

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Alix BESSON

TITRE

**GÉRIACT – Gériatrie en Action :
Analyse de l'Évaluation Gériatrique
Standardisée au Domicile : étude préliminaire aux préconisations**

Présentée et soutenue publiquement le **11 Septembre 2025** date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteure Ludivine BARBEAU, Médecine Générale, MC, Faculté de Médecine -Tours

Docteure Amal AIDOUD, Gériatrie, PH, CHU-Tours

Docteur Jacques-Alexis NKODO, Psychiatrie de la personne âgée, PH, CHU-Tours

Directrice de thèse : Docteure Camille DEBACO, Gériatrie, PH, CHU-Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie  tudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie

CORBINEAU Mathilde

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

SIZARET Eva

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciement

Monsieur le Professeur Bertrand FOUGÈRE

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. En votre qualité de Chef du Pôle de gériatrie du CHU de Tours, votre présence apporte à ce travail une dimension toute particulière, et je suis très reconnaissant de l'attention que vous lui accordez.

Madame la Docteure Camille DEBACQ

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse et pour tout le temps que tu lui as consacré, y compris sur ton temps personnel. Ta disponibilité, tes conseils et ton accompagnement bienveillant ont été essentiels à la réalisation de ce travail. Et merci également à tes petits loups pour leurs relectures attentives entre deux balançoires.

Madame la Docteure Amal AIDOUD et Monsieur le Docteur Jacques-Alexis NKODO

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai beaucoup apprécié travailler à vos côtés, aussi bien comme interne que comme thésard, et profiter de vos conseils avisés.

Madame la Docteure Ludivine BARBEAU

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'y représenter la médecine générale. Votre présence et l'intérêt porté à ce travail me touchent particulièrement.

À l'équipe infirmière de l'EMG

Je tiens à remercier particulièrement les infirmières de l'EMG, qui m'ont été d'une aide précieuse pour cette thèse. Vous avez su vous adapter à moi et prendre le temps de répondre à mes questions, tout en gardant une gentillesse et une bienveillance à mon égard que je n'oublierai pas. Sincèrement, merci.

Aux secrétaires de l'EMG

Merci également pour votre aide, votre disponibilité et, bien sûr, vos bons cafés toujours appréciés.

À mes maîtres de stage

Je souhaite remercier mes maîtres de stage de niveau 1 : la Docteure Catherine BOURDEAUX, la Docteure Marie-Anne VOISIN et le Docteur Rémi LEFEVRE, ainsi que ceux du SASPAS : la Docteure Isabelle ETTORI-AJASSE, la Docteure Anaïs FEUILLET et le Docteur Hicham EL GHERRAK, pour la richesse de leur enseignement, leur accompagnement et leur confiance. Vous m'avez conforté dans mon choix de la médecine générale et, chacun à votre manière et avec votre personnalité, vous m'avez transmis des notions indispensables, tant sur le plan médical qu'humain.

Étude GÉRIACT – Gériatrie en Action : Analyse de l'Évaluation Gériatrique Standardisée au Domicile : étude préliminaire aux préconisations

Résumé :

Introduction : Le vieillissement, associé à la polyopathie et à la fragilité, impose d'adapter les parcours de soins pour réduire la iatrogénie hospitalière, en développant des soins intégrés à domicile. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), dont l'efficacité intra-hospitalière est démontrée en termes de qualité de vie et de réduction des hospitalisations, reste à évaluer en partie à domicile. Cette étude vise à mesurer l'adhésion aux recommandations issues de l'EGS réalisée à domicile.

Méthodologie : Cette étude observationnelle a inclus des patients âgés de 74 ans et plus ayant bénéficié d'une EGS à domicile et d'un suivi à distance. Les données concernaient les caractéristiques des patients, les préconisations et leur adhésion, les événements indésirables, ainsi que l'évolution des scores ADL, IADL, PHQ-9 et du poids avant et après l'EGS.

Résultats : Quatre-vingt-quinze patients ont été inclus et 421 préconisations formulées, réparties en quatre familles. Les taux d'adhésion étaient de 69,6 % pour l'éducation, 47,8 % pour la coordination des soins, 39,9 % pour l'organisation du domicile, et 64,6 % pour le parcours de soins et les bilans complémentaires.

Discussion : Cette étude met en évidence des taux d'adhésion variables selon la nature des préconisations. Certaines recommandations éducatives, bien que déclarées réalisées, ne garantissent pas leur application effective. Les difficultés d'accès aux professionnels libéraux, notamment en kinésithérapie ou en aide sociale, peuvent expliquer certaines non-mises en œuvre. À l'inverse, les recommandations orientant vers des intervenants du Pôle Vieillesse ont été plus souvent réalisées, ce qui suggère un meilleur ancrage organisationnel.

Conclusion : Des études complémentaires, sur des populations plus larges, seront nécessaires pour évaluer l'impact de l'adhésion sur la survenue d'événements intercurrents.

Mots clés :

Sujet âgé, évaluation gériatrique, soins à domicile, adhésion

GÉRIACT Study – Geriatrics in Action: Analysis of Standardized Geriatric Assessment at Home: a preliminary study on recommendations

Abstract:

Introduction: Aging, combined with multimorbidity and frailty, requires adapting care pathways to reduce hospital-related iatrogenesis by developing integrated home-based care. Standardized Geriatric Assessment (SGA), whose in-hospital effectiveness has been demonstrated in terms of quality of life and reduction of hospitalizations, remains partly unexplored in the home setting. This study aimed to assess adherence to recommendations resulting from home-based SGA.

Methods: This observational study included patients aged 74 years and older who underwent an SGA at home and subsequent follow-up. Collected data included patient characteristics, recommendations and their adherence, adverse events, and the evolution of ADL, IADL, PHQ-9, and weight before and after the SGA.

Results: Ninety-five patients were included, and 421 recommendations were issued, grouped into four categories. Adherence rates were 69.6% for education, 47.8% for care coordination, 39.9% for home organization, and 64.6% for care pathways and additional assessments.

Discussion: This study highlights variable adherence rates depending on the type of recommendation. Some educational measures, although reported as completed, did not guarantee effective implementation. Limited access to community-based professionals, particularly physiotherapists and social workers, may explain certain failures of implementation. Conversely, recommendations involving referral to the Geriatric Care Hub were more often followed, suggesting stronger organizational integration.

Conclusion: Further studies on larger populations are needed to evaluate the impact of adherence on the occurrence of intercurrent events.

Keywords:

Aged, geriatric assessment, home care, adherence

Table des matières

Remerciement	8
Résumé	10
Acronymes	13
I. Introduction	14
II. Méthode	17
A. Design de l'étude	17
B. Population étudiée	17
C. Critère de jugement	17
D. Source des données	18
1. Données descriptives	18
1.1 Données recueillies lors de la première évaluation	18
1.2 Données recueillies lors de la réévaluation	18
2. Données concernant les événements indésirables	19
3. Classification des préconisations et codification de leur mise en œuvre	19
Tableau 1 : Tableau des familles de préconisation	20
4. Évaluation de la mise en œuvre des préconisations	21
D. Analyse statistique	21
E. Considérations éthiques	21
III. Résultats	22
A. Participants :	22
Figure 1 : Flow Chart	22
B. Caractéristiques de la population	23
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques, fonctionnelles, cognitives, sensorielles et nutritionnelles de la population étudiée.	24
C. Scores comparatifs issus de l'EGS initiale et de la réévaluation	25
Tableau 3 : Comparaison des paramètres avant et après l'EGS	25
D. Évènements intercurrents	26
Tableau 4 : Évènements intercurrents survenus après la première évaluation	26
E. Adhésion aux préconisations issues des évaluations gériatriques standardisées	27
Figure 2 : Répartition des préconisations formulées par famille.	27
Figure 3 : Taux de réalisation stricte et partielle des préconisations.	27
Tableau 5 : adhésion aux préconisations.	28
IV. Discussion	29
V. Perspectives et Conclusion	33
VI. Annexes	34
Annexe 1 : ADL	35
Annexe 2 : IADL	36
Annexe 3 : Mini-Zarit	38
Annexe 4 : PHQ-9	39
Annexe 5 : SPPB	40
Annexe 6 : MMSE	41
Annexe 7 : GAI-SF	43
Annexe 8 : MoCA	44
VI. Bibliographie	45

Acronymes

- ADL : *Activities of Daily Living*
(activités de la vie quotidienne)
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- DAC : Dispositif d'appui à la coordination
- EGS : Évaluation gériatrique standardisée
- EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMA : Équipe mobile Alzheimer
- EMG : Équipe mobile de gériatrie
- GAI-SF : *Geriatric Anxiety Inventory – Short Form*
(inventaire d'anxiété gériatrique, version courte)
- HTO : Hypotension orthostatique
- IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*
(activités instrumentales de la vie quotidienne)
- IDE : Infirmier diplômé d'État
- IMC : Indice de masse corporelle
- MAPA : Mesure ambulatoire de la pression artérielle
- MMSE : *Mini-Mental State Examination*
(mini-examen de l'état mental)
- MoCA : *Montreal Cognitive Assessment*
(évaluation cognitive de Montréal)
- OR : *Odds Ratio*
(rapport de cotes)
- PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire-9*
(questionnaire de santé du patient-9)
- SAU : Service d'accueil des urgences
- SPPB : *Short Physical Performance Battery*
(batterie courte de performance physique)

I. Introduction

En 2021, en France, plus de 20 % de la population est âgée de 65 ans ou plus. Cette proportion devrait atteindre près de 30 % d'ici 2050, avec une forte croissance du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans. Cette population est particulièrement exposée à la polypathologie, définie comme la coexistence de plusieurs affections chroniques. En effet, selon une revue publiée dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 67 % des adultes âgés présentent une multimorbidité, avec une prévalence croissante selon l'âge : 50 % chez les moins de 65 ans, 62 % chez les 65–74 ans, et 81,5 % chez les ≥ 85 ans [1]. Cette complexité clinique entraîne le plus souvent une polymédication, elle-même associée à un risque accru de iatrogénie et de iatrodépendance. En ce sens, une revue systématique de 2022 a estimé la prévalence de la polymédication à 45 % (IC 95 % : 37–54 %) chez les ≥ 65 ans, contre 25 % (IC 95 % : 15–35 %) chez les < 65 ans ($p < 0,01$) [2].

À cela s'ajoute la notion de fragilité, concept central en gériatrie, qui désigne une réduction des réserves physiologiques rendant l'individu plus vulnérable aux facteurs de stress. La définition la plus largement reconnue est celle proposée par Linda P. Fried, dans une étude fondatrice publiée en 2001, où elle décrit la fragilité comme un syndrome clinique distinct, augmentant significativement le risque de chute, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès [3]. Une méta-analyse de Collard et al. a estimé sa prévalence à 10 % chez les ≥ 65 ans, et celle de la pré-fragilité à environ 42 %, sur un échantillon de plus de 61 500 sujets [4].

Ces éléments interconnectés — polypathologie, polymédication et fragilité — constituent un terrain de vulnérabilité qui favorise l'émergence de syndromes gériatriques au décours de l'hospitalisation. Parmi ces manifestations, on retrouve notamment les syndromes confusionnels, les chutes, les rétentions aiguës d'urine et les syndromes d'immobilisation, responsables d'un risque accru de déclin fonctionnel et de perte d'autonomie. L'incidence de la iatropathogénie hospitalière est étroitement corrélée à la durée de séjour : plus celle-ci s'allonge, plus le risque d'événements indésirables iatrogènes augmente. À titre d'exemple, Une étude publiée dans le JAMA Internal Medicine en 2023 montre d'ailleurs qu'une simple nuit passée aux urgences est associée à une augmentation significative de la mortalité hospitalière chez les personnes âgées, en particulier lorsqu'elles présentent une perte d'autonomie [5]. Par ailleurs, la durée moyenne d'un passage aux urgences atteint 4 heures 30 pour les patients de plus de 75 ans, contre 2 heures 20 pour les plus jeunes et une hospitalisation est plus souvent nécessaire, exposant encore davantage à ce risque [6].

Ces constats illustrent les limites du système de soins actuel, qui reste souvent mal adapté à la prise en charge des patients âgés fragiles, notamment en situation aiguë. Il apparaît donc essentiel de repérer précocement les situations de fragilité afin de mieux anticiper les risques de décompensation et d'orienter les patients vers des prises en charge adaptées, en amont de l'hospitalisation.

Afin de répondre à ces enjeux, l'Organisation mondiale de la Santé recommande la mise en œuvre de soins intégrés centrés sur les besoins spécifiques des personnes âgées, en rupture avec les modèles traditionnels de soins fragmentés [7]. L'évaluation gériatrique

standardisée (EGS), modèle de soins intégrés développé dès 1990 par Rubenstein, constitue aujourd'hui un outil de référence pour la prise en charge de la fragilité. Elle repose sur une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire visant à formuler un plan de soins individualisé.

En milieu hospitalier, l'efficacité de l'EGS a été démontrée notamment par une revue Cochrane de 2017, qui montre une amélioration du maintien à domicile et une réduction de la mortalité chez les patients âgés hospitalisés [8].

Toutefois, son efficacité en soins primaires reste discutée. Une revue Cochrane publiée en 2022 par Briggs et al. n'a pas retrouvé d'effet significatif de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) réalisée à domicile sur la mortalité ou l'entrée en institution, et des effets incertains sur les hospitalisations non programmées. Bien que les interventions évaluées aient mobilisé des professionnels formés en gériatrie, les auteurs soulignent une limite importante : la plupart des études incluses ne permettaient pas de savoir si les recommandations formulées lors de l'EGS avaient effectivement été mises en œuvre. Ainsi, l'absence de bénéfice significatif pourrait refléter, une mise en œuvre insuffisante des préconisations, ce que les auteurs décrivent comme un biais d'interprétation majeur, sans pouvoir distinguer entre l'inefficacité des recommandations et leur non-application [9]. Une revue publiée en 2025, s'intéresse cette fois spécifiquement à l'efficacité clinique de l'EGS lorsqu'elle est réalisée à domicile ou en ambulatoire [10]. Cette étude s'appuie sur des travaux plus homogènes sur le plan méthodologique, avec un suivi standardisé et des critères cliniques clairement rapportés. Les résultats suggèrent que l'EGS à domicile peut améliorer la qualité de vie et réduire les hospitalisations, mais ces bénéfices semblent dépendre étroitement du degré de mise en œuvre des recommandations. Le fait de mener l'évaluation dans l'environnement habituel du patient permet une compréhension plus contextualisée de ses besoins, rendant les préconisations plus pertinentes et potentiellement mieux adoptées.

Dans ce contexte, la notion d'adhésion apparaît essentielle. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, l'adhésion correspond à « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne — prise de médicaments, suivi d'un régime alimentaire et/ou adoption de changements de mode de vie — est conforme aux recommandations convenues avec un professionnel de santé » [11]. L'adhésion ne se limite donc pas à une exécution passive, mais suppose une forme d'appropriation du projet de soin par le patient.

Elle se distingue de la compliance, ou observance, souvent utilisée comme synonyme. Selon Ilagan et al., l'adhésion est un choix actif du patient, impliqué dans son parcours de soins, tandis que la compliance correspond à un comportement passif, où le patient se contente d'exécuter les instructions du médecin [12] en gériatrie et en médecine générale, la complexité des prises en charge chroniques nécessite une implication durable du patient, rendant l'adhésion centrale pour garantir la pertinence et l'efficacité des soins.

En 2023, O'Shaughnessy et al. ont conduit une revue systématique et méta-éthnographie sur les expériences des parties prenantes de l'EGS en milieu hospitalier [13]. Du point de vue des patients, l'efficacité de l'EGS repose d'abord sur la qualité du dialogue établi : lorsqu'ils se sentent écoutés, impliqués dans les décisions et reconnus dans leur environnement personnel, leur engagement est renforcé. Certains patients considèrent que les

évaluations menées à l'hôpital peuvent sembler éloignées de leur quotidien, limitant ainsi la pertinence des recommandations. À l'inverse, un cadre communautaire—en particulier le domicile — pourrait favoriser une planification des soins plus adaptée à leur réalité, renforcer leur implication dans le processus, et ainsi améliorer leur adhésion.

Cette hypothèse est confortée par la revue de Hayes et al. publiée en 2024, centrée sur les soins gériatriques communautaires impliquant les médecins généralistes [14]. Le rôle du médecin traitant y apparaît déterminant : sa connaissance globale du patient, sa présence dans la durée et la relation de confiance qu'il entretient facilitent l'acceptation et la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation. L'ancrage de l'EGS dans une trajectoire de soins connue et continue favorise ainsi l'adhésion.

Ces travaux convergent vers un constat commun : l'efficacité de l'EGS dépend cruciallement de l'adhésion du patient à ses préconisations, mais cette notion de “bien adhérer” demeure peu définie et étudiée dans la littérature, tout comme l'existence d'une hiérarchie intrinsèque dans la mise en œuvre de ces recommandations. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail. La présente étude préliminaire a pour objectif principal d'évaluer l'adhésion aux préconisations formulées à l'issue d'une EGS à domicile, en fonction de leur nature, et d'en décrire les modalités de mise en œuvre.

II. Méthode

A. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, de soins courants, monocentrique, menée de manière prospective. L'inclusion s'est déroulée entre le 15 mai 2024 et le 15 mai 2025, au sein de l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Tours.

B. Population étudiée

Ont été inclus les patients âgés de 74 ans ou plus ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) réalisée à domicile par l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Tours. L'inclusion concernait l'ensemble des patients relevant des circuits habituels de la filière gériatrique, à savoir : les patients signalés par leur médecin traitant, les patients orientés par un médecin spécialiste, les patients issus de la filière "relevage" c'est-à-dire après une chute à domicile avec incapacité à se relever ayant nécessité l'intervention des secours mais sans passage aux urgences ni hospitalisation, les patients suivis dans le cadre d'une réévaluation programmée par l'équipe mobile après une évaluation initiale à domicile ou après une première évaluation réalisée en milieu intra-hospitalier.

Tous les patients inclus devaient avoir un délai de réévaluation attendu compatible avec la période d'étude, soit entre le 15 mai 2024 et le 15 mai 2025. Il était requis qu'aucune opposition explicite au suivi ne soit formulée. Le suivi a été réalisé entre 3 et 12 mois après l'évaluation initiale, sous la forme d'un appel téléphonique ou d'une visite à domicile effectuée par l'équipe mobile de gériatrie.

Ont été exclus de l'étude les patients pour lesquels l'évaluation de l'adhésion aux préconisations ne pouvait pas être considérée comme exploitable. Cela comprenait : les patients ne répondant pas aux appels de suivi, les patients ayant annulé leur rendez-vous ou exprimé un refus de poursuivre lors du suivi, les patients vivant seuls lorsque l'absence d'un tiers ne permettait pas d'assurer la fiabilité des réponses ; les patients hospitalisés, institutionnalisés ou décédés au moment du suivi lorsque aucune information fiable ne pouvait être obtenue auprès de l'entourage ou des professionnels référents, ainsi que les patients n'ayant reçu aucune préconisation lors de l'EGS initiale.

C. Critère de jugement

Le critère de jugement principal était l'évaluation de l'adhésion aux préconisations formulées lors de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), en fonction de leur nature.

D. Source des données

1. Données descriptives

1.1 Données recueillies lors de la première évaluation

Les données recueillies sont issues de l'évaluation initiale : âge, sexe, autonomie du mode de vie (ADL et IADL), état nutritionnel (poids, perte de poids récente, indice de masse corporelle), fonction cognitive (trouble neuro-cognitif connu, MMSE ou le MOCA), symptômes dépressifs (PHQ-9) et anxieux (GAI-SF), qualité de vie liée à la santé (EQ-5D-3L), charge de l'aidant (échelle Mini-Zarit), organisation du cadre de vie (présence de professionnels intervenant à domicile, existence d'un projet de soins adapté, et mesure de protection juridique en place), capacités fonctionnelles (SPPB, suivi kinésithérapique déjà en place, présence d'une hypotension orthostatique), antécédents de chute (chute unique ou multiple dans les 12 derniers mois), et caractère compliqué de la chute (passage aux urgences ou hospitalisation), fonctions sensorielles (atteinte visuelle ou auditive, corrigée ou non), syndrome douloureux (existence d'un syndrome douloureux déclaré par le patient).

1.2 Données recueillies lors de la réévaluation

Les scores réalisés lors de la première visite ont été réévalués de manière comparative lorsqu'ils étaient disponibles. Cela incluait : les échelles ADL et IADL, le Mini-Zarit, le poids, le PHQ-9. Ils seront détaillés ci-dessous :

L'autonomie fonctionnelle a été évaluée à l'aide de deux échelles complémentaires, validées en gériatrie : l'ADL (Activities of Daily Living) de Katz et l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton.

L'ADL comprend six items : hygiène, habillage, utilisation des toilettes, transferts, continence, et alimentation. Le score varie de 0 (dépendance complète) à 6 (autonomie complète). Une version modifiée permet l'utilisation de cotations intermédiaires à 0,5, afin de mieux refléter certaines situations d'aide partielle. L'ADL est un outil validé, dont la valeur prédictive pour la morbidité et la mortalité chez les personnes âgées a été démontrée [15, 16, 17].

L'IADL explore huit activités instrumentales : utilisation du téléphone, transports, courses, préparation des repas, ménage, lessive, prise des médicaments, gestion du budget. Le score va de 0 à 8 ; un score plus faible indique un niveau plus élevé de dépendance. Cet outil est validé [18] et permet d'apprécier avec précision l'autonomie domestique. Dans certains cas (par exemple pour des activités jamais réalisées), une cotation peut ne pas être applicable. Comme l'ADL, la dépendance en IADL est associée à une augmentation du risque de morbi-mortalité [16, 17, 19].

Le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) est un outil validé de dépistage de la dépression, composé de neuf items explorant les symptômes au cours des deux dernières semaines. Chaque item est coté de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours), pour un score total de 0 à 27. Il est validé dans la population générale [20, 21] ainsi que chez les personnes âgées [22], avec une bonne corrélation aux échelles cliniques de référence. Sa sensibilité et sa spécificité sont jugées satisfaisantes dans les revues systématiques [20].

Une revue récente confirme également sa validité chez les patients présentant un trouble cognitif léger, avec une sensibilité de 89 % et une valeur prédictive négative de 95 %, soutenant son usage dans ce contexte [23].

La qualité de vie liée à la santé a été mesurée par l'échelle EQ-5D-3L, outil validé chez les personnes âgées [24,25]. Elle explore cinq dimensions (mobilité, autonomie, activités habituelles, douleur/inconfort, anxiété/dépression), chacune cotée sur trois niveaux. Le score combiné permet de générer un index synthétique de qualité de vie. Dans notre étude, l'échelle visuelle analogique (EQ-VAS) n'a pas été utilisée.

Le fardeau ressenti par l'aidant a été évalué par la version courte de l'échelle de Zarit (Mini-Zarit), comportant sept items à réponse dichotomique (oui/non). Le score total va de 0 à 7, un score élevé traduisant une charge subjective plus importante. Cette version a été validée dans le contexte des soins palliatifs [26].

2. Données concernant les évènements indésirables

Il était systématiquement précisé si les informations étaient recueillies auprès du patient seul, de l'entourage seul ou des deux. Les professionnels de l'équipe mobile ont recueilli des informations sur la survenue d'évènements indésirables depuis l'évaluation initiale, incluant :

- les chutes (circonstances aggravantes et conséquences) ;
- les passages aux urgences (avec date et motif) ;
- les hospitalisations (avec date et motif) ;
- l'entrée en institution (avec date et motif) ;
- et le décès (date uniquement).

3. Classification des préconisations et codification de leur mise en œuvre :

Les préconisations formulées lors de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) ont été regroupées en quatre grandes familles thématiques : éducation, organisation du mode de vie, coordination des soins, et parcours de soins et complément de bilan.

Ce choix de classification repose sur une logique d'intervention, plutôt que sur une segmentation par domaine disciplinaire (fonctionnel, cognitif, social ou autre), qui serait à la fois arbitraire et peu représentative de la complexité des situations rencontrées. En effet, une même préconisation peut relever de plusieurs dimensions simultanément. Le regroupement par famille permet ainsi d'organiser les recommandations selon le type de démarche concrète attendue du patient, ce qui facilite l'analyse des facteurs susceptibles d'influencer l'adhésion.

Dans cette perspective, la classification opérée met en avant le rôle du patient en tant qu'acteur de son parcours de soins. L'adhésion ne se limite pas à la simple exécution d'une prescription, mais suppose un engagement actif et éclairé de la personne âgée, qui doit s'approprier les mesures proposées et les intégrer dans son quotidien. L'orientation vers des familles thématiques centrées sur l'action traduit cette approche : éducation implique un processus d'apprentissage et de compréhension ; organisation du mode de vie suppose des ajustements personnels et environnementaux ; coordination des soins engage le patient

à interagir avec les différents intervenants ; enfin, parcours de soins et complément de bilan nécessitent une participation active dans le suivi médical. Cette perspective est particulièrement pertinente en gériatrie, où la multiplicité des comorbidités et la chronicité des prises en charge exigent une implication durable du patient pour maintenir l'efficacité et la pertinence des interventions.

Ainsi, le regroupement proposé ne constitue pas seulement une grille descriptive des recommandations, mais également un outil méthodologique permettant d'appréhender le degré d'engagement attendu du patient. Il offre un cadre d'analyse centré sur la dynamique d'adhésion, en distinguant les préconisations selon la nature de l'action à mener et le niveau d'implication requis. Cette structuration permet d'interroger la manière dont les patients deviennent ou non acteurs de leur parcours, et ouvre la voie à une évaluation fine de la mise en œuvre effective de ces recommandations dans la pratique.

Dans une perspective analytique, ce regroupement thématique permet non seulement de distinguer les principaux champs d'intervention de l'EGS, mais également de mettre en évidence le type d'action attendu et le degré d'implication du patient dans son parcours. Le tableau ci-dessous propose une synthèse de ces catégories, en illustrant la manière dont chaque famille de préconisations traduit, à des degrés variables, la position du patient en tant qu'acteur de son propre soin.

Tableau 1 : Tableau des familles de préconisation

<i>Famille thématique</i>	<i>Exemples de préconisations</i>	<i>Type d'action attendue</i>	<i>Degré d'implication du patient</i>
<i>Éducation</i>	Fiches de conseils de prévention (hygiène, sommeil, nutrition, activité physique)	Comprendre, s'approprier et mettre en œuvre les conseils	Acteur actif : appropriation personnelle
<i>Organisation du mode de vie</i>	Aides humaines, techniques ou technologiques ; sécurisation du logement ; portage des repas ; démarches sociales/financières ; anticipation du devenir	Adapter son quotidien et participer aux ajustements nécessaires	Acteur co-responsable : engagement dans l'adaptation de l'environnement
<i>Parcours de soins et complément de bilan</i>	Orientation vers spécialistes (cognitif, psychologique, somatique, social) ; examens complémentaires (biologie, imagerie, MAPA...)	Accepter, planifier et participer aux démarches médicales supplémentaires	Acteur partenaire : coopération dans le suivi médical
<i>Coordination des soins</i>	Organisation avec les intervenants libéraux (IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, etc.)	Interagir avec les différents professionnels de santé impliqués	Acteur intégré : participation dans un réseau de soins coordonné

4. Évaluation de la mise en œuvre des préconisations

Lors de la réévaluation effectuée après l'EGS, il a été demandé au patient ou à son entourage si les préconisations formulées lors de la visite initiale avaient été mises en œuvre. Deux modalités de codification ont été utilisées :

Codification binaire, appliquée à la majorité des préconisations :

Demandée et réalisée : la préconisation a été effectivement mise en œuvre ;

Demandée non réalisée: la préconisation n'a pas été mise en œuvre.

Codification en trois niveaux, utilisée pour certaines préconisations jugées plus complexes (notamment celles concernant l'organisation du mode de vie, les aides techniques ou technologiques, la sécurisation du domicile ou la révision du traitement médicamenteux) :

Demandée et totalement réalisée : tous les éléments de la préconisation ont été mis en œuvre ;

Demandée et partiellement réalisée : une partie seulement a été mise en œuvre ;

Demandée et non réalisée : aucun élément n'a été mis en place.

Les éléments non réalisés étaient précisés lorsqu'une mise en œuvre partielle était rapportée.

D. Analyse statistique

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs absolus et en pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites à l'aide de la moyenne, de l'écart-type, de la médiane et des quartiles (Q1–Q3).

L'analyse principale portait sur le taux d'adhésion aux préconisations formulées lors de l'EGS, évalué de 3 à 12 mois. Des analyses secondaires ont été conduites pour identifier les types de préconisations les plus fréquemment suivies et pour étudier la survenue d'événements indésirables au cours du suivi.

E. Considérations éthiques

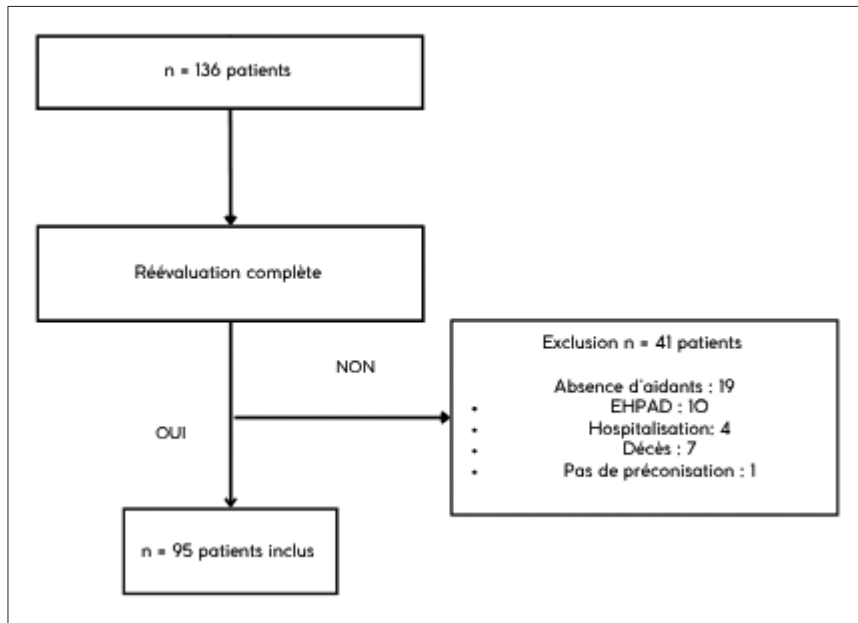
Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le consentement des patients a été obtenu conformément à la législation en vigueur. L'anonymat des participants a été garanti par l'attribution de numéros d'inclusion chronologiques, sans conservation d'éléments nominaux dans la base d'analyse.

III. RESULTATS

A. Participants :

Au total, 136 patients ont été admis dans la période d'inclusion définie. Parmi eux, 41 patients ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères retenus pour l'analyse. Le groupe étudié comprend ainsi 95 patients, pour lesquels les données nécessaires ont pu être recueillies et exploitées. (Figure 1)

Figure 1 : Flow Chart



B. Caractéristiques de la population :

L'échantillon comprenait 95 patients, dont 59 femmes et 23 hommes. L'âge moyen était de 85,8 ans (74–100). Le score moyen de Charlson était de 6,0 (n = 82). Un syndrome douloureux était rapporté chez 26 patients (33 %, n = 80).

Indépendance fonctionnelle et l'étayage au domicile : Le score moyen d'ADL était de 4,4 (n = 93) et celui d'IADL de 3,2 (n = 91). Deux patients présentaient une dépendance complète et dix une indépendance totale. Une aide professionnelle à domicile était en place chez 57 patients (70 %, n = 82). Un projet de vie était jugé adapté chez 27 patients (33 %, n = 82) et non adapté chez 55 (67 %). On retrouvait un épuisement de l'aidant, soit un score ≥ 4 au Mini-Zarit, chez 5 patients (36 %, n = 14).

Bilan de chute et performances motrices : Parmi les 82 patients interrogés, 22 avaient présenté une chute unique au cours des 12 derniers mois (27 %), 44 des chutes répétées (54 %) et 16 aucune chute (20 %). Une complication de chute était rapportée chez 19 patients (29 %, n = 66). Le score moyen au SPPB était de 4,8 (n = 60). Des performances motrices faibles (SPPB ≤ 6) étaient observées chez 40 patients (67 %, n = 60), des performances intermédiaires chez 11 (18 %, n = 60), et des performances élevées (SPPB ≥ 10) chez 9 (15 %, n = 60). La présence d'un kinésithérapeute était notée pour 27 patients (34 %, n = 80). Une hypotension orthostatique était retrouvée chez 15 patients (22 %, n = 67) et une atteinte visuelle était rapportée chez 60 patients (87 %, n = 69), dont 44 corrigées et 16 non corrigées.

Evaluation cognitive : Un trouble neurocognitif était présent chez 35 patients (43 %; n = 82), et 3 patients (4 %; n = 82) bénéficiaient d'une mesure de protection juridique. Le score moyen au MoCA était de 15,8 (n = 5) et au MMSE de 21,4 (n = 21) et 1 patient avait un score inférieur à 10. Parmi les 61 patients évalués avec le PHQ-9, le score moyen était de 2,9 et 8 présentaient des symptômes dépressifs modérés à sévères (PHQ-9 ≥ 10). Parmi les 60 patients évalués avec le GAI-SF, le score moyen était de 1,6 et 23 présentaient une anxiété probable (GAI-SF ≥ 3).

Nutrition : Le poids moyen était de 68,6 kg (n = 87). L'IMC moyen était de 26,4 (min 15,9, max 38,7; n = 57). Une perte de poids récente était retrouvée chez 29 patients (39 %, n = 75).

Les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et fonctionnelles de la population sont résumées dans le Tableau 2.

*Tableau 2 :
Caractéristiques sociodémographiques, fonctionnelles, cognitives, sensorielles
et nutritionnelles de la population étudiée.*

Variab les	n	Valeur (moyenne ± ET)	Médiane [Min-Max] ou %
Données sociodémographiques			
Âge (années)	82	85,8 ± 6,5	85,5 [74-100]
Sexe féminin	59	-	72 %
Comorbidités			
Index de Charlson	82	6,0 ± 2,0	5 [3-11]
Syndrome douloureux	80	-	33 %
Indépendance fonctionnelle et étayage au domicile			
ADL	93	4,4 ± 1,6	5 [0-6]
IADL	91	3,2 ± 2,8	3 [0-8]
Etayage à domicile	82	-	70 %
Projet de vie adapté	82	-	33 %
Mini-Zarit	14	3,1 ± 1,3	3,3 [2-6]
Bilan de chutes et performances motrices			
≥1 chute dans l'année	82	-	80 %
Chute unique	82	-	27 %
Chutes répétées	82	-	54 %
Chute compliquée	66	-	29 %
SPPB	60	4,8 ± 3,6	4,5 [0-12]
Kinésithérapeute en place	80	-	34 %
Hypotension orthostatique	67	-	22 %
Évaluation cognitive et thymique			
Trouble neurocognitif connu	82	-	43 %
Protection juridique	82	-	4 %
MoCA	5	15,8 ± 7,8	15 [7-26]
MMSE	21	21,4 ± 6,3	22 [9-30]
PHQ-9	61	2,9 ± 5,7	0 [0-21]
GAI-SF	60	1,6 ± 1,8	1 [0-5]
Évaluation nutritionnelle			
Poids (kg)	87	68,6 ± 13,7	68 [43-113]
IMC (kg/m ²)	57	26,4 ± 5,3	25,8 [15,9-38,7]
Perte de poids récente	75	-	39 %
Atteintes sensorielles			
Déficit visuel corrigé	69	-	64 %
Déficit visuel non corrigé	69	-	23 %
Déficit auditif corrigé	69	-	20 %
Déficit auditif non corrigé	69	-	36,00%

C. Scores comparatifs issus de l'EGS initiale et de la réévaluation :

Les analyses présentées ci-dessous portent exclusivement sur les patients disposant de données appariées aux deux temps de l'évaluation (initiale et suivi) (Tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison des paramètres avant et après l'EGS

Variables	n	Valeur (moyenne ± ET)	Médiane [Min-Max]
Indépendance fonctionnelle			
ADL (0-6) - Avant	91	4,4 ± 1,6	5 [0-6]
ADL (0-6) - Après	91	4,3 ± 1,6	5 [0-6]
IADL (0-8) - Avant	90	3,3 ± 2,8	3 [0-8]
IADL (0-8) - Après	90	3,1 ± 2,9	2 [0-8]
Charge de l'aidant			
Mini-Zarit (0-7) - Avant	35	2,9 ± 1,7	3 [0-5,5]
Mini-Zarit (0-7) - Après	35	1,9 ± 1,2	2,3 [0-3]
Évaluation thymique			
PHQ-9 (0-27) - Avant	90	2,5 ± 4,5	0 [0-17]
PHQ-9 (0-27) - Après	90	2,1 ± 5,2	0 [0-26]
État nutritionnel			
Poids (kg) - Avant	66	68,3 ± 13,9	67,6 [43-113]
Poids (kg) - Après	66	68,1 ± 14,2	67,1 [45-113]

Sur le plan de l'indépendance fonctionnelle, le score ADL, renseigné pour 91 patients, présentait une moyenne de 4,4 au départ puis de 4,3 au suivi. Le score IADL, disponible pour 90 patients, diminuait légèrement de 3,3 à 3,1. Enfin, le fardeau de l'aidant, évalué par l'échelle Mini-Zarit chez 8 répondants, montrait une réduction de la moyenne de 2,9 à 1,9 entre les deux évaluations.

Du point de vue thymique, le score PHQ-9, renseigné pour 35 patients, passait en moyenne de 2,5 à 2,1.

Concernant le poids, 66 patients avaient des mesures disponibles : la moyenne passait de 68,3 kg à l'inclusion à 68,1 kg au suivi, avec une médiane de 67,6 kg contre 67,1 kg, pour une amplitude allant de 43,0 à 113,0 kg

D. Évènements intercurrents

Au cours du suivi des 95 patients inclus, 13 passages aux urgences, 9 hospitalisations, 3 entrées en EHPAD et 26 chutes ont été recensés (Tableau 4). Le délai moyen entre la première évaluation et la survenue de l'évènement était de 140 jours pour les passages aux urgences (23–265 jours), de 85 jours pour les hospitalisations (18–167 jours) et de 72 jours pour les entrées en EHPAD (68–75 jours).

Tableau 4 : Évènements intercurrents survenus après la première évaluation

Évènement	n	Délai moyen (jours) ± ET	Médiane [Min-Max]
Passage au SAU	13	140	143 [23-265]
Hospitalisation	9	85	67 [18-167]
Entrée en EHPAD	3	72	71,5 [68-75]
Chute	26	–	–

E. Adhésion aux préconisations issues des évaluations gériatriques standardisées

Au total, 421 préconisations ont été formulées (moyenne 4 par patient, [1-11]), dont 50 % ont été strictement mises en œuvre (Figure 3, Tableau 5). L'adhésion variait selon la nature des recommandations : 70 % pour l'éducation (n = 46), 48 % pour la coordination des soins (n = 67), 40 % pour l'organisation du mode de vie (n = 178 ; 54 % en incluant les réalisations partielles) et 65 % pour le parcours de soins et les compléments de bilan (n = 130). Les taux d'adhésion, stricts et partiels, par grandes familles, sont présentés dans la Figure 3.

Figure 2 : Répartition des préconisations formulées par famille.

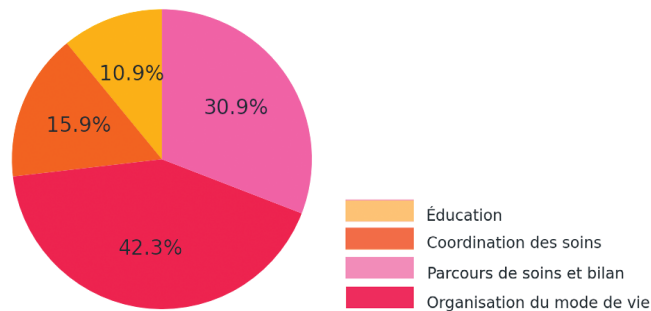
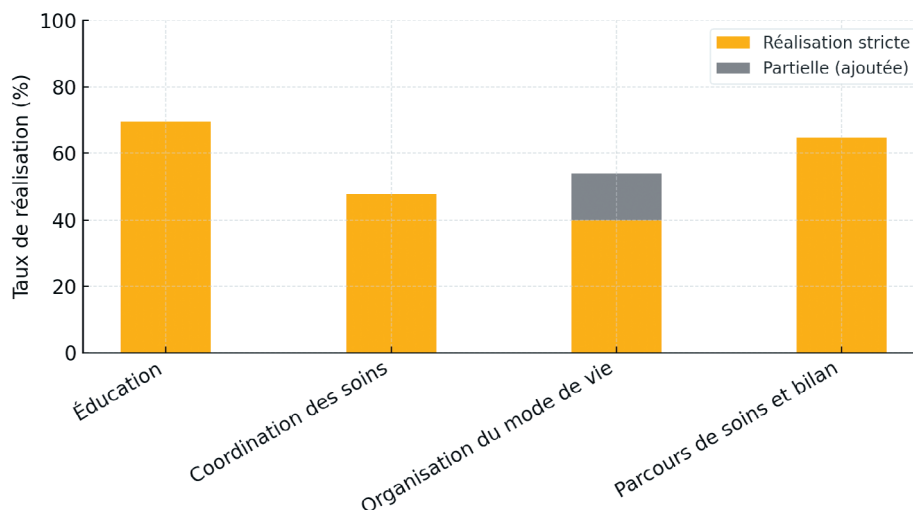


Figure 3 : Taux de réalisation stricte et partielle des préconisations.



Parmi les préconisations éducatives, les fiches hygiéno-diététiques (n = 23) et sociales (n = 7) ont montré des taux de réalisation élevés (74 % et 71 %), tandis que la fiche Vivifrail (n = 15) a été suivie dans 60 % des cas. En coordination des soins, l'adhésion variait selon les intervenants, élevée pour les IDE (86 %), modérée pour les kinésithérapeutes (49 %) et faible pour les assistantes sociales de secteur (17 %). Concernant l'organisation du mode de vie, la révision de l'ordonnance (n = 50) a été réalisée dans 40 % des cas (64 % en incluant les réalisations partielles), la sécurisation du domicile dans 26 % (53 % partiels inclus), les aides techniques dans 54 % (68 % partiels inclus) et l'anticipation du devenir dans 37 %. Enfin, les parcours de soins et compléments de bilan présentaient une forte adhésion, notamment pour les consultations paramédicales du Pôle Vieillesse (ergothérapie 79 %, IDE 92 %, psychiatrie 75 %), mais plus modérée pour les bilans complémentaires (62 %), tandis que certains bilans (orthophonie, psychologie, MAPA) n'ont pas été réalisés.

Tableau 5 : adhésion aux préconisations

	Préconisations formulées (n)	Préconisations réalisées (n)	Taux d'adhésion (%)
Éducation	46	32	70 %
• Fiches hygiéno-diététiques	23	17	74 %
• Vivifrail	15	9	60 %
• Fiche sociale	7	5	71 %
• Fiche sommeil	1	1	100 %
Coordination des soins	67	32	48 %
• Kinésithérapeute et apprentissage Vivifrail	44 (35;9)	20 (17;3)	45 %
• Assistante sociale secteur et DAC	9 (6;3)	3 (2;1)	33 %
• Infirmier libéral	7	6	86 %
• EMA et orthophoniste	5 (3;2)	3 (2;1)	60 %
• Autre (orthoptiste et psychologue)	2 (1;1)	0	0 %
Organisation du mode de vie	178	71	40 %
• Révision de l'ordonnance	50	20	40 %
• Anticipation du devenir	38	14	37 %
• Sécurisation du domicile	34	9	26 %
• Aides technique et technologique	28	15	54 %
• Aides financière	15	6	40 %
• Aides humaine et portage des repas	13 (12;1)	7 (7;0)	54 %
Parcours de soins et complément de bilan	130	83	65 %
• Consultation ergothérapeute de l'EMG	24	19	79 %
• Consultations médicales de seconde ligne (gériatre hors EMG, psychiatre du sujet âgé, non gériatre)	24 (2;4;18)	13 (0;3;10)	54 %
• Consultations assistante sociale de l'EMG	20	10	50 %
• Consultations IDE de l'EMG	13	12	92 %
• Consultations autres professionnels de l'EMG (Dietéticien, neuro-psychologue)	7 (5;2)	4 (3;1)	57 %
• Bilan complémentaire (Biologie, Imagerie, MAPA)	40 (21;15;4)	25 (14;11;0)	62 %
• Bilan kinésithérapeute	2	1	50 %

IV. Discussion

Cette étude préliminaire évalue l'adhésion aux préconisations formulées lors de l'EGS à domicile chez une population âgée et décrit leurs modalités de mise en œuvre, avec un suivi effectif de 50 %.

Notre cohorte présente des caractéristiques comparables à celles d'une population gériatrique évaluée à domicile en termes d'âge, de sexe, de comorbidités et d'indépendance fonctionnelle. Toutefois, la proportion de troubles neurocognitifs majeurs et de chutes y est plus élevée [28–29-30]. Cette particularité s'explique par le mode de recrutement au sein de l'équipe mobile gériatrique (EMG) du CHU de Tours, notamment via la filière de relevage, ainsi que par la présence d'un géronto-psychiatre dans l'équipe, favorisant l'orientation de patients présentant des troubles du comportement liés à une pathologie neurocognitive. L'EMG n'étant pas la filière privilégiée pour l'exploration des troubles neurocognitifs, les patients avec des atteintes légères y sont rarement adressés ; la sélection se porte ainsi sur des profils plus sévères, généralement peu réceptifs aux démarches de remédiation cognitive.

La population étudiée, limitée à 95 patients, reste relativement réduite et ne permet pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population gériatrique à domicile, ce qui limite la validité externe des conclusions. Cette taille restreinte s'explique en partie par une perte d'informations significative ayant conduit à l'exclusion de 41 patients. Ces exclusions concernaient des situations variées : l'absence de réponse aux appels, l'annulation du suivi, mais aussi l'impossibilité de recueillir l'adhésion aux préconisations en amont d'un événement intercurrent. Ainsi, chez certains patients institutionnalisés ou décédés au cours du suivi, il n'était pas envisageable, pour des raisons éthiques, de solliciter l'entourage afin de vérifier a posteriori la mise en œuvre des recommandations. Cette perte touche probablement les patients les plus fragiles et vulnérables, susceptibles d'avoir présenté davantage d'événements indésirables. Elle peut donc avoir introduit un biais de sélection, en surestimant la stabilité des scores d'EGS et en sous-estimant la fréquence réelle des événements dans la population initialement évaluée.

Les événements intercurrents observés au cours du suivi traduisent la fragilité et le fardeau de comorbidités déjà élevés dans cette population âgée évaluée à domicile. Les hospitalisations et les entrées en EHPAD sont survenues dans des délais relativement courts après l'évaluation initiale (85 et 72 jours en moyenne), suggérant des profils de grande vulnérabilité pour lesquels les préconisations n'ont pas eu le temps d'être pleinement déployées. Les entrées précoces en institution (délai médian 71 jours) semblent refléter une trajectoire déjà compromise, l'EGS jouant davantage un rôle de confirmation qu'un levier de prévention. Les passages aux urgences, plus tardifs (140 jours en moyenne), posent en revanche la question de l'efficacité des préconisations lorsque celles-ci ont été effectivement suivies. En comparaison d'autres études portant sur des soins intégrés à domicile, nos événements intercurrents à six mois s'inscrivent globalement dans la borne basse des ordres de grandeur publiés [31-32-33]. À noter que certaines, s'appuient sur des données médico-administratives, potentiellement moins exposées aux biais d'auto-déclaration [32].

Le mode de recueil des données reposait sur les déclarations des patients ou de leurs proches, exposant à des biais de mémoire d'inexactitude et de désirabilité sociale. Rendant

difficile la distinction entre actes effectivement réalisés et actes simplement rapportés ; ce qui peut conduire à une sous-estimation des événements indésirables ou à une surestimation de l'adhésion. L'utilisation d'un carnet de suivi quotidien, associé à un suivi mensuel, est préconisée pour limiter ce biais [34-35]. La durée moyenne du suivi (\approx 6 mois), parfois réduite à 3–4 mois, apparaît également limitée : D'une part, l'intervalle peut entraîner un oubli d'événements intercurrents ou une sous-déclaration, en particulier pour les chutes. D'autre part, elle peut ne pas saisir les effets différés des interventions ni la survenue d'événements plus tardifs. Cette contrainte est particulièrement notable pour les recommandations nécessitant un délai d'application, telles que la rééducation, la sécurisation du domicile ou la mise en place d'aides sociales, dont l'impact se mesure à moyen terme [10-14]. Cette limite est d'autant plus importante que 58 % des participants avaient un projet de vie non adapté, impliquant des aménagements et l'intervention de professionnels au domicile. Et enfin l'adhésion à certaines recommandations peut varier au fil du temps : un patient peut initier une activité physique puis se démobiliser, ce qui n'est pas capté par un recueil ponctuel.

Ainsi, nos résultats mettent en évidence la question de la temporalité : l'efficacité d'une évaluation gériatrique standardisée dépend étroitement du temps disponible entre l'évaluation, la mise en œuvre des recommandations et la survenue d'événements intercurrents. Les événements précoces limitent la visibilité d'un bénéfice potentiel, tandis que l'absence de délai renseigné pour les chutes empêche d'en apprécier la dynamique temporelle, bien qu'elles restent fréquentes dans cette population.

Dans notre cohorte, 421 préconisations ont été formulées, soit une moyenne de 4 par patient, avec un maximum de 11. La moitié d'entre elles (50 %) ont été strictement mises en œuvre, un taux globalement comparable à celui rapporté dans la littérature. En milieu hospitalier, une étude multicentrique de consultations gériatriques rapporte une adhésion moyenne de 69,7 %, avec une diminution significative de l'adhésion pour chaque recommandation supplémentaire (OR 0,51 ; IC 95 % 0,33–0,80) et une meilleure exécution des recommandations adressées aux paramédicaux (OR 6,37 ; 1,15–35,35), les volets social et fonctionnel étant les plus souvent appliqués [36]. En oncogériatrie, l'adhésion par recommandation est estimée à 46 %, avec au moins une intervention réalisée chez environ 69 % des patients à 3 mois ; elle est plus élevée pour les mesures directement actionnables (diététique, social, rééducation, psychologie). Les auteurs soulignent que toutes les altérations identifiées n'imposent pas une intervention immédiate, et qu'une hiérarchisation des préconisations doit être guidée par la pertinence clinique [37]. Dans une cohorte française suivie en consultation gériatrique, l'adhésion atteignait \sim 97 % lorsque \leq 4 recommandations étaient formulées, mais chutait sous 80 % au-delà de 5 [38]. Enfin, une étude rétrospective française menée au domicile (500 visites par une équipe mobile) rapporte un taux moyen d'adhésion de 65,1 %, plus élevé pour l'orientation du devenir et plus faible pour les préconisations relatives au mode de vie et à l'environnement ; un taux d'adhésion supérieur à 65 % était associé à une réduction significative des hospitalisations non programmées [39].

L'adhésion diffère selon le type de recommandation : elle est plus élevée pour l'éducation (70 %) et pour les suivis structurés portés par l'équipe mobile de gériatrie, en particulier les consultations paramédicales (65 %), mais plus faible pour la coordination des soins (48 %) et l'organisation du domicile (40 %). Cette variabilité reflète non seulement la nature des actions demandées, mais aussi le degré d'implication requis du patient. Lorsque

celui-ci est acteur actif ou partenaire (appropriation personnelle de conseils de prévention, participation à des bilans complémentaires), l'adhésion apparaît plus favorable. En revanche, elle s'avère plus limitée lorsque le patient doit être co-responsable ou intégré dans un réseau, comme pour l'organisation du mode de vie ou la coordination des soins, domaines qui supposent un engagement soutenu dans l'adaptation de l'environnement et des interactions avec de multiples intervenants.

Ces résultats mettent en évidence les freins opérationnels auxquels se heurtent ces recommandations : accès difficile aux professionnels libéraux (notamment kinésithérapeutes), mobilisation complexe des relais sociaux, délais de rendez-vous prolongés et démarches administratives fragmentées. Dès lors, l'efficacité de ces préconisations dépend fortement de la disponibilité des ressources locales et de la capacité à coordonner les acteurs. Dans ce contexte, il semble nécessaire de rationaliser et hiérarchiser les recommandations, en privilégiant un nombre restreint d'actions prioritaires et immédiatement réalisables, tandis que les autres devraient être séquencées et accompagnées de relais organisationnels adaptés.

L'adhésion plus faible observée dans notre cohorte doit aussi être interprétée à la lumière des caractéristiques des patients inclus. La proportion élevée de troubles cognitifs a probablement limité l'initiative, la planification et la régularité nécessaires à la mise en œuvre des recommandations.[40]. Le recours majoritaire via la filière de relevage, souvent consécutif à une chute, traduit une orientation initiée par l'environnement ou les secours plutôt que par le patient ou son médecin traitant, réduisant ainsi l'appropriation des interventions proposées.

À ces déterminants individuels s'ajoutent des facteurs représentationnels et socio-culturels. Les croyances négatives sur l'exercice chez les personnes âgées et les stéréotypes liés au vieillissement, banalisant les chutes et les troubles cognitifs comme un processus « normal », peuvent freiner l'adhésion [40-41]. La stigmatisation des troubles cognitifs et des normes de discrétion familiale retardent par ailleurs le recours aux aides spécialisées [42]. Concernant les technologies et aides au domicile, les réticences tiennent à la vie privée, à la crainte d'être stigmatisé, à une utilité perçue limitée, à la peur de dépendance et à un manque de formation à l'usage [43]. Enfin, du côté des aidants, l'accumulation des tâches et la multiplicité des contraintes nourrissent un sentiment de perte de contrôle, rendant nécessaires des appuis coordonnés, une anticipation et des solutions de répit pour améliorer la faisabilité des recommandations [44].

Dans notre cohorte, les performances physiques indiquent une limitation fonctionnelle modérée, cohérente avec les données françaises montrant que la majorité des seniors présente un niveau de sédentarité modéré à élevé [45]. Parallèlement, un taux de 27 % de chuteurs à ~6 mois — proche de l'estimation annuelle communautaire ($\approx 27,5$ % chez les ≥ 65 ans) — est cohérent avec un risque élevé de récurrence (OR $\approx 3,5$), mais, au vu du recueil déclaratif et d'une fenêtre parfois courte, doit être interprété comme une estimation minimale [34-35-46]. En outre, la littérature souligne qu'un intervalle de rappel supérieur à un mois expose à une sous-déclaration des chutes ; un recueil mensuel standardisé (journaux/calendriers) est recommandé pour en limiter le biais [34-35-46]. Dans ce contexte, la seule remise de fiches éducatives apparaît insuffisante pour modifier durablement les comportements et prévenir les chutes. L'activité physique constitue une stratégie de remédiation centrale, dont l'efficacité est bien documentée pour améliorer la force musculaire,

l'équilibre et réduire le risque de récurrence. Les interventions actives et encadrées (kinésithérapie, programmes d'activité physique adaptée de type Vivifrail) sont supérieures aux approches passives, et leur efficacité est maximale lorsqu'elles sont réalisées en groupe de pairs, condition associée à une meilleure adhésion, une motivation accrue et une pratique régulière [47].

Concernant les scores gériatriques étudiés dans notre étude, les paramètres fonctionnels (ADL, IADL), thymiques (PHQ-9) et nutritionnels (poids) apparaissent globalement stables entre l'évaluation initiale et le suivi. La diminution observée du score de charge de l'aidant (Mini-Zarit) pourrait refléter un bénéfice organisationnel, mais le faible effectif concerné ne permet aucune conclusion robuste. L'ensemble de ces résultats doit donc être interprété avec prudence, compte tenu de la taille limitée de l'échantillon et de la brièveté du suivi, qui ne permettent pas d'inférer de lien causal entre la réalisation de l'EGS et les évolutions constatées. Dans la littérature, l'effet attendu d'une EGS à domicile est modeste à court terme : les scores fonctionnels (ADL, IADL) tendent à demeurer stables sur 6–12 mois, avec d'éventuels gains discrets lorsque l'approche est multidomaine et assortie de suivis répétés [48-49]. À 12 mois, les modèles de soins intégrés ne montrent pas de modification significative d'ADL/IADL, avec un signal favorable sur certains paramètres thymiques [50]. Par ailleurs, des améliorations nettes de l'humeur sont observées lorsqu'une équipe psychogériatrique structurée (évaluation standardisée, plan de soins, suivi proactif, soutien psychosocial) est intégrée à la prise en charge, au-delà de la pharmacothérapie seule [51].

Ces constats ouvrent néanmoins des perspectives de recherche. Des travaux futurs pourraient s'attacher à analyser, parmi les patients dont la trajectoire de santé reste favorable, quelles recommandations apparaissent les plus déterminantes en termes d'impact clinique. L'identification d'un seuil minimal d'adhésion permettant de qualifier un suivi comme satisfaisant constituerait également un objectif pertinent. Une telle approche offrirait la possibilité d'évaluer secondairement l'efficacité globale de l'EMG et de hiérarchiser les préconisations en fonction de leur valeur ajoutée pour la santé des patients âgés suivis à domicile.

V. Perspectives et Conclusion

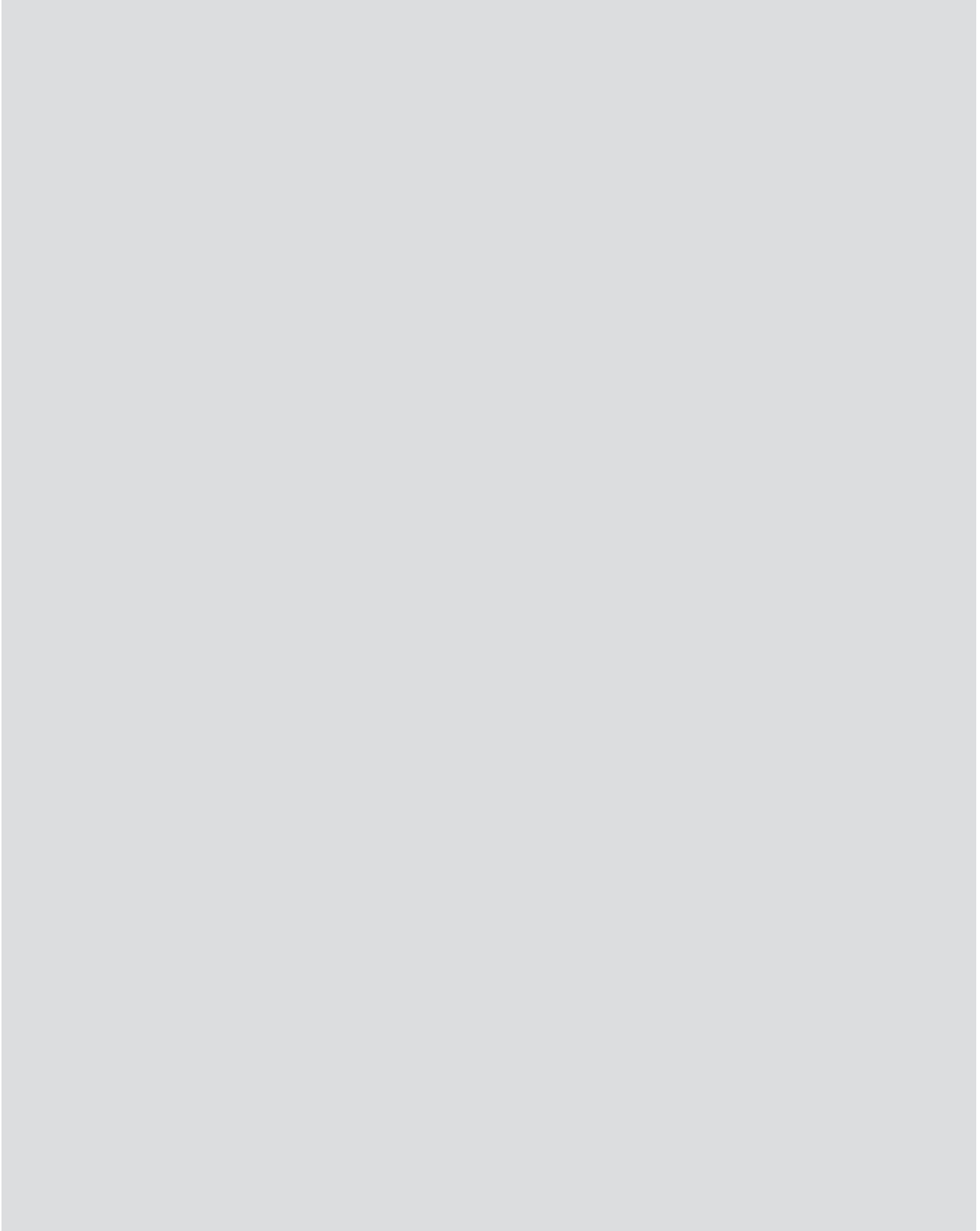
Malgré ses limites, notre étude préliminaire apporte un éclairage essentiel sur les taux et les déterminants de l'adhésion aux préconisations de l'EGS à domicile, un aspect peu documenté dans la littérature. Les variations d'adhésion selon la nature des interventions mettent en lumière les défis pratiques de la coordination des soins et de l'organisation du domicile, qui nécessitent une attention particulière pour garantir l'efficacité de ces démarches. Ces dimensions recouvrent précisément les besoins majeurs exprimés par les patients : optimisation du projet de vie, amélioration de l'équilibre et prévention des chutes.

Des études complémentaires, menées sur des populations plus larges, avec un suivi prolongé et des modalités de recueil plus objectives, seront nécessaires pour confirmer nos observations et évaluer l'impact direct de l'adhésion sur la survenue d'événements intercurrents. L'exploration de la hiérarchisation des préconisations, intégrant le point de vue du patient, de l'entourage et des soignants, constitue également une piste de recherche pertinente. Enfin, pour les patients hospitalisés, institutionnalisés ou décédés, il conviendra de développer des modes de recueil adaptés, plus respectueux des familles, afin d'obtenir des données de suivi complètes et fiables.

VI. Annexes

Annexe 1

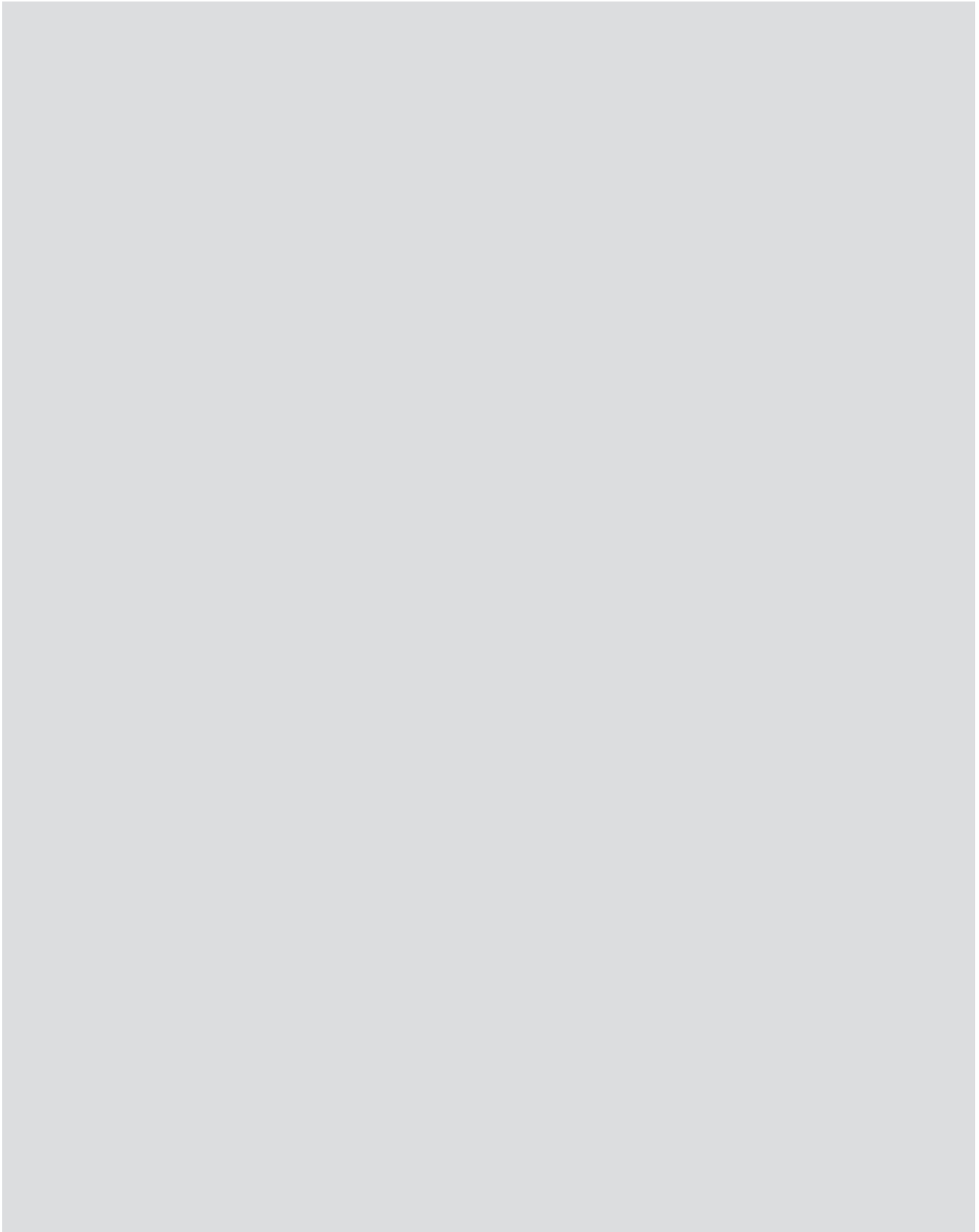
Echelle d'autonomie (ADL)



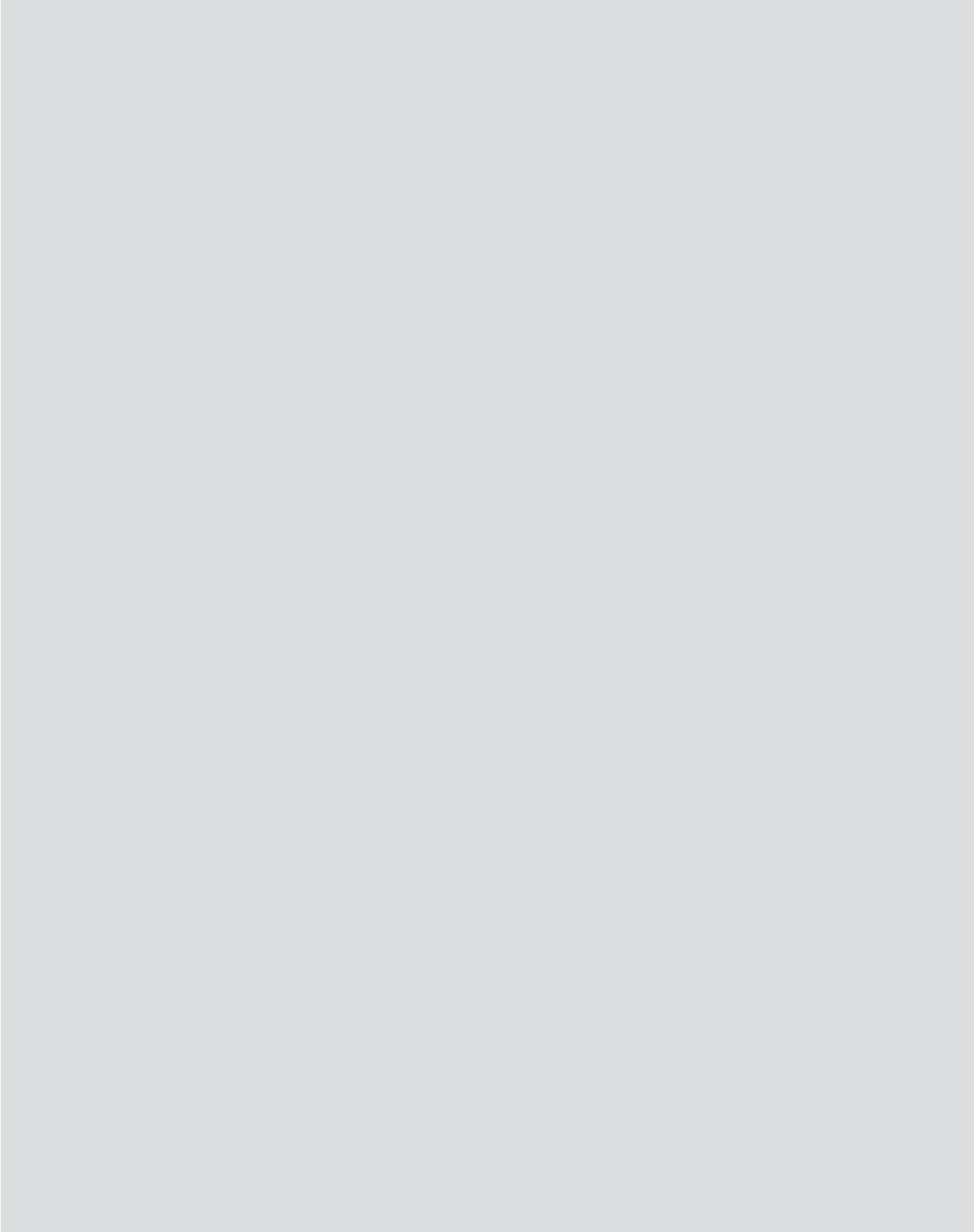
Annexe 2-1

IADL : Instrumental Activities of Daily Living (Échelle de LAWTON)

Évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne



Annexe 2-2



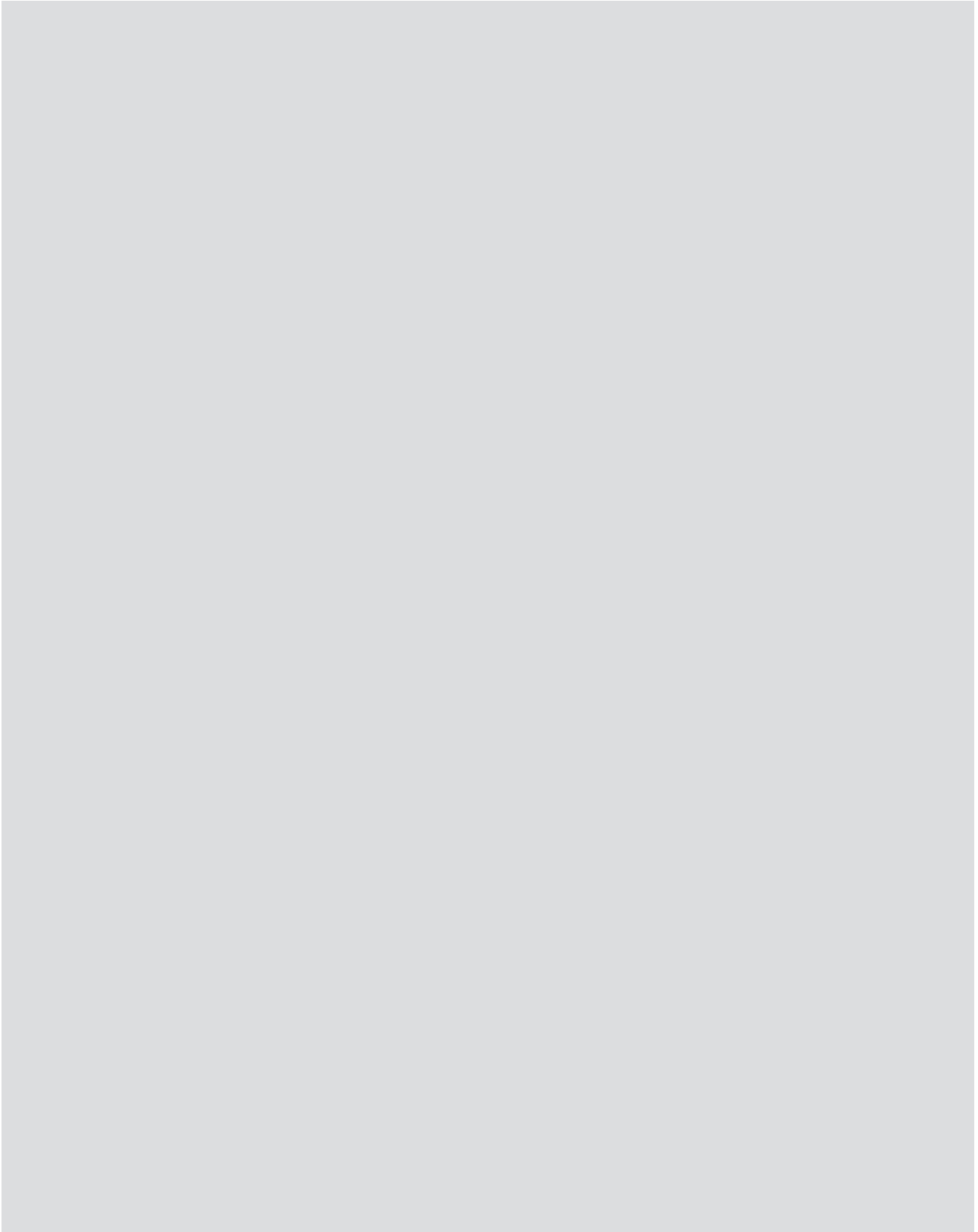
Annex 3

GRILLE MINI – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels
dans le maintien à domicile des personnes âgées

Annexe 4

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

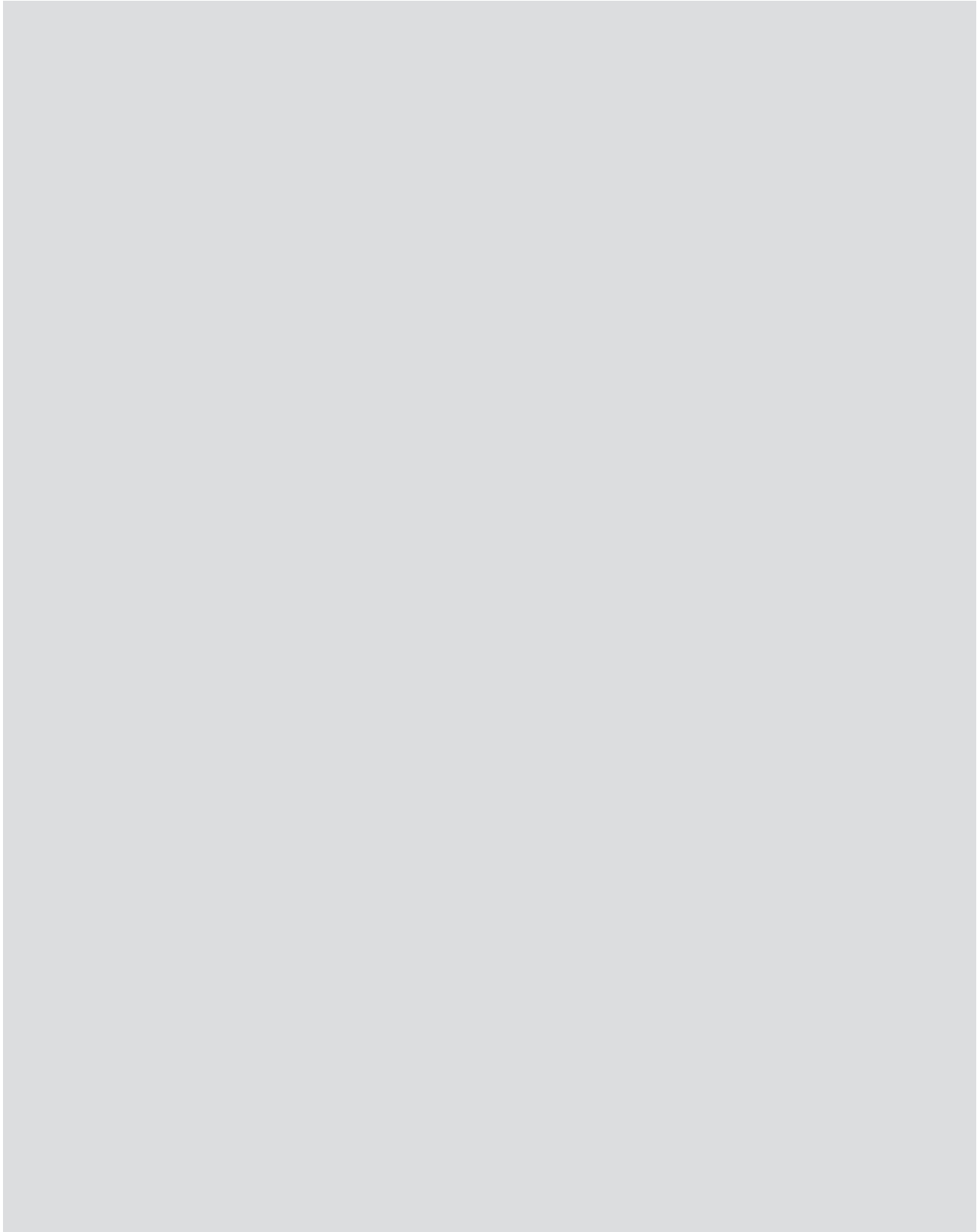


Annexe 5

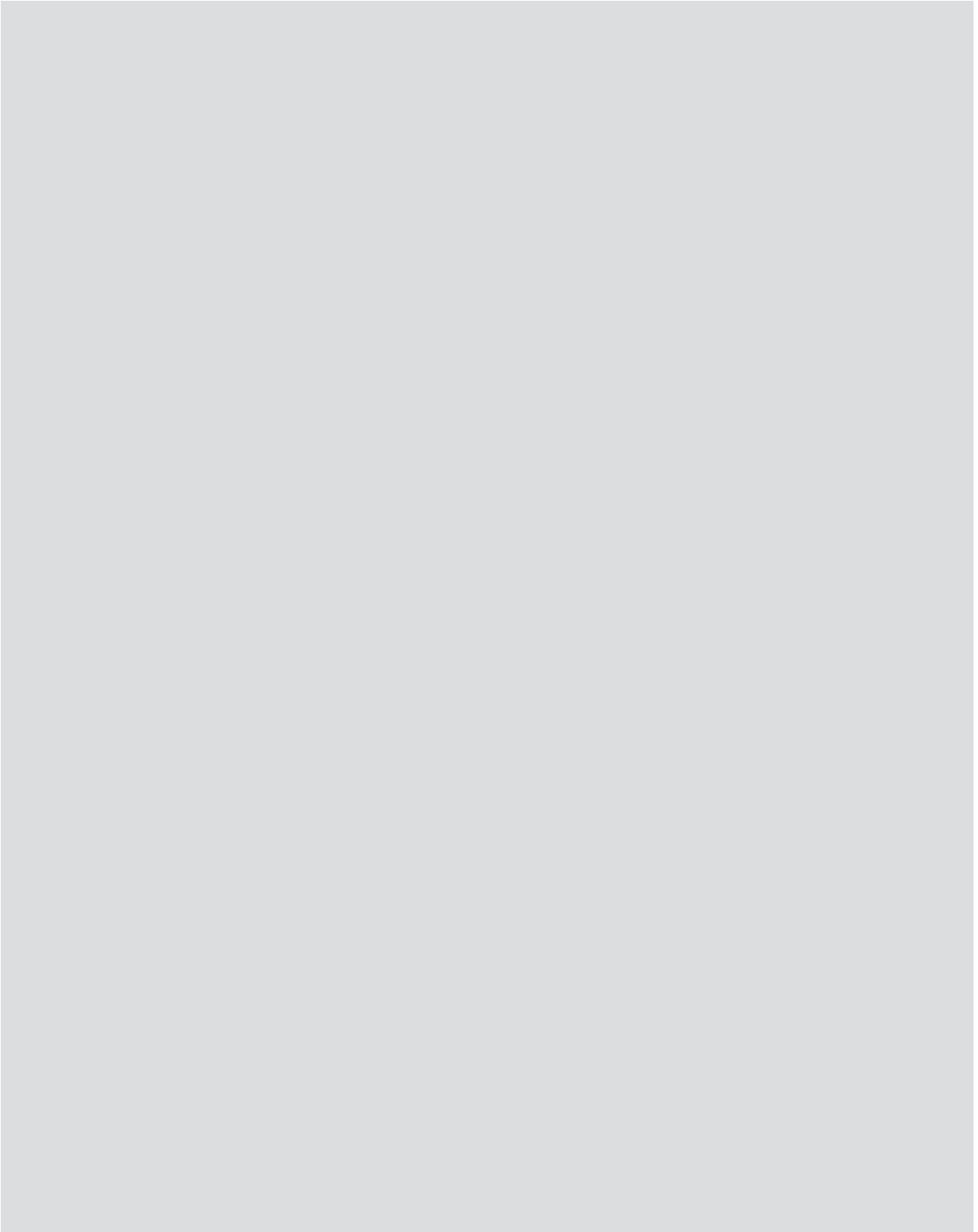
SPPB
(SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)

Annexe 6-1

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

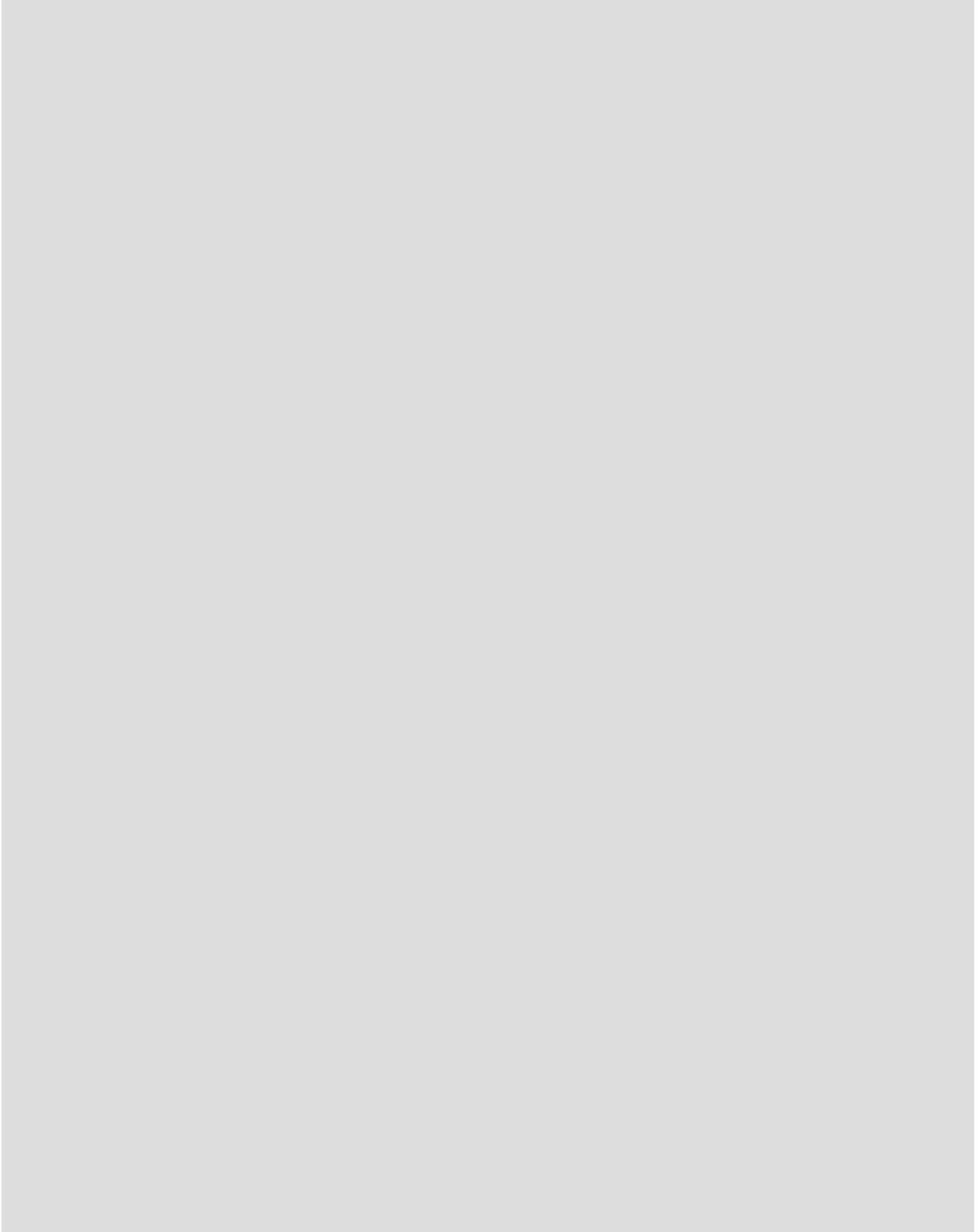


Annexe 6-2



Annexe 7

Geriatric Anxiety Inventory GAI-FC-SF (version courte, traduction canadienne)
Précisez le nom et l'âge du sujet, le nom de l'examineur et la date de passation.

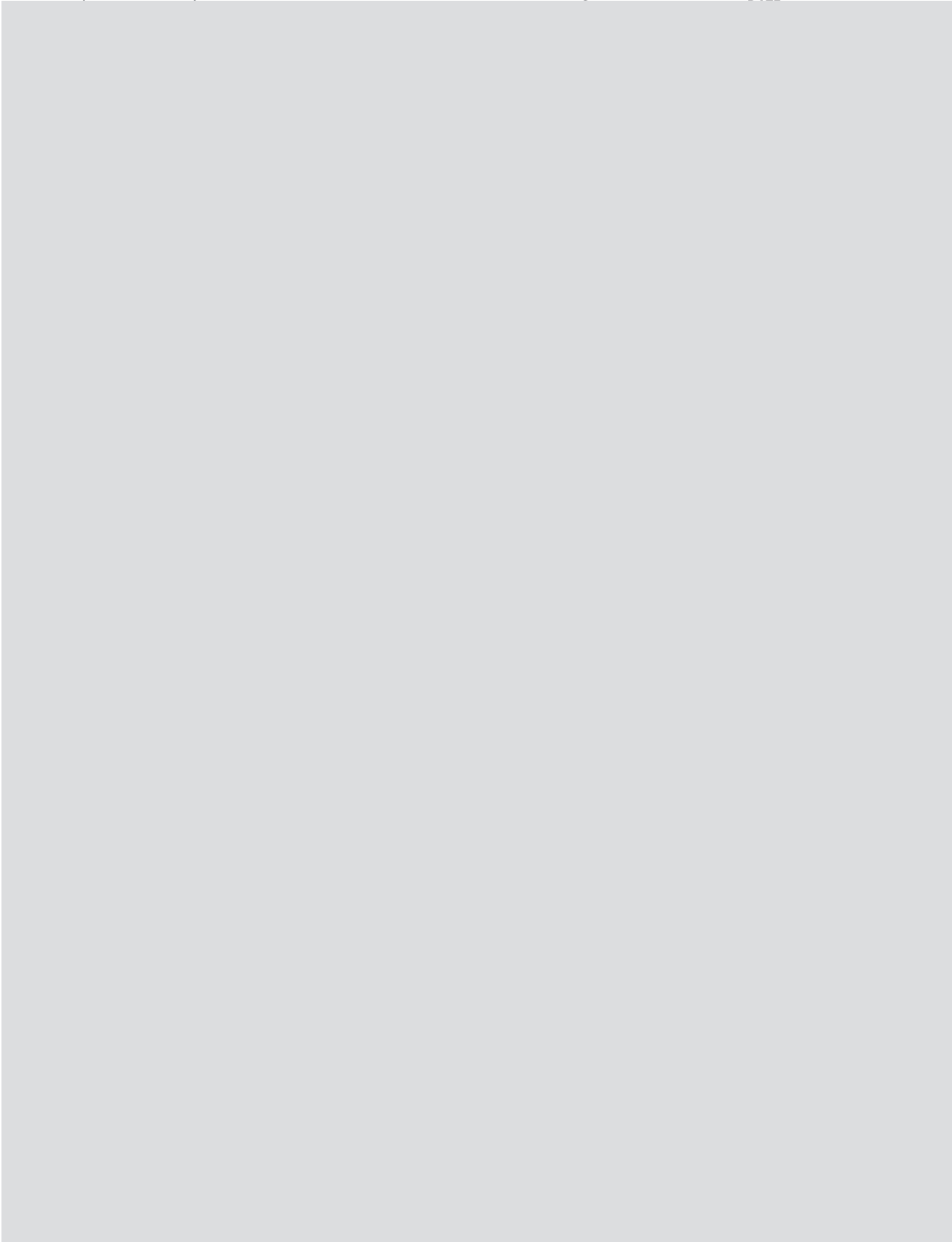


Annexe 8

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA®)

NOM:
Scolarité:

Date de naissance:



VI. Bibliographie

1. Salive ME. Multimorbidité chez les personnes âgées. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;61(1):7583. doi:10.1016/j.respe.2012.10.010.
2. Muhlack DC, Hoppe LK, Stock C, Haefeli WE, Brenner H, Schöttker B. The association of polypharmacy and frailty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):1–12. doi:10.1186/s12877-021-02611-4.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56. doi:10.1093/gerona/56.3.M146.
4. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1487–92. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.
5. Venkatesh AK, Rangarajan N, Vashi A, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 2023. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961.
6. Sénat. Rapport d’information n° 685 (2016–2017) sur les urgences hospitalières. Paris: Sénat; 2017. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
7. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017.
8. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3.
9. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Comprehensive Geriatric Assessment in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;2022(6):CD012049. doi:10.1002/14651858.CD012049.pub3.
10. Hayes C, Yigezu A, Dillon S, Fitzgerald C, Manning M, Leahy A, Trépel D, Robinson K, Galvin R. Home-Based Comprehensive Geriatric Assessment for Community-Dwelling, At-Risk, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2025;73(6):1929-1939. doi:10.1111/jgs.19402.
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
12. Ilagan G, McMillan SS, Wheeler AJ. Understanding the difference between compliance and adherence. *Health Expect*. 2020;23(6):1439–1445. doi:10.1111/hex.13137.
13. O’Shaughnessy Í, Fitzgerald C, Hayes C, Healy E, Liu N, O’Shea D, et al. Stakeholder experiences of comprehensive geriatric assessment in hospital: a systematic review and meta-ethnography. *BMC Geriatr*. 2023;23:821. doi:10.1186/s12877-023-04505-w.
14. Hayes C, Manning M, Fitzgerald C, Condon B, Griffin A, O’Connor M, Glynn L, Robinson K, Galvin R. Effectiveness of Community-Based Multidisciplinary Integrated Care for Older Adults with General Practitioner Involvement: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Health Soc Care Community*. 2024;2024:6437930. doi:10.1155/2024/6437930. University of Limerick.
15. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914–919.
 16. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):306–310. doi:10.1016/j.archger.2009.04.017.
 17. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O’Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3.
 18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–186.
 19. Kocalevent R-D, Hinz A, Brähler E. Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(5):551–555. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.04.006.
 20. Pettersson A, Boström KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(7):497–508. doi:10.3109/08039488.2015.1008568.
 21. Kim HK, Lenze EJ, Ainsworth NJ, et al. Relationship between Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) total scores in older adults with major depressive disorder: An analysis of the OPTIMUM clinical trial. *J Affect Disord*. 2024;361:651–658. doi:10.1016/j.jad.2024.06.068.
 22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
 23. Wong B, Ismail Z, Goodarzi Z. Detecting depression in persons living with mild cognitive impairment: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2022;34(5):453–465. doi:10.1017/S1041610222000175.
 24. Buchholz I, Marten O, Janssen MF. Feasibility and validity of the EQ-5D-3L in the elderly Europeans: a secondary data analysis using SHARE(d) data. *Qual Life Res*. 2022;31(11):3267–3282. doi:10.1007/s11136-022-03158-3.
 25. Marten O, Brand L, Greiner W. Feasibility of the EQ-5D in the elderly population: a systematic review of the literature. *Qual Life Res*. 2022;31(6):1621–1637. doi:10.1007/s11136-021-03007-9.
 26. Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos [Short Zarit scale in palliative care]. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(17):651–653. doi:10.1157/13074742.
 27. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties

- of instruments. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(6):917–925. doi:10.1007/s40520-018-1034-6.
28. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ.* 1998;316(7141):1348–1351. doi:10.1136/bmj.316.7141.1348.
 29. Cameron ID, Fairhall N, Gill L, et al. Developing interventions for frailty. *Adv Geriatr.* 2015;2015:1–7. doi:10.1155/2015/845356.
 30. Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, Prins BA, Jansen APD. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing.* 2013;42(2):262–265. doi:10.1093/ageing/afs163.
 31. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med.* 1995;333(18):1184–1189. doi:10.1056/NEJM199511023331805.
 32. de Stampa M, Vedel I, Buyck J-F, et al. Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(3):350–355. doi:10.1016/j.archger.2014.01.005.
 33. Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(7):1340–1346. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03965.x.
 34. Hopewell S, Adedire O, Copesey BJ, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7:CD012221. doi:10.1002/14651858.CD012221.pub2.
 35. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S. Forgetting falls: The limited accuracy of recall of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36(7):613–616. doi:10.1111/j.1532-5415.1988.tb06155.x.
 36. Deschodt M, Jeuris A, Van Grootven B, Van Waerebeek E, Gantois E, Flamaing J, Velghe A. Adherence to recommendations of inpatient geriatric consultation teams: a multicenter observational study. *Eur Geriatr Med.* 2021;12:175–184. doi:10.1007/s41999-020-00397-w.
 37. Kenis C, Decoster L, Flamaing J, et al. Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium. *Ann Oncol.* 2018;29(9):1987–1994. doi:10.1093/annonc/mdy210.
 38. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Évaluation de l'adhésion aux recommandations dans les 3 mois suivant une EGC par une équipe gériatrique de consultation intrahospitalière. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012;10(3):285–293. doi:10.1684/pnv.2012.0359.
 39. Pauget A, Jomard N, Termoz A, Subtil F, Chambard V, Galamand B, et al. Adhésion aux recommandations après une évaluation gériatrique complète par une équipe gériatrique mobile lors de 500 visites à domicile. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2022;20(3):—. doi:10.1684/pnv.2022.1036.

40. Hancox JE, Quirk H, Henwood R, et al. Perspectives of people with dementia and carers on exercise and physical activity: A qualitative study. *Physiotherapy*. 2019;105(2):254–261. doi:10.1016/j.physio. 2018.08.009. systematic review. *Int J Med Inform*. 2016;94:112–116. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004.
41. Yang F, Johansson ALV, Pedersen NL, Magnusson Hanson LL. Trajectories of physical activity and dementia risk: A population-based cohort study. *Alzheimers Dement*. 2024;20(2):424–433. doi:10.1002/alz.13875.
42. Bian C, Zhang Y, Wu X, et al. Family stigma and barriers to dementia care in China: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2025;25:61. doi:10.1186/s12877-025-05284-4.
43. Yusif S, Soar J, Hafeez-Baig A. Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A 27 systematic review. *Int J Med Inform*. 2016;94:112–116. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004.
44. Cole A, Ng E, Kennedy B, et al. Caregiver burden, coping strategies and support needs in dementia: a mixed-methods study. *BMC Geriatr*. 2023;23:353. doi:10.1186/s12877-023-04016-7.
45. Pierre J, Collinet C, Schut P-O, Verdot C. Physical activity and sedentarism among seniors in France, and their impact on health. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272785. doi:10.1371/journal.pone.0272785.
46. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658–668. doi:10.1097/EDE.0b013e3181e89905
47. Bennett EV, Hurd Clarke L, Wolf SA, et al. Older adults’ experiences of group-based physical activity: A qualitative study from the ‘GOAL’ randomized controlled trial. *Psychol Sport Exerc*. 2018;39:184–192. doi:10.1016/j.psychsport.2018.08.017.
48. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995;333(18):1184–1189. doi:10.1056/NEJM19951102333180548
49. Crocker TF, Lam N, Ensor J, Jordão M, Bajpai R, Bond M, et al. Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technol Assess*. 2024;28(48). doi:10.3310/HNRP2514.
50. de Stampa M, Vedel I, Buyck J-F, et al. Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(3):350–355. doi:10.1016/j.archger.2014.01.005.
51. Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJD, Mann AH. Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *BMJ*. 1996;313(7064):1058–1061. doi:10.1136/bmj.313.7064.1058.

Vu, la Directrice de Thèse :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop that crosses itself, with a short horizontal line extending to the right from the top of the loop.

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours,

le :

Alix BESSON

51 pages — 5 tableaux — 3 figures — 8 Annexes

Introduction : Le vieillissement, associé à la polypathologie et à la fragilité, impose d'adapter les parcours de soins pour réduire la iatrogénie hospitalière, en développant des soins intégrés à domicile. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), dont l'efficacité intra-hospitalière est démontrée en termes de qualité de vie et de réduction des hospitalisations, reste à évaluer en partie à domicile. Cette étude vise à mesurer l'adhésion aux recommandations issues de l'EGS réalisée à domicile.

Méthodologie : Cette étude observationnelle a inclus des patients âgés de 74 ans et plus ayant bénéficié d'une EGS à domicile et d'un suivi à distance. Les données concernaient les caractéristiques des patients, les préconisations et leur adhésion, les événements indésirables, ainsi que l'évolution des scores ADL, IADL, PHQ-9 et du poids avant et après l'EGS.

Résultats : Quatre-vingt-quinze patients ont été inclus et 421 préconisations formulées, réparties en quatre familles. Les taux d'adhésion étaient de 69,6 % pour l'éducation, 47,8 % pour la coordination des soins, 39,9 % pour l'organisation du domicile, et 64,6 % pour le parcours de soins et les bilans complémentaires.

Discussion : Cette étude met en évidence des taux d'adhésion variables selon la nature des préconisations. Certaines recommandations éducatives, bien que déclarées réalisées, ne garantissent pas leur application effective. Les difficultés d'accès aux professionnels libéraux, notamment en kinésithérapie ou en aide sociale, peuvent expliquer certaines non-mises en œuvre. À l'inverse, les recommandations orientant vers des intervenants du Pôle Vieillesse ont été plus souvent réalisées, ce qui suggère un meilleur ancrage organisationnel.

Conclusion : Des études complémentaires, sur des populations plus larges, seront nécessaires pour évaluer l'impact de l'adhésion sur la survenue d'événements intercurrents.

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteure Ludivine BARBEAU, Médecine Générale, MC, Faculté de Médecine -Tours

Docteure Amal AIDOUD, Gériatrie, PH, CHU-Tours

Docteur Jacques-Alexis NKODO, Psychiatrie de la personne âgée, PH, CHU-Tours

Directrice de thèse : Docteure Camille DEBACQ, Gériatrie, PH, CHU-Tours

Date de soutenance : 11 septembre 2025