médecine gériatrique aigüe à Brabois avec une capacité maximale de deux fois vingt lits, réduite depuis le mois d'avril 2022 en raison d'un manque d'effectif soignant infirmier, les soins continus avec sept lits et l'Unité Gériatrique d'Entrées Directes (UGED) avec seize lits. L'activité ambulatoire comprend quant à elle l'hôpital de jour avec sept lits, les consultations gériatriques, l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique, l'Unité d'Onco Gériatrie (UCOG) et le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) est divisé entre les soins de suite gériatriques avec trente-deux lits et l'Unité Cognitivo Comportementale (UCC) avec douze lits à l'hôpital Saint-Julien. L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) se situe sur les sites de Saint-Julien et Saint-Stanislas et comprend une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). Le service de soins palliatifs fait également parti de ce pôle.

### **L'EMLG du CHRU de Nancy**

L'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy existe depuis 2002 et est rattachée au service de médecine gériatrique aigüe du Pole MaVie-GSP du CHRU de Nancy. Elle intervient sur les deux sites principaux du CHRU de Nancy, à savoir l'hôpital de Brabois à Vandœuvre-lès-Nancy et l'hôpital Central à Nancy. Elle est composée de trois médecins (2 ETP), de trois infirmières (2,8 ETP), d'une infirmière en pratique avancée (IPA) (0,8 ETP) et de trois secrétaires (1,5 ETP). Elle peut faire appel aux assistants sociaux, aux psychologues ou aux ergothérapeutes de l'établissement (29).

Cette équipe se déplace au lit des patients, dans les différents services, afin de fournir un avis et une expertise gériatrique à visée diagnostique ou thérapeutique auprès des sujets âgés de 75 ans ou plus hospitalisés dans l'établissement ou lors de leurs passages au Service d'Accueil des Urgences. Son but est d'aider à l'amélioration de la prise en charge globale des personnes âgées fragiles ou à risque de fragilité. L'EMLG du CHRUN intervient dans certains services sur sollicitation par l'équipe médicale mais également depuis 2015 de façon systématique dans des services ciblés comme le service de Chirurgie Générale d'Urgence (CGU) devenu service de Chirurgie Viscérale, Métabolique et Cancérologique (CVCM) suite à son déménagement à Brabois, le service de Chirurgie Orthopédique, Traumatologique et Arthroscopique (COTA), le service de chirurgie vasculaire et le service d'urologie avec la perspective d'étendre ces évaluations systématiques à tous les services de chirurgie du CHRUN.

Lors de chaque intervention, une évaluation gériatrique est réalisée et des recommandations sont préconisées. Ces recommandations peuvent porter sur différents domaines comme le soin ou les traitements mais également les examens complémentaires, les domaines social et juridique ou encore l'orientation au décours de l'hospitalisation. L'EMLG intervient au SAU en priorité auprès des patients pour lesquels un retour à domicile est envisagé afin de repérer les fragilités gériatriques et d'inscrire ces patients dans un parcours. Les autres patients pourront être évalués au cours de leur hospitalisation.

Les interventions de l'EMLG donnent systématiquement lieu à un compte-rendu reprenant les éléments essentiels de l'évaluation gériatrique et les recommandations formulées. Le format de ce compte-rendu a évolué au fil du temps, notamment suite à l'article de T. Morin (30). Le format type actuel des comptes-rendus de l'EMLG du CHRU est présenté en annexe 5. Ce compte-rendu est utile aux médecins qui ont sollicité l'avis mais est également envoyé aux médecins traitants des patients afin de leur apporter une aide dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. En effet, certaines recommandations peuvent porter sur le retour à domicile et sur le moyen à long terme, l'objectif étant d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées.

Un suivi téléphonique est réalisé de manière systématique un mois après le passage au SAU ou l'hospitalisation par les infirmières de l'EMLG qui recontactent les patients ou leurs référents et notent si les propositions ont été suivies ou non, pourquoi et s'il y a eu des réhospitalisations non programmées.

Au total, 2158 patients ont été évalués par l'EMLG du CHRU de Nancy en 2018, nombre en constante augmentation puisqu'il était de 1 303 en 2014 (28) et les recommandations semblent globalement bien suivies, notamment au SAU. En effet entre 2016 et 2018, 85% des recommandations établies aux urgences ont été suivies partiellement ou complètement, ainsi que 62% des recommandations faites dans les services de médecine et 59% des recommandations faites dans les services de chirurgie. De plus les interventions de l'EMLG permettent de réduire le taux de réhospitalisations non programmées à un mois (8,9% en 2018 pour les patients évalués par l'EMLG contre 17,3% pour l'ensemble des patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHRUN) (28).

Depuis août 2021 les EMLG sont appelées à intervenir également en extra hospitalier pour soutenir les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et limiter les passages aux urgences lorsqu'ils ne sont pas nécessaires voire délétères pour les patients (27). Ainsi l'EMLG du CHRU de Nancy a pour projet l'intervention d'une infirmière en pratique avancée dans les EHPAD de la métropole du Grand Nancy. Cette intervention aurait lieu huit jours après un passage aux urgences du CHRU de Nancy pour les résidents non hospitalisés avec retour direct en EHPAD et un mois après une hospitalisation en médecine gériatrique aigue du CHRU de Nancy pour les patients hospitalisés. Ce projet fait suite aux constats de l'étude réalisée au SAU du CHRU de Nancy entre 2019 et 2020 qui met en évidence les nombreuses perspectives de l'intervention d'une IPA dans les EHPAD de la métropole du Grand-Nancy, notamment pour améliorer les prises en charge, assurer le suivi des recommandations faites par les médecins urgentistes ou gériatres, diminuer les réhospitalisations évitables ainsi que les passages aux urgences évitables (31).

## **Matériel et méthode**

### **Type d'étude**

Pour connaître le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des interventions de l'EMLG du CHRUN, nous avons mené une étude quantitative descriptive transversale rétrospective et monocentrique dans laquelle nous avons interrogé les médecins traitants sous la forme d'auto questionnaires anonymes, envoyés soit par voie électronique, soit par voie postale et accompagnés du synopsis de la thèse contenant quelques éléments de contexte et de méthodologie. Nous avons ciblé les médecins traitants des patients évalués par l'EMLG du CHRUN entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 avril 2021. La liste des médecins m'a été fournie par l'EMLG, à partir de la liste des patients évalués, comprenant les noms et prénoms des médecins traitants, ainsi que leurs localités d'exercice avec les codes postaux. Lorsque cela était possible, les adresses mail des médecins ont été collectées afin de faciliter l'envoi des questionnaires par voie électronique et l'envoi s'est fait par voie postale dans les autres situations. Les questionnaires ont été envoyés entre le mois de septembre et le mois de décembre 2021 et les questionnaires envoyés par mail ont bénéficié d'une relance. Le protocole de l'étude a été soumis à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) le 19/04/2021 (n°S210419\_035).

### **Questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré avec Google Forms et a été validé par les médecins et secrétaires de l'EMLG du CHRUN. Il contient essentiellement des questions fermées avec la possibilité d'apporter une précision à certaines questions. Il est organisé en trois parties : une première sur les caractéristiques des médecins généralistes répondants, une deuxième sur la connaissance et l'intérêt de l'EMLG et enfin une dernière partie où les participants peuvent laisser un commentaire libre. Ce questionnaire est présenté en annexe 6.

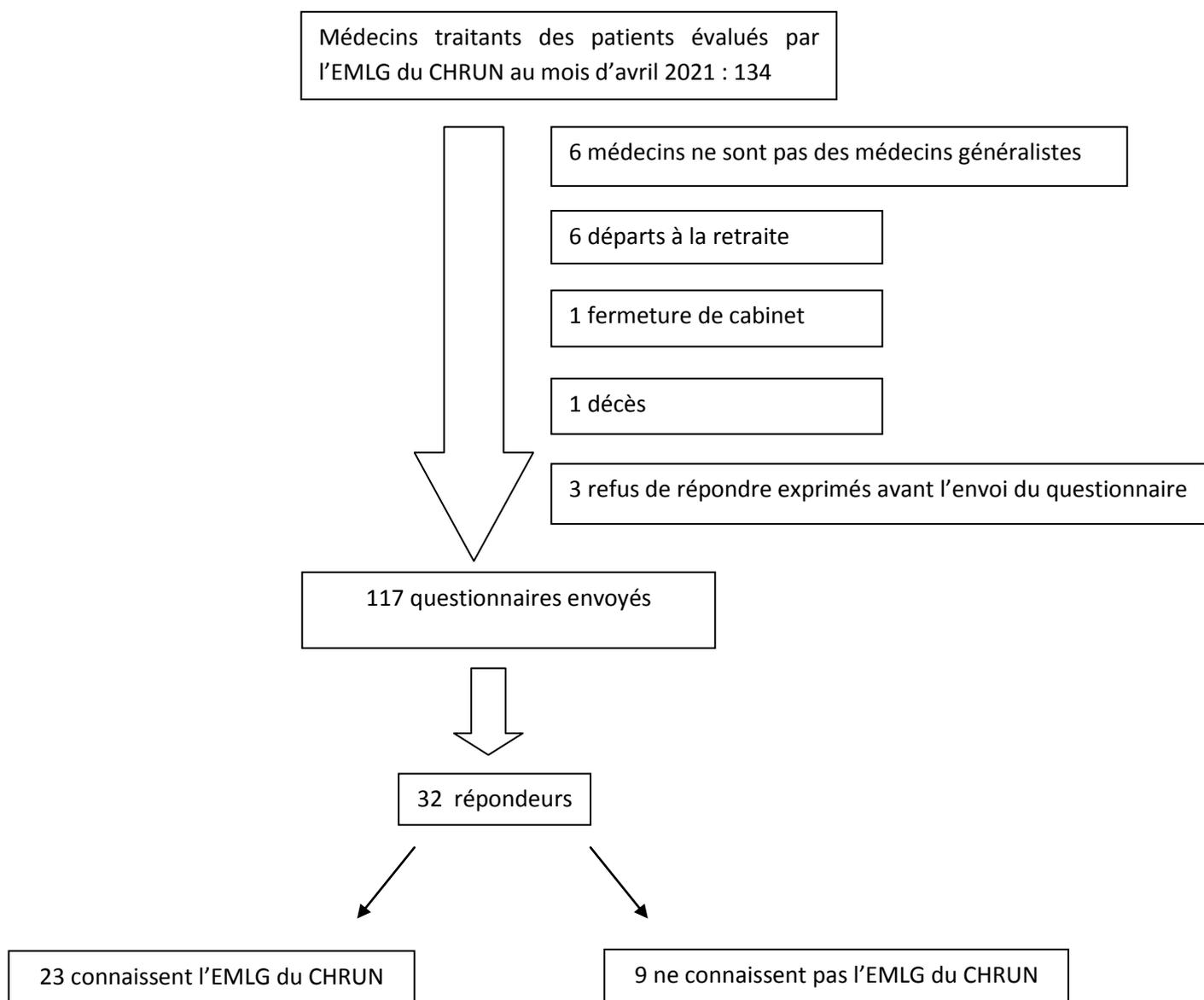
### **Statistiques**

Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentage. Pour la comparaison des pourcentages, le test du chi-carré sera utilisé, si applicable, c'est-à-dire pour des effectifs attendus supérieurs à 5. Le seuil de signification retenu est de 5%.

## Résultats

Au total, 134 médecins ont reçu au moins un compte-rendu de l'EMLG du CHRU de Nancy entre le 1er avril et le 30 avril 2021. Parmi ces 134 médecins, six n'étaient pas des médecins généralistes (deux médecins hospitaliers, un chirurgien viscéral, un angiologue, un médecin coordonnateur en EHPAD et un pneumologue) et n'étaient donc pas concernés par ce questionnaire qui ciblait les médecins généralistes, six sont partis à la retraite entre le mois d'avril et l'envoi du questionnaire, un cabinet a été fermé en raison de l'obligation vaccinale contre la COVID 19 pour les professionnels de santé et un médecin est décédé. Par ailleurs, lors du recueil des adresses mail, trois médecins m'ont informé qu'ils n'auraient pas le temps de répondre au questionnaire en raison d'une charge de travail importante et n'ont pas souhaité que je leur envoie. 117 questionnaires ont donc été envoyés dont 21 par voie postale et 96 par voie électronique. Trois courriers envoyés par voie postale me sont revenus car le destinataire n'a pas été trouvé à l'adresse indiquée.

Finalement sur ces 117 questionnaires envoyés, nous avons obtenu seulement 32 réponses.



## **Caractéristiques des médecins généralistes répondants**

Parmi les 32 répondants il y a une majorité d'hommes (20 soit 62,5%) et les tranches d'âge les plus représentées sont entre 46 et 55 ans et entre 56 et 65 ans avec 11 médecins respectivement pour ces deux classes, suivies par les 35-45 ans qui représentent 7 médecins, puis les moins de 35 ans (2) et enfin les plus de 65 ans (1 seul). 14 médecins travaillent en milieu semi-urbain, contre 12 en milieu urbain et 6 en milieu rural. Le mode d'exercice le plus représenté est le cabinet seul avec 14 médecins, suivi par le cabinet de groupe avec 10 médecins et la maison médicale avec 6 médecins. Un seul des médecins répondants travaille à la fois en cabinet de groupe et comme médecin coordonnateur d'EHPAD et un seul en équipe de soins primaire.

Les années de thèse ou de l'obtention du diplôme de médecine générale s'étendent de 1975 à 2017 avec une moyenne autour de 1998. Les durées d'installation sont très variables : 6 des médecins répondants sont installés depuis 31 à 35 ans, 5 depuis 11 à 15 ans, 5 depuis 16 à 20 ans, 5 depuis 21 à 25 ans, 4 depuis moins de 5 ans, 2 depuis 26 à 30 ans et 2 depuis plus de 35 ans.

Les patients âgés de plus de 75 ans représentent en moyenne environ 23,8% de la patientèle des médecins interrogés.

Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes répondants

		Total	Femmes	Hommes
Classes d'âge	Moins de 35 ans	2	0	2
	Entre 35 et 45 ans	7	1	6
	Entre 46 et 55 ans	11	5	6
	Entre 56 et 65 ans	11	6	5
	Plus de 65 ans	1	0	1
Milieu d'exercice	Urbain	12	5	7
	Semi urbain	14	4	10
	Rural	6	3	3
Mode d'exercice	Cabinet seul	14	7	7
	Cabinet de groupe	10	3	7
	Maison médicale	6	1	5
	Cabinet seul et médecin coordonnateur d'EHPAD	1	1	0
	Equipe de soins primaire	1	0	1
Année de thèse [min ;max]		[1975 ;2017]	[1985 ;2004]	[1975 ;2017]
Durée d'installation des médecins répondants	Moins de 5 ans	4	1	3
	Entre 5 et 10 ans	3	0	3
	Entre 11 et 15 ans	5	1	4
	Entre 16 et 20 ans	5	3	2
	Entre 21 et 25 ans	5	2	3
	Entre 26 et 30 ans	2	1	1
	Entre 31 et 35 ans	6	3	3
	Plus de 35 ans	2	1	1
Proportion des sujets âgés de plus de 75 ans suivis par les médecins généralistes		23,80%	24,50%	23,20%

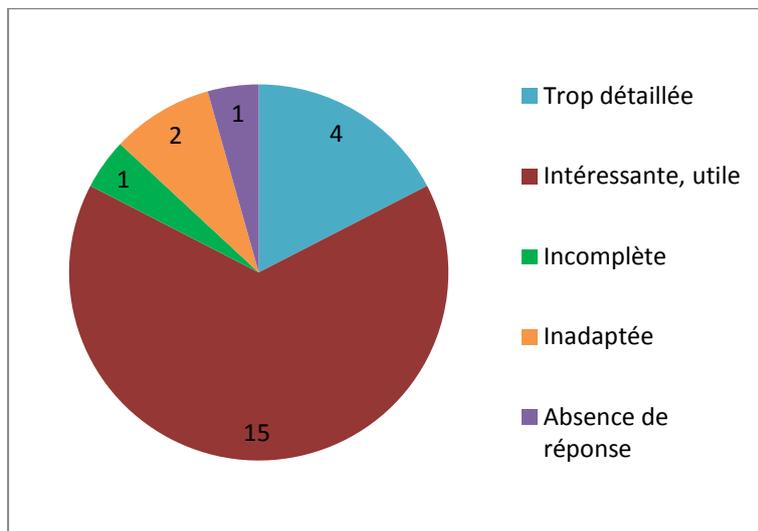
### Opinion des médecins généralistes vis-à-vis des interventions et des comptes-rendus de l'EMLG

Parmi les répondants, 23 ont déclaré connaître l'EMLG du CHRU de Nancy, soit 71,9%. 9 des médecins ont donc déclaré ne pas connaître l'EMLG alors qu'au moins un compte-rendu leur a été envoyé pour au moins un de leurs patients. Au-delà de ça, 13 répondants ont déclaré ne pas avoir reçu de compte-rendu de l'EMLG récemment. Une partie des 32 répondants n'a donc pas pu répondre à la suite du questionnaire en raison de la méconnaissance de l'EMLG. Au contraire, certains médecins qui ont déclaré ne pas connaître l'EMLG du CHRU ont tout de même répondu à toutes ou à une partie des questions à son sujet. Les résultats suivants, portant sur l'opinion et la satisfaction des médecins généralistes, seront exprimés sur la base

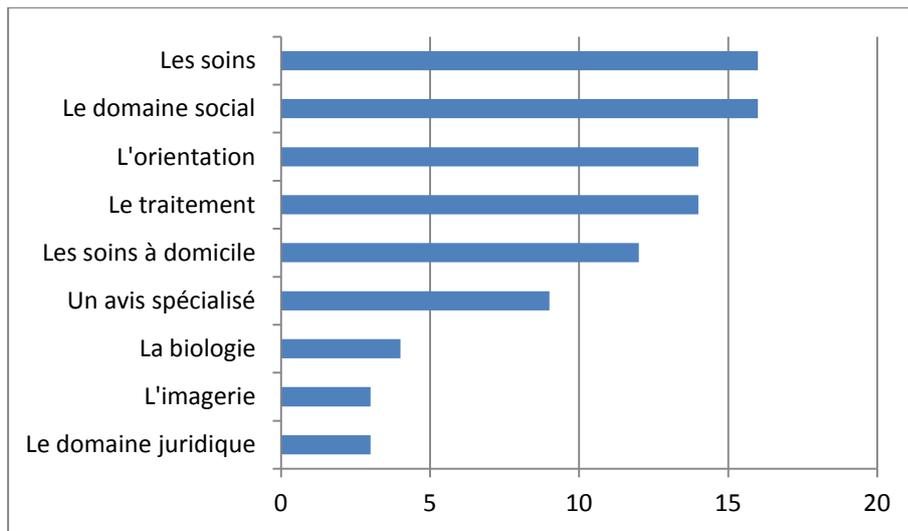
des 23 médecins qui ont déclaré connaître l'EMLG du CHRU de Nancy et qui ont tous répondu à au moins une des questions sur l'EMLG et ses comptes-rendus.

L'évaluation gériatrique présentée dans les courriers a été jugée intéressante et utile par 15 médecins, soit 66,7%, alors que 4 l'ont trouvée trop détaillée, 2 inadaptée et 1 incomplète. Les recommandations le plus souvent formulées portaient sur les soins (69,6%), le domaine social (69,6%), l'orientation (60,9%) et le traitement (60,9%). Et ces recommandations ont été jugées pertinentes et adaptées aux patients dans 56,5% des cas et partiellement adaptées dans 39,1% des cas. Aucun médecin ne les a trouvées totalement inadaptées. Elles ont été entièrement suivies dans 34,8% des cas et partiellement suivies dans 56,5% des cas. Les obstacles au suivi ont été nombreux : le refus du patient dans la majorité des cas (57,1%), les difficultés d'accès aux soins (42,8%), le refus de la famille (28,6%), le désaccord du médecin (21,4%), le décès du patient (21,4%) ainsi que la difficulté à concilier les recommandations et la réalité de terrain (7,1%) et la difficulté de suivi de la mise en place (7,1%). Parmi les recommandations énoncées par l'EMLG, celles qui ont semblé les plus utiles aux médecins généralistes répondants sont celles portant sur le domaine social (65,2%) et l'orientation (65,2%).

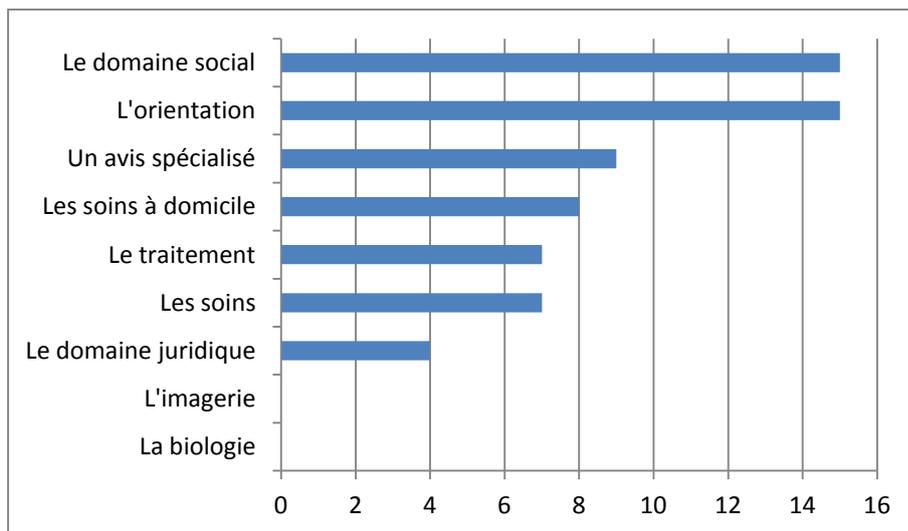
Graphique 1 : avis sur l'évaluation gériatrique présentée dans les comptes-rendus de l'EMLG



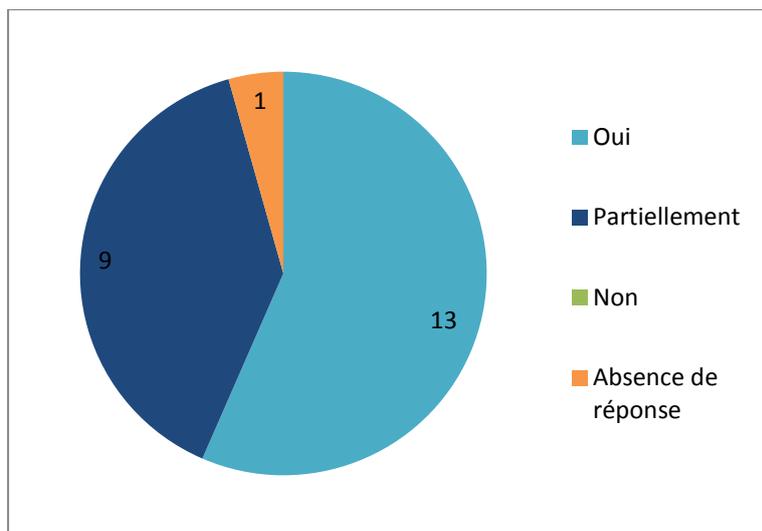
Graphique 2 : domaine des recommandations formulées par l'EMLG



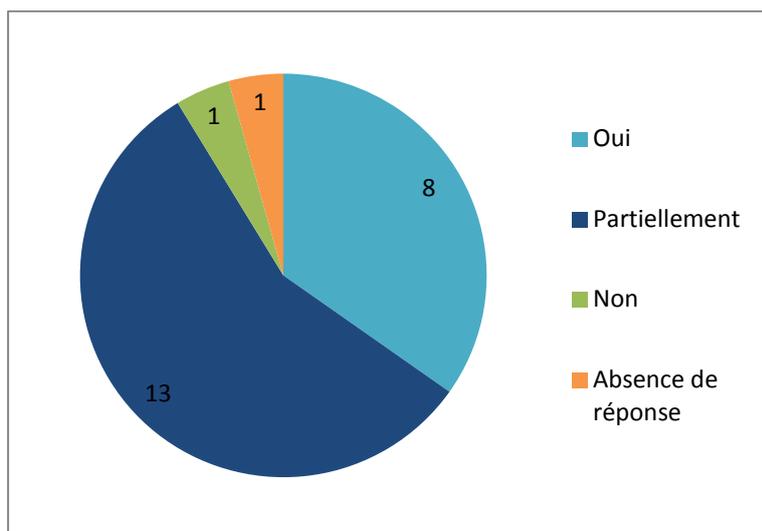
Graphique 3 : recommandations jugées les plus utiles par les médecins généralistes



Graphique 4 : pertinence des recommandations formulées par l'EMLG selon les médecins généralistes

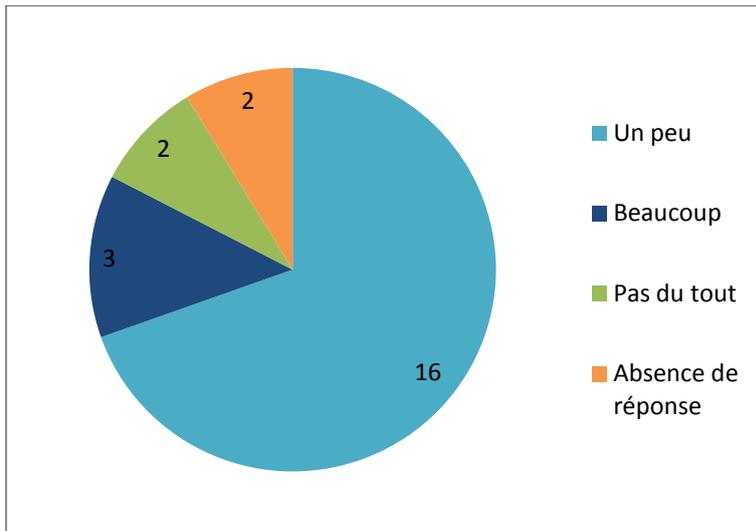


Graphique 5 : suivi des recommandations formulées par l'EMLG



Globalement cette intervention de l'EMLG a conduit à la prescription d'actes qui n'auraient pas été prescrits en son absence pour 12 répondants (52,2%) et a permis d'améliorer un peu la prise en charge des patients pour 16 médecins (79,6%) et beaucoup pour 3 médecins (13%). Malgré tout 10 médecins déclarent que des questions sont restées sans réponse, notamment en raison de l'absence de diagnostic précis des troubles cognitifs lorsqu'ils sont présents, de l'absence de suivi social, de difficultés d'accès aux soins ou encore de recommandations ciblées sur des préoccupations hospitalières et peu adaptées au mode de vie du patient.

Graphique 6 : amélioration de la prise en charge des patients grâce à l'intervention de l'EMLG

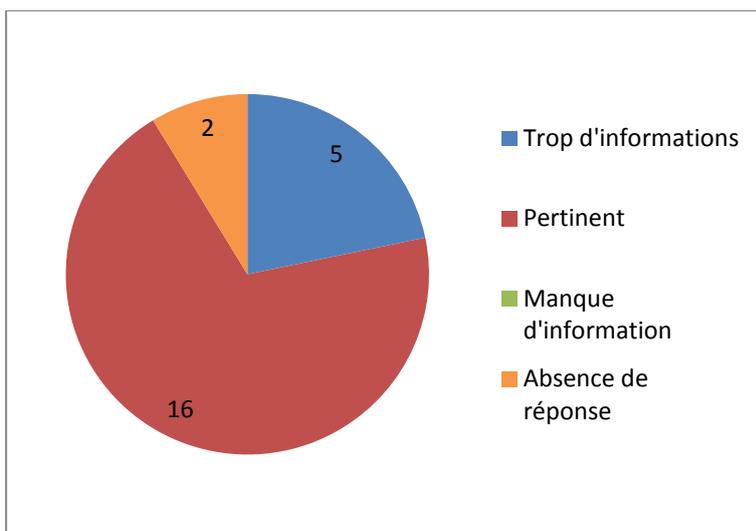


Le format du compte-rendu est apparu pertinent pour 16 des répondants, soit 69,6%, et 5 médecins ont estimé qu'il contenait trop d'informations. Les actions à poursuivre ou à mettre en place au décours de l'hospitalisation ont été clairement énoncées selon 18 médecins soit 78,2%.

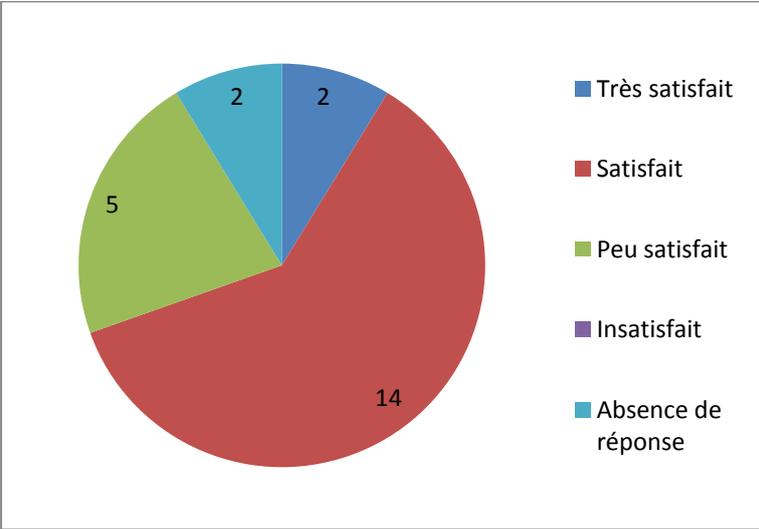
Au total 14 médecins sont satisfaits des interventions de l'EMLG, ce qui représente 60,9% des répondants, 5 en sont peu satisfaits (21,7%) et 2 en sont très satisfaits (8,7%).

Compte-tenu des faibles effectifs, il n'a pas été possible de réaliser de comparaison de pourcentages à l'aide du test chi-carré.

Graphique 7 : pertinence du compte-rendu



Graphique 8 : satisfaction globale des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMLG et de son compte-rendu



## Discussion

### **Biais et limites**

Le manque de puissance est l'une des principales limites de cette étude. En effet malgré l'envoi de 117 questionnaires et une relance par voie électronique, nous n'avons obtenu que 32 réponses, soit un taux de participation de seulement 27,35%. Ce taux était aux alentours de 40% dans la littérature pour plusieurs autres études de satisfaction portant sur les Equipes Mobiles de Gériatrie Extra Hospitalières (EMGEH) (7,32). Ce faible taux de participation peut s'expliquer en partie par le contexte sanitaire puisque le questionnaire a été envoyé en période d'épidémie de COVID 19 avec recrudescence des cas et de la charge de travail pour les médecins généralistes et donc manque de temps. De plus, les médecins sont de plus en plus sollicités, aussi bien par voie postale que par voie électronique, et il est possible que les questionnaires se soient perdus dans cette masse de documents. Certains médecins ont exprimé clairement, lors du recueil des adresses mail, en avoir assez de la charge administrative, préférant consacrer leur temps à leurs patients. Par ailleurs, en contactant les médecins généralistes afin de récupérer leurs adresses mail, il m'a semblé que beaucoup ne connaissaient pas l'EMLG ou son système de fonctionnement, la confondant parfois avec un réseau gériatrique pouvant être sollicité directement par les médecins traitants (ce qui n'était pas le cas avant l'instruction du 19 novembre 2021).

La puissance de l'étude est également limitée du fait de sa méthodologie puisqu'il s'agit d'une étude descriptive transversale, qui de plus, est monocentrique et a été réalisée sur une courte période. Par ailleurs cette étude est rétrospective, ce qui induit un biais de mémorisation.

Les questionnaires étant anonymes il n'a pas été possible de comparer le profil des répondants et des non-répondants et nous ne savons donc pas si notre échantillon est représentatif ou non des médecins traitants des patients évalués par l'EMLG en avril 2021 et si les résultats peuvent être extrapolés à cette population. L'hypothèse qu'une partie des médecins interrogés n'aient pas répondu par manque de connaissance de l'EMLG du CHRUN n'a pas pu être vérifiée.

Pour finir, s'agissant d'auto questionnaires, il existe un biais déclaratif du fait de la subjectivité des réponses. Les questions fermées permettent de limiter ce biais mais pas de le supprimer complètement.

### **Connaissance de l'EMLG**

Malgré tout il ressort de cette étude un manque de connaissance de l'EMLG du CHRUN car bien qu'un compte-rendu ait été envoyé à tous les médecins interrogés, 40,6% ont déclaré ne pas en avoir reçu et 28,1% ne pas connaître l'EMLG. On peut donc se poser plusieurs questions : est-ce que tous les comptes-rendus sont arrivés à leur destinataire ? Est-ce que les médecins généralistes en ont pris connaissance ? Est-ce qu'ils se sont perdus dans une quantité importante de courrier ? Est-ce que leur ont paru trop longs ou inadaptés à la

médecine libérale ? Est-ce qu'ils ont été lus par un remplaçant en l'absence du médecin traitant ? Est-ce qu'ils ont bien identifié la provenance des comptes-rendus et le rôle de l'EMLG ? Ou encore est-ce que le délai écoulé entre l'envoi du compte-rendu et celui du questionnaire a été trop long ?

Bien que l'EMLG du CHRUN existe depuis maintenant une vingtaine d'années, elle reste mal connue des médecins généralistes de proximité. On retrouve cette méconnaissance du rôle et des missions des équipes mobiles de gériatrie dans la littérature. En effet, lors d'une enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins généralistes sur l'EMGEH dans le Var-Est, la moitié des médecins inclus a évoqué la méconnaissance de cette structure (32).

### **Satisfaction vis-à-vis de l'EMLG**

Cependant les médecins qui connaissent l'EMLG du CHRUN semblent majoritairement satisfaits de la structure et de ces interventions. Les comptes-rendus de l'EMLG ont dans l'ensemble été jugés utiles et ont permis d'améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles. Les principales critiques formulées sont des comptes-rendus parfois trop détaillés, des recommandations qui ne semblent pas toujours adaptées aux patients ou difficiles à mettre en œuvre du fait de la réticence du patient ou de ses proches ou encore de la difficulté d'accès aux soins.

Les études concernant la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des EMLG retrouvées dans la littérature ciblent toutes les EMGEH, ce qui fait de notre étude une nouveauté dans le domaine. Ces études révèlent des taux de satisfaction élevés de la part des médecins généralistes, voir même plus élevés que dans notre étude. L'équipe de A. Richard a étudié sous forme d'une enquête rétrospective la satisfaction des médecins généralistes ayant eu recours à l'EMGEH de Grenoble (7). Elle rapporte un taux de satisfaction (satisfaits ou très satisfaits) de 84,2% contre 69,6% dans notre étude. Les participants soulignent le rôle d'expert et de soutien de l'EMGEH. Tout comme dans notre étude, l'évaluation gériatrique a été jugée utile et intéressante dans la majorité des cas mais parfois trop longue. Une autre étude menée dans le Var-Est pour un projet de thèse révèle un taux de satisfaction de 75% des médecins généralistes vis-à-vis de l'EMGEH (32).

Par ailleurs, l'article publié par A. Daure et al a étudié le ressenti des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation de la fragilité en libéral, et a montré qu'une très grande majorité de médecins en était satisfait (33). Cette évaluation leur a permis d'améliorer leur accessibilité à la prise en charge gériatrique hospitalière, de mettre en évidence des problèmes non identifiés auparavant chez leurs patients, de gagner du temps dans leur pratique concernant l'évaluation des sujets âgés fragiles et d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées. Tous ces éléments sont encourageants dans le contexte d'élargissement du champ d'action des EMLG en extra hospitalier.

## **Suivi des recommandations**

Le suivi des recommandations (total ou partiel) est particulièrement élevé dans notre étude avec un taux à 91,3%, supérieur à ce qui est observé dans la littérature. En effet l'étude grenobloise de A. Richard et al retrouvait un taux de suivi des recommandations supérieur à 89% (7) et celle de T. Morin et al, un taux de suivi de 78% (30). Une étude réalisée auprès des patients âgés chuteurs aux urgences du centre hospitalier Saint-Philibert retrouvait quant à elle, un taux de suivi des recommandations de seulement 64% (34).

Dans la littérature, les recommandations les plus fréquentes et les plus suivies concernent les soins, qui figurent aussi parmi les plus fréquentes dans notre étude. En revanche les recommandations les moins suivies dans la littérature portent sur les sphères cognitive et sociale.

Pour augmenter encore davantage le taux de suivi des recommandations, T. Morin préconise « un nombre réduit de recommandations (4 à 5 maximum), une hiérarchisation, une bonne communication entre les différentes équipes et un suivi régulier ». Il n'a pas mis en évidence de différence significative dans le suivi des recommandations entre la médecine de ville et la prise en charge hospitalière, malgré des profils de patients différents. En revanche l'hospitalisation en gériatrie et la présence d'un environnement porteur semblent influencer le suivi des recommandations (30). Les facteurs identifiés dans la littérature pour influencer l'adhésion du médecin traitant aux recommandations sont « la perception du bénéfice de la recommandation, la perception de la facilité d'exécution de la recommandation [et] la perception d'une éventuelle responsabilité médico-légale en cas de non-respect de la recommandation » (30).

Pour faciliter la lecture des comptes-rendus par les médecins généralistes et ainsi augmenter encore davantage le suivi des recommandations, il peut être intéressant de distinguer les recommandations à court terme de celles à moyen et long terme afin de ne pas surcharger les médecins traitants d'informations concernant les mesures qui ont déjà été mises en place à l'hôpital. L'envoi précoce du compte-rendu apparaît également utile pour améliorer la prise en charge des personnes âgées à leur retour à domicile.

## **Attentes des médecins généralistes vis-à-vis des interventions de l'EMLG**

Il ressort de cette étude que les médecins généralistes attendent des EMLG une aide à la prise en charge des personnes âgées, notamment en ce qui concerne le domaine social et l'orientation des patients. Les évaluations de l'EMLG leur permettent un gain de temps, un soutien dans certaines prises en charge complexes ainsi qu'une entrée dans la filière gériatrique. Un des médecins répondants a également sollicité une aide au diagnostic précis des troubles cognitifs lorsqu'ils sont présents.

Finalement plusieurs médecins ont exprimé le souhait que l'EMLG du CHRUN se fasse davantage connaître et que la communication soit renforcée.

En ce qui concerne la littérature, les participants à l'étude de Grenoble ont été très nombreux à réclamer des séances de formation sur des thèmes gériatriques précis de la part de l'EMGEH et le thème le plus souvent cité était les troubles du comportement (7).

Parmi les autres attentes identifiées dans la littérature on retrouve : une aide à la pratique quotidienne, la dispensation de conseils gériatriques, un soutien pour les patients, les aidants, les soignants, un confort médico-légal dans certaines situations, un regard neuf sur une situation complexe ou un patient poly pathologique ou encore un avis pluridisciplinaire (35).

L'évaluation gériatrique dispensée par les EMLG est d'autant plus utile que les outils à visée gériatrique sont sous utilisés par les médecins généralistes par manque de temps, défaut de formation, absence de cotation ou encore parce qu'ils les jugent inadaptés à leur pratique (36).

### **Propositions d'amélioration**

L'information des médecins généralistes sur l'existence et le rôle de l'EMLG du CHRUN et la communication entre ces deux intervenants du parcours de soins des personnes âgées restent à renforcer afin d'améliorer la prise en charge de ces dernières. Promouvoir cette communication est d'autant plus important que les champs d'intervention des EMLG s'élargissent et qu'elles peuvent désormais intervenir à domicile ou en EHPAD et donc être sollicitées directement par les médecins traitants.

La connaissance des EMLG, de leurs rôles et de leurs objectifs pourrait être abordée lors de conférences organisées par l'EMLG elle même, lors de soirées de Formation Médicale Continue (FMC) ou encore via une documentation explicative claire et concise qui pourrait être relayée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) (35). Comme il est suggéré dans l'étude de A. Richard et al, un espace ressource dématérialisé avec une foire aux questions pourrait également être créé sur le site internet du CHRUN (7).

Par ailleurs, pour faciliter la lecture des comptes-rendus par les médecins généralistes, une distinction entre les recommandations hospitalières à court terme et les recommandations à moyen ou long terme pourrait être intéressante.

## Conclusion

La satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des Equipes Mobiles de Liaison Gériatrique hospitalières a été très peu étudiée jusqu'à présent, pourtant une bonne communication entre ces deux entités est essentielle pour améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles qui peut être complexe. Nous avons donc décidé de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur l'EMLG du CHRUN, ses interventions et ses comptes-rendus. Malheureusement le taux de participation à notre enquête sous forme d'auto-questionnaires a été très faible, ce qui contribue à diminuer la puissance de l'étude.

Dans un premier temps il ressort un manque de connaissance de l'EMLG par les médecins généralistes car, bien qu'un compte-rendu ait été envoyé à tous les médecins interrogés, certains ont déclaré ne pas en avoir reçu et d'autres ne pas connaître l'EMLG. Plusieurs répondants ont exprimé un besoin de formation concernant l'EMLG et ses missions, car ils y voyaient une aide et un soutien pour la prise en charge de leurs patients. La connaissance de l'EMLG du CHRUN pourrait être améliorée via des séances de formation par l'EMLG elle-même, des soirées de Formation Médicale Continue, ou encore via une documentation explicative. Renforcer cette connaissance est d'autant plus important que depuis la modification du cahier des charges de novembre 2021, les EMLG peuvent intervenir en extra hospitalier (lorsque cette mission n'est pas déjà portée par une autre structure comme le réseau gérontologique Gérard Cuny plateforme territoriale d'appui pour la métropole du Grand Nancy), au domicile des patients ou dans les EHPAD, et donc être sollicitées directement par les médecins traitants.

Dans un deuxième temps, cette étude met en évidence que parmi les médecins qui connaissent l'EMLG du CHRUN, une majorité en est satisfait puisque l'évaluation gériatrique a souvent parue utile avec des recommandations pertinentes et largement suivies qui ont permis d'améliorer la prise en charge des patients âgés.

Il semblerait intéressant de répéter cette étude quelques années après le déploiement des EMLG en extra hospitalier pour étudier l'impact de cette nouvelle mesure.

## Bibliographie

1. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Tableaux de l'économie française - Population par âge [En ligne]. 2018 [consulté le 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
2. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Circulaire DHOS/02 n° 2002-157 du 18 mars 2002 et Circulaire DHOS/02 n° 2007- 117 du 28 mars 2007 relatives à la filière de soins gériatrique [En ligne]. 2002. Disponible sur: [www.santé-gouv.fr](http://www.santé-gouv.fr)
3. Job MF, Doridant F, Gantois I, Gerardin P, Hanesse B, Malerba G, et al. Rôle de l'équipe mobile de gériatrie dans la prise en charge de l'analgésie de la personne âgée aux urgences. Urgences 2010, SFMU, SAMU de France; 2010.
4. Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, Morin T, Grombier A, Sala C, et al. Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). Ann Gérontol. 2008;1(1):17-26.
5. Couturier P. Equipes mobiles de gériatrie: état des lieux, rôles et perspectives. Soins Gérontol. avril 2007;12(64):18-21.
6. Lenormand F. Communication médecine de ville-médecine hospitalière en gériatrie: intérêt d'une évaluation globale et de propositions de soins par l'équipe mobile de gériatrie du Centre hospitalier de Pau pour les médecins généralistes [Thèse]. Bordeaux: Université Bordeaux-II; 2011.
7. Richard A, Garnier V, Seynave D, Sala C, Chazal AM, Laquet B, et al. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes ayant eu recours à une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2021;19(4):383-91.
8. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Pourquoi choisir la Gériatrie? [En ligne]. 2021. [consulté le 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/geriatrie/ger-home/formation/formation-postgraduate/pourquoi-la-geriatrie>
9. Boddaert J, Gavazzi G, Pautas E, Annweiler C, Arlaud C, Averlant L, et al. Vieillesse normale. In: Collège national des enseignants de gériatrie. Elsevier Masson 4<sup>ème</sup> édition; 2021.
10. Bellelli G, Trabucchi M. Early hospital discharge of older adults admitted to the emergency department: effect of different types of recommendations made by a mobile geriatric team. JAGS. Juin 2013;61(6):1031-3.
11. Bouchon J. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? Rev Prat. 1984;34:888-92.
12. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde [En ligne]. 2018 [consulté le 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/>
13. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?. Points clés solutions et organisations des parcours; 2013.

14. Institut de Recherche du Bien-être, de la Médecine et du Sport santé (IRBMS). Vitesse de marche et longévité (APA) [En ligne]. 2013 [consulté 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/vitesse-de-marche-et-longevite/>
15. Hars M, Trombetti A. Evaluation de la marche, de l'équilibre et du muscle chez le sujet âgé. *Rev Med Suisse*. 2013;9:1265-71.
16. Haute Autorité de Santé (HAS). Prescription d'activité physique et sportive - Les personnes âgées. Organisation des parcours; 2019.
17. Schoevaerdt D, Biettlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences: présentation de la grille SEGA. *Rev Geriatr*. mars 2004;29(3):169-78.
18. Tardieu E, Mahmoudi R, Novella JL, Oubaya N, Blanchard F, Jolly D, et al. Validation externe de la grille de fragilité SEGA sur la cohorte SAFES. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016;14(11):49-55.
19. Leblanc C, Godaert L, Dramé M, Bujoreanu P, Collart M, Hurtaud A, et al. Capacités prédictives du score de fragilité de la grille SEGA modifiée en sortie d'hospitalisation de gériatrie : étude prospective à 6 mois. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2020;18(1):34-42.
20. Boddaert J, Gavazzi G, Pautas E, Annweiler C, Arlaud C, Averlant L, et al. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. In: Collège national des enseignants de gériatrie. Elsevier Masson 4<sup>ème</sup> édition; 2021.
21. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of Index of ADL. *The Gerontologist*. 1970;20-30.
22. Chassagne P. Evaluation de la dépendance. In: Belmin J, Chassagne P, Friocourt P. *Gériatrie pour le praticien*. Elsevier Masson 3<sup>ème</sup> édition; 2018.
23. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?. Points clés solutions et organisation des parcours; 2013.
24. République française. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [En ligne]. 2022 [consulté le 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
25. Haute Autorité de Santé (HAS). Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [En ligne]. 2015. [consulté le 10 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
26. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa [En ligne]. 2017 [consulté le 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité. N° 24; 2021.

28. Hanesse B, Zirabe V, Mansour H, Doridant F, Mangeot M, Reinert E, et al. Impact de l'intervention de l'équipe mobile de liaison gériatrique sur le taux de réhospitalisations au CHRU de Nancy. *Rev Geriatr.* mai 2021;46(5):283-7.
29. Ancel A. Evaluation gérontologique par l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique au service des urgences du CHU de Nancy: intérêts, critères de sélection, impact sur le suivi [Thèse]. Nancy: Henri Poincaré, Nancy I; 2008.
30. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012;10(3):285-93.
31. Grand-Mangeot M, Hanesse B, Gundesli M, Rocle S, Bourdaire V, Wagner A, et al. Étude UTILE : Urgences-Troubles du comportement-IPA-Liaison-EHPAD Étude descriptive des passages aux urgences du CHRU de Nancy des résidents d'EHPAD pour troubles du comportement : place de l'infirmière en pratique avancée en EHPAD. *Rev Geriatr.* nov 2021;9:559-65.
32. Gaydu J. Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière dans le Var-Est: enquête de satisfaction des médecins traitants [Thèse]. Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2018.
33. Daure A, Chicoulaa B, Lagourdette C, Escourrou E, Secher M, Oustric S, et al. Ressentis des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers : données issues de l'étude FAP. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2019;1:31-7.
34. Maladry F, Mathieu L, Coin B, Bronet N, Crepin A, Delecluse C. Suivi des propositions de l'équipe mobile de gériatrie chez les patients âgés chuteurs aux urgences. *Rev Geriatr.* févr 2019;44(2):102-6.
35. Houmaida-Said L, Ruiz C. Vécu des médecins généralistes ayant collaboré avec l'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière ETRE-INDRE [Thèse]. Tours: Université de Tours; 2018.
36. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2013;11(1):21-31.

## Annexes

### Annexe 1 : Grille SEGA

Version SEGA-A modifiée pour le domicile. Validation par l'Université de Reims Champagne Ardenne; 2014.

## Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).<sup>1</sup>

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
<b>TOTAL :</b>				<b>..... / 26</b>

#### INTERPRETATION

<b>Score ≤ 8</b> Personne peu fragile	<b>8 &lt; Score ≤ 11</b> Personne fragile	<b>Score &gt; 11</b> Personne très fragile
--	--	---

#### A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.  
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

<sup>1</sup> Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

## Annexe 2 : Echelle ADL (22)

### Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

<b>1. Hygiène corporelle</b>	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
<b>2. Habillage</b>	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
<b>3. Aller aux toilettes</b>	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
<b>4. Transfert</b>	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
<b>5. Continence</b>	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
<b>6. Repas</b>	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
<b>Total des points</b>	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. Source : Katz S, et al. <i>Progress in the development of the index of ADL.</i> <i>Gerontologist.</i> 1970; 10 : 20-30.	

## Annexe 3 : Echelle IADL (22)

Tableau 110.2 Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

	Score
<b>I. Activités courantes</b>	
<b>1. Aptitude à utiliser le téléphone</b>	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
<b>2. Courses</b>	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
<b>3. Préparation des aliments</b>	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
<b>4. Entretien ménager</b>	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
<b>5. Blanchisserie</b>	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
<b>6. Moyens de transport</b>	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
<b>7. Responsable à l'égard de son traitement</b>	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
<b>8. Aptitude à manipuler l'argent</b>	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
<b>Total des points « Activités courantes »</b>	<b>.../8</b>

(Suite)

## Annexe 4 : Grille AGGIR

CERFA. Grille AGGIR - Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie quotidienne; 2022.

### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement  
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement  
 C : ne fait pas.

## Annexe 5 : Format type des comptes-rendus de l'EMLG du CHRUN

<p style="text-align: center;"><b>LIAISON GERIATRIQUE</b> du .....</p> <p style="text-align: center;">concernant</p> <p style="text-align: center;"><b>M.</b> ..... - NIP :</p> <p style="text-align: center;">Né le .....</p> <p style="text-align: center;">Service demandeur :</p> <p style="text-align: center;">Intervenants : .....</p>
---

**Motif d'hospitalisation :**

**Motif d'évaluation de l'équipe mobile de gériatrie :**

**Conclusions :**

-

**Recommandations :**

1.

**Docteur**  
Praticien Hospitalier

*Cf Observations détaillées page(s) suivante(s)*

**Observations :****Etat clinique ce jour :****Douleurs :****Atteintes cutanées :****Thymie :****Orientation : Temps :****Confusion :****Troubles cognitifs :**

réalisé : Non

**Bilan réalisé :** Non**GDS à réaliser :****Orientation : Espace :**

Scanner

cérébral

**Alimentation :****Elimination :****Mobilisation, marche :****Examen clinique :****Biologie :****Conditions de vie :****Profession :****Statut marital :****Nombre d'enfants :****Lieu de vie :****Personne de confiance :****Autonome :****Aide de la famille :****Marche antérieure :****Antécédent de chute :****Mode de vie :****Etage :****Ascenseur :****Kinésithérapie :****Etat de la vision :****Poids actuel :****Perte d'appétit :****Continence urinaire :****Consommation de :****Sommeil :****Etat de l'audition :****Perte de poids :****Compléments Nutritionnels Oraux :****Continence fécale :**

## Scores 15 jours avant admission :

### ADL : 6 / 6

<b>Hygiène corporelle :</b>	1	Autonomie
<b>Habillage :</b>	1	Autonomie pour choix des vêtements, s'habiller, se chausser
<b>Aller aux toilettes :</b>	1	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller, se rhabiller
<b>Locomotion :</b>	1	Autonomie
<b>Continence :</b>	1	Continent
<b>Repas :</b>	1	Mange seul(e)

### IADL : 4 / 4

**Capacité à utiliser le téléphone :** 1 - Je me sers du téléphone de ma propre initiative, ch. /compose N°  
**Capacité à utiliser les moyens de transport :** 1 - Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante  
**Responsabilité pour la prise des médicaments :** 1 - Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire  
**Capacité à gérer son budget :** 1 - Je suis totalement autonome

### SEGA : 7 / 26

<b>Age score gériatrie :</b>	1	75-84
<b>Provenance score gériatrie :</b>	0	Domicile
<b>Médicaments score gériatrie :</b>	2	supérieur ou égale à 6
<b>Fonctions cognitives :</b>	0	normales
<b>Humeur :</b>	0	normale
<b>Perception santé :</b>	0	meilleure
<b>Chute les 6 derniers mois :</b>	2	compliquée ou motif d'hospitalisation
<b>Nutrition :</b>	1	perte appétit ou de poids 3 kg/3 mois
<b>Mobilité score gériatrie :</b>	0	autonome
<b>Comorbidité :</b>	1	de 1 à 3
<b>Continence score gériatrie :</b>	0	autonome
<b>Manger :</b>	0	autonome
<b>Aides instrumentales :</b>	0	autonome

*En cas de nécessité d'hospitalisation ou d'avis, vous pouvez contacter directement un médecin gériatre au n° Vill'Hop 03.83.15.78.46 (n° destiné uniquement aux médecins).*

## Annexe 6 : Questionnaire

# Équipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy : quelles attentes et quelle pertinence pour les médecins généralistes ?

Bonjour Docteur,

Je suis actuellement médecin remplaçant et dans le cadre de ma thèse, j'interroge les médecins généralistes sur leur satisfaction et leurs attentes vis-à-vis des interventions envers leurs patients ainsi que sur les comptes rendus de l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique du CHRU de Nancy qui leur sont transmis.

Vous trouverez davantage d'informations dans le synopsis ci-joint.

Ce questionnaire est rapide et vous prendra moins de 5 minutes. Les réponses sont attendues pour le 20 décembre au plus tard.

Je vous remercie par avance pour vos réponses et votre contribution à mon travail de thèse.

\* Réponse obligatoire

## I- Caractéristiques des médecins généralistes

1. Vous êtes : \*

- Une femme
- Un homme

2. Quel âge avez-vous ? \*

- Moins de 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Entre 56 et 65 ans
- Plus de 65 ans

3. Quel est votre milieu d'exercice ? \*

- Milieu urbain
- Milieu semi-urbain
- Milieu rural

4. Quel est votre mode d'exercice ? \*

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Maison médicale
- Médecin coordonnateur d'EHPAD
- Médecin de réseaux gérontologiques

Autre : \_\_\_\_\_

5. En quelle année avez-vous été thésé (ou diplômé en médecine générale) ? \*

---

6. Depuis combien de temps êtes-vous installé ? \*

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Entre 16 et 20 ans
- Entre 21 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Plus de 35 ans

7. Quelle est la proportion de patients âgés de plus de 75 ans dans votre patientèle ?

---

## II- Connaissance et perception de l'EMLG

8. Connaissez-vous l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG) du CHRU de Nancy? \*

- Oui
- Non

9. Avez-vous reçu récemment un compte-rendu de l'EMLG du CHRU de Nancy pour un ou plusieurs de vos patients ? \*

- Oui
- Non

10. Que pensez-vous de l'Evaluation Gériatrique Standardisée décrite dans les courriers ?

- Trop détaillée
- Intéressante, utile
- Incomplète
- Inadaptée

11. Sur quoi porte(nt) la ou les recommandation(s) formulée(s) par l'EMLG pour votre ou vos patient(s) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Les soins
- Le traitement

- La biologie
- L'imagerie
- Un avis spécialisé
- Les soins à domicile (kinésithérapeute, IDE, aide technique...)
- Le domaine social (APA, téléalarme, portage des repas, aménagement de l'habitat...)
- Le domaine juridique
- L'orientation (retour à domicile, service de spécialité, institutionnalisation...)
- Autre : \_\_\_\_\_

12. Cette recommandation ou ces recommandations vous semble(nt)-elle(s) pertinente(s) et adaptée(s) au patient?

- Oui
- Partiellement
- Non

13. A-t-elle ou ont-elles été suivie(s) ?

- Oui (*Passer directement à la question 15*)
- Partiellement
- Non

14. Si non, quels ont été les obstacles au suivi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Vous n'êtes pas d'accord avec les propositions formulées
- Refus du patient
- Refus de la famille
- Décès du patient
- Difficultés d'accès aux soins
- Autre : \_\_\_\_\_

15. Parmi ces classes de recommandations laquelle ou lesquelles vous semble(nt) la ou les plus utile(s) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Les soins
- Le traitement
- La biologie
- L'imagerie
- Un avis spécialisé
- Les soins à domicile (kinésithérapeute, IDE, aide technique...)
- Le domaine social (APA, téléalarme, portage des repas, aménagement de l'habitat...)
- Le domaine juridique
- L'orientation (retour à domicile, service spécialisé, institutionnalisation)

Autre : \_\_\_\_\_

16. Cette intervention vous a-t-elle conduit à la prescription d'actes qui n'auraient pas été prescrits en son absence ?

- Oui
- Non

17. Vous a-t-elle permis d'améliorer la prise en charge de vos patients ?

- Un peu
- Beaucoup
- Pas du tout

18. Certaines questions sont-elles restées sans réponse ?

- Oui
- Non (*Passer directement à la question 20*)

19. Si oui précisez

---

---

20. Le format du compte-rendu vous paraît-il adapté ?

- Trop d'informations (*Passer directement à la question 22*)
- Pertinent (*Passer directement à la question 22*)
- Manque d'information

21. Si manque d'informations précisez

---

---

22. Les actions à poursuivre ou à mettre en place au décours de l'hospitalisation sont-elles clairement énoncées ?

- Oui
- Non

23. Globalement êtes-vous satisfait de l'intervention de l'EMLG et de son compte-rendu ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

III-Remarques ou suggestions pour améliorer les interventions de l'EMLG et sa communication avec les médecins généralistes

24. Commentaire libre

---

---

---

---

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire

Fanny FEIPPEL



---

**RESUME DE LA THESE :**

Les Equipes Mobiles de Liaison Gériatrique sont des unités fonctionnelles, rattachées à un centre hospitalier, qui se déplacent, à la demande, dans les différents services pour réaliser une évaluation gériatrique auprès des personnes âgées fragiles et dispenser des recommandations afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Lors de chaque intervention un compte-rendu est systématiquement envoyé au médecin traitant. Les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans la prise en charge des personnes âgées et le suivi des recommandations lors du retour à domicile. Leur opinion sur les interventions et les comptes-rendus de l'EMLG du CHRUN a été recueilli sous forme d'auto questionnaires. Le taux de réponse s'est révélé faible mais l'étude met en évidence un manque de connaissance de l'EMLG du CHRUN, qui pourrait être amélioré via des soirées de Formation Médicale Continue, une documentation explicative relayée par le CDOM ou encore des foires aux questions sur le site internet du CHRUN. En revanche les médecins qui connaissent l'EMLG du CHRUN de Nancy en sont globalement satisfaits ou très satisfaits et estiment que les interventions de l'EMLG ont permis d'améliorer au moins un peu les prises en charge de leurs patients âgés fragiles

---

**TITRE EN ANGLAIS :**

Mobile geriatric team at Nancy CHRU: what expectations and relevance for general practitioners?

---

**THESE: MEDECINE GENERALE ANNEE 2022**

---

**MOTS CLES:**

Personne âgée – Equipe mobile de gériatrie – Parcours de soins – Evaluation gériatrique - Fragilité

---

**INTITULE ET ADRESSE :**

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de médecine de Nancy  
9 avenue de la Forêt de Haye  
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex

---