N°185 - DÉCEMBRE 2025

Mensuel pour médecins, médecins-dentistes et pharmaciens

Semper LUXEMBOURG

European Respiratory Society
Respiratory health around the globe

American College of Rheumatology
Lupus, arthrites juvéniles et autres brèves

BIOLOGIE CLINIQUE
Infections fongiques de la peau et des phanères

RECHERCHE
Paludisme: un nouvel essai clinique sur un vaccin

ADC et CtDNA: les maîtres atouts de la cancérologie moderne

Mammographie: booster la participation

CLINICAL RESEARCH LUXEMBOURG CONFERENCE 2025
Une grande édition avec l'implication de tous les acteurs

L'Évaluation Gériatrique Standardisée Écologique (EGSE)

Mais aussi nos pages évasion, agenda, sorties, cartoon...

Lenzetto®
estradiol

GEDEON RICHTER
Health is our mission

KEDP/DAE1V9/LU, date of creation 02/2023, E.R. Isabelle De Walsche, Groot-Bijgaarden

Dr Vincent Mauron

L'Évaluation Gériatrique Standardisée Écologique (EGSE): quand le domicile devient un espace clinique

Le vieillissement démographique rapide observé dans la plupart des pays européens s'accompagne d'une augmentation significative du nombre de personnes âgées fragiles vivant à domicile. Cette population, souvent polymédiquée et polypathologique, présente un risque accru de déclin fonctionnel, d'hospitalisations non programmées et d'institutionnalisation.

Dans ce contexte, le maintien à domicile constitue à la fois un **objectif de santé publique** et une a**ttente sociétale forte**, en cohérence avec le souhait de la majorité des personnes âgées de vieillir dans leur environnement familier.

Toutefois, les modèles de soins traditionnels demeurent inadaptés à la complexité de ces enjeux: la fragmentation entre le secteur hospitalier, les soins primaires et le domicile entraîne une perte de continuité, des hospitalisations évitables et une sous-évaluation de certaines vulnérabilités.

La prise en charge de ces malades complexes est également délicate, mais la **gériatrie moderne** s'est dotée d'un outil de référence: l'**Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)**, démarche globale et multidimensionnelle visant à caractériser la fragilité, identifier les besoins et orienter les décisions thérapeutiques et sociales.

Longtemps réalisée en milieu hospitalier ou dans des consultations spécialisées, l'EGS est aujourd'hui appelée à se réinventer car le lieu du soin ne peut plus se réduire à l'hôpital : il s'étend jusque dans les cuisines, les couloirs, les jardins, dans ces espaces du quotidien où se joue réellement l'équilibre du sujet âgé, là où la vulnérabilité se déploie et que les interactions entre santé, environnement, habitudes et ressources sociales deviennent visibles.

C'est de cette conviction qu'est née l'**Évaluation Gériatrique Standardisée Écologique (EGSE)** - une évaluation «au plus près du réel», conduite à domicile et réalisée dans le cadre de réseaux de soins comme **Paramedicus**.

De l'EGS à l'EGSE: évolution d'un standard de qualité

L'EGS repose sur une démarche interdisciplinaire et systématique d'évaluation des dimensions médicales, fonctionnelles, psychologiques, nutritionnelles et sociales du patient âgé. Elle permet d'identifier des vulnérabilités souvent invisibles lors d'un examen clinique standard et de proposer des interventions personnalisées et hiérarchisées.

Les bénéfices de l'EGS ont été largement documentés, notamment dans les unités gériatriques aiguës:

- augmentation de la probabilité de rester vivant et à domicile à 3 – 12 mois,
- réduction du risque d'institutionnalisation (RR 0,80),
- diminution des chutes (RR 0,51), des escarres (RR 0,46) et de la confusion dans certains sous-groupes,
- effet positif médico-économique grâce à la réduction des coûts liés aux hospitalisations répétées.

Ces résultats ont conduit les grandes sociétés savantes à recommander son utilisation systématique chez les sujets fragiles (*ASCO - American Society of Clinical Oncology, (EUGMS - European Union Geriatric Medicine Society, AGS - American Geriatrics Society*…).

Mais si l'EGS nous éclaire sur la fragilité des patients hospitalisés, elle le fait finalement trop souvent à distance de la vie réelle. Les bilans hospitaliers, aussi précis soient-ils, ne disent rien de la marche dans un couloir encombré, du repas pris seul dans le silence, ni du désordre discret d'une armoire à médicaments.

Or, c'est bien là que se loge la véritable vulnérabilité: dans ces détails du quotidien qui échappent aux institutions, et ce malgré toute la bonne volonté des équipes soignantes gériatriques.

L'**EGSE** vient combler cet écart entre le cadre hospitalier - normé et sécurisé - et la «vraie vie» du patient où elle transpose la rigueur scientifique de l'EGS au cadre familier du malade. Elle ne mesure plus seulement la force d'un quadriceps ou le score d'un test cognitif, mais aussi la **capacité de la personne à exister dans son environnement**: se lever, préparer son café, répondre au téléphone, éviter une chute dans l'escalier…

La littérature récente confirme la pertinence de cette approche et les études menées à domicile montrent:

- une **amélioration fonctionnelle modérée mais significative** (SMD 0,17–0,24 à 6–24 mois),
- une **réduction des hospitalisations non programmées** (RR 0,83),
- une **diminution durable de la fragilité** (RR 0,77),
- une **baisse de la mortalité à long terme** pour certains sous-groupes,
- et les **effets sur la qualité de vie et la satisfaction** des patients sont particulièrement marqués.

Une approche pragmatique et interdisciplinaire

Réaliser une EGSE, c'est avant tout travailler en **équipe coordonnée**.

Chaque professionnel y apporte une compétence spécifique:

- le **médecin gériatre** assure la synthèse diagnostique et la hiérarchisation des priorités,
- l'**infirmière** explore les habitudes de soins, la gestion des traitements, l'état nutritionnel et la douleur,
- le **kinésithérapeute** évalue la mobilité, la force musculaire, le risque de chute,
- l'**ergothérapeute** analyse les gestes de la vie quotidienne, les transferts, la sécurité du logement,
- le **psychologue** ou le **neuropsychologue**.

L'expérience du réseau Paramedicus: illustration d'une EGSE coordonnée

Le réseau **Paramedicus** propose un modèle structuré d'EGSE intégrée aux soins à domicile. Le repérage des patients repose sur la **grille de fragilité SEGA** (*Short Emergency Geriatric Assessment*), complété par les demandes directes des médecins traitants.

L'équipe pluridisciplinaire comprend un gériatre, une infirmière, une kinésithérapeute, une ergothérapeute et une neuropsychologue.

L'intervention se déroule selon un protocole standardisé:

1. **Visite initiale** et recueil des données médicales et sociales,
2. **Évaluations fonctionnelles et cognitives** (ADL/IADL, tests de marche, Tinetti, MMSE, MoCA, GDS…),
3. **Observation écologique** de l'environnement domestique: mobilité, nutrition, sécurité, routines de vie…
4. **Concertation interdisciplinaire** pour synthèse et plan d'action personnalisé,
5. **Restitution du rapport** au médecin traitant et au patient, avec des recommandations concrètes.

À noter que le rôle de l'**ergothérapeute** y est central: il observe les gestes de la vie quotidienne, identifie les obstacles environnementaux et propose des aménagements concrets du logement ou du véhicule. Cette approche écologique permet d'établir un lien direct entre les capacités de la personne et les exigences de son environnement.

Limites et freins à la mise en œuvre

Contraintes de ressources et de temps
Une EGSE complète nécessite plusieurs heures de travail, parfois réparties sur plusieurs jours. De plus, le temps de déplacement, la coordination interprofessionnelle et la rédaction du rapport exigent un engagement important et les ressources humaines qualifiées (gériatres, ergothérapeutes, psychologues, etc.) sont inégalement accessibles.

Hétérogénéité des pratiques
L'absence de cadre national formalisé entraîne une grande variabilité des outils, des critères de sélection des patients et des modes de financement. Cette hétérogénéité complique la comparaison des résultats et la diffusion du modèle.

Freins économiques et institutionnels
Le financement pérenne des interventions à domicile reste insuffisant et les projets reposent souvent sur des subventions privées ou des expérimentations temporaires, ce qui freine leur stabilité et leur extension. Par ailleurs, certaines aides techniques ou certains aménagements proposés ne sont pas remboursés, créant des inégalités d'accès.

Acceptabilité et contraintes techniques
L'évaluation à domicile suppose une intrusion dans la sphère privée et certains patients ou familles expriment une réticence aux passages - nombreux - inhérents à la réalisation de l'EGSE.

Des obstacles matériels (logement exigu, vétuste, non aménageable…) peuvent aussi limiter l'application concrète des recommandations. De plus, certaines habitudes tenaces - comme les tapis d'intérieur dangereux et pourvoyeurs de chutes - ont la vie particulièrement dure!

logue investigue la mémoire, l'attention, les troubles thymiques et comportementaux.

Les outils utilisés restent ceux de l'EGS classique (MMSE, MoCA, GDS, MNA, Tinetti, ADL, IADL, Algoplus…), mais leur interprétation est enrichie par l'observation directe.

L'EGSE ne mesure donc pas seulement les capacités, mais leur **cohérence écologique** - la possibilité réelle de les exercer dans un environnement donné - et révèle bien souvent des difficultés méconnues jusque-là.

Les apports concrets de l'EGSE

Bénéfices cliniques

L'EGSE améliore la pertinence des décisions médicales en permettant d'ajuster les traitements, de repérer les iatrogénies, d'adapter la nutrition et de déclencher des aides ciblées.

Les études rapportent une réduction moyenne de **23% des chutes** après mise en œuvre d'un programme d'EGSE. Elle diminue également les hospitalisations évitables et retarde l'entrée en institution.

Bénéfices humains et sociaux

L'évaluation à domicile favorise un climat de confiance. Le patient se sent davantage reconnu dans sa singularité et les aidants sont intégrés dès le début du processus: ils participent à l'anamnèse, assistent à l'évaluation et contribuent à la mise en œuvre des mesures proposées.

Cette co-construction renforce l'adhésion et réduit la résistance aux changements (aides techniques, réaménagements, etc.).

Bénéfices organisationnels et économiques

Sur le plan des systèmes de soins, l'EGSE a démontré sa **valeur médico-économique**: elle réduit le nombre d'hospitalisations non programmées et optimise la coordination ville-hôpital.

En remplaçant partiellement les bilans hospitaliers de jour, elle contribue à **désengorger les services de gériatrie** tout en offrant une évaluation de qualité équivalente et sans déplacement du patient, évitant ainsi les transferts fatigants et la désorientation qui en découlent.

Enfin, elle renforce le maillage territorial en favorisant le travail en réseau, la communication interprofessionnelle et la cohérence des parcours de soins.

Perspectives: vers une généralisation du modèle écologique?

L'EGSE représente aujourd'hui une évolution incontournable du modèle gériatrique et elle répond à un double impératif: assurer la qualité des soins et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles.

Pour consolider son déploiement, plusieurs axes mériteraient d'être renforcés:

- la **structuration territoriale** des réseaux de soins et la formalisation de partenariats entre hôpitaux, médecins généralistes et services à domicile,
- le **développement de la télégériatrie** et des outils numériques pour

faciliter le suivi à distance, le partage de données et les concertations pluridisciplinaires,

- la **formation spécifique** des professionnels de santé à l'évaluation écologique et à la coordination gériatrique,
- la mise en place d'une **évaluation médico-économique rigoureuse** pour objectiver les gains en santé et en efficience.

À plus long terme, l'EGSE pourrait devenir un **outil pivot des soins primaires**, intégré dans le parcours de santé du patient âgé s'inscrivant ainsi pleinement dans une logique de **médecine populationnelle**.

Conclusion

L'Évaluation Gériatrique Standardisée Écologique (EGSE) s'impose comme un **nouvel horizon de la gériatrie de proximité**. Elle prolonge les acquis de l'EGS tout en les ancrant dans la réalité du domicile, là où se joue l'équilibre fragile entre autonomie, santé et qualité de vie.

Ses bénéfices cliniques, humains et organisationnels sont aujourd'hui bien documentés; ses limites tiennent moins à sa pertinence qu'à la structuration de son déploiement.

L'expérience du réseau de soins à domicile **Paramedicus** démontre qu'une **organisation coordonnée, interdisciplinaire et territoriale** rend cette approche à la fois faisable et efficace.

En articulant le regard médical et le vécu quotidien, l'EGSE réconcilie deux logiques souvent dissociées: la rigueur clinique et l'intelligence du réel.

Dans un contexte de vieillissement accéléré et de tension hospitalière, elle offre une voie d'avenir: celle d'une médecine gériatrique **écologique, intégrée et centrée sur la personne**, capable de maintenir la cohérence du soin jusque dans le quotidien du domicile. ■

Références:

1. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, et al. Age Ageing. 2022 ;51(5):afac 104.
2. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, et al. BMJ. 2011;343:d6553.
3. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. J Clin Oncol. 2014 ;32(24):2595–603.
4. Kudelka J, Ollenschläger M, Dodel R, et al. BMC Geriatr. 2024;24:347.
5. Elsawy B, Higgins KE. Am Fam Physician. 2011;83:48–56.
6. Kuo HL, Chou YC, Chang WN, et al. J Formos Med Assoc. 2025. doi:10.1016/j.jfma.2025.04.040.
7. Hayes C, Yigezu A, Dillon S, et al. J Am Geriatr Soc. 2025 ;73(6):1929–39.
8. Kshatri JS, Janssen DJA, Shenkin SD, et al. Geriatr Gerontol Int. 2025;25:491–503.
9. Ganz DA, Latham NK. N Engl J Med. 2020;382:734–43.
10. Guirguis-Blake JM, Perdue LA, Coppola EL, Bean SI. JAMA. 2024;332:58–69.
11. Kim DH, Rockwood K. N Engl J Med. 2024;391(6):538–48.
12. Pilotto A, Cella A, et al. J Am Med Dir Assoc. 2017 ;18(2):192.e1–11.
13. Dale W, Klepin HD, Williams GR, et al. J Clin Oncol. 2023 ;41:4293–312.
14. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, et al. JAMA. 2024;332:51–7.