



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 13 décembre 2024

Par Camille FARGES

Équipe mobile de Gériatrie Extra Hospitalière du Centre Hospitalier de Brive : une valeur ajoutée pour les médecins généralistes face au virage domiciliaire

Thèse dirigée par Mme le Dr MAGE Evelyne

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie
Mr le Professeur HOUDARD Gaëtan
Mr le Professeur TCHALLA Achille
Mme le Docteur BUREAU-YNIESTA Coralie
Mme le Docteur MAGE Evelyne

Présidente
Juge
Juge
Juge
Directrice





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 décembre 2024

Par Camille FARGES

Équipe mobile de Gériatrie Extra Hospitalière du Centre Hospitalier de Brive : une valeur ajoutée pour les médecins généralistes face au virage domiciliaire

Thèse dirigée par Mme le Dr MAGE Evelyne

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie

Mr le Professeur HOUDARD Gaëtan

Mr le Professeur TCHALLA Achille

Mme le Docteur BUREAU-YNIESTA Coralie

Mme le Docteur MAGE Evelyne

Présidente

Juge

Juge

Juge

Directrice



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOThERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

VANDROUX David

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

GEYL Sophie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARGUERITE François

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PASCAL Virginie

IMMUNOLOGIE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

TRICARD Jérémy
VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale

SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

Maitre de Conférences des Universités de Médecine

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIELA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2013 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPHTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERANGER Adeline	PEDIATRIE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANESE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphael	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoît	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE

NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NEUROCHIRURGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin
CITERNE Julien
VANDOOREN Maité

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE

À ma famille

Remerciements

Aux membres du jury,

À Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Merci pour vos précieux conseils et votre accompagnement durant ces trois ans. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

À madame le Docteur Evelyne Mage, merci de m'avoir fait découvrir l'équipe mobile de gériatrie de Brive et d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci d'avoir pris de ton temps afin de m'épauler tout au long de ce travail.

À Monsieur le Professeur Achille Tchalla, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury.

À Monsieur le Professeur Gaëtan Houdard, merci d'avoir accepté d'intégrer le jury. Merci pour votre implication et votre disponibilité.

À Madame le Docteur Coralie Bureau-Yniesta, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Merci pour votre soutien et votre dynamisme tout au long du DES.

À mes maitres de stage,

Docteur Arrestier et Docteur Massonie, médecins généralistes à Tulle, Docteur Reix, médecin généraliste à Arnac-Pompadour, Docteur Gire Fabien, médecin généraliste à Seilhac.

Vous m'avez offert la possibilité de voir plusieurs façons d'exercer la médecine générale et cela m'a conforté dans ma volonté de devenir médecin généraliste.

Au Docteur Sylvie Claux, j'ai eu la chance de réaliser deux de mes stages chez toi. Merci à Marine et toi pour votre accueil, merci pour ton accompagnement, à cette nouvelle opportunité professionnelle qui nous attend.

À l'équipe de gynécologie obstétrique du CH de Tulle,

À Nicolas, Manon, Marie-Claude, Isabelle, Julie, Valérie, mon co-interne **Olivier** et les sages-femmes. Merci pour ce bel accueil, ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

À Pauline et Camille P, la Corrèze nous a liés d'amitié. La gynécologie n'a désormais (presque) plus de secret pour moi grâce à vous. A très vite sur notre canal les F.F Tullistes pour des conseils mode et déco. Je vous souhaite une belle carrière professionnelle.

À l'équipe de pédiatrie du CH de Brive,

Aux Pédiatres, infirmières, Auxiliaires de Puéricultrice, merci pour votre accueil chaleureux, les enfants peuvent compter sur vos sourires et votre bienveillance.

À mes co-internes, **Alessandro** mon acolyte, **Edwige** et **Marina**, vous m'avez beaucoup accompagné et conseillé, grâce à vous j'ai beaucoup appris et progressée sur la spécialité.

À l'équipe de gériatrie du CH de Brive,

Au **Docteur Paulus Caroline**, à toute l'équipe du C2GC, à **Maeva** et **Agathe** les APA dynamiques et souriantes, merci de m'avoir accompagnée dans la prise en charge gériatrique de vos patients.

À toute l'équipe de l'équipe mobile, **Evelyne, Fawah, Cathy, Marie, Sébastien, Magalie, Alexandra, Audrey**, merci de m'avoir fait confiance, merci pour toutes ces visites et échanges enrichissants.

À mes co-internes,

À **Camille R** et **Amélie**, les cours à la Fac étaient plus attrayants grâce à vous. À nos weekends touristiques et sportifs passés et à nos virées au bord de l'Océan à venir. Merci pour votre amitié, vous êtes des personnes formidables.

À **Mélanie** et **Élisa**, la vie à Brive était plus douce et agréable à vos côtés. Merci pour vos précieux conseils de médecine mais aussi de mode et beauté. Toujours là pour m'écouter, me supporter, me conseiller. Je suis très reconnaissante de vous avoir. À vos deux hommes **César** et **Seb**, à tous nos bon plans restos et brunchs brivistes à venir.

À mes amis,

À mes corréziennes préférées, **Émilie, Amandine, Maureen, Clarisse** et **Léa**, à notre belle amitié qui nous lie depuis plus de 15 ans. Merci de me soutenir aujourd'hui. À toutes nos retrouvailles de TSLP qui nous attendent encore.

À **Anne**, merci d'être toujours là aujourd'hui, à nos souvenirs gravés de notre collocation d'internes tullistes.

À **Lisa**, à tous les moments de simplicité mais si précieux que nous avons partagé depuis si petites : les stages d'équitation, les sorties Familles Rurales, nos voyages. Merci d'être une amie sur laquelle je peux compter chaque jour malgré la distance. Prend soin de toi à l'autre bout du monde !

À **Maxime**, à la VanLife Corse avec Lisa et Franck et à tous les diners improvisés passés et à venir. Tu es quelqu'un de grande confiance, merci pour ton soutien.

À **Pauline** et **Flo**, merci pour votre accueil en Dordogne. Merci Pauline pour ton soutien indéfectible depuis l'externat jusqu'à l'internat et maintenant à notre installation. À votre magnifique petite fille **Victoire**. À tous nos voyages, nos moments de partage et de bonheur passés ensemble et à ceux à venir.

À **Margaux**, une si belle rencontre. J'espère pouvoir compter sur ma couturière préférée encore longtemps.

À **Solène**, ma voisine d'exception, merci pour les petits tips et les bonnes adresses argentacoises. A tes trois beaux enfants **Gabriel, Marceau** et **Louise** et nos goûters improvisés tous ensemble, à ton mari.

À **Sevad**, mon club de cœur, à toutes nos virées ensoleillées, pluvieuses mais toujours joyeuses. Vous êtes mon échappatoire, ma deuxième famille.

À **Ombeline**, merci pour ton dynamisme et ta joie de vivre au quotidien, avec toi la vie ne peut être que radieuse. Merci d'avoir pris le temps de relire mon travail. À **Sauvanne**, ravie d'être ta nounou à mes heures perdues et à ton mari.

À **Marina**, une jolie rencontre, merci de m'avoir soutenue. À toutes nos retrouvailles café et réunion de bureau, nous formons une belle équipe.

À **Carine**, tu m'as embarqué dans cette folle aventure de traileuse. Je te souhaite beaucoup de bonheur. À **Jules** et **Alexandre** tes deux beaux enfants qui m'ont aidé à réviser mes bases de collégienne.

À **Clémence**, **Tony** et **Hugo**, les rois de l'apéro et de la déco !

À ma famille,

À toi **Pépé**, j'aurai souhaité que tu sois présent aujourd'hui, tu peux désormais continuer à m'appeler « Docteur » de là haut.

À mémé **Simone**, à tes merveilles délicieuses et faites avec tant d'amour ! Merci pour ton soutien.

À mémé **Denise** et pépé **Zouzou**, vous m'avez appris les valeurs du travail et de la persévérance. Merci d'être toujours là, merci de prendre soin de moi avec votre beau jardin et vos merveilleux petits plats !

À mes **parents**, soyez fiers de vos filles et petits enfants, tout ce chemin parcouru est le fruit de vos efforts accomplis et de votre amour inconditionnel. Merci infiniment pour votre soutien et les sacrifices que vous avez faits pour que je réalise mon rêve de devenir médecin. **Papa**, merci pour ta patience, tes précieux conseils et tous ces moments simples de bonheur que nous partageons ensemble. **Maman**, soit fière de toi au quotidien, tu es une maman et mamie extraordinaire. Pardon pour tout ce stress et ces inquiétudes infligées. Je vous aime.

À mes sœurs, **Pauline** et **Léa**, le trio inséparable. À **ma grande sœur**, mon exemple, toujours là pour moi, tu as pris le temps de lire mon travail avant même d'accoucher. Tu es une wonder woman et maman à la fois, fais toi confiance. Merci de m'avoir offert ce merveilleux rôle de Tata et de marraine. À **ma petite sœur**, à ton âme d'artiste et d'actrice. Je suis fière de la jeune femme que tu deviens, pleine de conviction et d'ambition. Merci pour tes conseils et d'avoir pris le temps de m'aider pour cette thèse. J'ai désormais le temps pour apprendre à tes côtés à travers tes talents de poterie, mosaïque, peinture, lecture et toutes tes idées farfelues ! Vous êtes mes alliées pour tous ces instants forts de la vie. À tous nos weekends de retrouvailles en famille à venir. Vous êtes des personnes formidables et vous êtes ce que j'ai le plus cher au monde, je vous aime.

À mes neveux, **Giulia** et **Andrea**, je suis tellement fière d'être votre tata. La vie est rayonnante quand je vous ai à mes côtés. À toi **Andrea**, mon filleul d'amour, tu es un enfant solaire, si doux et attendrissant. Prend soin de ta petite sœur et de Moka. Je vous aime fort fort fort.

À **Thib**, merci de m'avoir accueillie dans ta jolie petite famille. À nos défis de coureurs partagés ensemble et à ceux à venir.

À mes cousines et cousins, **Julie, Océane, Clémentine, Pierre, Simon, Chloé, Louis**, et à mes oncles et tantes, merci pour toutes ces fêtes de famille partagées à vos côtés. À **Pierre**, mon seul et unique cousin germain, à ta soif de vivre et ta passion bricolage qui m'a souvent aidée.

À **Céline**, le premier Docteur Farges, si dévouée à ce métier. Merci pour tes conseils.

À **Ludivine**, bien plus qu'une cousine. Merci d'avoir pris le temps de relire ce travail, de m'avoir conseillé et parfois secoué. À toutes nos aventures partagées ensemble, à toutes celles à venir. Jamais loin l'une de l'autre, tu es d'un soutien sans faille.

À ma **marraine** et à mon **parrain**, merci d'être à mes côtés depuis toujours. À **René, Martine, Clément, Louis** et **Cyprien**.

À ma **belle-famille**, à **Marine**, merci de m'avoir chaleureusement accueillie dans votre famille. Merci pour votre générosité et votre gentillesse.

À **Franck**, mon amour, mon allier avec qui je partage tous mes doutes, mes tristesses et mes joies. Merci pour ta patience infailible depuis presque dix ans. Merci pour ton aide et tes conseils avisés durant ce travail. Je suis si heureuse et reconnaissante de t'avoir chaque jour. Merci de m'avoir choisi pour partager ton quotidien, à cette nouvelle vie qui nous attend.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

C2GC : Centre de Gériatrie et de Gérontologie Clinique

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CLIC : Centre local d'information et de coordination

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMGEH : Équipe Mobile de Gériatrie Extra hospitalière

ETP : Équivalent Temps Plein

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHMD : Unité d'Hébergement de Moyenne Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

URCC : Unité Cognitivo Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Table des matières

Introduction.....	23
I. Les équipes mobiles de gériatrie	25
I.1. Définition.....	25
I.1.1. Missions et constitutions en France	25
I.2. Textes fondateurs	26
I.3. Article 51.....	27
I.4. Pacte de refondation des urgences	27
I.5. Plan anti-chutes des personnes âgées	28
I.6. L'Équipe Mobile du Centre Hospitalier de Brive	28
I.6.1. Contexte démographique.....	28
I.6.2. Historique	29
I.6.3. Compositions et moyens.....	29
I.6.4. Modalités d'intervention	30
I.6.4.1. Intervention au domicile en présentiel	30
I.6.4.2. Téléconsultations.....	30
I.6.4.3. Rapport d'intervention	31
I.6.5. Missions	31
I.6.6. Rapports d'activités.....	32
II. Objectif de l'étude.....	33
II.1. Objectif principal de l'étude.....	33
II.2. Objectif secondaire de l'étude	33
III. Matériel et méthode.....	34
III.1. Type d'étude	34
III.2. Population de l'étude	34
III.2.1. Population incluse dans l'étude	34
III.2.2. Population non incluse dans l'étude	34
III.3. Le questionnaire	34
III.4. Recueil des données	35
III.5. Analyse des données	35
IV. Résultats.....	36
IV.1. Taux de participation	36
IV.2. Médecins généralistes concernés	37
IV.2.1. Lieu d'exercice.....	37
IV.2.2. Modalités de connaissance	37
IV.2.3. Motifs de demande d'intervention.....	38
IV.2.4. Nombre de sollicitations	39
IV.3. Satisfaction des médecins généralistes	40
IV.3.1. Délai d'intervention de l'EMGEH	40
IV.3.2. Évaluation du bénéfice de l'intervention	40
IV.3.3. Avis sur les courriers	41
IV.3.4. Suivi des préconisations de l'EMGEH	42
IV.3.5. Maintien de l'appel du gériatre après intervention.....	43
IV.3.6. Satisfaction des téléconsultations	43
IV.3.7. Satisfaction des téléconsultations en EHPAD	44
IV.3.8. Commentaires libres.....	44

V. Discussion.....	45
V.1. Forces et limites de l'étude.....	45
V.1.1. Forces.....	45
V.1.2. Limites	45
V.1.3. Biais de sélection.....	46
V.2. Objectif principal.....	46
V.3. Objectifs secondaires	46
V.4. Population étudiée	47
V.5. Validation externe.....	47
V.5.1. Lieu d'exercice.....	47
V.5.2. Modalités de connaissance	47
V.5.3. Motif de sollicitation	47
V.5.4. Délai d'intervention	48
V.5.5. Bénéfice de l'intervention	48
V.5.6. Courriers et appel du gériatre	48
V.5.7. Application des propositions soumises par l'EMGEH.....	49
V.5.8. Télémédecine	50
V.6. Prise en charge de la personne âgée dans le monde.....	50
V.7. Perspectives.....	51
Conclusion.....	53
Références bibliographiques.....	54
Annexes	57
Serment d'Hippocrate.....	63

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux schématisant le processus d'inclusion.....	36
Figure 2 : Zone d'exercice des médecins.....	37
Figure 3 : Mode de connaissance du dispositif	38
Figure 4 : Motifs de sollicitations du dispositif	39
Figure 5 : Nombre de sollicitations du dispositif dans l'année 2023.....	39
Figure 6 : Satisfaction concernant le délai d'intervention de l'équipe.....	40
Figure 7 : Bénéfice de l'intervention	41
Figure 8 : Satisfaction concernant le délai de réception du courrier	41
Figure 9 : Contenu du courrier	42
Figure 10 : Suivi des préconisations	42
Figure 11 : Appel du gériatre après l'intervention.....	43
Figure 12 : Satisfaction concernant les téléconsultations	43
Figure 13 : Satisfaction concernant les téléconsultations en EHPAD	44

Table des tableaux

Tableau 1 : Estimation de la population par âge en Corrèze au 1er Janvier 2024	28
Tableau 2 : Rapport d'activité de l'EMGEH du CH de Brive sur les trois dernières années ..	32

Introduction

Le vieillissement de la population se poursuit chaque année. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2023, 21,5% des habitants français ont 65 ans ou plus.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent désormais une personne sur dix en France et leur part est en forte augmentation (1).

Selon le rapport du Sénat, en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit trois millions de plus qu'aujourd'hui et, en 2070, les plus de 75 ans pourraient représenter près de 18% d'une population de 76 millions d'habitants (2).

D'importants progrès ont été réalisés au cours de ces vingt dernières années pour permettre à cette population de vieillir en bonne santé et de rester au domicile le plus longtemps possible.

La prise en charge de la perte d'autonomie est aujourd'hui un des défis majeurs de Santé Publique (3).

Le vieillissement de la population s'associe le plus souvent à la poly-pathologie. Le nombre de maladies déclarées augmente avec l'âge.

On parle aujourd'hui de virage domiciliaire, nouvelle étape dans le parcours de soins des personnes âgées. Cette notion a été développée dans les plans gouvernementaux et permet d'associer plusieurs domaines de l'ordre du médico-social afin de pouvoir mettre en place des solutions à domicile et en établissement (4).

Le médecin traitant est donc au cœur de ce virage domiciliaire avec un rôle majeur de coordinateur pour la prise en charge globale.

Malgré des réformes permettant d'augmenter le nombre de médecins, l'augmentation du numérus clausus verra son effet seulement à partir de 2027.

Le nombre de médecins en activité entre le 1^{er} janvier 2023 et le 1^{er} janvier 2024 a augmenté, certes modestement mais de manière significative. Cette croissance s'accompagne d'un rajeunissement de la profession.

L'activité salariée apparaît de plus en plus attractive auprès des médecins en activité régulière.

Il existe cependant une aggravation des inégalités territoriales.

Les départements hospitalo-universitaires voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir tandis que les régions périphériques où la population est plus âgée, subissent une diminution des effectifs médicaux (5).

Cette hausse de médecins est prévue jusqu'en 2050 (6).

En revanche, compte tenu de l'augmentation et du vieillissement de la population, les études montrent une diminution de la densité médicale en France, qui retrouverait son niveau de 2021 vers 2032, puis repartirait à la hausse pour être supérieure de 31% à la densité actuelle en 2050 (7).

Cette diminution de densité médicale se répercute d'autant plus sur les personnes âgées avec la tendance aux consultations au cabinet.

Il existe des disparités au sein de chaque territoire mais les visites au domicile sont de plus en plus rares.

Ainsi, la filière gériatrique est en perpétuel remaniement pour répondre aux besoins de la population vieillissante.

Les équipes mobiles de gériatrie ont ainsi été créés et ne cessent de se reproduire.

Leur domaine d'intervention était initialement intra-hospitalier puis s'est développé au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et au domicile des patients.

Le médecin généraliste ne peut rester seul face à ces demandes de soins qui augmentent chaque jour.

Ainsi, nous avons cherché à évaluer l'aide que pouvait apporter l'Équipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière (EMGEH) du Centre Hospitalier (CH) de Brive auprès des médecins généralistes de son secteur.

Cette étude s'inscrit dans une nouvelle ère ville-hôpital en plein développement (8).

I. Les équipes mobiles de gériatrie

I.1. Définition

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipe transversale auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les autres équipes hospitalières, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) (9) et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé (10).

I.1.1. Missions et constitutions en France

Les équipes mobiles gériatriques assurent des missions d'expertise et d'évaluation : elles interviennent à la demande des médecins, dans l'ensemble des services d'un établissement de santé ou en extra hospitalier.

Elles possèdent plusieurs rôles (11):

- Évaluation gérontologique médico-psycho-sociale
- Avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Orientation dans la filière de soins gériatriques
- Participer (ou initier) à une réflexion éthique ou palliative
- Organiser la sortie avec les dispositifs de soutien à domicile comme le CLIC ou le Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes

Il est recommandé que l'équipe mobile de gériatrie intervienne dès l'entrée dans l'hôpital d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée.

Il est souhaitable que l'équipe mobile de gériatrie : (11)

- Assure des consultations avancées dans l'hôpital local. Ces consultations sont destinées à effectuer une première évaluation médico-psychosociale pour repérer les incapacités potentielles à brève échéance, proposer un ajustement des traitements en cours, un plan de soins et, éventuellement, un plan d'aide. Elle permet également d'anticiper les limites du maintien à domicile et de programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en Soins de Suite et Réadaptation gériatrique (SSR) ou en hôpital de jour.
- Intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées » afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

- Participe à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

La composition de l'équipe mobile de gériatrie a vocation à être pluriprofessionnelle afin de proposer une démarche globale somatique et psychique.

Elle comporte au minimum un binôme composé :(12)

- D'un équivalent temps plein (ETP) de médecin gériatre
- D'un ETP d'infirmier
- D'un ETP d'assistante sociale

L'effectif varie en fonction de la taille de l'établissement, de ses moyens et de ses spécificités.

En 2024, plus de 400 équipes mobiles de gériatrie ont été recensées dont 164 d'entre elles déclaraient en 2019 avoir une activité extra hospitalière, représentant 15% de leur activité (13).

C'est donc une forte augmentation car en 2007 il y avait 225 équipes mobiles dans toute la France dont une trentaine déclarait avoir une activité extra hospitalière.

I.2. Textes fondateurs

Les équipes mobiles de gériatrie font partie intégrante de la filière de soins gériatriques et se placent comme une articulation fondamentale entre le sanitaire et le médico-social.

Elles sont apparues dans les années 1990 (Grenoble, Orléans, Strasbourg, Niort, ...) et ont été officialisées par la circulaire DHOS n°2002-157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, qui précise à travers un cahier des charges assez simple leurs rôles et leurs missions. Cependant, le fonctionnement des équipes mobiles n'est initialement décrit qu'en intra-hospitaliser : « l'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue. Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans les CHU ». (14)

Elle est ainsi basée dans un service, département ou pôle doté d'une unité de court séjour gériatrique.

Leur développement est ensuite accéléré par le Plan « Urgences » 2004-2007 : plan de financement de 50 millions d'euros et un objectif de création de 160 EMG d'ici 2008.

En 2006, un rapport commandé par le Ministre de la Santé et des Solidarités intitulé « Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15ans à venir », insiste sur l'instauration d'un label filière gériatrique avec la création d'une unité mobile de gériatrie. Sa 5^e recommandation incite cette équipe à intervenir à l'extérieur de l'hôpital afin d'étendre sa mission « au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, Hospitalisation à Domicile ... ». (15)

La circulaire DHOS N°2007-117 du 28 Mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vient renforcer les dispositions de la précédente circulaire et en particulier pose les bases de

l'équipe mobile extra hospitalière : elle intervient dans un cadre expérimental dans les EHPADs pour conseiller les professionnels dans la gestion des situations complexes.

Ces structures s'adressent au « patient gériatrique », défini comme un patient âgé poly-pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe. Elles « ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée ».(16)

La circulaire incite les hôpitaux à :

- Renforcer l'accès aux soins de proximité en « créant ou en développant des consultations gériatriques avancées et des pôles d'évaluation gériatrique » ;
- Favoriser les filières courtes en développant, dans les établissements de santé de service d'accueil des urgences (SAU) et plus généralement dans ceux qui accueillent une forte proportion de personnes âgées, des unités et services de court séjour gériatrique à même d'apporter une approche globale et appropriée aux besoins de ces patients ;
- Mettre en place une équipe mobile de gériatrie dans chaque centre hospitalier universitaire (CHU) et régional (CHR). Le texte précise que la création d'une telle équipe peut aussi être utile dans les CH à forte capacité, dès lors qu'il justifie d'une activité gériatrique structurée et reconnue, et notamment dispose d'un service ou d'une unité de court séjour gériatrique.

I.3. Article 51

En novembre 2017, l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a été introduit pour favoriser l'innovation dans l'organisation et le financement des soins. Il permet de mettre en place des expérimentations ou des dispositifs innovants visant à améliorer la prise en charge des patients tout en optimisant les dépenses de santé. (17)

L'article 51 a donc été utilisé pour soutenir divers projets expérimentaux dans divers domaines du système de santé, y compris la gériatrie.

Cela a permis d'expérimenter des pratiques innovantes notamment en créant des parcours de soins plus adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées.

L'article 51 encourage aussi la création de nouveaux modèles d'hospitalisation ou d'établissements médico-sociaux adaptés comme les EHPAD ou Unité de soins de longue durée (USLD).

Dans ce cadre réglementaire, le CH de Brive dispose de lits d'hébergement de moyenne durée au sein de l'unité de l'EHPAD du CH de Brive.

I.4. Pacte de refondation des urgences

Le Pacte de Refondation des Urgences, signé en 2019, vise à réorganiser et renforcer le système des urgences en France devant une forte augmentation de la fréquentation et des difficultés chroniques.

Le Pacte est composé de 12 mesures clés dont la mesure 5 vise à généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences.

Atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées en 5 ans en permettant à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins (18).

I.5. Plan anti-chutes des personnes âgées

En 2022, le gouvernement français a lancé le plan anti-chutes des personnes âgées avec pour objectif de réduire le nombre de chutes chez les seniors, un phénomène qui est une cause majeure de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès prématurés.

Ce plan est axé autour de plusieurs actions : sensibiliser les personnes âgées et leur entourage, promouvoir l'activité physique et améliorer l'habitat (19).

I.6. L'Équipe Mobile du Centre Hospitalier de Brive

I.6.1. Contexte démographique

Le vieillissement de la population s'observe aussi en Nouvelle Aquitaine, étant la région la plus âgée de France en 2016.(20)

La Corrèze compte 237 077 habitants en 2023 avec un indice de vieillissement de 135 (1,4 personne de 65 ans et plus par habitant de moins de 20ans) dont plus d'un tiers de la population a plus de 65 ans en 2021.

En 2023, près d'une personne sur 7 en Corrèze a plus de 75 ans, soit 14,26% contre 10,4% au niveau national.

Une estimation de la population au 1^{er} janvier 2024 montre une augmentation de la population vieillissante en Corrèze résumée dans le tableau ci-dessous : (21)

Tableau 1 : Estimation de la population par âge en Corrèze au 1er janvier 2024

60 ans ou plus %	75 ans ou plus %	Ensemble (nombre)
36,7	14,7	238 962

En 2020, la densité de médecins généralistes en Corrèze s'élevait à 81 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à la moyenne régionale (22).

La densité de médecins généralistes reste défavorable en Corrèze si l'on tient compte de la structure d'âge de la population.

Des départs à la retraite de nombreux d'entre eux dans les années à venir fragiliseront certains territoires.

Des dispositifs sont donc en train d'émerger pour accompagner au mieux les médecins généralistes face à ce changement démographique.

Il existe en Corrèze deux équipes mobiles de gériatrie : une au CH de Tulle couvrant ainsi l'Est et le Nord de la Corrèze et une au CH de Brive pour couvrir l'Ouest et le Sud de la Corrèze. Le périmètre d'intervention de l'EMGEH de Brive s'étend sur le bassin sanitaire Sud Corrèzien dans les limites du département : Du Nord de Salon-La-Tour à Beaulieu Sur Dordogne en passant par Uzerche et Cornil. La frontière de la Dordogne d'Est en Ouest et du Nord du Lot.

La distance la plus lointaine se situe à 40 kms du CH de Brive, cela représente environ 1h de route au maximum.

Ce secteur regroupe plus de 90 médecins généralistes.

Le territoire d'intervention regroupe 19 EHPADs qui ont tous un médecin coordonnateur.

I.6.2. Historique

L'EMG du CH de Brive existe, dans son versant intra-hospitalier depuis 2008 et dans sa forme extrahospitalière depuis la fin d'année 2013. Cette même équipe fait également partie de l'équipe mobile intra-hospitalière qui elle existe depuis 2008.

Elle s'inscrit dans une filière de soins gériatriques complète depuis l'ouverture du Centre de gériatrie et de gérontologie clinique (C2GC) créée en 2016 au CH de Brive. Ce centre comprend :

- 4 unités de court séjour classique dont une unité sécurisée
- 2 unités de Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique (SSR)
- 1 Unité de Réhabilitation Cognitivo-Comportementale (URCC)
- 1 Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)
- 1 Unité de Soins de Longue Durée (USLD)
- 1 EHPAD et 1 Unité d'Hébergement de Moyenne Durée (UHMD)
- 1 unité de consultations mémoire
- 1 unité de régulation téléphonique gériatrique
- 1 unité d'équipe mobile gériatrique

I.6.3. Compositions et moyens

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) est composée de 2,1 gériatres, 3,5 infirmiers diplômés d'État, 2 secrétaires, de professionnels spécialisés : ergothérapeutes, neuropsychologue et psychologue.

L'équipe possède deux véhicules propres au service.

Elle dispose également d'un dispositif de téléconsultation et d'une Hotline Gériatrique depuis 2020.

Elle dispose d'un numéro unique de régulation.

I.6.4. Modalités d'intervention

L'EMGEH intervient après demande téléphonique du médecin traitant (ou coordonnateur) auprès du secrétariat qui dispose d'un numéro unique.

L'EMG reçoit parfois des demandes par les soignants ou famille mais elle n'intervient qu'après validation et accord du médecin traitant.

De même, le Dispositif d'Appui à la Coordination de la Corrèze (DAC19) peut solliciter l'équipe si le médecin traitant valide cette demande.

Le délai moyen d'intervention est de 3 semaines.

Chaque matin, les demandes sont étudiées en équipe pluridisciplinaire qui, en fonction du motif, valide la nécessité d'une intervention en présentiel ou propose une alternative comme une régulation téléphonique, une téléconsultation, une consultation ou une hospitalisation de jour programmée.

L'intervention se fait toujours après accord du médecin traitant et acceptation du patient et de la famille.

L'EMG n'est pas un dispositif d'urgence.

I.6.4.1. Intervention au domicile en présentiel

La plupart des interventions sont réalisées au domicile du patient en présentiel par l'équipe complète.

La visite au domicile est assurée en présentiel par un binôme infirmier/gériatre la plupart du temps. Mais en fonction de la situation elle peut être assurée par un binôme gériatre/psychologue, infirmier/ergothérapeute et dure environ 1h30.

I.6.4.2. Téléconsultations

Depuis 2020 des téléconsultations gériatriques sont effectuées dans les 19 EHPADs. L'EMGEH intervient souvent en EHPAD grâce à des téléconsultations.

Ces téléconsultations se déroulent avec l'équipe soignante de l'EHPAD et le patient dans une pièce isolée de l'EHPAD et le gériatre en consultation vidéo qui se trouve à l'hôpital.

Depuis juin 2023 l'EMGEH dispose d'un nouveau mode d'intervention : les téléconsultations au domicile qui s'effectuent en semi-présentiel.

Ce type d'interventions consiste à faire appel à un infirmier de l'équipe mobile qui se déplace seul au domicile du patient, non accompagné du gériatre car ce dernier est consulté en vidéo. L'infirmier accompagne donc le patient tout au long de la consultation vidéo avec le gériatre, qui est à l'hôpital.

I.6.4.3. Rapport d'intervention

Après chaque intervention, un appel téléphonique au médecin traitant est réalisé afin de résumer l'évaluation faite et permet d'échanger sur les différentes propositions émises par l'équipe.

Si le médecin n'est pas disponible au moment de l'appel, un autre créneau horaire lui est proposé.

Un compte rendu écrit est également rédigé, il précise les antécédents du patient, son mode de vie, son traitement et le détail de l'intervention de l'EMGEH. A la fin du courrier est indiqué quelques préconisations qui pourraient améliorer la situation de la part de l'EMGEH avec libre choix du médecin de les appliquer ou non.

Ce document est en général rédigé le jour même ou le lendemain de l'intervention.

Il est envoyé par messagerie sécurisée par le secrétariat de l'EMG (courrier postal pour ceux qui n'en disposent pas) au médecin généraliste étant à l'origine de la demande d'intervention.

La moyenne du délai de réception du courrier est de 10 à 15 jours.

Ce courrier est également inséré dans le dossier patient du logiciel du CH Brive.

I.6.5. Missions

- Réaliser une expertise gériatrique globale (évaluation du traitement, de l'environnement matériel et humain, du plan d'aide et de l'orientation)
- Orienter vers les filières de soin appropriées
- Contribuer au virage domiciliaire et au « bien vieillir »
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques
- Informer, former et conseiller les équipes de soin
- Conseiller les aidants (nutritionnels, mobilité, conduite, comportement à adopter, démarches administratives et juridiques...)
- Participer aux réflexions éthiques ou palliatives
- Avoir un rôle de « médiateur » lors de relations et situations complexes avec les aidants ou la famille.

I.6.6. Rapports d'activités

En 2023, l'EMGEH a réalisée 303 interventions dont 64 téléconsultations en EHPAD.

Cela représente quasiment une intervention par jour.

Tableau 2 : Rapport d'activité de l'EMGEH du CH de Brive sur les trois dernières années

	2021	2022	2023
<i>Domicile (nombre)</i>	231	193	239
<i>EHPAD (nombre)</i>	30	17	64
<i>Total (nombre)</i>	261	210	303

II. Objectif de l'étude

II.1. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis de l'équipe mobile extra hospitalière du Centre Hospitalier de Brive sur l'année 2023.

II.2. Objectif secondaire de l'étude

Les objectifs secondaires étaient :

- L'évaluation et l'amélioration du fonctionnement de l'EMGEH afin qu'elle réponde aux attentes des médecins généralistes et médecins coordonnateurs d'EHPAD.
- La création d'une plaquette informative à destination des médecins généralistes installés dans le secteur de l'équipe mobile extra hospitalière.

III. Matériel et méthode

III.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive sur auto-questionnaire et appels des médecins généralistes et médecins coordonnateurs d'EHPAD.

III.2. Population de l'étude

III.2.1. Population incluse dans l'étude

Pour la réalisation de cette étude, nous avons sollicité les médecins généralistes exerçant une activité ambulatoire dans le secteur sanitaire de l'EMGEH du CH de Brive la Gaillarde.

Ils pouvaient exercer en zone rurale, semi rurale ou urbaine définies ci-dessous :

- Zone rurale : peut être définie par une zone située en dehors des grandes villes, souvent associée à des activités agricoles et où les services sont très peu présents ou souvent éloignés.
- Zone semi-rurale : peut être définie comme une zone se trouvant à proximité des zones urbaines et des services mais en conservant un caractère rural.
- Zone urbaine : peut être définie comme une zone où la concentration d'infrastructures et de services est plus importante, notamment la ville où se trouve le CH à Brive La Gaillarde.

III.2.2. Population non incluse dans l'étude :

Dans cette étude, nous avons décidé de ne pas inclure :

- Les médecins généralistes remplaçants
- Les médecins généralistes hors secteur sanitaire
- Les médecins coordonnateurs d'EHPAD hors secteur sanitaire
- Les médecins spécialistes
- Les internes de médecine générale
- Les médecins généralistes et coordonnateurs n'ayant jamais eu de contact avec l'EMGEH

III.3. Le questionnaire

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé un questionnaire composé de 15 questions qui se découpe en 4 parties :

- La première partie recueillait les caractéristiques démographiques des médecins.
- La deuxième partie interrogeait les médecins sur l'EMGEH. Elle se composait de questions à choix multiples sur leur connaissance du dispositif, leur motif de sollicitations, leur avis concernant le bénéfice de l'intervention et l'application des préconisations. Il y avait également une réponse à choix unique sur le nombre d'appels au dispositif dans l'année 2023.
- La troisième partie avait pour but d'identifier leur ressenti sur les comptes rendus d'intervention, que ce soit par courrier ou appel téléphonique.
- La quatrième partie était consacrée aux téléconsultations au domicile et en EHPAD.

- La dernière question était à choix libre pour toutes remarques concernant l'EMGEH.

Le questionnaire a été réalisé dans un premier temps sur Word puis intégré dans un GoogleForm afin de pouvoir le diffuser en ligne aux médecins généralistes.

Il était anonyme.

III.4. Recueil des données

Le questionnaire a été rédigé puis envoyé via un lien sur GoogleForm permettant aux médecins de répondre en ligne directement.

Nous avons contacté l'Ordre des médecins de la Corrèze afin de diffuser aux médecins généralistes concernés. Pour cela, une liste des villes faisant parties du secteur géographique leur avait été fournie ainsi que la liste des médecins coordonnateurs.

Le questionnaire a été diffusé à 91 médecins par mail, accompagné d'un mot explicatif du projet. Seuls les médecins ayant déjà fait appel à l'EMGEH étaient en capacité de répondre, comme cela était expliqué lors de la diffusion du questionnaire.

Nous avons ouvert le questionnaire du 10 Décembre 2023 au 26 Février 2024.

Au mois de janvier 2024, une relance par mail a été faite par le Conseil de l'Ordre des médecins puis deux en février de la même année par le secrétariat de l'EMGEH du CH de Brive.

Fin février 2024, avant de clôturer le recueil, nous avons relancé certains médecins généralistes et notamment les médecins coordonnateurs d'EHPAD par appel téléphonique.

Toutes les questions étaient à réponse obligatoire, ce qui nous a permis d'obtenir 40 questionnaires complets.

Sur les 40 questionnaires, nous n'avons pas pu analyser deux d'entre eux car les professionnels avaient précisé en commentaire libre que le questionnaire leur avait été adressé par erreur et qu'ils se trouvaient en dehors du secteur sanitaire.

Avant d'analyser les résultats nous avons répertorié avec l'aide du secrétariat de l'EMG tous les médecins ayant eu au moins un contact avec l'EMGEH en 2023.

III.5. Analyse des données

Les données du questionnaire ont été analysées dans un tableau Excel.

Les variables qualitatives sont décrites à l'aide de leurs fréquences et de leurs pourcentages valides (calculés sur les réponses exprimées).

IV. Résultats

IV.1. Taux de participation

Le questionnaire a été diffusé auprès de 91 Docteurs en Médecine Générale et coordonnateurs exerçant dans le secteur d'intervention de l'EMEH du CH de Brive.

Nous avons reçu 40 questionnaires sur les 91 envoyés, correspondant ainsi à un taux de participation de 43,9 %.

Sur les 40 médecins ayant répondu, 2 ont été exclus car il n'avait jamais eu la connaissance ou de contact avec l'EMGEH du CH de Brive.

Sur les 91 médecins, 60 ont déjà fait appel à l'EMGEH et 31 n'avaient jamais fait appel et n'avaient jamais eu de contact avec le secrétariat.

Nous avons donc exclu 31 médecins non concernés car ils n'ont pas pu répondre au questionnaire.

Le pourcentage de questionnaires exploitables s'élève à 63,3% soit 38 questionnaires sur les 60 médecins concernés.

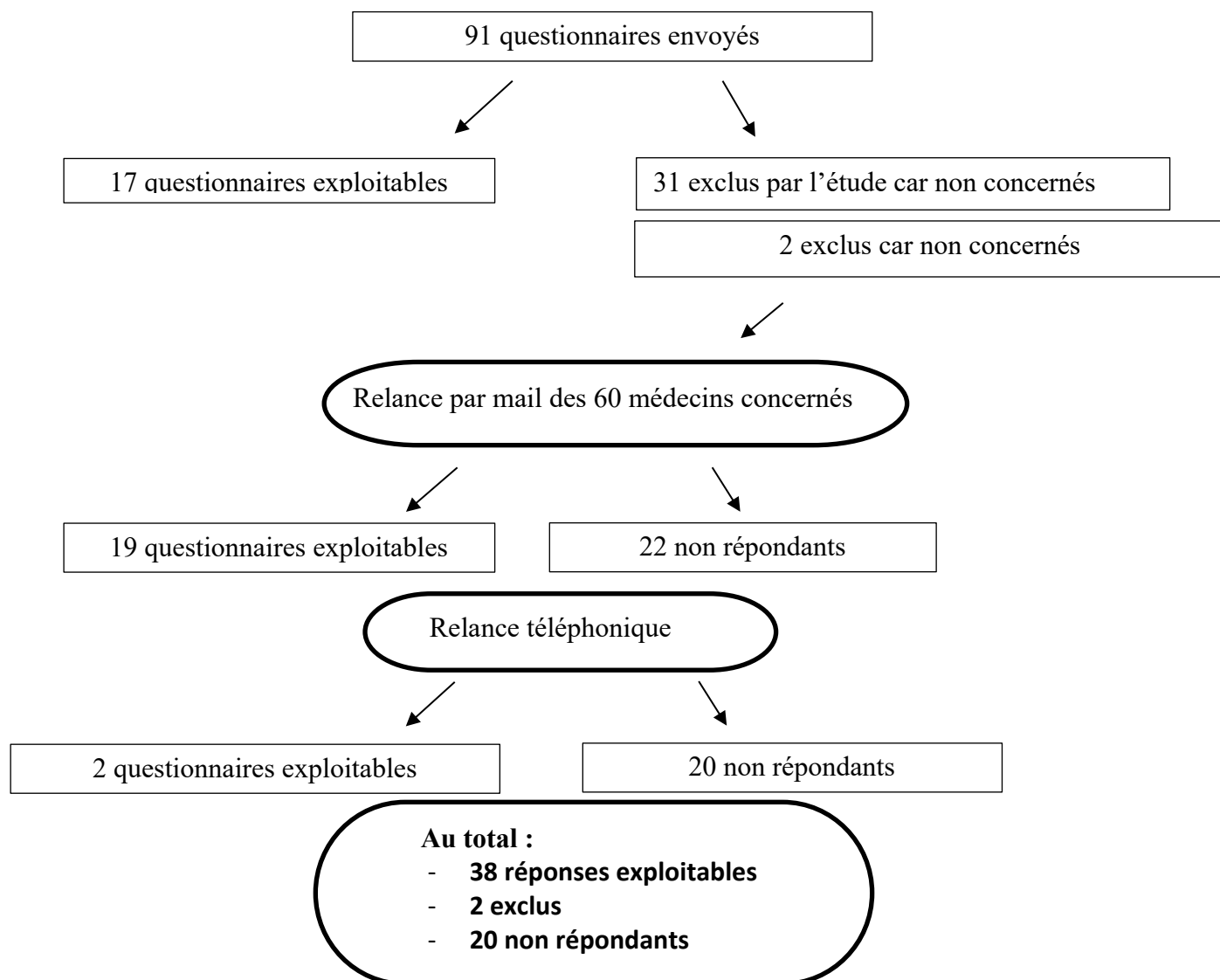


Figure 1 : Diagramme de flux schématisant le processus d'inclusion

IV.2. Médecins généralistes concernés

IV.2.1. Lieu d'exercice

Nous avons interrogé les médecins sur leur lieu d'exercice.

Cette question était à réponse unique.

44 % des médecins faisant appel à l'EMGEH exercent en zone rurale et 20 % des médecins exercent en zone urbaine.

Enfin, 36% des médecins exercent en zone semi-rurale.

Notre enquête a donc concerné une proportion plus importante de médecins exerçant en zone rurale (44 %) et semi rurale (36 %).

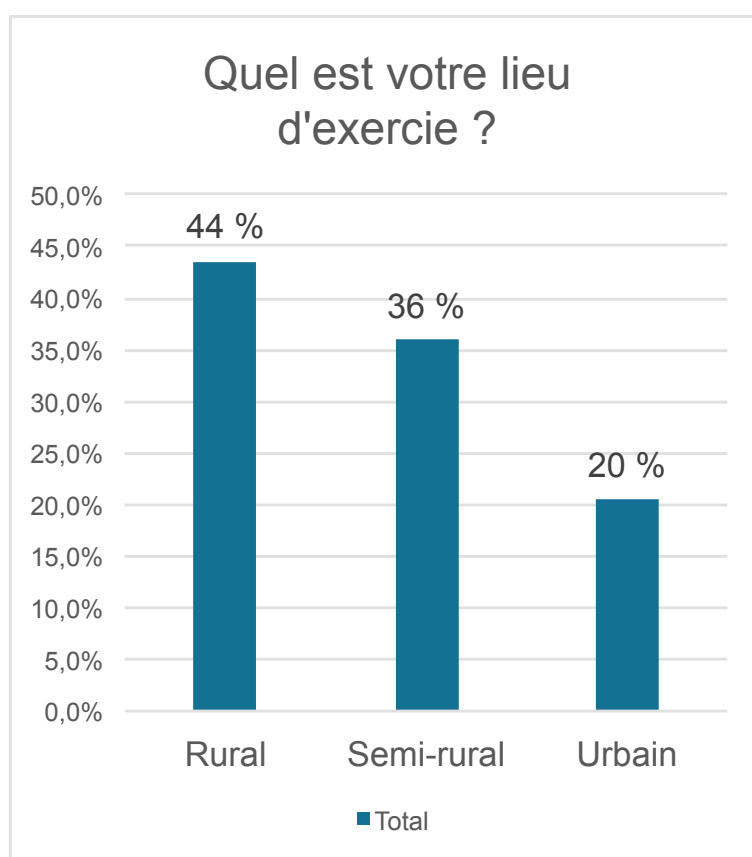


Figure 2 : Zone d'exercice des médecins

IV.2.2. Modalités de connaissance

Nous avons voulu savoir par quel biais et quel type de lien les médecins avaient eu connaissance de l'existence du dispositif.

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

Les médecins ont eu connaissance de l'équipe mobile pour 57 % d'entre eux lors d'un contact avec le pôle de gériatrie du CH de Brive. Ce contact s'est en général établi suite à une

hospitalisation en court séjour gériatrique d'un de leurs patients ou suite à une consultation au centre de gériatrie et gérontologie (C2GC) avec un Gériatre ou un professionnel de l'équipe.

Près de 20% des médecins ont eu connaissance de l'équipe mobile de gériatrie suite à un appel auprès du Dispositif d'Appui et de Coordination (DAC).

12 % des médecins ont eu connaissance de l'équipe mobile lors d'une note officielle d'information.

Enfin, 12% des médecins ont eu connaissance du dispositif de manière très variée et aléatoire par un confrère, par leur interne ou au fil de leurs études.

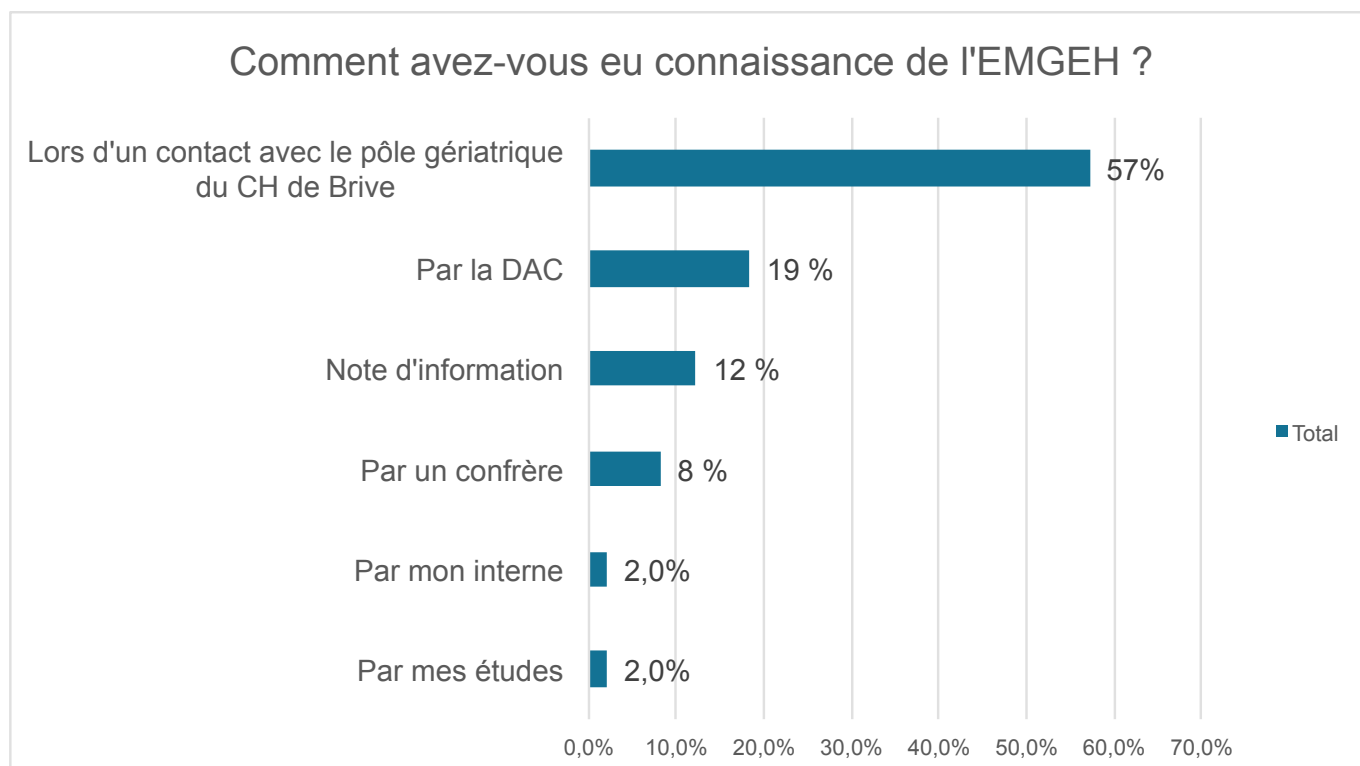


Figure 3 : Mode de connaissance du dispositif

IV.2.3. Motifs de demande d'intervention

Une évaluation gériatrique globale et un bilan cognitif ont constitué la raison la plus fréquente pour laquelle le médecin fait appel à l'EMGEH. 29 médecins sur 38 ont fait appel à l'EMGEH pour ce motif soit 74 %.

Le maintien au domicile difficile, regroupant une perte d'autonomie, des chutes à répétition était le deuxième motif pour lequel les médecins faisaient appel à l'équipe mobile de gériatrie avec une réponse validée pour 27 d'entre eux soit 69%.

24 médecins sur 38 soit 62 % ont exprimé avoir fait appel au dispositif pour des troubles du comportement et oppositions aux soins.

Enfin, l'évitement d'une hospitalisation et la nécessité d'une médiation avec l'entourage du patient sont les dernières raisons pour lesquelles les médecins sollicitent l'EMGEH soit respectivement 49% et 39%.

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

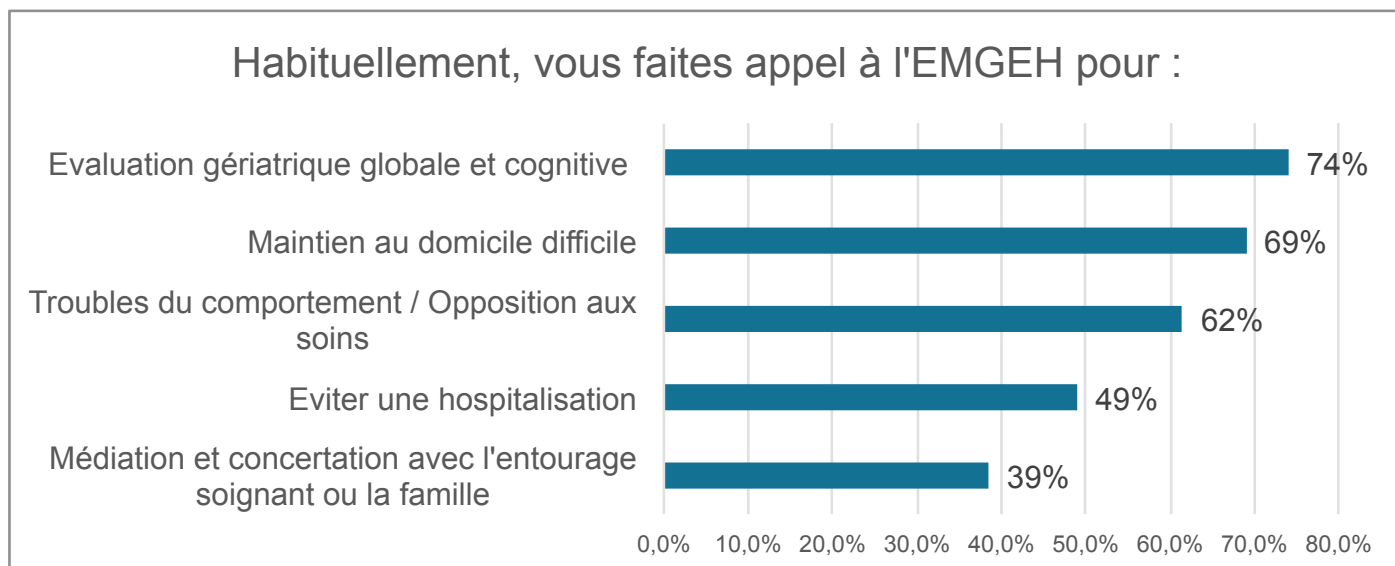


Figure 4 : Motifs de sollicitations du dispositif

IV.2.4. Nombre de sollicitations

En 2023, 54 % des médecins ont fait appel au moins une fois à l'équipe mobile de gériatrie jusqu'à un maximum de 5 fois.

38 % des médecins ont fait appel plus de 5 fois dans l'année au dispositif.

Enfin, 8% ont fait appel plus de 10 fois dans l'année.

Combien de fois en 2023 avez-vous fait appel à l'EMGEH ?

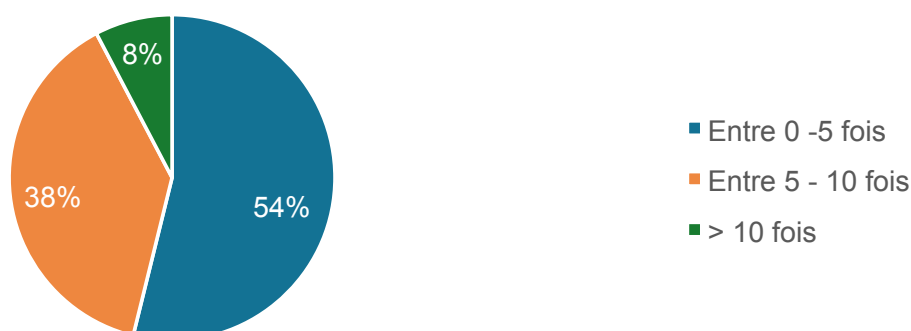


Figure 5 : Nombre de sollicitations du dispositif dans l'année 2023

IV.3. Satisfaction des médecins généralistes

IV.3.1. Délai d'intervention de l'EMGEH

54% des médecins généralistes étaient satisfaits du délai d'intervention contre 46% de non satisfaits.

Êtes-vous satisfait du délai d'intervention ?

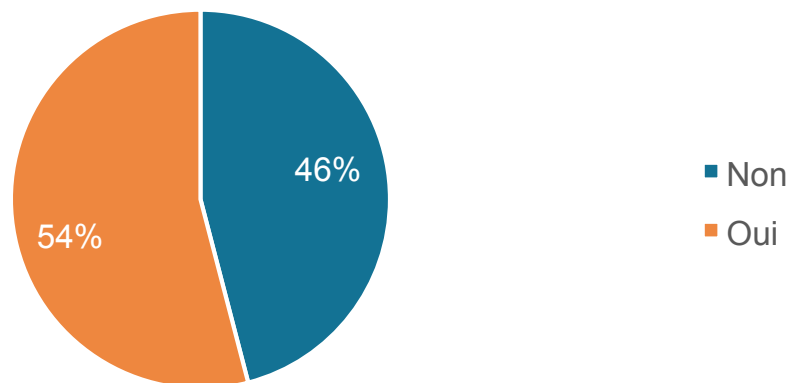


Figure 6 : Satisfaction concernant le délai d'intervention de l'équipe

IV.3.2. Évaluation du bénéfice de l'intervention

Pour 77 % des médecins, l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie a permis de contribuer au maintien au domicile.

L'expertise de l'EMGEH est apparue pour 54 % comme une aide pour leur patient pour rentrer dans la filière gériatrique adaptée. Cette dernière comprend, par exemple, une hospitalisation de jour ou une consultation mémoire.

Dans 46 %, l'intervention a permis d'éviter une hospitalisation non programmée.

Seulement 1 médecin a estimé que l'intervention avait permis l'adaptation des thérapeutiques soit 3%.

Enfin, 5% ont estimé que l'intervention n'avait apporté aucun bénéfice.

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

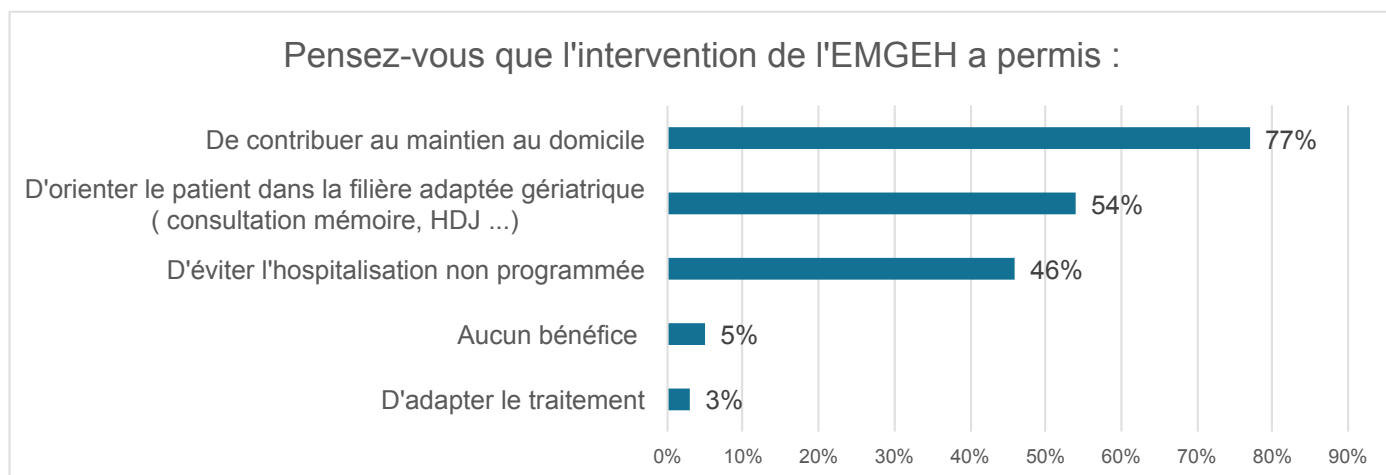


Figure 7 : Bénéfice de l'intervention

IV.3.3. Avis sur les courriers

89 % des médecins sont satisfaits du délai de réception du courrier après l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie contre 11 % estimant que ce délai est trop long.

Êtes-vous satisfait du délai de réception du courrier ?

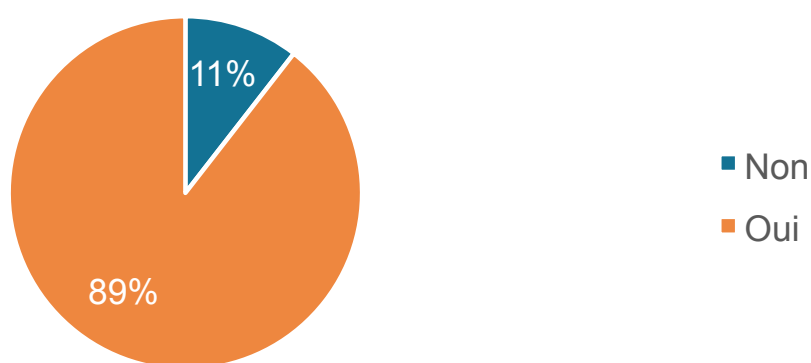


Figure 8 : Satisfaction concernant le délai de réception du courrier

Pour 84 % des professionnels, le courrier leur paraît complet et pour 11% il paraît trop détaillé. 5 % des médecins ont estimé que le courrier n'était pas adapté à la demande.

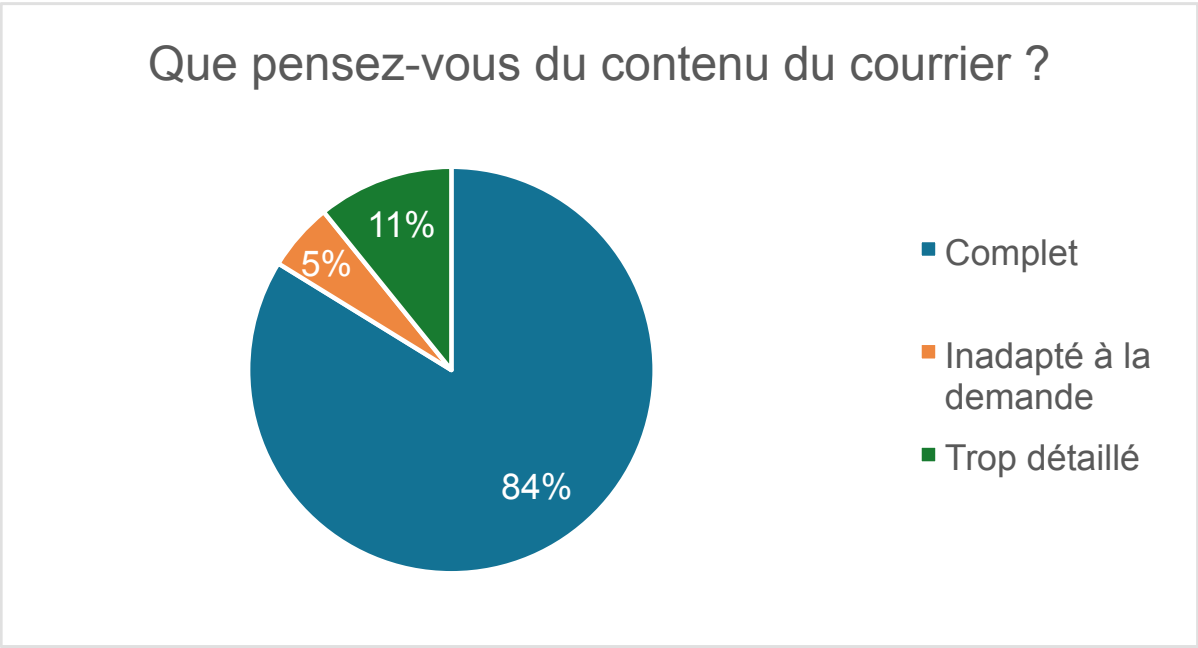


Figure 9 : Contenu du courrier

IV.3.4. Suivi des préconisations de l'EMGEH

37 % des médecins appliquent « toujours » les recommandations formulées dans le cadre de l'intervention de l'EMGEH, 55 % « souvent » 8 % « rarement ».

Aucun médecin n'a répondu « jamais ».

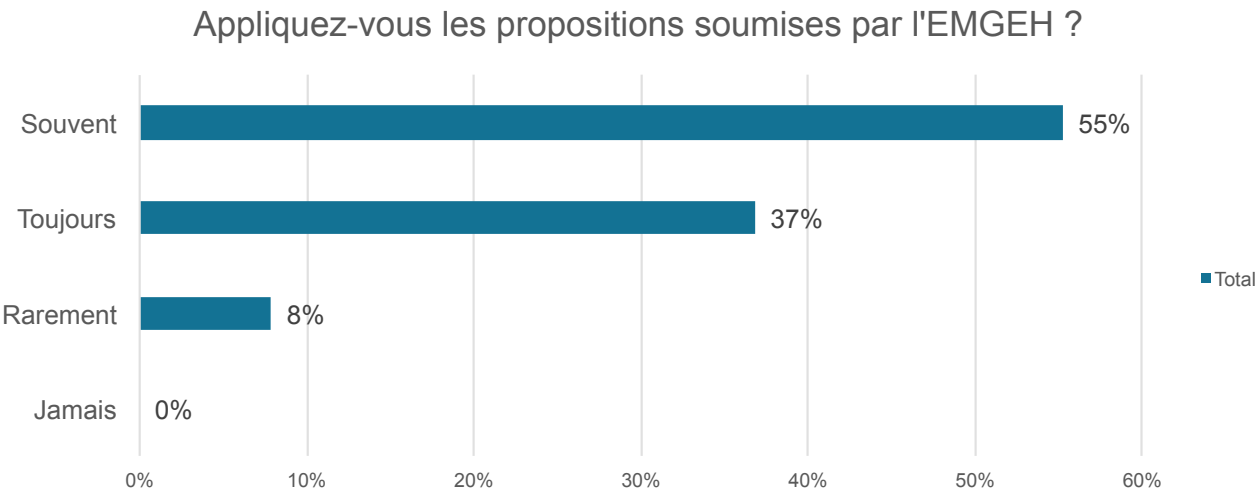


Figure 10 : Suivi des préconisations

IV.3.5. Maintien de l'appel du gériatre après intervention

70 % souhaitent continuer à recevoir un appel du gériatre systématiquement après l'intervention de l'EMGEH.

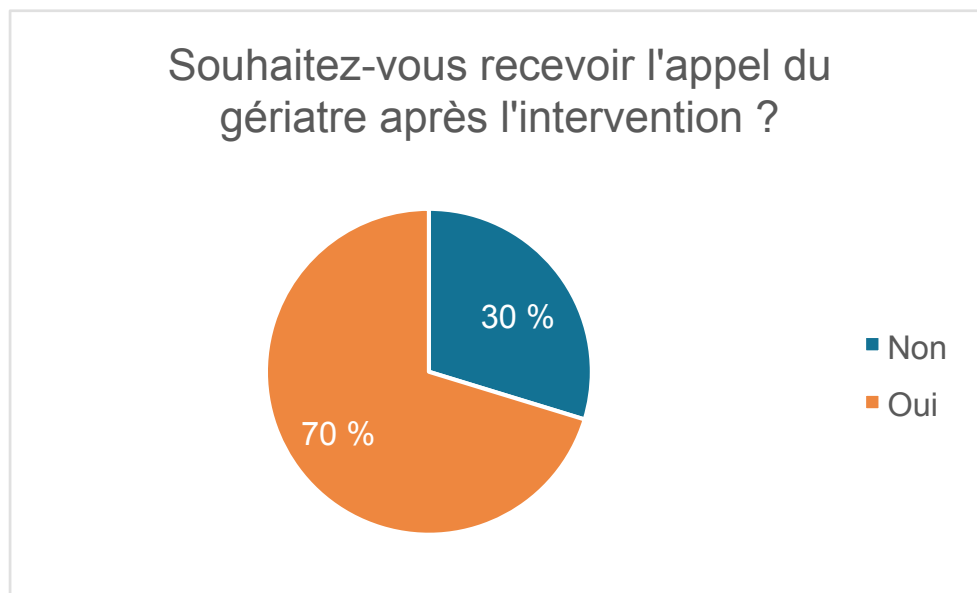


Figure 11 : Appel du gériatre après l'intervention

IV.3.6. Satisfaction des téléconsultations

Sur les 38 médecins interrogés, 26 d'entre eux (68%) ont répondu avoir expérimenté les interventions en semi-présentiel.

Parmi ces 26 médecins, 23 étaient satisfaits de ce type d'intervention ce qui représente un taux de satisfaction de 88 %.

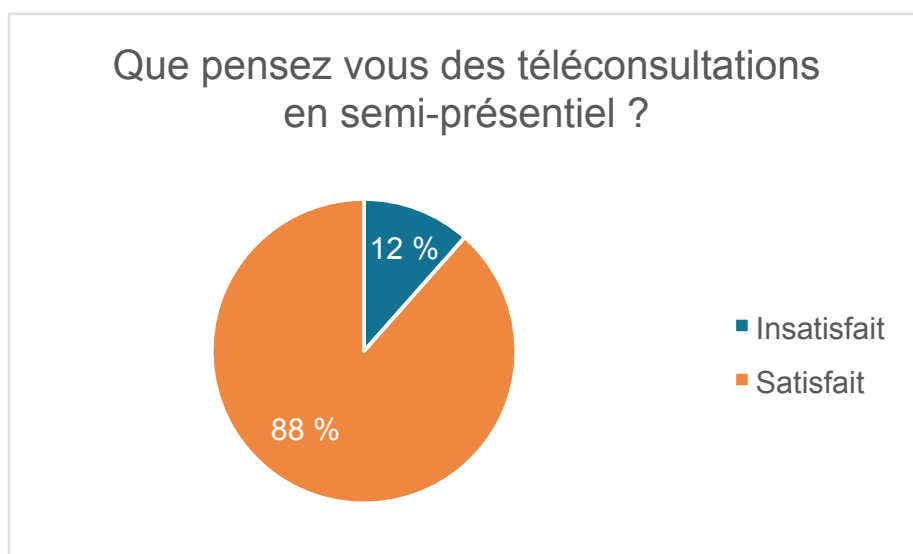


Figure 12 : Satisfaction concernant les téléconsultations

IV.3.7. Satisfaction des téléconsultations en EHPAD

20 médecins sur les 38 avaient déjà expérimenté ce type d'intervention soit plus de la moitié des médecins (52%).

17 d'entre eux étaient satisfaits de la téléconsultation soit 81 %.

Que pensez-vous des téléconsultations en EHPAD ?

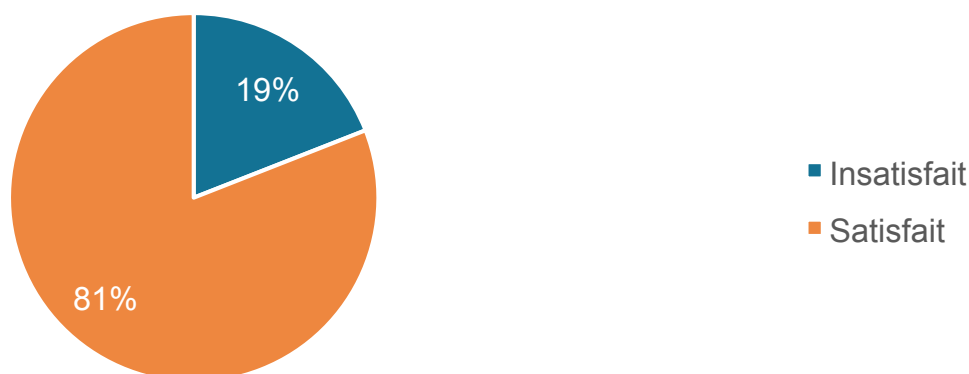


Figure 13 : Satisfaction concernant les téléconsultations en EHPAD

IV.3.8. Commentaires libres

9 médecins sur 38 soit 24 % ont laissé un commentaire.

Ces commentaires peuvent être classés en deux catégories : points positifs et négatifs.

Points positifs de l'EMGEH :

- Aider à la coordination sur le plan médico-social : « *De très bons services pour coordonner la prise en charge gériatrique et très professionnel depuis de longues années* »
- Aider au maintien au domicile : « *Les avis ponctuels de thérapeutiques donnés lors d'un contact avec l'EMG sont d'une grande aide et soutien pour la prise en charge des patients déments maintenus au domicile* »
- Soutien des médecins : « *Nous avons beaucoup de chance d'avoir cette équipe sur la région* », « *À développer au vu du vieillissement de la population* ».

Points négatifs :

- Délai d'intervention trop longs : « *délais de prise en charge sont trop longs et aboutissent à des abandons* », « *les délais d'intervention étant trop longs, il nous est difficile de faire appel à cette équipe aussi souvent que nous le souhaiterions* ».
- Difficulté à mettre en place les préconisations : « *souvent les propositions de prise en charge me semblent inadaptées à la réalité du terrain et sont difficiles à mettre en place* ».

V. Discussion

V.1. Forces et limites de l'étude

V.1.1. Forces

La force principale de cette étude réside dans le fait que le vieillissement de la population au sein du département de la Corrèze est un véritable fléau. En effet, la population est de plus en plus vieillissante et les médecins sont de moins en moins nombreux. A cela s'ajoute une diminution des visites au domicile. Il est donc nécessaire de s'adapter et créer des dispositifs permettant d'aider les médecins généralistes afin qu'ils puissent continuer à exercer dans les meilleures conditions possibles.

L'évaluation des besoins des médecins généralistes et coordonnateurs, après mise en place de l'EMGEH, n'avait jamais été réalisée. Il était donc intéressant d'évaluer sur le secteur d'intervention de l'équipe le ressenti et attentes des médecins.

De plus, cela a permis de faire connaître l'existence et le fonctionnement de ce dispositif à près d'une trentaine de médecins

Peu d'études existent également au niveau national. Certaines équipes mobiles émergent encore récemment. Par exemple, en Vendée où une étude qualitative a été réalisée suite à la création de l'équipe mobile extrahospitalière en 2023.(23)

Le taux de participation de notre étude s'élève à 63%, ce qui représente un taux élevé. Cela montre l'investissement des médecins face à la prise en charge des personnes âgées.

Enfin, l'une des forces est l'avancée dans la télémédecine de cette équipe mobile. Peu d'EMG en France ont innové dans ce domaine. L'enquête sur la téléconsultation est donc un atout pour cette étude et devra être revue une fois le dispositif acquis et étendu.

V.1.2. Limites

Le type d'étude était une enquête de satisfaction. Ce type d'étude permet d'apprécier la qualité d'un service rendu. Il existe cependant des limites car elle ne donne qu'une tendance générale à savoir si les médecins utilisant le dispositif sont satisfaits ou non.

De plus, les réponses étaient majoritairement subjectives ce qui empêche une reproductibilité du questionnaire. Nous avons fait le choix de préférer des questions à choix multiples plutôt que des questions dichotomiques par « oui » ou « non ».

Cependant, certaines questions étaient plus indicatrices comme le délai d'intervention, le délai de réception du courrier et le suivi des préconisations.

Notre étude évoque beaucoup la population âgée de la Corrèze mais le questionnaire ne s'adresse qu'à une partie des médecins installés dans ce département. Notre enquête n'est donc pas représentative de la satisfaction des médecins de toute la Corrèze mais uniquement ceux qui exercent aux alentours du CH de Brive la Gaillarde.

Enfin, il ne peut y avoir de questionnaire standardisé car chaque équipe mobile de gériatrie est différente. Chacune est composée différemment avec un fonctionnement différent. Leurs missions s'adaptent selon les besoins locaux et exercent en fonction des moyens dont elles disposent.

V.1.3. Biais de sélection

Dans un premier temps, le questionnaire a été diffusé par le biais de l'Ordre des médecins de la Corrèze.

Sur les 91 médecins, 2 médecins ayant répondu ont affirmé être hors secteur. Cela indique que le questionnaire a été diffusé au-delà du secteur sanitaire de l'EMGEH du CH de Brive.

Le questionnaire a donc été envoyé à des médecins hors secteur qui auraient pu répondre. Le questionnaire étant anonyme nous ne pouvions le vérifier.

Ensuite, le secrétariat de l'EMGEH a relancé à deux reprises. Cela nous a permis de nous assurer que les médecins concernés avaient reçu le questionnaire et que ce dernier n'avait pas été envoyé à des médecins non inclus dans l'étude.

Enfin, des médecins auraient pu répondre plusieurs fois au questionnaire malgré la consigne de ne pas le faire. En effet, les médecins reçoivent beaucoup d'informations extérieures dont des questionnaires de multiples thèses. Ils ont pu donc répondre à chaque relance sans s'en rendre compte.

V.2. Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes et coordonnateurs suite à l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

Le dispositif étant en plein développement, il était nécessaire de réaliser un état des lieux pour aider au bon développement de l'équipe mobile en fonction du ressenti et des demandes des médecins généralistes.

L'enquête a montré que le fonctionnement global de l'EMGEH était un atout et une aide pour les médecins.

V.3. Objectifs secondaires

L'un des objectifs secondaires était la réalisation d'une plaquette informative à destination des médecins du secteur éligibles à ce dispositif.

Nous l'avons donc rédigé après analyse des résultats.

Cette plaquette permettra une information centralisée et évitera les différentes sources d'informations comme nous avons pu le constater par l'intermédiaire de l'enquête de satisfaction. (Annexe 4)

Elle pourra être diffusée par le secrétariat de l'EMGEH à tout nouveau médecin du secteur sanitaire installé ou nouveau médecin coordonnateur d'EHPAD. L'objectif étant d'apporter du soutien aux médecins généralistes.

Un autre objectif était de développer le dispositif compte tenu des informations de l'enquête.

Plusieurs points sont donc à prendre en compte pour répondre au mieux aux attentes des médecins :

- Le délai d'intervention devra être réduit pour permettre une meilleure disponibilité face aux demandes des médecins généralistes.

- L'appel téléphonique après chaque intervention et l'adressage du courrier devront être maintenus afin de maintenir le lien entre le dispositif et les médecins.

V.4. Population étudiée

Notre étude a interrogé 91 médecins au début du lancement du questionnaire.

Après avoir exclu ceux n'ayant jamais fait appel à l'équipe mobile de gériatrie, il ne restait seulement que 60 médecins. Cela explique un taux de participation s'établissant à 63,3%.

L'ignorance de l'existence de l'équipe mobile de gériatrie par un manque de communication peut expliquer ces 31 médecins n'ayant jamais fait appel au dispositif.

V.5. Validation externe

V.5.1. Lieu d'exercice

Près de 44% des médecins interrogés faisant appel à l'EMGEH exercent en zone rurale.

Ce taux est expliqué par un manque d'accessibilité aux services de santé en zone rurale et d'une part plus importante de personnes âgées dans cette zone.

Il est important que les médecins de cette zone aient accès facilement à ce dispositif pour ne pas les isoler ainsi que les patients. Autrement, cela pourrait créer sur le long terme une disparité quant à l'accès aux dispositifs de soins.

V.5.2. Modalités de connaissance

Concernant les modalités de connaissance de l'EMGEH, les résultats démontrent qu'il n'existe pas de dispositif d'information institutionnalisé. Les médecins interrogés ont eu connaissance lors d'un contact direct ou indirect avec le dispositif mais aucune communication officielle n'existe pour informer les médecins des territoires ruraux de ce dispositif. Cela oblige les médecins à aller chercher l'information lorsqu'ils sont dans le besoin. Il faudrait systématiquement les informer de l'implantation de ce dispositif et leur expliquer ses enjeux.

V.5.3. Motif de sollicitation

Dans 69% des cas, les médecins font appel à l'EMGEH pour un maintien au domicile difficile. Ce chiffre risque d'augmenter face au virage domiciliaire. Les patients âgés souhaitent de plus en plus rester à leur domicile, par choix ou par obligation par manque de moyens pour financer un hébergement dans les structures.

Les médecins généralistes sont donc confrontés directement à cette tendance puisqu'ils sont le pilier même du maintien au domicile, notamment en zones rurales. Peu de commerces et services existent dans ces zones, le médecin doit donc faire face, seul au virage domiciliaire. Il est souvent appelé pour différents motifs socio-médicaux par la famille ou le patient lui-même.

Dans 74% des cas, le médecin fait également appel à l'EMGEH pour mettre en place une médiation avec l'entourage familial et soignant. Que ce soit au domicile ou dans un EHPAD, un certain nombre de personnel médical et paramédical prennent en charge un même patient. Le médecin joue donc un rôle de médiateur dans certaines situations inextricables.

V.5.4. Délai d'intervention

La majorité des médecins sont satisfaits du délai d'intervention, cependant 46% ont exprimé un mécontentement du délai. Ce taux d'insatisfaction est à prendre en compte pour les perspectives car ce délai risque de s'aggraver si le nombre de gériatres continue de diminuer.

Près de la moitié (46%) l'ont sollicité plus de 5 fois dans l'année.

La seule solution pour diminuer le temps du délai d'intervention serait de réaliser plusieurs interventions par jour mais cela nécessiterait donc la mobilisation de plusieurs équipes en même temps.

Un temps d'intervention trop long peut être un véritable frein pour les médecins généralistes car un manque de disponibilité pourrait les mettre en difficulté face à certaines situations.

Sur le long terme, cela pourrait même les décourager à faire appel à ce dispositif.

V.5.5. Bénéfice de l'intervention

Il existe un ressenti commun aux médecins généralistes suite à l'intervention de l'EMGEH qui est de contribuer au maintien au domicile.

Ce bénéfice est un enjeu majeur pour les hôpitaux car ce maintien au domicile pourrait favoriser une diminution des saturations des hôpitaux notamment aux urgences et permettrait de ne pas occuper des lits par abus ou pour des causes sociales.

Ce lien a été prouvé puisqu'après étude des statistiques auprès des urgences de Brive, dans 81% des cas, l'intervention de l'EMGEH a permis d'éviter un passage aux Urgences dans les 3 mois suivant l'évaluation.

Une étude, réalisée en 2018 dans le cadre d'une thèse sur l'équipe mobile de gériatrie du CH de Brive a démontré un lien entre une diminution du nombre d'hospitalisation et une intervention de l'EMGEH 6 mois auparavant. (24)

V.5.6. Courriers et appel du gériatre

L'évaluation gériatrique globale et standardisée suite à l'intervention de l'EMGEH, bien que longue, est bénéfique pour les médecins généralistes qui la trouvent complète dans 84% des cas. Néanmoins, 11% d'entre eux la trouve trop détaillée.

Le délai de réception du courrier est de 10 à 15 jours en moyenne et constitue un facteur de satisfaction pour 89% des médecins.

Le courrier est un compte rendu de l'intervention de l'EMGEH constituant une vraie évaluation globale, somatique, environnementale, thérapeutique et psycho-comportementale.

Cet échange permet d'apporter une expertise, d'échanger et de diffuser des bonnes pratiques en collaboration avec le médecin traitant.

Concernant les attentes des médecins généralistes, le maintien d'un contact téléphonique après évaluation est souhaité dans 73% des cas.

Cet appel est un des atouts de l'EMGEH du CH de Brive. Il permet un réel échange direct entre les médecins et le gériatre. Cet appel est réalisé systématiquement dans la journée suivant l'intervention et un message est laissé au médecin ou à son secrétariat si ce dernier n'est pas disponible. Il permet également de mieux comprendre le courrier que les médecins reçoivent par la suite.

L'échange téléphonique permet vraiment de montrer que l'EMGEH est un dispositif de conseil, d'aide à la prise en charge et ne doit pas être interprété comme un jugement des pratiques du médecin généraliste.

Cet échange est réellement bénéfique dans les deux sens, il permet de répondre aux questions du médecin mais permet également à l'EMGEH de mieux comprendre des situations qui pouvaient être ambiguës.

V.5.7. Application des propositions soumises par l'EMGEH

L'application des préconisations constitue un marqueur pertinent de la qualité du service rendu.

Dans 55% des cas, les médecins appliquent souvent et dans 37%, les médecins appliquent toujours les propositions faites par l'EMGEH.

Cela prouve une relation de confiance du dispositif entre les médecins généralistes et le personnel de l'EMGEH.

Il aurait également été pertinent d'ajouter plusieurs questions dont une relative aux causes d'absence d'application des préconisations.

La question étant globale, elle ne précisait quel type de préconisation les médecins appliquaient ou non les propositions (thérapeutique, social ou autre).

Le refus peut également provenir du patient et de son entourage, ce qui empêcherait d'appliquer les préconisations établies.

Après avoir effectué des recherches bibliographiques, ce taux se situe dans les moyennes.

Deux thèses ont évalué l'application des préconisations de l'EMGEH à Lyon par les médecins :

- La première retrouve un taux bien supérieur à celui de notre étude à 67%. (25)
- La seconde, un taux inférieur de 30,3% pour un suivi complet et 46,6% pour un suivi partiel. (26)

Une thèse plus récente réalisée en 2023 démontre un taux de suivi des recommandations dans 50% pour une application totale à 4 mois et s'élève à 64% en prenant en compte une application partielle.(27)

Les taux sont donc très aléatoires et variés. Ce taux peut être influencé par beaucoup de facteurs que ce soit d'une part de l'équipe mobile ou bien d'autre part des médecins généralistes selon leur âge, leur sexe ou bien encore leur lieu d'exercice.

V.5.8. Télémédecine

En 2023, 26 médecins ont expérimenté les téléconsultations en semi-présentiel et 20 en consultation vidéo en EHPAD.

Ce chiffre tend à s'accroître pour les années à venir.

En effet, ce type de dispositif permet de libérer du temps pour le gériatre en lui évitant un temps de trajet.

L'effectif de la profession d'infirmier étant plus élevé que l'effectif de gériatre, ce dispositif est en plein essor et continue à se développer au sein de l'équipe mobile de gériatrie du CH de Brive.

Malgré un nombre de gériatres en augmentation depuis l'existence du DES de gériatrie, les effectifs restent trop faibles. Il est nécessaire d'optimiser les temps de travail et de trajet afin de permettre une augmentation des téléconsultations et des visites au domicile.

En plus d'un gain de temps pour l'équipe, les téléconsultations en EHPAD représentent un réel bénéfice pour le résident.

Ce dernier n'est pas extrapolé de son environnement ni de son entourage paramédical. Il est entouré durant toute la téléconsultation de personnes qui lui sont familières.

V.6. Prise en charge de la personne âgée dans le monde

Nous avons souhaité, durant notre thèse, s'intéresser à la prise en charge gériatrique à l'étranger.

En Angleterre : une étude a évalué l'impact du programme « Evercare » sur la diminution des hospitalisations et admissions aux urgences chez les personnes âgées de plus de 65 ans après une visite au domicile. Le programme consistait à l'intervention au domicile par une infirmière afin de réaliser une évaluation et de proposer un plan de soins. L'étude n'a pas montré d'amélioration significative (28).

Aux Etats-Unis : une étude a observé une diminution du nombre d'hospitalisations et d'entrées en institutions pour les patients âgés de plus de 65 ans qui ont été suivis dans le cadre du programme « Medicare Advantage Project ». Cette diminution est d'autant plus marquée avec un suivi assuré par une infirmière à travers une intervention au domicile et appel téléphonique (29).

De plus, la « House Calls for Seniors Program » a été lancée en 2008. C'est un programme de soins de santé au domicile des personnes âgées. Des études ont montré une réduction des consultations d'urgence, de soins primaires et de consultations spécialisées un an après la création de ce programme.(30)

Au Danemark : deux visites au domicile par an sont proposées systématiquement. Ces dernières sont plus ou moins acceptées selon le statut socio-économique des personnes âgées (31). En revanche, les résultats sont favorables en faveur des visites au domicile en prévention des hospitalisations (32).

Au Pays-Bas : un dispositif de visite à domicile par des infirmières formées a été étudié. Les personnes éligibles au dispositif étaient les personnes âgées de 75 ans ou plus. L'infirmière réalisait une évaluation globale et proposait un plan d'aide, en accord après discussion avec

le médecin généraliste si elle en éprouvait le besoin. L'étude n'a pas permis de montrer une efficacité de ces visites mais le ressenti du médecin généraliste est de l'infirmière était très positif (33).

Beaucoup de pays proposent des systèmes de soins incluant les acteurs de soins à domicile avec des infirmières spécialisées.

Cette tendance arrivera peut-être en France avec le développement des Infirmière en Pratique Avancée (IPA) qui pourrait être un atout pour la coordination du lien ville/hôpital entre les médecins généralistes et les EMGEH.

V.7. Perspectives

L'équipe mobile de gériatrie, partie intégrante du pôle de gériatrie du CH de Brive, est un atout important pour les médecins généralistes du secteur. Elle leur apporte un réel soutien ainsi qu'aux médecins coordonnateurs pour la prise en charge des personnes âgées fragiles de plus de 75 ans en situation médico-sociale complexe.

Celle-ci devrait être développée et connue pour permettre d'être accessible à davantage de médecins dans le secteur et de façon plus fréquente pour ceux qui l'utilisent déjà.

Premièrement, il est nécessaire de promouvoir ce dispositif. Pour ce faire, nous avons exposé un poster sur l'enquête réalisée ci-dessus aux journées annuelles de gériatrie de Nouvelle Aquitaine qui s'est tenu en avril 2024. (Annexe 2)

Un article dans la Revue de Gériatrie a également été rédigé et est en cours de publication.

Ensuite, la diffusion d'une plaquette informative auprès de chaque médecin installé dans le secteur pourrait permettre de faciliter l'accès à ce dispositif et ainsi renforcer le lien ville-hôpital. (Annexe 3)

De plus, l'équipe nécessiterait d'être agrandie afin de réduire les délais d'intervention et permettre d'intervenir plus rapidement au domicile ou dans les EHPADs sur demande des médecins.

La Hotline gériatrique pourrait être étendue aux médecins exerçant dans tout le département, permettant d'offrir un service de régulation gériatrique à un plus grand nombre de médecins en Corrèze.

De même, la télémedecine comme les téléconsultations sont en plein essor et paraissent bénéfiques pour les personnes isolées notamment dans les EHPADs. Peu d'EMG utilisent ce moyen de consultation.

Les téléconsultations permettent l'accès pour les résidents des EHPAD à des consultations ou des avis spécialisés en réduisant les déplacements et les transferts qui sont souvent sources de traumatismes et d'aggravation des facteurs de fragilité.

Enfin, le développement de l'EMGEH est un enjeu économique car il permettrait de diminuer les entrées dans le service des urgences et donc des hospitalisations. Cela diminuerait le coût financier.

Notre thèse a interrogé les médecins mais il serait intéressant d'obtenir le point de vue des patients et de leurs entourages que ce soit familiaux ou paramédicaux.

Il serait également intéressant d'obtenir le sentiment des médecins travaillant avec l'équipe mobile du secteur du CH de Tulle pour avoir une vision globale des attentes des médecins des EMG existant dans le département.

Une fois la communication lancée, un autre travail de thèse pourra être réalisé et pourra interroger un plus grand nombre de médecins utilisant le dispositif.

En résumé, nous espérons que cette thèse sera la première d'une longue série sur ce dispositif car il mérite d'être développé et d'être plus connu afin d'être un soutien acquis pour les médecins généralistes.

Conclusion

Compte tenu du vieillissement de la population et de l'impact de l'encombrement croissant des services d'urgences, des cabinets de médecins généralistes et de la diminution des visites au domicile par manque de temps des médecins, les études sur l'amélioration des soins aux patients âgés sont une priorité absolue.

La présence d'une équipe mobile semble être une stratégie prometteuse afin d'optimiser la prise en charge de ce groupe de patients. Sur le plan national, ce dispositif se développe et est donc en constante augmentation.

L'EMGEH du CH de Brive est fonctionnelle depuis 2013 et répond aux exigences des différentes circulaires. Elle intervient au domicile des patients mais également en EHPAD pour réaliser une évaluation gériatrique globale à la demande du médecin traitant.

Son objectif est d'offrir un service de prise en charge gériatrique pour les médecins généralistes. La coordination entre les équipes hospitalières et ces médecins généralistes a pour but de favoriser le maintien au domicile et de réduire le passage aux urgences et hospitalisations responsables de dépendance.

L'objectif de cette thèse était d'évaluer la satisfaction de l'EMGEH du CH de Brive auprès des médecins l'ayant sollicité. Nous avons pu observer que la majorité des demandes émergent des médecins installés en milieu rural voir semi-rural. La plupart des attentes des médecins correspondent aux missions réalisées par l'EMGEH et semble être un véritable atout pour faire face au vieillissement de leur patientèle.

Dans les objectifs secondaires, cette étude a montré des pistes d'amélioration permettant de soutenir davantage les médecins telles qu'une grande disponibilité de l'équipe en réponse à leurs sollicitations grandissantes. Les téléconsultations paraissent pertinentes et devront être développées. Désormais, une plaquette informative est disponible pour les informer davantage sur ce dispositif (Annexe 4).

Ces résultats sont donc encourageant pour la suite du développement de l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière du CH de Brive. Elle répond aux besoins et attentes des médecins généralistes. Ces derniers continueront d'y faire appel afin d'essayer de pérenniser le maintien au domicile de leur patient.

Références bibliographiques

1. Bilan démographique 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
2. Sénat [Internet]. 2023 Vivre plus longtemps : quelles conséquences économiques ? Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r99-143/r99-143.html>
3. Sénat [Internet]. 2023 « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! ». Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r20-453/r20-453.html>
4. Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2022 [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-domicile-et-en-etablissement>
5. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janv 2024 ; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; démographie médicale 2023.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_presentation_atlas_2023.pdf
7. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
8. Les éditions de la Fédération Hospitalière de France : Renforcer le lien ville-hôpital. Rapport 2018
9. MAIA Définition [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/memo_presentation_maia_2018.pdf
10. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2018 CNP de Gériatrie – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/cnp-de-geriatrie/>
11. Equipes Mobiles de Gériatrie – EMG – Annuaire CNP [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/equipes-mobiles-de-geriatrie-emg/>
12. instruction_dgos-dgcs_2021_233_du_19_nov_2021_relative_aux_interventions_des_emg_sur_les_lieux_de_vie_des_personnes_agees.pdf [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-dgcs_2021_233_du_19_nov_2021_relative_aux_interventions_des_emg_sur_les_lieux_de_vie_des_personnes_agees.pdf
13. Articulation interdisciplinaire entre les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et la réanimation : le point avec le Dr Claire Patry – SFGG [Internet]. [cité 4 nov 2024]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/articulation-interdisciplinaire-entre-les-equipes-mobiles-de-geriatrie-emg-et-la-reanimation-le-point-avec-le-dr-claire-patry/>

14. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
15. 064000419.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/064000419.pdf>
16. Circulaire DHOS/02 relative à la filière de soins gériatriques- Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58; 28 Mars 2007 [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
17. rapport_au_parlement_article_51_2023.pdf [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_article_51_2023.pdf
18. _urgences_dp_septembre_2019.pdf [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
19. Plan-antichute-2022 [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf
20. Les enjeux du vieillissement [Internet]. Chaire d'Excellence e-santé, bien-vieillir et autonomie. Disponible sur: <https://fondation.unilim.fr/chaire-esante-bienvieillir-autonomie/enjeux-mission-et-objectifs/enjeux/>
21. Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2024 | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements
22. MSP_19.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2022/10/MSP_19.pdf
23. Duval M. Création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière au Centre Hospitalier Loire Vendée Océan: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice : médecine]. [Nantes]. Université de Nantes ; 2024.
24. Rochioli P. Équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière du Centre Hospitalier de Brive-La-Gaillarde : évaluation du nombre d'hospitalisation six mois après son intervention à domicile [Thèse d'exercice : médecine]. [Limoges]: Université de Limoges; 2018.
25. Giner A. - Équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du Groupement Hospitalier Lyon Nord : suivi des propositions effectuées auprès des médecins traitants [Thèse d'exercice : médecine]. [Lyon]. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017.
26. Desportes M. - Équipe mobile de gériatrie extrahospitalière: quel impact? [Thèse d'exercice : médecine]. [Lyon]. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2018.
27. Saby A. - Évaluation du taux de suivi des recommandations émises par l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière du CHU de Nîmes. Etude pilote ETSUREM [Thèse d'exercice : médecine] [Nîmes]; Université de Montpellier; 2023.
28. Gravelle et al. - 2007 - Impact of case management (Evercare) on frail elde.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/bmj/334/7583/31.full.pdf>
29. Mattke S, Han D, Wilks A, Sloss E. Medicare Home Visit Program Associated With Fewer Hospital And Nursing Home Admissions, Increased Office Visits. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20150583> [Internet]. 2 août 2017; Disponible sur:

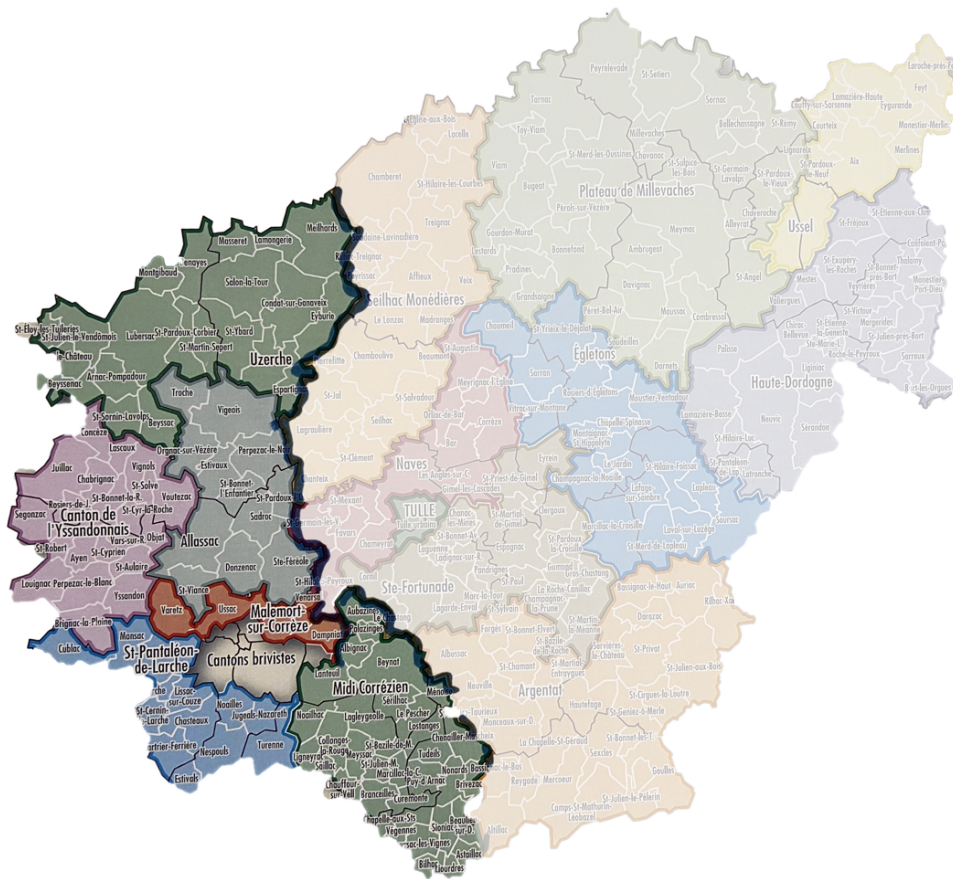
<https://www.healthaffairs.org/doi/epdf/10.1377/hlthaff.2015.0583>

30. Beck et al. - 2009 - House Calls for Seniors Building and Sustaining a.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4036097/pdf/nihms582454.pdf>
31. Yamada et al. - 2012 - Are acceptance rates of a national preventive home.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3403897/pdf/1471-2458-12-396.pdf>
32. Ekman A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? Health Soc Care Community. 2010.
33. Stijnen et al. - 2014 - Nurse-led home visitation programme to improve hea.pdf [Internet]. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4213477/pdf/12875_2014_Article_173.pdf

Annexes

Annexe 1 : Secteur d'intervention de l'EMGEH selon le découpage territorial	58
Annexe 2 : Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes et coordonnateurs	59
Annexe 3 : Poster présenté lors des Journées Annuelles de la Société de Gériatrie et Gérontologie du Limousin - Nouvelle Aquitaine les 4 et 5 Avril 2024	61
Annexe 4 : Plaquette informative à destination des médecins du secteur de l'EMGEH du CH de Brive	62

Annexe 1 : Secteur d'intervention de l'EMGEH selon le découpage territorial



Annexe 2 : Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes et coordonnateurs

Bonjour, je m'appelle Camille Farges, je suis interne en médecine générale à la Faculté de Limoges. J'effectue une thèse face au vieillissement de la population dans notre département. Ma thèse est dirigée par le Dr MAGE Evelyne, gériatre au CH de Brive. A travers ce travail, je m'intéresse à la satisfaction des médecins généralistes et coordonnateur d'EHPAD sur l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière (EMGEH) du CH de Brive.

Si vous avez fait appel à ce dispositif durant l'année 2023, merci de répondre à cette enquête. Merci de répondre à toutes les questions pour pouvoir valider votre participation.

Le questionnaire vous prendra moins de 5 minutes. Le but est d'évaluer la satisfaction des médecins sur ce dispositif afin de se développer pour répondre au mieux aux attentes des médecins.

1. Quel est votre lieu d'exercice ?

Rural Semi-rural Urbain

2. Comment avez-vous eu connaissance de l'EMGEH ?

- Par un confrère
- Lors d'une note d'information
- Lors d'un contact avec le pôle gériatrique du CH de Brive
- Par la DAC
- Autre :

3. Habituellement, vous faites appel à l'EMGEH pour :

- Évaluation Gériatrique Globale et Cognitive
- Troubles du comportement/ Opposition aux soins
- Éviter les hospitalisations
- Maintien au domicile difficile / Perte d'autonomie / Chutes répétées
- Organiser des concertations, médiation avec la famille ou l'entourage soignant

4. Combien de fois dans l'année 2023 avez-vous fait appel à l'EMGEH ?

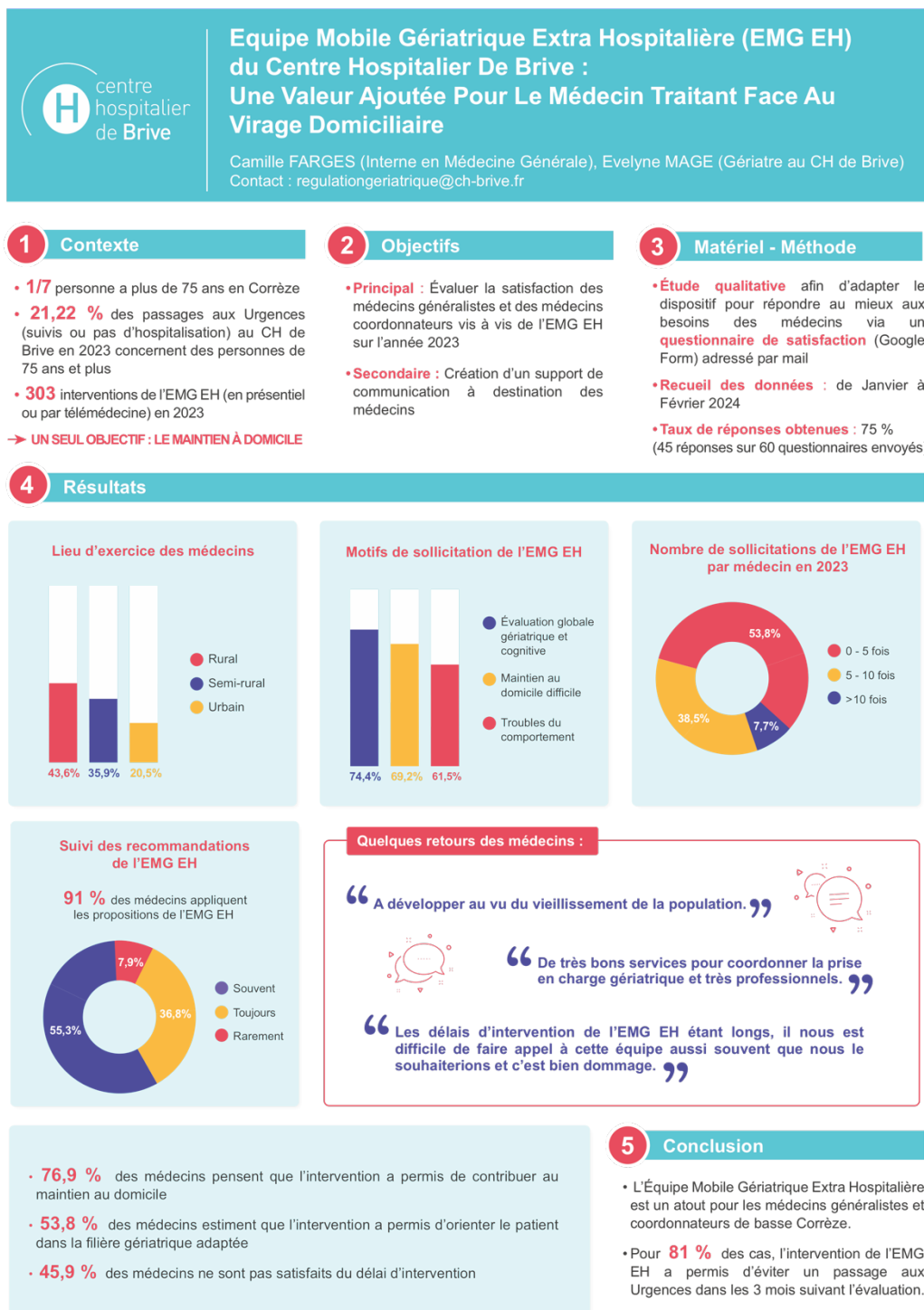
Entre 0-5 Entre 5-10 > 10 > 20

5. Pensez-vous que l'intervention de l'EMGEH a permis :

- D'éviter l'hospitalisation non programmée de votre(vos) patient(s) ?
- D'orienter votre patient dans la filière adaptée (consultation mémoire, HDJ...)
- De contribuer au maintien au domicile

6. Le délai d'intervention de l'EMGEH correspondait-il à votre attente ?
Oui Non
7. Êtes-vous satisfait du délai de réception des courriers ?
Oui Non
8. Que pensez-vous du contenu des courriers ?
Complet Trop détaillé Inadapté à la demande
9. Appliquez-vous les propositions soumises par l'EMGEH ?
Toujours Souvent Rarement Jamais
10. Souhaitez-vous recevoir l'appel du gériatre après l'intervention de l'EMGEH ?
Oui Non
11. Avez-vous déjà expérimenté les téléconsultations en semi présentiel (par IDE au domicile et téléconsultation avec gériatre) ?
Oui Non
12. Si oui, que pensez-vous ?
Satisfait Insatisfait
13. Avez-vous déjà expérimenté les téléconsultations en EHPAD ?
Oui Non
14. Si oui, qu'en pensez-vous ?
Satisfait Insatisfait
15. Avez-vous des remarques en vue d'améliorer le dispositif pour répondre à vos attentes ?

Annexe 3 : Poster présenté lors des Journées Annuelles de la Société de Gériatrie et Gériatrie du Limousin - Nouvelle Aquitaine les 4 et 5 Avril 2024



EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE (EMGEH) DU CH BRIVE

UN INFIRMIER ET UN GERIATRE AU DOMICILE DU PATIENT

A la demande de Qui ?

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES REMPLACANTS OU
INSTALLÉS
MEDECINS COORDONNATEURS D'EHPAD
DU SECTEUR SANITAIRE DE L'EMGEH DU CH BRIVE**

Quand ?

**SITUATIONS COMPLEXES MEDICO-SOCIALES
EVALUATION GERIATRIQUE GLOBALE (DONT
THERAPEUTIQUE).
TROUBLES DU COMPORTEMENT
EVALUATION PSYCHO-COGNITIVE**

Pourquoi ?

**EVITER PASSAGE AUX URGENCES
FAVORISER MAINTIEN AU DOMICILE**

Comment ?

**MAIL : REGULATIONGERIATRIQUE@CH-BRIVE.FR
TEL : 05 55 92 79 66**

**L'EMGEH vous accompagne pour
toute situation sauf urgence vitale**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Équipe mobile de Gériatrie Extra Hospitalière du Centre Hospitalier de Brive : une valeur ajoutée pour les médecins généralistes face au virage domiciliaire

Introduction : 1 personne sur 7 en Corrèze a plus de 75 ans en 2023 soit 14 % contre 10 % à l'échelle nationale. L'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière (EMGEH) du Centre Hospitalier de Brive-La-Gaillarde est fonctionnelle depuis 11 ans. Elle est rattachée au court séjour gériatrique de l'hôpital de Brive et intégrée dans la filière de soins gériatriques.

Objectifs : L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD du service apporté par l'EMGEH. Les objectifs secondaires étaient la création d'un support de communication à destination des médecins généralistes et l'amélioration après recueil des informations afin que le dispositif réponde au plus près des attentes des médecins.

Matériel et méthode : Une enquête descriptive, rétrospective par questionnaire diffusé du 10 décembre 2023 au 26 février 2024 a été menée. 60 médecins ont été inclus, 38 médecins ont répondu à l'enquête.

Résultats : 77% des médecins estiment que l'intervention a permis contribuer au maintien à domicile et 54% une entrée dans la filière gériatrique. 46% des médecins ne sont pas satisfaits du délai d'intervention. 92 % des médecins appliquent toujours ou souvent les préconisations.

Conclusion : Les médecins généralistes et coordonnateurs apprécient le service rendu par l'EMGEH. Le développement de ce dispositif semble être une stratégie prometteuse pour la prise en charge gériatrique et renforcer le lien ville-hôpital.

Mots-clés : Équipe mobile de gériatrie extrahospitalière, médecins généralistes, maintien au domicile, personne âgée

Mobile Geriatrics Team (EMGEH) of Brive Hospital: An Added Value for General Practitioners in the Context of Home Care Transition

Introduction: In 2023, one in seven people in Corrèze is over 75 years old, which represents 14%, compared to 10% at the national level. The Mobile Geriatrics Team (EMGEH) at Brive-La-Gaillarde Hospital has been operational for 11 years. It is attached to the hospital's short-term geriatric care unit and is integrated into the geriatric care pathway.

Objectives: The main objective of our study was to evaluate the satisfaction of general practitioners and nursing home coordinators (EHPAD) with the service provided by the EMGEH. Secondary objectives included creating a communication tool for general practitioners and making improvements based on feedback to better align the service with the needs of the doctors.

Materials and Methods: A descriptive, retrospective survey was conducted through the distribution of a questionnaire from December 10, 2023, to February 26, 2024. Sixty doctors were included, and thirty-eight responded to the survey.

Results: Seventy-seven percent of doctors believe the intervention contributed to maintaining patients at home, and 54% think it facilitated entry into the geriatric care pathway. Forty-six percent of doctors were not satisfied with the intervention response time. Ninety-two percent of doctors always or often follow the recommendations provided.

Conclusion: General practitioners and coordinators appreciate the service provided by the EMGEH. The development of this service appears to be a promising strategy for geriatric care and strengthening the collaboration between the city and the hospital.

Keywords : Mobile Geriatrics Team, GPs, Home care, Elderly person

