



En raison de son poids et afin de faciliter son téléchargement, le rapport a été découpé en deux fichiers. Pour permettre la navigation entre les fichiers, utilisez la table des matières active (signets) à gauche de l'écran.

**LES EQUIPES MOBILES
GERIATRIQUES
AU SEIN DE LA FILIERE DE
SOINS**

Rapport présenté par :

le docteur Anne-Chantal ROUSSEAU et Jean-Paul BASTIANELLI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2005 053
Mai 2005***

A la suite de la canicule de l'été 2003, l'ampleur et la gravité des problèmes ont conduit l'IGAS à inscrire dans son programme de travail 2004-2005 le thème de la prise en charge des personnes âgées dans les services d'hospitalisation aiguë. Dans ce cadre, le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, a demandé que soit étudié le fonctionnement des équipes mobiles gériatriques (EMG) au sein de la filière de soins, en privilégiant la description des différentes organisations et la recherche d'indicateurs permettant d'évaluer l'activité et la qualité du service rendu. La mission a mené son enquête, entre janvier et mars 2005, dans sept régions et sur une vingtaine d'établissements. La méthode d'investigation a consisté à interroger l'ensemble des acteurs des EMG, les partenaires internes et externes et les responsables institutionnels impliqués dans la mise en œuvre ou le financement. Le présent rapport s'articule en quatre parties : le contexte sociologique et l'offre de prise en charge, les constats, l'évaluation des EMG, l'analyse des difficultés et les recommandations de la mission.

LE CONTEXTE

Les aspect sociologiques

Les projections démographiques sur les prochaines décennies sont claires : outre une augmentation d'effectifs, l'allongement de l'espérance de vie va entraîner un accroissement considérable de la population des 85 ans et plus, dont les besoins sanitaires et sociaux, notamment en matière de perte d'autonomie, vont croître. La dépendance est donc un défi de société majeur pour les années à venir.

La co-morbidité est une donnée particulière au grand âge : selon l'INSEE, les personnes de plus de 80 ans déclarent 8 maladies. A ce facteur s'ajoutent les exigences en matière de qualité des soins et les comportements de « consommateurs de soins médicaux » des générations actuelles. La plupart des médecins et des responsables politiques confondent vieillesse et dépendance. C'est l'intrication des pathologies et l'accumulation de facteurs de risques qui créent la fragilité et doivent alerter. Pourtant, le concept de « dépendance » attribuée au seul vieillissement reste encore très prégnant.

Les missions spécifiques d'une médecine gériatrique ont émergé dans les années 70, mais la prise de conscience a été plus tardive en France : ce n'est qu'en 1985-90 que les premières structures ambulatoires ont imposé l'évaluation gériatrique standardisée comme outil efficace de prévention et de sécurisation du maintien à domicile et la nécessité d'une approche transversale reposant sur une dynamique d'équipe, associant interdisciplinarité et pluridisciplinarité des soins. Cette reconnaissance du soin gériatrique relevant d'une compétence spécifique est loin d'être admise par tous, notamment par les médecins spécialistes. La plupart des gériatres hospitaliers, surtout en CHU, ont du mal à faire entendre leur voix (tant dans les CME qu'auprès des directions) et à obtenir les moyens nécessaires.

La gériatrie « hospitalière » se définit par des services et des diplômes qualifiants nationaux (DESC et Capacité de gérontologie) assurant un recrutement spécifique. En ville, l'exercice libéral exclusif en gériatrie est rare. Le sort réservé jusqu'ici à la gériatrie, considérée comme une sous-spécialité, explique le faible nombre de praticiens gériatres universitaires. Pourtant quelques-uns ont fait école en créant une « culture gériatrique » sur toute une région.

Les aspects organisationnels et statistiques

Le nombre de patients âgés polypathologiques pris en charge par l'hôpital est en constante et rapide augmentation avec le vieillissement de la population et la compression de la morbidité aux âges avancés. Le recours à l'hôpital par le biais du service des urgences, survient trop souvent tardivement, en situation de « crise » médico-sociale, faute de dépistage des risques d'incapacité et de mise en œuvre de mesures de prévention au domicile.

Plusieurs textes, avant 2002, ont tenté de coordonner l'offre de soins pour les personnes âgées. Mais c'est la circulaire du 18 mars 2002 qui a tracé les voies d'amélioration de la filière de soins gériatriques. Elle recommande la création de circuits rapides d'hospitalisation, s'appuyant sur des courts séjours gériatriques (CSG) et des équipes mobiles gériatriques. Fin 2004, la DHOS a recensé en métropole 96 EMG installées et 7 en projet. Selon les textes une EMG ne peut être créée que s'il existe un CSG et il est préconisé de créer un CSG dès lors que l'hôpital possède un service d'accueil des urgences (SAU). Or, ces règles ne sont pas respectées. Sur les 96 EMG recensées, si 50 sont implantées dans des établissements ayant un SAU et un CSG, 6 le sont dans des hôpitaux avec CSG mais sans SAU et 40 dans des structures ne possédant ni CSG ni SAU.

Mais, le recensement des structures effectué par la DHOS n'est pas exhaustif : des territoires à forte densité sanitaire (AP-HP, PACA) sont parfois omis et des variations de définition des CSG et des EMG contribuent à minorer les dénombrements. Les conditions indispensables pour procéder à une analyse pertinente et approfondie de la situation ne sont pas encore réunies.

Les EMG ont vocation à s'intégrer dans les réseaux de soins et à s'articuler avec les CLIC. Le nombre de CLIC entre 2001 et 2005 a progressé de 205 %, ce qui devrait conforter le fonctionnement des EMG.

LE CONSTAT

La plupart des EMG recensées ont été créées en application de la circulaire de 2002. Ce texte ne faisait qu'avaliser l'expérience des équipes pionnières : Orléans, Grenoble, Niort ou Strasbourg qui, au cours des années 90, avaient créé de telles unités. Ces précurseurs ont incontestablement fait mûrir la réflexion. Les premières évaluations témoignèrent de la montée en charge rapide de leur activité et donc de l'importance de besoins jusque là mal perçus.

Les patients âgés perturbent le fonctionnement des services de spécialité en exigeant une lourde charge de soins, de nursing et de travail social. Le phénomène des « beds blockers » inquiète en raison des conséquences délétères d'une hospitalisation prolongée par défaut de programmation de la sortie. Toutefois, les lits de gériatrie aiguë ne sont pas destinés à accueillir l'ensemble des patients de plus de 75 ans. Les gériatres estiment que la population des vieillards « fragiles » qui pourrait tirer bénéfice de l'approche globale réalisée dans leurs services représente environ 20 % de cette tranche d'âge, mais c'est bien plus que ne peuvent accueillir les lits et places de gériatrie aiguë actuels. C'est là que l'EMG peut constituer un maillon précieux de la filière en intervenant dans les services de spécialités ou aux urgences, et uniquement à leur demande ; les EMG évaluent les patients âgés identifiés comme fragiles

et assurent leur suivi jusqu'à la sortie qu'elles veillent à sécuriser. Elles établissent une orientation du patient adaptée à son état et à ses capacités de réadaptation, en vue d'éviter les ruptures de trajectoire de soins : soit par transfert en court séjour, soit vers les filières gériatriques de soins de suite ou de maison de retraite, soit au domicile après coordination avec le médecin traitant, les services d'aide et de soins à domicile et la famille.

Le financement courant des EMG est assuré sur les crédits d'assurance maladie, en particulier sur la dotation nationale de développement des réseaux. Avec la T2A, il est prévu de les financer par le biais des enveloppes MIGAC. Toutefois, rien ne s'oppose à ce que des partenariats financiers (Conseils généraux, MSA) soient recherchés. Des mesures ciblées, comme le plan « Urgences 2004-2007 », permettent aussi de les financer. L'enveloppe prévue par ce plan pour la création (160) et le développement des EMG est de 50 millions €

La mission a constaté la grande variété de ces EMG, tant dans leur fonctionnement que dans les effectifs (avec une composition des équipes qui s'écarte des préconisations ministérielles) mais surtout elle a observé la diversité de l'étendue des missions et du champ des activités. Toutefois les EMG possèdent des points communs : des moyens modestes, un même type de clientèle et des outils identiques pour l'évaluation médico-sociale.

Dans les établissements, un objectif est prioritaire pour les services de spécialités : le « dégagement des personnes âgées ». Le deuxième objectif, souvent ressenti après un temps de fonctionnement de l'EMG, est celui d'une expertise et d'un suivi gériatrique. En chirurgie ce sont souvent les orthopédistes qui ont les premiers découvert les bénéfices de l'intervention précoce d'une EMG. Les services de médecine spécialisée ne sollicitent que progressivement cette fonction d'expertise globale. Le travail aux urgences s'accomplit dans un contexte différent : il n'est pas question d'évaluation fine, mais de détection de patients fragiles, dont l'état ne justifie pas l'admission urgente, mais qui pourraient bénéficier d'une entrée programmée avec un plan d'aide et de suivi, permettant d'éviter des retours successifs aux urgences dans un état de plus en plus dégradé.

On constate que, rapidement, l'ampleur de la tâche déborde les capacités des EMG, compte tenu de leurs effectifs réduits (en moyenne 3 à 5 personnes, parfois moins pour les plus récentes). Souvent les délais s'allongent, ce qui réduit leur crédibilité auprès des utilisateurs. Des choix de sites deviennent alors nécessaires. Pour se faire admettre par les pairs, les EMG ont accepté au début toutes les demandes d'intervention, sans en discuter les motifs. Cette attitude les a aidées à s'implanter en douceur au sein des services et à les fidéliser. La montée en charge de leur activité témoigne de l'inflation des demandes, puisque l'EMG ne s'impose jamais dans un service et ne vient que sur appel.

La mission a observé que certaines EMG allaient bien au-delà des textes, se fixant des champs d'action plus étendus, dépassant largement les limites de l'hôpital. L'orientation du travail de ces équipes repose sur deux constats : l'insuffisance de prévention des situations de crise en amont (au niveau du domicile et des médecins libéraux), l'insuffisance de capacité de lits d'aval, mais surtout les lacunes dans la formation et l'animation-coordination des personnels communautaires. Ces missions "extra-hospitalières" concernent : la formation ou la sensibilisation des partenaires médicaux et para-médicaux de proximité, la coordination du réseau (le plus souvent informel) des correspondants médicaux et médico-sociaux institutionnels ou associatifs, l'élaboration de procédures et de référentiels à leur intention, les

Résumé du rapport n° 2005 053 présenté par le docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Jean-Paul BASTIANELLI, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

conseils et aides méthodologiques pour leurs projets, l'assistance régulière sous forme de consultations avancées programmées ou à la demande. Ainsi :

- Certains CHU comme Bichat et plus encore Toulouse affichent déjà leur préoccupation de coordination et soutien aux structures extra-hospitalières intéressées.
- L'équipe mobile de liaison gériatrique de l'HGMS de Plaisir, regroupant par convention 5 établissements, constitue une expérience originale, basée sur le modèle canadien d'évaluation à domicile. Son champ d'action est purement extra-hospitalier. L'activité de cette équipe, qui intègre en tant que vacataires des généralistes libéraux, est encore limitée. Elle est surtout sollicitée pour des situations de crise, avec un coût moyen de consultation estimé à 145 euros.
- A Niort, à ce jour, l'équipe mobile n'intervient presque plus dans l'établissement ce qui pose deux problèmes : celui des limites des champs de compétences et celui du financement de « services » rendus en externe qui relèvent du champ social et qui sont financés en fait par l'hôpital.

L'EVALUATION DES EMG

La mission a constaté qu'aujourd'hui l'activité des EMG n'est pas véritablement évaluée parce que les outils manquent (le PMSI est inopérant) et que chaque équipe est tentée de remédier à sa manière à cette carence.

La mission a énuméré les préalables et les conditions requises pour mener à bien une démarche d'évaluation. A partir des observations faites dans les différentes EMG visitées, elle a étudié 35 indicateurs qu'elle a classés en trois catégories : les indicateurs de moyens (qui concernent les structures et les outils), de fonctionnement (pour les caractéristiques des patients et l'activité) et de résultats (pour les modes de sortie, l'efficacité et la qualité du service rendu).

La mission propose un classement de ces indicateurs selon leur pertinence : ceux qui paraissent prioritaires pour évaluer en interne les EMG, ceux qui sont utiles pour évaluer le mode de fonctionnement d'un point de vue « externe » (par la tutelle par exemple), ceux qui sont d'un niveau de priorité secondaire et ceux qui, sans être négligeables, sont dépendants du contexte local ou ont un intérêt uniquement statistique.

ANALYSES DES DIFFICULTES ET RECOMMANDATIONS

Les résistances à l'intervention d'une EMG tiennent à la difficulté d'imposer une compétence différente à des pairs qui ne l'ont pas sollicitée, à des effectifs trop limités pour répondre à des besoins extensifs et à un manque de communication sur les activités de l'EMG. La mission a identifié deux types de risques d'instrumentalisation ou de dérives des EMG : l'équipe mobile considérée comme « travailleur social », confinée à la « gestion des bed blockers », et l'équipe mobile « urgentiste ».

La mission estime qu'on peut distinguer deux modèles d'EMG, correspondant à des situations spécifiques.

- Dans les CHU (ou les CH à forte activité) l'équipe mobile ne peut se disperser : son action doit être tournée prioritairement vers l'intra-hospitalier et notamment vers les divers services d'hospitalisation. Pour les activités extra hospitalières, le rôle du pôle gériatrique des CHU doit être plus celui d'un référent que d'un acteur, qui apporte une réflexion, une expertise, des conseils et une aide méthodologique aux autres établissements. La participation de l'EMG aux urgences suscite un débat : si les gériatres y sont très majoritairement favorables, les urgentistes ont une attitude plus réservée. Pour la mission, cette présence ne s'impose pas de façon indiscutable, dès lors qu'il existe un court séjour gériatrique susceptible d'accueillir pour partie les personnes âgées arrivant aux urgences et surtout s'il existe une unité de lits porte dans laquelle l'intervention différée de l'EMG est plus justifiée.
- Dans les CH de proximité et les hôpitaux gériatriques exclusifs, les EMG développent les missions extra et intra hospitalières, mais tendent indiscutablement vers une gériatrie orientée vers l'extra, sur le mode « sectorisation psychiatrique ». Cette participation à des activités qui empiètent sur le champ médico-social de réinsertion - réadaptation, ce qui est utile, pose néanmoins, à la fois, un problème de limites de compétences, de légitimité et de capacité de financement.

Pour assurer la pérennité et l'utilité d'une EMG la mission recommande :

- l'attribution de moyens dédiés spécifiques,
- un point d'ancrage au niveau du court séjour gériatrique ou, lorsqu'il existe, un rattachement administratif de l'EMG au pôle d'évaluation gériatrique,
- la proximité du plateau technique,
- une composition pluridisciplinaire souple de l'équipe,
- une formation aux techniques d'évaluation gériatrique de l'ensemble de l'équipe,
- une crédibilité assise sur la compétence,
- le respect du principe intangible de non-concurrence,
- une communication sur l'activité de l'EMG à tous les niveaux intra et extra hospitalier,
- la lisibilité de l'action,
- le suivi des recommandations
- l'évaluation et la valorisation de l'activité de l'EMG,
- le développement de l'informatisation des données médicales et sociales,
- un effort pour éviter une réglementation trop contraignante et un formalisme excessif.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE	6
1.1 LES ASPECTS SOCIOLOGIQUES	6
1.1.1 <i>Rappel démographique</i>	6
1.1.1.1 Le constat d'un vieillissement inéluctable de la population française	6
1.1.1.2 La prévalence de la dépendance augmente fortement avec le grand âge	7
1.1.1.3 La dépendance, un défi de société majeur pour les années à venir	7
1.1.2 <i>Des besoins sanitaires et sociaux spécifiques</i>	7
1.1.2.1 Une co-morbidité particulière au grand âge.....	8
1.1.2.2 Une inflation des exigences de soins à ne pas sous-estimer.....	8
1.1.2.3 Les premiers effets positifs du dépistage et de la prévention.....	9
1.1.3 <i>La reconnaissance tardive de la gériatrie</i>	9
1.1.3.1 Rechercher des critères de « fragilité » plutôt que s'attacher au seul critère d'âge.....	9
1.1.3.2 La spécificité du soin gériatrique.....	9
1.1.3.3 L'interdisciplinarité	10
1.1.3.4 La pluridisciplinarité.....	10
1.1.3.5 Les bénéfices d'une médecine gériatrique	11
1.1.3.6 Une reconnaissance difficile de la spécificité de la gériatrie	12
1.1.4 <i>Le métier de gériatre</i>	13
1.1.4.1 Les diplômés qualifiants en gériatrie en France.....	13
1.1.4.2 Un très faible nombre de gériatres universitaires.....	14
1.1.4.3 Quelques gériatres universitaires ont fait école en créant une « culture gériatrique » sur toute une région	14
1.1.4.4 Un espoir avec le recrutement récent de jeunes gériatres motivés par un travail en réseau	15
1.2 LES ASPECTS ORGANISATIONNELS ET STATISTIQUES	15
1.2.1 <i>Un effort de coordination de l'offre</i>	15
1.2.1.1 Une filière de prise en charge évolutive et souple des soins hospitaliers et/ou ambulatoires.....	15
1.2.1.2 Les équipes mobiles gériatriques	16
1.2.1.3 Les courts séjours gériatriques (CSG)	18
1.2.1.4 Les réseaux de soins	24
1.2.2 <i>Mais un recensement imparfait des structures et des moyens</i>	25
DEUXIEME PARTIE : LE CONSTAT.....	27
2.1 UN OBJECTIF DE CRÉATION D'ÉQUIPES MOBILES DANS TOUS LES HÔPITAUX À FORTE CAPACITÉ	27
2.1.1 <i>Les premières expériences d'équipes mobiles</i>	27
2.1.2 <i>Une équipe gériatrique mobile et transversale, une solution à la gestion difficile des « beds-blockers »</i>	28
2.1.3 <i>Les missions des EMG telles que définies dans la circulaire du 18 mars 2002</i>	29
2.1.4 <i>Le financement de ces structures</i>	30
2.1.4.1 Le financement courant	30
2.1.4.2 Le financement par le biais de plans d'action.....	30
2.2 UNE DIVERSITÉ IMPORTANTE DANS LE FONCTIONNEMENT ET LES ACTIVITÉS DES EMG VISITÉES	32
2.2.1 <i>Des points communs à toutes les EMG : une même clientèle et des outils communs</i>	32
2.2.1.1 Une intervention ciblée, sur des patients bien identifiés	33
2.2.1.2 Des outils d'évaluation gérontologique communs et standardisés	33
2.2.2 <i>Une grande hétérogénéité dans la composition et le fonctionnement des EMG visitées</i>	35
2.2.2.1 Des structures modestes sur le plan des moyens.....	35
2.2.2.2 Des équipes dont la composition s'écarte des préconisations ministérielles.....	35
2.2.3 <i>Des missions différentes répondant à des objectifs différents</i>	39
2.2.3.1 Des objectifs intra-hospitaliers prioritaires	39
2.2.3.2 Certaines équipes remplissent des missions extra-hospitalières, qui dépassent les objectifs de la circulaire	46
TROISIEME PARTIE : L'ÉVALUATION DES EMG	53
3.1 UN CONSTAT : DES OUTILS QUI FONT DÉFAUT.....	53
3.1.1 <i>Le PMSI ne permet pas actuellement d'évaluer l'activité des EMG</i>	53
3.1.2 <i>Les évaluations actuelles sont « artisanales » et ponctuelles</i>	54
3.2 DES INDICATEURS POUR QUOI FAIRE ?.....	57
3.2.1 <i>Que mesurer ?</i>	57
3.2.2 <i>Pourquoi mesurer ?</i>	58
3.2.3 <i>Pourquoi mesurer ?</i>	59

3.3	QUELS INDICATEURS ?	59
3.3.1	<i>Les caractéristiques générales des indicateurs</i>	59
3.3.1.1	Leur objet	60
3.3.1.2	L'intérêt qu'ils représentent pour les différentes parties prenantes	60
3.3.1.3	Facilité de recueil, de traitement, d'interprétation	60
3.3.1.4	Pertinence générale	60
3.3.2	<i>Etude de 34 indicateurs</i>	60
3.3.2.1	Indicateurs de moyens (structures, outils)	61
3.3.2.2	Indicateurs de fonctionnement (caractéristiques des patients, activité)	62
3.3.2.3	Indicateurs de résultats (modes de sortie, efficacité)	65
3.3.2.4	La pertinence des indicateurs utilisés : un essai de classement	67
3.4	COMMENT FAIRE ?	69
3.4.1	<i>Projet d'évaluation de l'Unité mobile de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)</i>	69
3.4.2	<i>Le projet de recueil d'informations du CH de Niort</i>	70
3.4.3	<i>L'informatisation des données au CHU de Grenoble</i>	70
QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES DIFFICULTES ET RECOMMANDATIONS		71
4.1	LES RÉSISTANCES À L'INTERVENTION D'UNE EMG ET LES DIFFICULTÉS OBSERVÉES	71
4.1.1	<i>Les résistances des non-utilisateurs</i>	71
4.1.1.1	La difficulté d'imposer une compétence différente à des pairs qui ne l'ont pas sollicitée	71
4.1.1.2	Voire une franche hostilité à l'implantation d'une EMG	72
4.1.2	<i>Les difficultés de collaboration avec les services utilisateurs</i>	73
4.1.2.1	L'insuffisante reconnaissance de la gériatrie	73
4.1.2.2	Des effectifs limités pour répondre à des besoins extensifs	73
4.1.2.3	Le risque d'instrumentalisation de l'EMG	74
4.1.2.4	Le manque de communication sur les activités de l'EMG	75
4.1.3	<i>Deux modèles différents pour des situations locales diverses</i>	75
4.1.3.1	Le modèle CHU (ou CH à forte activité)	75
4.1.3.2	Le modèle du CH de proximité, ou de l'hôpital gériatrique exclusif	77
4.2	RECOMMANDATIONS POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ ET L'UTILITÉ D'UNE EMG	78
4.2.1	<i>Un constat dans l'ensemble positif</i>	78
4.2.2	<i>Des principes incontournables de fonctionnement</i>	79

ANNEXES

INTRODUCTION

A la suite de la canicule de l'été 2003, plusieurs enquêtes ont été demandées à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ou à certains de ses membres, pour tirer le bilan de la crise et faire des propositions pour éviter son renouvellement¹.

L'ampleur et la gravité des problèmes que ces travaux ont révélés ont conduit l'IGAS à inscrire dans son programme de travail pour la période 2004-2005, le thème de la prise en charge des personnes âgées dans les services d'hospitalisation aiguë. Cette mission a été confiée au docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et à Jean-Paul BASTIANELLI, membres de l'Inspection générale des affaires sociales².

Il convient de noter toutefois :

- qu'avant l'épisode caniculaire de 2003, une circulaire avait été publiée le 18 mars 2002³ pour définir le cadre général de la prise en charge des personnes âgées et le développement de la filière de soins gériatriques ;
- qu'après cet épisode, des mesures particulières en direction des personnes âgées hospitalisées ont été prises telles celles contenues dans le « plan Urgences » décidé en septembre 2003 (qui accentue le renforcement des compétences gériatriques en prévoyant 20 millions d'euros pour aider à la mise en place d'unités de court séjour gériatrique et 50 millions d'euros pour renforcer ou créer des équipes mobiles) ou le « plan Alzheimer » en 2004.

Par ailleurs, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a procédé fin 2004 au recensement des structures spécifiques et à celui des effectifs de personnel redéployés à cette occasion. Toutefois, l'enquête de la DHOS porte essentiellement sur des aspects quantitatifs et recouvre des organisations et des fonctionnements très divers.

En outre, une mission a été confiée, en décembre 2004, aux Professeurs Pierre PFITZENMEYER de Dijon et Claude JEANDEL de Montpellier, pour veiller à la bonne application des plans « Urgences » et « Alzheimer » et notamment s'assurer de la bonne utilisation des crédits.

Dans ce contexte de mesures soulignant les préoccupations des pouvoirs publics relatives à la prise en charge sanitaire des personnes âgées, et à la suite d'entretiens avec le Cabinet du Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, les services de la DHOS et les représentants des syndicats de gériatres, la mission de l'IGAS a choisi de porter son attention sur le fonctionnement des **équipes mobiles gériatriques (EMG)** au sein de la filière gériatrique.

¹ Après une première mission d'expertise et d'évaluation confiée au Professeur Sylvie LEGRAIN, au professeur Jacques VALLERON, au Dr Dominique MEYNIEL et au Docteur Françoise LALANDE (rapport 2003 143), trois rapports ont porté sur les aspects suivants :

Rapport 2003-141 sur les fermetures de lits en milieu hospitalier présenté par Mmes Maryse FOURCADE et Liliane SALZBERG, le Docteur Sylvain PICARD et Jean-Paul BASTIANELLI ;

Rapport 2003-154, sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003 présenté par Mme Christine DANIEL, MM. Jean Claude CUENAT et Roland OLLIVIER et le Dr Thérèse ROQUEL ;

Rapport 2004-009 sur la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 présenté par Anne Marie LEGER, Didier LACAZE, Michel LAROQUE et Didier NOURY.

² Cf. en annexe lettre de mission.

³ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

La mission a donc défini le cadre et les objectifs de son enquête⁴.

A partir d'observations effectuées dans certains départements ou régions bien investis dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, la mission a décidé de :

a) - Procéder à une description des différents types d'organisation et modes de fonctionnement des équipes mobiles gériatriques choisis par les établissements, avec pour objectifs de :

- repérer les facteurs clés de succès et d'échec dans la mise en place des équipes mobiles gériatriques, de situer les niveaux de blocage et de proposer les méthodes (ou les moyens) à mobiliser pour, selon les cas, les favoriser ou les surmonter ;
- d'envisager les évolutions indispensables au regard de la nécessaire coordination, voire implication des personnels de ces équipes au sein des équipes médico-sociales « communautaires » hors hôpital (CLIC, acteurs du réseau gérontologique, EHPAD, hôpitaux locaux, SSIAD, HAD, réseaux des soins palliatifs)⁵.

En effet, certaines équipes mobiles gériatriques vont bien au-delà des strictes missions attribuées par la circulaire précitée, en assumant des activités extrahospitalières (formation des équipes d'établissements d'hébergement et des généralistes du réseau, coordination de l'ensemble des partenaires médico-sociaux, consultations avancées au sein des EHPAD ou des hôpitaux locaux). Le secrétariat d'Etat aux personnes âgées souhaite que le montage financier en partenariat soit étudié à la lumière des premières expériences de terrain.

b) - Définir des indicateurs d'efficience et d'efficacité des divers types d'organisation des équipes mobiles :

- quantifier l'activité et la productivité médico-économique de ces équipes dont l'activité repose sur du temps de personnel médical, paramédical et social. Cette recherche sera réalisée en tenant compte des réflexions en cours menées par le groupe de travail initié par la DHOS, avec le concours de la Société nationale de gérontologie clinique, sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité ;
- apprécier la qualité du service rendu. à la fois en termes quantitatifs (nombre d'hospitalisations en crise et de ré hospitalisations précoces évitées) et qualitatifs (satisfaction des usagers, valorisation des personnels et progression dans les apprentissages collectifs). La démarche est, a priori, délicate car il s'agit de structures récentes, disparates et les équipes ne disposent ni d'outils communs ni de recul suffisant. Les quelques évaluations déjà réalisées, notamment par des équipes mobiles mises en place avant la circulaire du 18 mars 2002, feront l'objet de validation auprès de ces équipes et de leur médecin chargé du DIM.

⁴ Cf. en annexe note de cadrage.

⁵ CLIC : comité local d'information et de coordination ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile; HAD : hospitalisation à domicile.

L'objectif poursuivi est de définir une série d'indicateurs simples permettant de compléter qualitativement et d'affiner les observations statistiques, en vue d'une amélioration de la qualité des prises en charge et d'une meilleure allocation des ressources.

Pour atteindre ses objectifs, la mission s'est rendue, entre janvier et mars 2005, dans plusieurs régions et établissements présentant des situations très disparates⁶, notamment à :

- Paris intra-muros (CHU de Bichat, CHU de Saint-Antoine, CHU Ambroise Paré),
- Ile-de-France (CH de Provins, HGMS de Plaisir et HL de Houdan)⁷,
- Alsace (CHU de Strasbourg, CH de Colmar),
- Midi-Pyrénées (CHU de Toulouse, CH de Montauban, CH de Cahors),
- Rhône-Alpes (CHU de Grenoble),
- Centre (CHR d'Orléans),
- Poitou-Charentes (CH de Niort, HL de Saint-Maixent et HL de Melle)⁸.

La méthode d'investigation utilisée par la mission a consisté à interroger :

- l'ensemble le plus large possible des acteurs des EMG (médecins gériatres et autres médecins, infirmiers, assistantes sociales, secrétaires et autres personnels associés),
- les partenaires déclarés de l'EMG au sein de l'hôpital (médecins, cadres de santé, infirmières, assistante sociale) de différents services (urgences, médecine, chirurgie),
- les partenaires externes de l'EMG (autres établissements publics et privés, de soins ou médicaux sociaux, CLIC, associations, praticiens libéraux, SSIAD),
- les responsables institutionnels impliqués dans la mise en œuvre des EMG ou leur financement (ARH, DDASS, MSA, Conseils généraux⁹).

Le présent rapport s'articule en quatre parties :

- le contexte sociologique et l'offre de prise en charge,
- les constats de la mission,
- l'évaluation des EMG,
- l'analyse de la mission.

⁶ La méthodologie qui a présidé choix des sites a été la suivante :

- étude en transversal d'une ou deux régions « pilotes »,
- enquêtes ponctuelles d'équipes signalées comme innovantes, disposant d'un recul suffisant ou ayant publié des évaluations,
- enquêtes auprès de quelques équipes récentes de gros CHU notamment parisiens, pour apprécier les efforts depuis la canicule et l'utilisation des crédits fléchés.

⁷ CHU : centre hospitalier universitaire, CHR : centre hospitalier régional, CH : centre hospitalier, HL : hôpital local, HGMS : hôpital gériatrique et médico-social.

⁸ Cf. en annexe la liste des personnes rencontrées.

⁹ ARH : Agence régionale d'hospitalisation, DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociale, MSA : mutualité sociale agricole.

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

1.1 Les aspects sociologiques

1.1.1 Rappel démographique

1.1.1.1 Le constat d'un vieillissement inéluctable de la population française

Les projections démographiques sur les prochaines décennies ne laissent guère de place à l'incertitude. Le vieillissement démographique de la population française est un constat inéluctable, lié à la stagnation du nombre des naissances et surtout à la baisse de la mortalité aux âges avancés. En 2001, l'INSEE recensait 4,6 millions de personnes de 75 ans et plus, représentant 7,7 % de la population française. Ce pourcentage devrait aller croissant dans les 30 à 40 ans à venir, avec le vieillissement des générations du « baby boom » dont les premières atteindront 75 ans en 2020, et qui commenceront à décéder dans les années 2035-2040. Ainsi, en 2050, la proportion des 75 ans et plus devrait atteindre 18 % de la population, la croissance la plus spectaculaire portant sur les groupes les plus âgés ; à cette date, l'effectif des 75 ans et plus aura triplé, celui des 85 ans et plus, quadruplé.

Outre cette augmentation en termes d'effectifs, l'allongement de l'espérance de vie aux grands âges, qui a augmenté d'un an environ, pour les hommes comme pour les femmes, au cours des dix dernières années, va entraîner un accroissement considérable de la population des grands vieillards de 85 ans et plus, dont les besoins sanitaires et sociaux, notamment en matière de perte d'autonomie, se distinguent nettement de ceux des personnes de 65-80 ans.

C'est en effet l'évolution de la structure d'âge, au sein de la population hétérogène des plus de 65 ans, qui conduit à remettre en cause et à adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des personnes très âgées. Certes, les gains d'espérance de vie, au cours des dernières décennies, se sont accompagnés d'une meilleure qualité des années de vie gagnées ; on peut penser que l'état de santé des personnes âgées de demain devrait continuer à s'améliorer, en fonction de l'amélioration des conditions de vie et de travail au cours de la deuxième partie du vingtième siècle, d'une part et avec l'accès plus généralisé au dépistage des facteurs de risques et des affections chroniques, d'autre part. Cependant, la plupart de ces affections chroniques, survenues souvent tardivement au cours de la vie, même détectées à temps et bien suivies, feront place à des séquelles, sources d'incapacités majorées avec l'âge. Parmi ces personnes de plus en plus âgées, bon nombre perdront leur autonomie et auront besoin d'être aidées dans les actes de leur vie quotidienne ou encore nécessiteront une surveillance régulière.

1.1.1.2 La prévalence de la dépendance augmente fortement avec le grand âge

Selon l'enquête HID de l'INSEE¹⁰, s'appuyant sur l'indicateur AGGIR, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie, environ 800 000 personnes de 60 ans et plus soit 6,6 % de cette tranche d'âge, sont évaluées à des niveaux de perte d'autonomie équivalents aux GIR 1 à 4, population cible de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Cette même enquête, s'appuyant cette fois sur l'indicateur EHPA, qui permet d'appréhender à la fois la dépendance psychique et la dépendance physique¹¹, estime à plus de 500 000 les personnes de 60 ans et plus présentant une perte d'autonomie mentale.

Pour ces deux indicateurs - AGGIR et EHPA- la prévalence de la dépendance augmente très vite avec l'âge à partir de 75 et surtout 80 ans. Avec l'allongement de l'espérance de vie, c'est la tranche d'âge des « 80 ans et plus » qui devrait majoritairement contribuer au poids croissant de la dépendance.

Tableau n° 1 :
Taux de prévalence de la dépendance par âge selon les grilles AGGIR et EHPA

Age	Pourcentage de personnes dépendantes dans la tranche d'âge
60-69 ans	2,1 %
80 ans	10,5 %
85 ans	18,3 %
90 ans	30,2 %
Total 60 ans et plus	6,6 %

Sources : INSEE enquête HID 1998-2001.

1.1.1.3 La dépendance, un défi de société majeur pour les années à venir.

Les projections sur les prochaines décennies laissent prévoir une augmentation considérable du nombre de personnes dépendantes, même si ces prévisions ne sont pas suffisamment fines pour évaluer avec précision les besoins à venir par catégorie de dépendance en fonction des pathologies et handicaps qui seront alors les plus fréquents. Estimées actuellement à 800 000, les personnes dépendantes seraient 980 000 en 2020 et 1,2 millions en 2040, alors même que l'aide quotidienne apportée par l'entourage proche et les familles continuera à diminuer, avec la forte activité professionnelle des femmes, l'éclatement des familles et la diminution des solidarités de voisinage. C'est donc à une véritable explosion des besoins d'aide professionnelle et de services à domicile d'une part, d'hébergement en institutions adaptées à ces incapacités physiques et mentales d'autre part, qu'il faut s'attendre et anticiper.

1.1.2 Des besoins sanitaires et sociaux spécifiques

En ce qui concerne la morbidité, les enquêtes « santé » en population générale permettent d'avoir une idée précise sur la morbidité déclarée à ce jour par les personnes

¹⁰ Enquête INSEE, réalisée d'octobre 1998 à fin 2001, sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes vivant à domicile ou en institution.

¹¹ Contrairement à l'indicateur AGGIR qui ne prend que très partiellement en compte la dépendance mentale pour les GIR 1 à 4 considérés.

vivant à domicile ; par contre, l'insuffisance de données prospectives sur les besoins sanitaires à couvrir dans les prochaines décennies ne permet guère de prévoir de façon fiable l'adaptation nécessaire de nos structures sanitaires et sociales à l'ampleur et à l'évolution de besoins nouveaux.

1.1.2.1 Une co-morbidité particulière au grand âge

La dernière enquête Santé de l'INSEE confirme que le taux de morbidité augmente avec l'âge, et ce surtout après 65 ans¹². En moyenne, les personnes interrogées dans la tranche d'âge des 80 ans et plus déclarent 8 maladies.

La déformation de la pyramide des âges, avec une proportion croissante des personnes les plus âgées, aura des conséquences sanitaires à ce jour mal évaluées. Certaines affections chroniques, dont la prévalence augmente avec l'âge, auront le temps de se déclarer en grand nombre. En outre, grâce à l'efficacité temporaire des thérapeutiques mises en œuvre, y compris chez ces personnes que le grand âge ou l'extrême fragilité liée à des pathologies associées faisait récuser il y a encore peu, ces affections vont revêtir plus souvent des formes graves et générer plus de complications, impliquant une charge de travail accrue pour les professionnels de santé, des suivis thérapeutiques prolongés et coûteux et des incapacités compromettant le maintien à domicile¹³.

1.1.2.2 Une inflation des exigences de soins à ne pas sous-estimer

Les études économiques relatives aux dépenses médicales soulignent toutes l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge, avec une accélération importante à partir de 65 ans et surtout après 75 ans. Au facteur lié à l'accroissement de la morbidité lors des dernières années de vie, s'ajoute un autre facteur lié aux exigences en matière de qualité des soins et aux comportements de « consommateurs de soins médicaux » des générations actuelles. Si la plupart des personnes très âgées ont encore actuellement, face à la maladie et

¹² En moyenne, chaque personne de 65 ans et plus déclare 7,6 maladies contre 3,2 pour un adulte de moins de 65 ans.

¹³ Pour ne citer que les plus fréquentes :

- les maladies du système nerveux : tout particulièrement la maladie d'Alzheimer, dont les chiffres viennent d'être revus à la hausse (600 000 personnes de plus de 75 ans sont atteintes de cette démence, augmentation attendue de 30 % du nombre de cas) et la maladie de Parkinson, particulièrement invalidante dans la vie quotidienne, dont l'incidence augmente fortement après 80 ans, pas toujours diagnostiquée à ces âges alors que les progrès thérapeutiques ont révolutionné le taux d'incapacité des patients traités ;
- la cataracte, source de handicap lourd (nombre de personnes âgées ne bénéficiant pas d'un traitement chirurgical efficace et pourtant relativement léger) mais aussi la dégénérescence maculaire qui atteint plus de la moitié des plus de 80 ans ;
- les cancers, première cause de mortalité chez les personnes âgées, dont l'incidence est multipliée par 8 après 65 ans ;
- les affections cardio-vasculaires dont la survenue mais aussi la sévérité et les coûts de prise en charge et de suivi sont très dépendants de l'âge après 65 ans ;
- l'ostéoporose, à l'origine de fractures vertébrales et du col du fémur (1 femme sur 3 et 1 homme sur 6 vivant jusqu'à 90 ans est victime d'une fracture du col du fémur. Les conséquences sur la dépendance en sont majeures, en dépit de l'intervention chirurgicale, environ 30 % de ces personnes subissent une perte très importante de leur autonomie) l'arthrose qui touche 85 % des plus de 70 ans et constitue la principale indication chirurgicale de la prothèse de hanche ;
- la baisse de l'audition, encore très insuffisamment diagnostiquée et traitée dans ces tranches d'âge, alors qu'elle constitue un handicap et un facteur d'isolement ;
- les troubles dépressifs, souvent associés à des troubles cognitifs, ce qui explique la forte utilisation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées à domicile (40 % utilisent au moins un psychotrope) et plus encore en institution (pour 66 %).

au handicap, des demandes de soins tardives et limitées et n'utilisent que très peu l'offre de dépistage et de prévention, il en est tout autrement pour les « jeunes retraités » de la génération suivante qui ont et auront pour eux-mêmes massivement recours au système de soins et aux technologies médicales les plus récentes et qui veulent faire bénéficier leurs proches plus âgés du même niveau d'information et d'exigence.

1.1.2.3 Les premiers effets positifs du dépistage et de la prévention

La diffusion rapide du recours au dépistage (cancers notamment) et à la prise en charge des facteurs de risque (cardio-vasculaires...) dans les tranches d'âge des 50-70 ans, vieillards de demain, commence déjà à modifier les caractères du vieillissement, en repoussant vers le très grand âge l'apparition de certaines incapacités ou maladies par un phénomène de « compression de la morbidité ».

C'est toute la mission de la gériatrie, discipline récente et pleine d'avenir, de « démêler » les intrications pathologiques complexes, caractéristiques de la vieillesse, des premières atteintes fonctionnelles simplement liées à l'âge et d'intervenir avant que le retentissement des unes sur les autres n'entraîne des décompensations irréversibles.

1.1.3 La reconnaissance tardive de la gériatrie

1.1.3.1 Rechercher des critères de « fragilité » plutôt que s'attacher au seul critère d'âge

Les hommes sont inégaux devant la vieillesse. Il n'y a pas « d'inéluctable dépendance » liée à l'âge, il n'y a que des handicaps secondaires à des maladies chroniques dont le risque de survenue croît avec l'âge. Et pourtant, la plupart des médecins comme les responsables politiques continuent de confondre vieillesse et dépendance, alors que toutes les études sur les personnes âgées se présentant aux urgences montrent qu'un âge chronologique avancé n'est pas le meilleur critère de gravité à retenir. C'est plutôt l'intrication de plusieurs pathologies et l'accumulation de facteurs de risque de décompensation de leurs capacités fonctionnelles altérées par l'âge qui créent la fragilité et doivent alerter. Ce concept de « fragilité » bien connu des gériatres, définit le profil-type des patients âgés vulnérables devant faire l'objet d'une prise en charge toute particulière par des professionnels spécialisés.

Pourtant, le concept de « dépendance » attribuée au seul vieillissement reste encore très ancré dans l'esprit de tous, y compris de bien des médecins dits « d'organe ».

1.1.3.2 La spécificité du soin gériatrique

Les missions spécifiques d'une médecine gériatrique ont commencé à émerger dans les années 70 autour de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. La prise de conscience a été plus tardive en France que dans les pays anglo-saxons et ce n'est guère avant 1985-90 que les premières structures ambulatoires – hôpitaux de jour et consultations gériatriques – ont imposé l'évaluation gériatrique standardisée comme outil efficace de prévention et de sécurisation du maintien à domicile.

Les progrès thérapeutiques appliqués à leurs patients âgés par certains pionniers - médecins internistes des hôpitaux universitaires- ont permis de distinguer la vieillesse, état

physiologique, et les maladies liées à l'âge, à l'origine d'incapacités et de handicaps évoluant vers l'aggravation en l'absence de traitement.

Les spécificités du soin gériatrique, les profils poly-pathologiques des patients âgés, leurs incapacités dont il faut savoir évaluer rapidement le caractère réversible ou non une fois la pathologie aiguë récente contrôlée, sous peine de voir se dégrader en chaîne des fonctions jusqu'alors conservées, sont autant d'éléments de complexité.

C'est toute la nécessité d'une approche transversale reposant sur une dynamique d'équipe, associant :

- interdisciplinarité (mobilisation des compétences de plusieurs spécialités telles que la cardiologie, la rhumatologie, la neurologie, la pneumologie...).
- et pluridisciplinarité des soins (mobilisation d'acteurs de formation et compétences différentes, de statuts différents, médecins et personnels paramédicaux hospitaliers et libéraux, kinési et ergothérapeutes, assistants sociaux...).

1.1.3.3 L'interdisciplinarité

Elle s'impose à la phase aiguë car la co-morbidité est mal repérée dans un service spécialisé. 85 % des patients de plus de 75 ans amenés aux urgences posent un réel problème médical ; le motif purement social d'admission aux urgences est en fait peu fréquent, contrairement au discours classique sur les « *vieux qu'on envoie aux urgences pour placement* ». Mais les symptômes d'entrée sont souvent imprécis et peu évocateurs d'une pathologie d'organe précise : altération de l'état général, malaise, confusion mentale et désorientation, perte récente d'autonomie, chutes répétées, sont les motifs les plus souvent invoqués par les familles et les courriers de généralistes. En outre, une affection aiguë, peu sévère en elle-même, peut entraîner des phénomènes en cascade du fait de la vulnérabilité des grandes fonctions d'un organisme âgé et un retentissement psychique avec refus de soins et syndrome de « glissement rapide ».

C'est chez ces vieillards dits « fragiles » que l'approche globale du gériatre, médicale et psychologique, permet d'anticiper les conséquences d'une pneumopathie (troubles de la déglutition, dénutrition) d'une fièvre (déshydratation, insuffisance rénale) ou tout simplement d'un alitement lié à une affection passagère (escarre, fécalome, incontinence, isolement et démotivation...). C'est là aussi que l'expérience du gériatre permet une analyse pertinente des bénéfices et effets secondaires des prescriptions diagnostiques et thérapeutiques, en limitant les gestes et pratiques invasives selon un raisonnement éthique adapté à la fragilité du patient âgé.

Cette appréhension transversale d'un patient très âgé et/ou polypathologique au sein d'un service de gériatrie, ou encore par une équipe mobile gériatrique au sein d'un service de spécialité, et ce dès les premiers jours de l'hospitalisation, permet d'éviter des transferts secondaires entre services et surtout des ruptures dans la continuité des soins.

1.1.3.4 La pluridisciplinarité

Elle s'impose tout autant car la perte transitoire d'autonomie est fréquente et rapide chez un patient âgé fragile. C'est dès les premiers jours d'hospitalisation que des pratiques de réadaptation précoce, mises en œuvre par des personnels de compétences complémentaires,

rodés à la décompensation rapide de ces patients, permettent de prévenir les complications de décubitus¹⁴ et les pertes indues de certaines fonctions (incontinence, désorientation...).

Par ailleurs, c'est bien avant la décision de sortie, une fois l'épisode aigu jugulé, que le médecin doit pouvoir disposer d'une évaluation des aspects non médicaux de la vie de la personne âgée à son domicile et des capacités d'adaptation de son entourage à des besoins évolutifs ; c'est en effet un élément déterminant dans la préparation de son plan de soins personnalisé, qui guidera le choix de la solution envisagée à la sortie et son avenir. C'est le croisement des informations issues des diverses pratiques professionnelles qui va permettre d'envisager en toute sécurité le retour à domicile et la nécessité éventuelle d'aides professionnelles et/ou adaptations environnementales, ou au contraire de programmer une institutionnalisation adaptée en concertation avec la personne et sa famille.

1.1.3.5 Les bénéfices d'une médecine gériatrique

L'expérience des professionnels habitués à la prise en charge globale et en équipe pluridisciplinaire des personnes âgées permet de déceler précocement les co-morbidités et les facteurs de risque de décompensation, mal détectés dans les services de spécialités. En outre, un syndrome démentiel débutant est souvent banalisé par des professionnels non gériatres qui rattachent une confusion ou une désorientation temporo-spatiale à la seule vieillesse et à l'émotion liée à l'hospitalisation. Plus de la moitié des démences touchant des personnes de plus de 75 ans hospitalisées pour une pathologie aiguë ne seraient pas détectées¹⁵, ce qui incite à systématiser chez les plus de 75 ans les tests de dépistage de type « Mini Mental State », faciles à effectuer par tout soignant ayant bénéficié d'une sensibilisation à cette pratique.

Plusieurs études, la plupart sur séries américaines, ont souligné les bénéfices individuels importants, en terme de maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, pour les personnes âgées hospitalisées dans un service de court séjour gériatrique, comparativement aux résultats observés lors d'hospitalisations « en cascade » avec des ruptures dans la continuité des soins : urgences, lit porte, service de spécialité, sortie avec une ordonnance de médicaments et une simple lettre au médecin traitant, sans contact préalable avec les services d'aide à domicile, sans évaluation précise des capacités de soutien de l'environnement familial. Ce sont ces sorties mal préparées qui sont pour la plupart à l'origine de ré hospitalisations précoces, et de surcoûts.

S'il est inacceptable qu'un patient âgé subisse ainsi une telle perte de chance qui le conduit à « s'enfoncer de plus en plus », il est aussi regrettable que ces inadaptations dans les circuits d'admission et de suivi génèrent des surcoûts inutiles. « *En gériatrie, la non-qualité coûte plus cher que la qualité* »¹⁶.

Des études, américaines et canadiennes, ont en effet montré, pour des pathologies classiques du grand âge, qu'en dépit de durées de séjour hospitalier plus longues, la prise en charge en unité de médecine gériatrique aiguë, veillant, outre aux soins aigus, à la récupération rapide des capacités d'autonomie – équivalent de notre court séjour gériatrique – revient finalement moins cher qu'une prise en charge en services de spécialités rodées au

¹⁴ La mission a noté la survenue, en moins de trois jours, d'escarres importantes chez des personnes âgées hospitalisées aux urgences en attente de lit dans un service de médecine.

¹⁵ Selon l'étude PAQUID menée en milieu communautaire.

¹⁶ Pr R. MOULIAS « Le métier de gériatre » – Le livre blanc de la gériatrie française- Gériatrie 2004.

diagnostic et au traitement (coût moyen hospitalier et coût des soins à domicile par rapport au coût total).

Les quelques études françaises relatives aux bénéfices à la fois individuels et économiques d'admissions en circuit court – admission directe en unité de gériatrie aiguë, sans passer par les urgences- mériteraient d'être encouragées.

1.1.3.6 Une reconnaissance difficile de la spécificité de la gériatrie

Toutefois, cette reconnaissance du soin gériatrique relevant d'une compétence spécifique est loin d'être admise par tous, notamment par les médecins spécialistes d'organe. Le problème commun à la plupart des gériatres hospitaliers, notamment en CHU, est de faire entendre leur voix au sein de la CME et auprès de la direction de leur établissement et d'obtenir les moyens à hauteur des activités et missions qu'on attend d'eux. Ainsi, les rapporteurs ont constaté avec étonnement que dans certains CHU, offrant pourtant une filière de prise en charge gériatrique complète, aucun gériatre n'est membre de la CME. Parents pauvres de la communauté médicale, les gériatres ont appris à présenter à leurs décideurs des demandes modestes, dont la légitimité doit toujours être sur-argumentée par rapport à celles de leurs confrères de spécialités plus « nobles ».

« La prise en charge des vieux est compliquée et lourde en soins pour le personnel », « les vieux, c'est chronophage », « ils bloquent les lits en attente de lits en soins de suite et ça pèse sur la fluidité des flux de mon service », « ça retentit sur notre index de performance », « moi, les vieux, je n'ai pas d'objection à les prendre dans mon service, mais dès qu'ils sont sortants, j'aimerais qu'on m'en débarrasse... » : autant de remarques émanant de praticiens de services de spécialités, qui avouent ne voir qu'une solution pour contourner le problème de ceux qu'ils appellent les « *bed-blockers* » ou encore les « *médicalement sortants mais physiquement présents* » : le dégagement de leurs malades âgés vers les services de gériatrie dès qu'eux-mêmes en ont assuré les soins aigus techniques, chargeant les gériatres, outre du suivi médical, de l'ensemble des problèmes médico-sociaux en vue de réadaptation, qui précisément demande plus de temps.

On constate que, bien souvent, la revalorisation de la fonction gériatrique au sein de l'hôpital, plus particulièrement dans le cas de gros établissements, est portée bien plus par la tutelle loco-régionale, qui répond aux injonctions nationales de la politique hospitalière, que par la communauté médicale. Quant aux directeurs d'établissements, ils apparaissent, selon les sites, partagés entre une préoccupation de course à la technicité en vue d'amélioration de la performance et un souci de répondre à leur mission de service public qui est de soigner la population qui se présente, dont l'âge moyen est de plus en plus élevé. « *Les personnes âgées, ce n'est pas porteur pour un directeur de CHU ; il va plutôt pousser sur les spécialités pointues mieux valorisées que la gériatrie* » dit à la mission un responsable d'ARH. Dans une autre région, un chef de projet chargé de l'élaboration du SROS gérontologique confie à la mission : « *il nous a fallu imposer le projet de filière gériatrique hospitalière à certains responsables de CME, cardiologues ou chirurgiens hypertechniciens, qui estimaient que ce n'était pas le rôle du CHU de s'occuper du médico-social* ».

Peu à peu, cependant, les directeurs d'établissements semblent intégrer l'intérêt de la démarche des gériatres vers une gériatrie « moderne » tout aussi humaniste mais davantage tournée vers la prévention des situations de crises et l'évaluation des risques d'incapacité en vue d'une orientation mieux adaptée. Les instances administratives semblent avoir pris conscience des lacunes et insuffisances dans les soins offerts par les médecins et paramédicaux des services de spécialités, et de la nécessité de former ces personnels

médicaux et paramédicaux. Cette prise de conscience est loin d'être le cas pour les médecins eux-mêmes, notamment pour certains parmi les plus anciens « internistes » dont le discours apparaît stéréotypé : « *ça fait trente ans que je soigne des personnes âgées, ce n'est pas un jeune gériatre qui va m'apprendre mon métier* ». Ce sont cependant les mêmes qui déplorent « *le problème, c'est la sortie, les vieux, ils bloquent les lits, on manque de lits d'aval...* » ce qui reste encore à prouver.

Ces conflits de culture entre pairs, qui persistent encore, semblent s'amender lentement avec l'intervention et la reconnaissance de la valeur ajoutée des équipes mobiles, comme l'a constaté la mission en plusieurs sites. Certains spécialistes prennent conscience des limites de leurs compétences, de la possibilité de travailler autrement, des avantages d'une collaboration multidisciplinaire à la fois pour leurs patients âgés et pour leur personnel.

1.1.4 Le métier de gériatre

La gériatrie « hospitalière » se définit par des services - plus ou moins clairement identifiés, ainsi qu'on le verra plus loin § 1.2 - et des diplômes qualifiants nationaux assurant un recrutement spécifique. Cette discipline est de plus en plus ouverte sur l'activité ambulatoire et sur la pratique communautaire, compte tenu de l'intérêt majeur de la prévention et de la détection précoce des incapacités chez les personnes âgées en vue d'en freiner l'évolution.

En ville, « l'exercice libéral exclusif en gériatrie » est rare, ce qui s'explique sans doute en partie par la faible attractivité financière d'un tel exercice, une consultation de gériatrie chez une personne âgée nécessitant en moyenne au moins trois quarts d'heure. Par contre, beaucoup de médecins libéraux, la plupart généralistes, se déclarent géiatres parce qu'ils soignent nombre de personnes âgées, sans en avoir toujours la qualification sanctionnée par un diplôme les y autorisant.

1.1.4.1 Les diplômes qualifiants en gériatrie en France

Seules deux formations, créées en 1988, permettent de prétendre au titre de gériatre : le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie (DESC) et la capacité de gérontologie.

➤ Le DESC

Il était jusqu'ici accessible aux seuls médecins déjà titulaires d'un diplôme de spécialité (médecine interne, cardiologie, rhumatologie, pneumologie, psychiatrie...). Il comporte 120 heures d'enseignement théorique et 4 semestres de stages dans des services agréés. Réservé jusqu'en 2004 aux internes de spécialité, ce DESC n'a permis de former qu'environ 130 géiatres.

Il est significatif de noter qu'aux derniers concours de praticiens hospitaliers en gériatrie, en vue du recrutement pour les postes médicaux en court séjour gériatrique et en soins de suites gériatriques, ainsi que pour la création d'équipes mobiles, suite aux incitations de la circulaire du 18 mars 2002 seulement 15 à 20 % des candidats, selon les régions, sont titulaires du DESC, donc spécialistes, la majorité sont des généralistes « capacitaires » (cf. infra).

A partir de 2004, ce DESC de gériatrie devient qualifiant à lui seul, ce qui permet à la gériatrie d'accéder au statut de spécialité qu'elle ne possédait pas encore. Les médecins titulaires de ce DESC, s'ils souhaitent se consacrer à la gériatrie en libéral, devront choisir l'exercice exclusif dans cette spécialité.

➤ **La capacité de gérontologie**

Ce diplôme de validité nationale, est une formation beaucoup plus largement ouverte à tous les médecins y compris et surtout les généralistes. Ce diplôme valide un enseignement à la fois théorique (par modules sur deux ans) et pratique (80 demi-journées de stages dans des structures gériatriques) et est soumis à la rédaction d'un mémoire.

Dispensée par la plupart des universités de médecine, la capacité de gérontologie a permis de former environ 3000 « gériatres capacitaires » au cours des 15 dernières années. Ce diplôme est obligatoire pour tout médecin exerçant à temps plein ou partiel en secteur hospitalier gériatrique, aigu ou de longue durée. Il est désormais obligatoire pour les médecins coordonnateurs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Même si elle nécessite un lourd investissement sur deux ans, de nombreux généralistes, dont la clientèle âgée ne cesse d'augmenter, s'inscrivent à cette formation, démarche qui doit être largement encouragée.

1.1.4.2 Un très faible nombre de gériatres universitaires

Ce sort particulier réservé jusqu'ici à la gériatrie, considérée à tort comme une sous-spécialité, explique le faible nombre de praticiens gériatres universitaires. Le nombre d'étudiants en DESC de gériatrie est limité chaque année par le nombre de postes de chefs de clinique offerts dans les services de gériatrie agréés en tant que services validants, encore peu nombreux. Ainsi, chaque année, seulement 30 à 40 spécialistes en gériatrie sont nommés, chiffre très insuffisant pour couvrir les besoins hospitalo-universitaires en forte croissance dans cette discipline, non seulement de soins mais aussi de formation des futurs gériatres, sans parler de la recherche sur le vieillissement, peu développée en France.

1.1.4.3 Quelques gériatres universitaires ont fait école en créant une « culture gériatrique » sur toute une région

Ainsi qu'ont pu le noter les rapporteurs lors des visites sur sites, l'existence d'une « école gériatrique » locale, animée par un ou plusieurs praticiens universitaires reconnus par l'ensemble de la communauté médicale, toutes spécialités confondues, est un puissant levain à la mise en œuvre à la fois administrative, médicale et financière d'un pôle gérontologique fort et à la coordination d'une filière efficace de prise en charge des personnes âgées dépassant parfois largement le bassin de vie du CHR concerné.

Le poids de tels leaders d'opinion facilite à l'évidence la reconnaissance de la spécificité gériatrique et la prise de conscience, au sein des instances décisionnelles de l'établissement, de la nécessité de moyens suffisants pour cette discipline traditionnellement sous-dotée ; leur crédibilité aide à lever d'éventuels freins politiques locaux et à mutualiser les ressources et compétences de l'ensemble des partenaires intra et extra hospitaliers.

Enfin, l'image qu'ils projettent, auprès de leurs étudiants, de cette « nouvelle » gériatrie, médecine humaniste désormais tournée vers la prévention des incapacités, et non plus seulement palliative, devient attractive pour les jeunes générations de médecins, dont beaucoup déplorent le côté hyper technique de la médecine et la perte de la relation médecin-malade.

1.1.4.4 Un espoir avec le recrutement récent de jeunes gériatres motivés par un travail en réseau

Ainsi, les rapporteurs ont constaté que dans les régions où le centre hospitalier régional a bénéficié de l'influence d'un « patron en gériatrie » charismatique, ce dernier a fait école, les candidats au DESC ou les capacitaires sont nombreux et le recrutement de jeunes gériatres pour diriger les services de gériatrie dans les établissements de la région même éloignés du CHR et pour animer des réseaux gérontologiques locaux avec le soutien du CHR est loin de poser autant de problèmes qu'ailleurs. C'est le cas en Midi-Pyrénées ou en Alsace, où la « culture gériatrique » dispensée depuis vingt ou trente ans par des universitaires renommés, a permis de tisser sur une région entière un véritable maillage de praticiens qui parlent le même langage, partagent des pratiques de qualité et échangent en permanence conseils et services.

1.2 Les aspects organisationnels et statistiques

1.2.1 Un effort de coordination de l'offre

1.2.1.1 Une filière de prise en charge évolutive et souple des soins hospitaliers et/ou ambulatoires

Plusieurs textes, avant la parution de la circulaire du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière gériatrique ont tenté, par des approches diverses, de coordonner l'offre de soins en direction des personnes âgées, comme par exemple :

- la circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation,
- la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile,
- la circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC),
- la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Mais c'est la circulaire du 18 mars 2002 qui a véritablement « *tracé les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques* ». Comme l'indique le préambule de ce texte « *cette évolution repose sur un renforcement de l'accès aux soins de proximité, le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique et l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière* ».

En amont, pour renforcer l'accès à des soins de proximité, interviennent :

- le médecin généraliste,
- les consultations gériatriques avancées¹⁷,
- les pôles d'évaluation gériatrique,
- l'hôpital local,
- les réseaux.

Au cœur du dispositif, le texte préconise des filières courtes d'hospitalisation, qui s'appuient sur :

- le court séjour gériatrique,
- les admissions directes en service de gériatrie, sans passer par le service des urgences,
- les équipes mobiles gériatriques,
- la prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique.

En aval, le texte incite à améliorer les modalités et délais de sortie, notamment grâce à :

- l'hospitalisation à domicile,
- les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques.

1.2.1.2 Les équipes mobiles gériatriques

Les équipes mobiles de gériatrie se sont constituées dans le cadre des réseaux de santé prévus par le code de santé publique¹⁸ et le code de la sécurité sociale¹⁹ et en application de la circulaire du 18 mars 2002.

Ces structures s'adressent au « patient gériatrique », défini comme un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe²⁰. Elles « *ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée* »²¹.

La circulaire incite les hôpitaux :

- à renforcer l'accès aux soins de proximité en « créant ou en développant des consultations gériatriques avancées et des pôles d'évaluation gériatriques²² »,

¹⁷ Les consultations gériatriques avancées sont des consultations de proximité réalisées par un médecin gériatre assisté éventuellement d'un psychologue et/ou d'un personnel paramédical ou social permettant à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social.

¹⁸ Articles L.6321-1 (art. 50 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et D 766-1-1 et suivants du code de la santé publique.

¹⁹ Articles L. 162-43 et R. 162-59 du code de la sécurité sociale.

²⁰ Cf. Circulaire du 18 mars 2002.

²¹ Cf. Circulaire du 18 mars 2002.

²² Les pôles d'évaluation gériatrique, insérés dans les CHR et les CH desservant des bassins de population important proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire.

- à favoriser les filières courtes en développant, dans les 207 établissements de santé sièges de SAU et plus généralement dans ceux qui accueillent une forte proportion de personnes âgées, des *unités et services de court séjour gériatrique* à même d'apporter une approche globale et appropriée aux besoins de ces patients. Ces structures hospitalières sont dédiées au « *patient gériatrique* », défini comme un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe²³ ;
- à mettre en place une *équipe mobile de gériatrie* dans chaque CHU et CHR . Le texte précise que la création d'une telle équipe peut aussi être utile dans les centres hospitaliers à forte capacité, dès lors qu'ils justifient d'une activité gériatrique structurée et reconnue, et notamment disposent d'un service ou d'une unité de court séjour gériatrique.

On peut souligner le fait qu'il ne soit fait état que de fonctions intra-hospitalières, alors que l'ensemble de la circulaire s'inscrit dans une logique de travail en réseau donc d'une ouverture sur les partenaires de proximité.

Fin 2004, la DHOS a recensé en métropole 96 équipes mobiles installées et 7 en projet (cf. tableau n° 2 ci-dessous). En fait, il y en a sans doute plus, puisque celles de l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris) ne sont pas comptabilisées. Aucune région n'en est cependant apparemment dépourvue.

Tableau n° 2 :
Nombre d'équipes mobiles

REGION	EMG existantes	Projet	Total
Alsace	1		1
Aquitaine	3		3
Auvergne	3		3
Basse Normandie	3	3	6
Bourgogne	5		5
Bretagne	5		5
Centre	2		2
Franche-Comté	5		5
Guadeloupe	1		1
Haute-Normandie	3		3
Ile-de-France (hors AP-HP)	14	3	17
Languedoc Roussillon	8	1	9
Limousin	1		1
Lorraine	6		6
Martinique	1		1
Midi-Pyrénées	6		6
Nord Pas-de-Calais	7		7
PACA	8		8
Pays de Loire	4		4
Picardie	2		2
Poitou-Charentes	1		1
Rhône-Alpes	7		7
Total	96	7	103

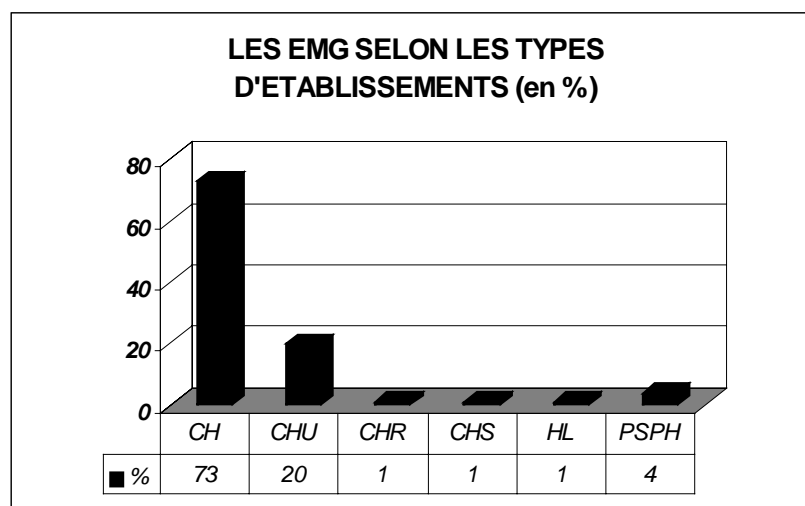
Sources : enquête DHOS 2004.

²³ Cf. circulaire du 18 mars 2002.

La circulaire précitée avait précisé qu'il « *pouvait être utile de créer des équipes mobiles gériatriques ... dans les centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux, ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité* ».

La répartition des EMG selon les types d'établissements (Cf. graphique n° 1 ci-dessous), montre que s'il existe une équipe mobile gériatrique (au moins) dans chaque centre hospitalier universitaire et centre hospitalier régional²⁴, la majeure partie d'entre elles ont été créées dans les centres hospitaliers (73 %). On note aussi que 4 % l'ont été dans les établissements privés participant au service public (PSPH) et 1 % dans les hôpitaux locaux.

Graphique n° 1



Sources : enquête DHOS 2004

La tentation est de considérer que les EMG sont au centre du dispositif, voire qu'elles en sont le pivot, puisqu'elles travaillent avec des partenaires aussi bien en amont qu'en aval. En réalité, les EMG permettent surtout de réguler des flux de patients, de faire en sorte que les décisions médicales, en particulier celles concernant les hospitalisations, soient pertinentes.

Pour ce faire les EMG sont en relations étroites, principalement avec deux sortes de structures : les courts séjours gériatriques et les réseaux de soins.

1.2.1.3 Les courts séjours gériatriques (CSG)

La circulaire du 18 mars 2002 a précisé nettement que les équipes mobiles gériatriques « *ne peuvent être mises en place que s'il existe un service de court séjour gériatrique dans l'établissement de rattachement* » et que « *l'individualisation des services de court séjour gériatrique (doit intervenir dès 2002) au moins dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU)* ».

Il existe donc un lien fort entre ces trois types de structures : SAU-CSG-EMG. Au 31 décembre 2004 la situation est la suivante :

²⁴ Il existe deux centres hospitaliers régionaux en métropole : Metz-Thionville et Orléans.

➤ **Nombre de services de court séjour gériatrique**

Au 31/12/2004, 204 services de court séjour gériatrique sont recensés en métropole²⁵. Comme le montre le tableau n° 3 ci-dessous, l'AP-HP, l'Ile-de-France et la Bretagne sont les régions les mieux pourvues. En revanche, le Limousin, la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, voire l'Auvergne et le Languedoc-Roussillon semblent beaucoup moins bien dotés.

Tableau n° 3 :
Nombre d'établissements déclarant en 2004
un service de court de séjour gériatrique par région

REGION	Existant	En projet	Nombre d'établissements concernés
Alsace	11	2	13
Aquitaine	7		7
Auvergne	2	3	5
Basse Normandie	6	2	8
Bourgogne	8		8
Bretagne	20		20
Centre	8		8
Champagne-Ardenne	2		2
Corse		2	2
Franche-Comté	2		2
Haute-Normandie	9		9
Ile-de-France (AP-HP)	23		23
Ile-de-France (hors AP-HP)	26		26
Languedoc Roussillon	6		6
Limousin	1		1
Lorraine	8		8
Midi-Pyrénées	8		8
Nord Pas-de-Calais	11		11
PACA	9		9
Pays de Loire	8		8
Picardie	8		8
Poitou-Charentes	6		6
Rhône-Alpes	15		15
Total métropole	204	9	213

Sources : enquête DHOS 2004.

Si on considère qu'il ne peut y avoir d'équipe mobile gériatrique que dans la mesure où il existe un CSG, le « potentiel » d'EMG en métropole est donc d'au moins 213 unités.

➤ **Nombre d'établissements sièges de SAU déclarant un CSG, par catégorie d'établissement**

Selon les éléments recensés par la DHOS dans son enquête, 213 établissements déclarent un CSG installé ou en projet, c'est-à-dire plus que le nombre d'établissements sièges de SAU (200).

A priori, il n'existe donc pas de concordance parfaite entre existence d'un SAU et existence d'un CSG. Mais la distorsion est plus importante que ne laisse supposer cette observation liminaire. En effet, seulement 108 établissements sur 213 (50,7 %) qui déclarent un CSG installé ou en projet ont un SAU. Comme l'indique la DHOS dans une analyse²⁶ : « ces chiffres sont assez surprenants au regard des recommandations de la circulaire du 18 mars 2002 car sur l'ensemble des CSG, quasiment un service sur deux est situé dans un établissement non siège de SAU. De plus, à l'heure actuelle, presque un établissement siège de SAU sur deux ne disposent pas de CSG. La répartition régionale par catégorie

²⁵ La Guadeloupe et la Guyane ne disposent pas de service de CSG. La Réunion a un projet de création d'un service en 2005. La Martinique déclare l'existence d'un service de 17 lits au CHU de Fort-de-France.

²⁶ Note de travail de la DHOS communiquée à la mission.

d'établissements montre que les CSG sont localisés en majorité dans les centres hospitaliers (CH) ».

Tableau n° 4 :
Nombre d'établissements sièges de SAU déclarant un CSG
par catégorie d'établissement

REGION	CH	CHR	CHU	PSPH ²⁷	Total	Nombre total de sites autorisés SAU	%
Alsace	1		1		2	5	40%
Aquitaine	3		1		4	10	40%
Auvergne	1		1		2	6	33%
Basse Normandie	4		1		5	7	71%
Bourgogne	4		1		5	8	63%
Bretagne	4		2		6	9	67%
Centre	3	1	1		5	8	63%
Champagne-Ardenne	1		1		2	6	33%
Franche-Comté	1		1		2	6	33%
Haute-Normandie	4		1		6	5	100%
Ile-de-France (AP-HP)			9		9	15	60%
Ile-de-France (hors AP-HP)	12			2	14	28	50%
Languedoc Roussillon	4		2		6	10	60%
Limousin			1		1	4	25%
Lorraine		2	1		3	6	50%
Midi-Pyrénées	2		1		3	11	27%
Nord Pas-de-Calais	5		1		6	18	33%
PACA	5		2		7	8	88%
Pays de Loire	4		1		5	7	71%
Picardie	5		1		6	8	75%
Poitou-Charentes	3		1		4	5	80%
Rhône-Alpes	3		3		6	10	60%
Total	69	3	34	2	108	200	54%

Sources : enquête DHOS 2004.

Pour sa part, la mission observe que 37 CSG sont situés dans les CHU-CHR²⁸ ce qui est logique compte tenu des missions de ces établissements et que 69 le sont dans des CH, ce qui, mathématiquement, apparaît comme plus important, mais qui en réalité représente moins de la moitié de ce qui devrait, ou pourrait, exister²⁹.

Si on rapproche les données contenues dans les tableaux n° 3 et n° 4 ci-dessus on observe que sur 200 établissements avec SAU, 108 ont un CSG et 92 n'en ont pas et qu'il existe donc 95 CSG dans des établissements dépourvus de SAU.

Par exemple :

- en Alsace il y a plus de CSG (13) que de SAU (5), de même qu'en Bretagne (20 CSG, 9 SAU) ou qu'en Rhône-Alpes (15 CSG, 10 SAU) ;

²⁷ PSPH : établissement privé participant au service public hospitalier.

²⁸ C'est-à-dire plus que le nombre d'entités juridiques de cette catégorie. Les données contenues dans ce tableau concernant les CHR-CHU doivent être interprétées avec prudence, notamment pour l'AP-HP. En effet, celle-ci possède plusieurs hôpitaux avec un SAU (au moins 14) alors qu'elle est considérée par ailleurs comme une seule entité juridique.

²⁹ Sur 200 établissements sièges de SAU, on peut estimer à 160 ceux qui ne sont pas CHU-CHR. Si sur ces 160 seulement 69 d'entre eux ont un CSG, soit seulement 40 % environ.

- à l'inverse, en Aquitaine on trouve 10 SAU, mais seulement 7 CSG, comme dans le Nord Pas de Calais (18 SAU, 6 CSG) ou dans le Languedoc-Roussillon (10 SAU, 6 CSG).

Toutefois, comme on le verra plus loin, il faut se garder de conclusions trop hâtives à partir de ces constats.

Le fait qu'il y ait autant de CSG sans SAU, tendrait néanmoins à démontrer que la nécessité d'un passage des personnes âgées aux urgences doit être relativisée et qu'il existe en réalité un nombre important de patients qui accèdent au CSG directement, notamment dans les hôpitaux de petite taille ou spécialisés en gériatrie.

➤ **Les CSG localisés dans les établissements non sièges de SAU, selon la catégorie de l'établissement**

95 établissements non siège de SAU déclarent un CSG.

Tableau n° 5 :
Les CSG localisés dans les établissements non sièges de SAU
selon la catégorie de l'établissement

REGION	CH	CHS	CHU	HL	Privé	PSPH	Total
Alsace	5					4	9
Aquitaine	2					1	3
Basse Normandie	1						1
Bourgogne	3						3
Bretagne	4			6		4	14
Centre	3						3
Haute-Normandie	1			2			3
Ile-de-France (AP-HP)			14				14
Ile-de-France (hors AP-HP)	1			2	3	6	12
Lorraine	1					4	5
Midi-Pyrénées	2	1			2		5
Nord Pas-de-Calais	5						5
PACA	2						2
Pays de Loire	2			1			3
Picardie	2						2
Poitou-Charentes	2						2
Rhône-Alpes	7					2	9
Total métropole	43	1	14	11	5	21	95

Sources : enquête DHOS 2004.

La répartition des CSG selon la catégorie décrite dans le tableau ci-dessus montre que :

- les 14 établissements sans SAU répertoriés en CHU, le sont exclusivement à l'AP-HP. Si effectivement les hôpitaux considérés ne possèdent pas, in situ, de services d'urgences il est exagéré de laisser supposer qu'il n'y a pas d'unités de ce type dans leur environnement proche ;
- il existe 43 CSG dans les centres hospitaliers « généraux » (CH) sans SAU et 11 dans les hôpitaux locaux (HL). Il est vraisemblable que ces CH sans accueil d'urgences ont en réalité une destination et une activité très proches des HL : il convient donc d'être prudent quant aux commentaires qui pourraient être faits à partir des différences de statuts juridiques ;

- les créations de CSG dans les établissements PSPH semblent croître. Mais elles sont cantonnées dans trois régions (Est, Bretagne et Ile-de-France). Il s'agit donc d'un phénomène très localisé.

➤ **Les établissements ayant un service de court séjour gériatrique et une équipe mobile gériatrique**

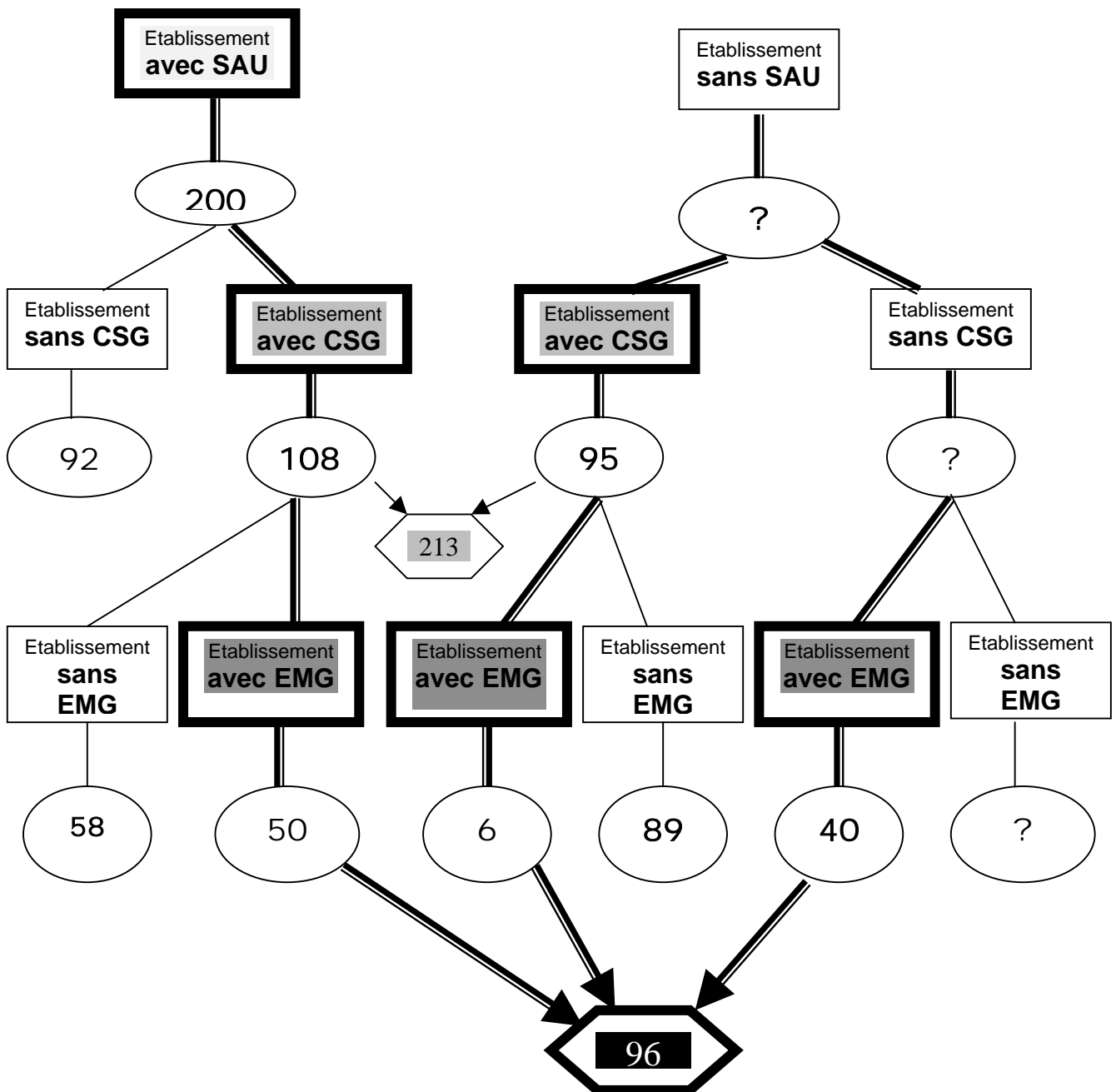
Comme le montre le tableau n° 6 ci-dessous, 56 établissements disposent à la fois d'un service de court séjour gériatrique et d'une équipe mobile. Parmi ces 56 établissements, 89 % sont des établissements sièges de SAU, c'est-à-dire dans le droit fil des préconisations de la circulaire de 2002.

Tableau n° 6 :
Les établissements ayant
un service de court séjour gériatrique et une équipe mobile gériatrique

REGION	S.A.U.		Total
	NON	OUI	
Alsace		1	1
Aquitaine		1	1
Auvergne		2	2
Basse Normandie		3	3
Bourgogne	1	3	4
Bretagne	2	2	4
Centre		2	2
Franche-Comté		2	2
Haute-Normandie		3	3
Ile-de-France (hors AP-HP)	1	6	7
Languedoc Roussillon		4	4
Limousin		1	1
Lorraine	1	1	2
Martinique		1	1
Midi-Pyrénées		2	2
Nord Pas-de-Calais		3	3
PACA	1	7	8
Pays de Loire		1	1
Picardie		2	2
Rhône-Alpes		3	3
Total	6	50	56

Sources : enquête DHOS 2004.

L'ensemble des données qui précède montre la complexité des situations elle et ne permette pas de se faire une idée précise de l'implantation des EMG. La mission a donc tenté, à l'aide du graphique n° 2 ci-dessous, de la résumer.

GRAPHIQUE n° 2

Ainsi, sur les 96 EMG recensées :

- 50 seraient situées dans des établissements possédant un SAU et un CSG,
- 6 seraient situées dans des établissements possédant un CSG mais pas de SAU,
- 40 seraient situés dans des établissements ne possédant ni CSG ni SAU.

Ce dernier élément (40 EMG sans CSG ni SAU) est pour le moins surprenant et conduit à s'interroger sur les raisons qui expliqueraient cette situation et à échauffer au moins deux hypothèses :

- soit la présentation des tableaux manque de clarté, les résultats manquent de cohérence³⁰, ce qui génère des erreurs d'interprétation,
- soit le recensement est incomplet : il existe plus de CSG et de services équivalents que le nombre officiel comptabilisé et par conséquent le nombre de EMG sans CSG est inférieur à 40.

1.2.1.4 Les réseaux de soins

Les EMG ont vocations à s'intégrer dans les filières et les réseaux de soins.

Les réseaux de soins ont été définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³¹.

Comme l'indique la circulaire du 18 mars 2002 : « *le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter* ».

Cette circulaire précise en outre que « *ces réseaux doivent au minimum s'articuler avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)* » lesquels, à terme doivent devenir « *les supports du réseau* ». La circulaire du 18 mai 2001 décrit les trois niveaux de labellisation des CLIC :

- niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles,
- niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé,
- le niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Le développement des CLIC est donc un élément important pour optimiser l'efficacité de l'action des EMG.

Le tableau n° 7 ci-dessous montre qu'entre 2001 et 2005 le nombre de CLIC est passé de 169 à 515 (soit + 205 %), que la moitié d'entre eux sont de niveau 3 et que la presque totalité des départements (96) en possède au moins un.

³⁰ Par exemple pour fin 2004 :

- la DHOS recense 200 SAU, la mission JEANDEL-PFITZENMEYER : 207
- la DHOS recense 213 CSG, la mission JEANDEL-PFITZENMEYER : 166
- la DHOS recense 96 EMG, la mission JEANDEL-PFITZENMEYER : 75.

³¹ Les missions du réseau : favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires ; assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que du soin ; participer à des actions de santé publique ; procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

**Tableau n° 7 :
Progression des CLIC par niveau**

	Décembre 2001	Décembre 2002	Décembre 2003	Décembre 2004 ³²
Niveau 1	48%	38%	36%	29%
Niveau 2	28%	27%	27%	20%
Niveau 3	24%	35%	37%	51%
Nombre total de CLIC	169	272	404	515
Nombre de départements d'implantation des CLIC	74	87	93	96

Sources : enquête DHOS 2004.

Tous ces éléments sont de nature à favoriser le fonctionnement des EMG, mais pour autant que celles-ci organisent et coordonnent leurs relations avec les CLIC.

1.2.2 Mais un recensement imparfait des structures et des moyens

Il a été prévu, notamment dans le cadre du plan urgences (2004-2007), de développer l'accès à des compétences gériatriques dans l'ensemble des établissements de santé. Il était donc nécessaire de procéder à un recensement des structures et des moyens.

Comme il a été indiqué précédemment la DHOS a donc lancé en 2004 une enquête générale, qui a permis comme le montre le tableau n° 7 ci-dessous, de dénombrer l'ensemble des données en lits et places et en personnel médical et non médical des services de court séjour gériatrique et des EMG.

**TABLEAU n° 8 :
Lits et places, personnel médical et non médical
dans les services de court séjour gériatrique et les EMG**

REGION	Service de court séjour gériatrique				Equipe mobile	
	Nombre de lits	Nombre places hospitalisation de jour	ETP médicaux	ETP non-médicaux	ETP médicaux	ETP non-médicaux
Alsace	71	10	11	86,85	0,84	2,78
Aquitaine	75		5	56	0	0
Auvergne	40		7	49	1,5	4,5
Basse Normandie	58	0	2	6,5	0,2	2,1
Bourgogne	44		1	8,45	1	9,45
Bretagne	74	5	0	0	2,5	2,5
Centre	60	2	10	0	2	2
Franche-Comté	95	2	8,5	90,5	5	1,5
Haute-Normandie	105		12	95,9	2,5	4
Ile-de-France (hors AP-HP)	143	6	17,4	143,1	5,3	8
Languedoc Roussillon	84	20	6,45	78,75	2,5	6,25
Limousin	20	2	1,5	24,8	1	1
Lorraine	85	8	0	0	1	
Midi-Pyrénées	98	10	6,6		1	
Nord Pas-de-Calais	76				3	6
Pays de Loire	16		0,52	0,8	1	
Picardie	142	4	10,5	123,5	2	5,5
Rhône-Alpes	91	2	3	23	2,8	0
Total métropole	1 377	71	102,47	787,15	35,14	55,58

Sources : enquête DHOS 2004.

³² Les données de décembre 2004 ne sont pas encore définitives.

Ce recensement, comme d'autres qui sont décrits dans les tableaux précédents, souffre cependant de certaines carences. Par exemple :

- ils sont incomplets : la région PACA et l'AP-HP (qui sont cependant des territoires à forte densité sanitaire) n'apparaissent pas toujours dans les dénombrements ;
- la mission a constaté qu'il existait un problème de définition du court séjour gériatrique. Certains établissements déclarent officiellement ne pas posséder de CSG, alors qu'en fait ils ont des services qui répondent à cette classification. Mais pour des raisons diverses ceux-ci sont dénommés différemment (« médecine interne », « médecine polyvalente », « médecine à orientation gériatrique »), ou ne sont pas mentionnés parce qu'il ne s'agit pas de service complet, mais de partie de service ou d'unités ;
- il en est de même pour les équipes mobiles gériatriques, qui parfois ne sont pas comptabilisées parce qu'on les nomme localement « antennes » ou « unités »,
- comme cela a été souligné précédemment les éléments concernant l'AP-HP, compte tenu de son organisation particulière, nécessitent une interprétation très nuancée.

D'une façon générale, il apparaît donc que les conditions indispensables pour procéder à une analyse pertinente et approfondie de la situation ne sont pas encore réunies.

DEUXIEME PARTIE : LE CONSTAT

2.1 Un objectif de création d'équipes mobiles dans tous les hôpitaux à forte capacité

2.1.1 Les premières expériences d'équipes mobiles

La plupart des 96 équipes mobiles de gériatrie recensées à ce jour s'est constituée en application de la circulaire du 18 mars 2002 du ministère de la santé relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Ce texte ne faisait qu'avaliser l'expérience des quelques équipes pionnières en ce domaine telles que celles d'Orléans, de Grenoble, de Niort ou de Strasbourg, qui, au cours des années 90, avaient créé de telles unités mobiles, sans dotation supplémentaire pour la plupart, les gériatres se relayant pour assurer cette mobilité en plus de l'activité dans leur service³³.

Cette décision partait du constat de l'augmentation de plus en plus forte, au cours des toutes dernières années, du nombre de personnes âgées hospitalisées, et du fait qu'après 80 ans, la demande de soins médicaux et d'assistance croît plus vite.

Ainsi, au CHU de Grenoble, de 1996 à 1999, la proportion de patients de 75-85 ans a augmenté de 15 %, celle des plus de 85 ans a augmenté de 21%. On trouve des résultats voisins au CHU de Strasbourg (16 % d'augmentation dans la tranche d'âge des plus de 80 ans hospitalisés de 1998 à 2001) Les gériatres estiment que la moitié de ces patients sont des « sujets fragiles » selon les définitions de la littérature médicale sur la fragilité, et donc doivent bénéficier d'une prise en charge globale par une équipe spécialisée pluridisciplinaire afin d'éviter une hospitalisation prolongée par des décompensations en cascade compromettant le retour au domicile.

Or, dans les services ou les unités de gériatrie aiguë ouverts dans les CHU et CHR, seuls 10 % des personnes de plus de 75 ans trouvent un lit, les autres étant répartis dans les

³³ Au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, dès 1992, une « unité mobile gérontologique » avait été créée avec pour objectifs : d'une part « *fournir aux services qui le souhaitent un avis gérontologique pour un patient qui relève d'une spécialité, mais qui présente d'autres problèmes associés...* » d'autre part « *associer à l'évaluation médico-psycho-sociale la proposition d'une structure adaptée à son état* » (cf. « L'année gérontologique 2002 » : Unité mobile gérontologique : évaluation du fonctionnement d'une année – Impact sur les structures et les acteurs ». Page 89 et suivantes).

Au Centre Hospitalier de Niort, depuis mai 1998, avait été constituée une « unité mobile de réinsertion sociale » où les infirmières assumaient une mission d'évaluation gérontologique en collaboration avec une assistante de service social, un psychologue et une ergothérapeute, sous la responsabilité d'un médecin gériatre.

Une « unité mobile de gériatrie » a été créée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg en avril 1998. Son objectif était de faire bénéficier à toute personne âgée de plus de 75 ans hospitalisée en dehors du secteur gériatrique, d'un avis gériatrique spécialisé.

Au CHU de Grenoble l'UMG a été créée en 1998, avec un activité essentiellement intra hospitalière et une forte préoccupation méthodologique.

D'autres exemples pourraient être cités : ainsi au CHU de Nîmes dès le début des années 90 avait été créées deux unités distinctes : « l'équipe mobile de suite pour réadaptation » (EGS) et « l'équipe mobile d'intervention » (EGI) réunies en une seule équipe à la fin des années 90 : « l'équipe gériatrique de réinsertion et d'intervention » (GERI).

divers services de spécialités d'organe ou encore en attente aux lits-porte, au gré du motif d'admission principal et surtout de la disponibilité des lits.

Beaucoup d'établissements hospitaliers, dont la plupart des CH, ne disposent pas encore de service de court séjour gériatrique et admettent les patients les plus âgés dans les services de médecine dite polyvalente. Mais l'évolution naturelle de l'hôpital vers la technicité conduit ces services eux-mêmes à se spécialiser et à se doter d'une « orientation », l'organigramme de l'hôpital annonçant « médecine à orientation gastro-entérologique », « rhumatologique » ou « endocrino-diabétologique ». Dès lors ces services privilégient les admissions programmées dans leur champ d'intérêt et les personnes âgées polypathologiques se voient peu à peu refoulées de services qui avaient vocation à les accueillir.

Ces premières équipes ont incontestablement fait mûrir la réflexion de leurs pairs et des instances de décision, locales mais aussi nationales. Les premières évaluations de leur activité, certes fragmentaires, témoignèrent de la montée en charge rapide de leur activité et donc de l'importance de besoins jusqu'ici mal perçus par la communauté médicale de l'établissement ; à tel point que ces premières équipes ont vite été confrontées à des difficultés pour faire face aux appels des services et pour certaines, victimes de leur succès, ont été contraintes de mettre un frein à leurs activités, ou encore à en restreindre le champ.

C'est le cas de l'équipe d'Orléans, la plus ancienne, créée en 1992 sans moyens dédiés, qui a dû arrêter son activité en 1998 car la pression des services était si forte que les gériatres ne trouvaient plus le temps de répondre à toutes les demandes, ni même à celles des patients de leur propre service. Il faut souligner qu'à cette époque, les services attendaient de l'équipe mobile une gestion totale de la sortie - démarches en vue de placement, coordination des aides à domicile, entretiens avec les familles, voire lettre au médecin traitant - exercice d'autant plus difficile que le CH d'Orléans ne disposait jusqu'en 1998 d'aucun lit de soins de suites ! Epuisés par l'expérience et peut-être aussi, conscients d'être « instrumentalisés » par leurs confrères, les gériatres ont décidé, en accord avec la direction, de suspendre les activités mobiles dans les services. Ce n'est qu'en 2004, après création d'une véritable filière gériatrique intra-hospitalière (court séjour gériatrique, places d'hôpital de jour et de semaine, unité d'hospitalisation gériatrique de courte durée aux urgences, service de soins de suite) et obtention de moyens dédiés, que l'EMG d'Orléans a rouvert avec des missions clairement affichées et des règles du jeu bien établies sur le plan des responsabilités.

Ce sont les premiers pas difficiles de ces équipes qui ont ouvert la voie. Elles ont fait prendre conscience aux responsables de santé publique du fait que l'évolution actuelle des hôpitaux et tout particulièrement celle des plus gros établissements, CHR mais aussi de plus en plus de CH à forte capacité, vers la spécialité d'organe et l'hyper technicité, n'était pas du tout adaptée aux besoins des malades âgés. On observe un décalage marqué entre le fonctionnement hospitalier de plus en plus tourné vers l'ambulatoire, le souci de rentabilité et de valorisation des activités par un turn-over accéléré des patients et les impératifs d'une prise en charge globale, notamment médico-psychosociale, offerte autrefois aux patients âgés en perte d'autonomie par le service de médecine interne ou polyvalente dont chaque hôpital était doté.

2.1.2 Une équipe gériatrique mobile et transversale, une solution à la gestion difficile des « beds-blockers »

Ces patients âgés, qui nécessitent un temps et des compétences pluridisciplinaires pour leur réadaptation après un épisode aigu, leur réinsertion dans la communauté, ou leur éventuel

placement en institution, perturbent le fonctionnement des services de spécialité en exigeant une lourde charge de soins de nursing et de travail social.

Ce qui inquiète les responsables de ces services, très soucieux de voir leur durée moyenne de séjour majorée par la stagnation de patients ne requérant plus d'actes ou de thérapeutiques spécialisés : « *patient à problèmes*, « *patient peu intéressant* » ou « *peu valorisant* », « *patient peu rentable* », tous ces témoignages de spécialistes soulignent la perception encore très négative du malade âgé, fardeau pour l'hôpital dont il ralentit la marche en avant et la rentabilité à une époque où la tarification à l'activité agite tous les responsables hospitaliers.

Ce phénomène des « *beds blockers* » n'inquiète pas moins les gériatres qui déplorent les conséquences délétères d'une hospitalisation prolongée par défaut de programmation de la sortie et les effets iatrogènes de l'hôpital sur des patients fragiles.

Or, la progression rapide de la fréquentation hospitalière des personnes âgées - il n'est que de voir l'âge moyen des patients dans ces mêmes services de spécialité - implique que tous ces services sont appelés à prendre en charge de plus en plus de patients âgés relevant d'une pathologie d'organe chronique, et donc pas forcément « *inadéquats* ». Dans ces conditions, seule une adaptation des structures hospitalières permettant des activités transversales au sein des services d'organe et une mutualisation de compétences médicales, paramédicales et sociales, peut permettre à des établissements de santé à forte composante technique d'offrir aux plus fragiles et aux plus dépendants une prise en charge de qualité et d'éviter la « *perte de chances* » étroitement liée aux hospitalisations inadaptées.

2.1.3 Les missions des EMG telles que définies dans la circulaire du 18 mars 2002

Ces équipes sont chargées de « *dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences* ».

Il est rappelé que la prise en charge médicale du patient reste de la responsabilité du service dans lequel il est hébergé, ce que les gériatres des équipes mobiles respectent avec soin en ne formulant que des conseils et recommandations largement argumentées auprès de leurs confrères et non des prescriptions.

L'annexe 3 de la circulaire détaille ces missions :

- conseil, information et formation des équipes soignantes,
- évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes,
- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie,
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra hospitalière,
- orientation à la sortie d'hospitalisation,
- participation à l'organisation de la sortie.

On peut souligner le fait qu'il n'est fait état que de fonctions intra-hospitalières, alors que l'ensemble de la circulaire s'inscrit dans une logique de travail en réseau donc d'une ouverture sur les partenaires de proximité.

2.1.4 *Le financement de ces structures*

2.1.4.1 *Le financement courant*

Le financement des ces EMG est assuré par les Agences régionales d'hospitalisation sur les crédits d'assurance maladie (ONDAM³⁴), notamment sur la dotation nationale de développement des réseaux. Ainsi, un crédit de 8,23 millions d'euros a été inscrit à ce titre dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Pour le futur, la loi de finance de la sécurité sociale pour 2004 a instauré pour le financement des ressources une nouvelle procédure : la tarification à l'activité (T2A). Selon ce système la prise en charge financière sera désormais adaptée à la nature des soins prodigués, avec des tarifs de séjours adossés à la classification en groupes homogènes de malades du PMSI³⁵. Des forfaits annuels pour les activités d'urgences et de prélèvements d'organes sont prévus en sus. Dans le même esprit, les missions dites « d'intérêt général » (enseignement, recherche, innovation...) et le soutien à la contractualisation (contrats d'objectifs et de moyens) seront garantis par une enveloppe spécifique (enveloppe MIGAC). En principe, il est prévu de financer l'activité des équipes mobiles par ce biais.

Il est à noter que la question du financement de l'ensemble des activités gériatriques dans le cadre de la T2A fait l'objet actuellement de travaux menés par la DHOS avec les représentants des syndicats de gériatres. En effet, le PMSI, sur lequel va s'appuyer la nouvelle tarification, évalue la production de soins hospitaliers en relation avec un certain nombre de données médicales et administratives de séjours donnés. Or, comme le remarque le Dr Josiane HOLSTEIN³⁶ « *Cet outil médico-économique constitue pour la discipline gériatrique un enjeu stratégique majeur. En effet, cette discipline est concernée par le PMSI dans ses différents secteurs de prise en charge hospitalière (court séjour, SSR...). Plus encore que d'autres disciplines, la gériatrie se doit d'arriver à faire connaître ses particularités de prise en charge, tout en veillant à ne pas être pénalisée au niveau budgétaire en raison même de ces particularités (durées de séjour longues, poids de la comorbidité, faible production d'actes)* »³⁷.

Toutefois, des exemples ont prouvé (comme au CHU de Nîmes) que rien ne s'oppose à ce que des partenariats financiers extérieurs soient recherchés, pour contribuer aux dépenses de fonctionnement des EMG. Les manières de procéder peuvent être diverses : il est possible par exemple que les conseils généraux ou la mutualité sociale agricole mettent à disposition de l'EMG des personnels (comme des ergothérapeutes ou des assistantes sociales) pour les activités extra hospitalières par le biais de conventionnement.

2.1.4.2 *Le financement par le biais de plans d'action*

Le plan « Urgences 2004-2007 », cité précédemment, est également un moyen pour financer la création des EMG. En effet, suite à la prise de conscience déclenchée par les conséquences de la canicule, et au-delà de l'offre développée dans des services de court séjour gériatrique identifiés dans les établissements sièges de Service d'accueil des urgences, il a été

³⁴ ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie.

³⁵ PMSI : programme de médicalisation du système d'information. En l'occurrence une nouvelle version de PMSI doit être définie.

³⁶ Service d'Information et d'Evaluation médicale – AP-HP.

³⁷ Cité dans « Le livre blanc de la gériatrie française » page 361 «PMSI et gériatrie ».

prévu, notamment dans le cadre du plan urgences (2004-2007), de développer l'accès à des « compétences gériatriques » dans l'ensemble des établissements de santé. Les moyens humains mis à disposition dans ce cadre doivent permettre de constituer des équipes pluridisciplinaires composées de personnels médicaux, paramédical et social, formés à la gériatrie : c'est-à-dire les équipes mobiles de gériatrie.

Ce plan comporte 24 mesures, dont 4 concernent plus particulièrement la gériatrie et la mission de suivi :

- Mesure 21 : renforcer le potentiel de lits de gériatrie de court séjour. Cette mesure a été intégrée au « Plan Alzheimer » (objectif 8).
- Mesure 22 : développer les équipes mobiles gériatriques.
- Mesure 23 : créer 15 000 places de soins de suite médicalisés.
- Mesure 24 : développement de l'hospitalisation à domicile, afin d'atteindre une capacité totale de 8 000 places fin 2005.

L'échéancier financier de ces mesures est le suivant (en millions d'euros) :

Tableau n° 9 :
Les crédits des plans Urgences et Alzheimer

Mesures	Echéances	Budget	
		Total	Crédits pour 2004
Soins de courte durée	2004 – 2005	48	24
Développement de l'HAD	2004 – 2005	66	16
Création de lits de SSR	2004 – 2008	130	26
Equipes mobiles gériatriques	2004 – 2008	50	10
Développement des hôpitaux locaux	2004 – 2007	88	9
Autres mesures (urgences)		107	65
TOTAL	2004 – 2008	489	150

Sources : DHOS.

On peut noter au passage que l'enveloppe globale prévue pour les équipes mobiles (50 millions d'euros) est légèrement supérieure à celle prévue pour le court séjour gériatrique (48 millions d'euros).

➤ **Pour le court séjour gériatrique³⁸ :**

- Objectif atteint **fin 2003** (avant application du plan) : 117 centres hospitaliers disposent d'une unité de court séjour gériatrique.
- Objectif du plan urgences-gériatrie **2004-2005** : création de 90 courts séjour gériatriques.
- Objectif à atteindre à l'échéance **fin 2005** : affectation d'une unité de court séjour gériatrique dans chacun des établissements hospitaliers doté d'un Service d'Accueil et des Urgences (SAU), soit au sein de 207 centres hospitaliers (29 CHR et 178 CH).
- Objectifs atteints **fin 2004** :
 - Structures : création de 49 courts séjour gériatriques (de novo ou par transformation) soit un total de 877 lits équivalent à des unités de court séjour gériatrique comportant en moyenne 18 lits.
 - Personnels :

³⁸ Sources : mission JEANDEL-PFITZENMEYER.

- financement de 47 ETP médical (correspondant à l'affectation moyenne d'1 ETP médical par court séjour),
- financement de 428 ETP non médical (correspondant à l'affectation moyenne de 8 à 9 ETP non médical).
- Budget prévu (fin 2004) : 24 millions d'euros (sur un budget total de 48 millions d'euros).
- Budget effectivement utilisé (fin 2004) : 17 millions d'euros.

➤ Pour les équipes mobiles gériatriques

- Objectif du plan urgences-gériatrie **2004-2008** : création de 160 équipes mobiles gériatriques.
- Objectifs atteints **fin 2004** :
 - Structures : création de 75 équipes mobiles gériatriques.
 - Personnels :
 - financement de 93 ETP médical (correspondant à l'affectation moyenne d'1,2 à 1,3 ETP médical par équipe mobile) ;
 - financement de 387 ETP non médical (correspondant à l'affectation moyenne de 5 ETP non médical).
 - Budget prévu (fin 2004) : 10 millions d'euros (sur un budget total de 50 millions d'euros).
 - Budget effectivement utilisé (fin 2004) : 10 millions d'euros.

2.2 Une diversité importante dans le fonctionnement et les activités des EMG visitées

La mission a constaté, au cours de ses visites sur sites hospitaliers, la grande diversité de ces équipes mobiles, tant dans leur fonctionnement que dans leur composition en termes de métiers et d'effectifs et surtout dans l'étendue de leurs missions et du champ de leurs activités.

Ce même constat d'une grande hétérogénéité des EMG en place peut être établi, d'une part à partir des enquêtes de recensement de la DHOS effectuées en 2000 et fin 2004 sur les effectifs de personnels composant les équipes, d'autre part à partir des résultats du Programme Hospitalier de Recherche clinique (PHRC) coordonné en 2002-2004 par le Professeur BLANCHARD du CHU de Reims, relatif à « l'évaluation et le suivi des personnes âgées fragiles ». Ce travail comporte une enquête par questionnaire auprès de 40 EMG répertoriées en 2002 et une étude plus approfondie par entretiens sur sites pour 9 EMG implantées en CHU³⁹.

2.2.1 Des points communs à toutes les EMG : une même clientèle et des outils communs

Dans tous les sites visités, les EMG utilisent les mêmes grilles et outils pour leur « cœur de métier » qui reste l'évaluation médico-sociale de la personne âgée, et les profils de leur « clientèle » restent très ciblés, à savoir les personnes âgées dites « fragiles ». Ceci n'est guère étonnant puisque la plupart des équipes récentes, avant de concrétiser leur projet suite aux incitations ministérielles, ont pris conseil auprès des quelques équipes les plus anciennes, spontanément créées à la fin des années 90 (Grenoble, Orléans, Strasbourg) dont les premières

³⁹ Reims, Grenoble, Paris, Strasbourg, Orléans, Toulouse, Bordeaux, Nîmes – Montpellier, Saint-Etienne.

évaluations publiées laissent entrevoir les embûches et les difficultés, mais aussi les bénéfices pour les patients et pour le fonctionnement de l'établissement.

Beaucoup de gériatres, tentés par la création de telles structures, ont été reçus sur place, des personnels paramédicaux et de secrétariat ont été accueillis en stage dans ces établissements précurseurs.

Ces équipes pionnières, implantées en CHU-CHR, ainsi que celles qui les ont suivies, telle celle du CHU de Toulouse créée en 2001, s'estiment investies, outre leurs activités en direction des services de leur établissement, d'une mission de formation et d'aide aux projets des hôpitaux de leur secteur, dès lors qu'ils sont intéressés par une telle approche. En les aidant dans la conception du projet, en leur communiquant leurs expériences sur les pièges à éviter, en leur apportant un soutien sous forme de consultations d'expertise avancées, en recevant leurs personnels en formation, les EMG les plus anciennes ont largement contribué à l'éclosion de projets rapidement opérationnels sur tout le territoire, notamment hors CHU, puisqu'en fin 2004, on recense 96 EMG.

2.2.1.1 Une intervention ciblée, sur des patients bien identifiés

L'objectif premier de ces équipes mobiles est de se déplacer au sein des différents services de l'hôpital – et à leur demande- afin d'apporter de la « compétence gériatrique » là où le besoin en est ressenti. A savoir, non pas auprès des personnes âgées relevant d'une pathologie unique, même sévère, que le service spécialisé où elles ont été admises sait parfaitement maîtriser, ni les vieillards en fin de vie pour lesquels une équipe de soins palliatifs pourrait être plus utile, mais bien les *personnes âgées fragiles* jusqu'ici à peu près autonomes, pour qui l'épisode pathologique aigu ayant justifié l'admission et l'hospitalisation en elle-même constituent un risque de décompensation.

Parmi les équipes rencontrées, celles qui ont le plus de recul estiment que cette population des « fragiles » représente environ 20 % des personnes âgées hospitalisées, le plus souvent de plus de 85 ans, ou parfois plus jeunes mais présentant de petits déficits cognitifs dans un contexte de vie isolée laissant craindre des difficultés au retour à domicile.

C'est donc en termes de prévention de la perte d'autonomie qui menace ces patients et grève le pronostic ultérieur de retour au domicile, que s'inscrit l'action de ces EMG.

« C'est le rôle de l'équipe mobile d'aller repérer les plus fragiles dans les services de gériatrie, afin de rencontrer la famille, les proches et d'aménager l'avenir en mettant en place un plan d'aide personnalisé, c'est là qu'on est vraiment utile » souligne un gériatre d'EMG chevronné, qui a testé divers fonctionnements et missions avant de trouver sa voie.

2.2.1.2 Des outils d'évaluation gérontologique communs et standardisés

➤ Des outils communs de détection des facteurs de risques ou Evaluation Gérontologique Standardisée

Si toutes les équipes mobiles n'ont pas encore constitué un dossier-type pour documenter leurs interventions au lit du patient, elles utilisent quasiment les mêmes outils sous forme de grilles pour l'évaluation⁴⁰ :

⁴⁰ Cf. en annexe l'ensemble des grilles le plus souvent utilisées.

- de la dépendance (grille ADL, activités de base de la vie quotidienne),
- des troubles cognitifs (grille du Mini Mental Status ou MMS),
- de l'état nutritionnel (MNA ou Mini Nutritional Assessment),
- de la dépression (grille GDS Geriatric Depression Scale).

Il s'agit de l'ensemble des outils standardisés et internationalement validés auquel tous les gériatres ont recours dans le cadre de « *l'Evaluation Gérontologique Standardisée* » (EGS) Cette méthode largement utilisée a fait la preuve de son efficacité, au travers de diverses publications américaines puis européennes, en termes de réduction de la mortalité des patients âgés hospitalisés (14 %) réduction des réhospitalisations (12 %) mais surtout amélioration des fonctions cognitives (41 %) et du statut fonctionnel (72 %) ⁴¹. Elle vise à détecter les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux et d'environnement quotidien, susceptibles d'affecter la santé de la personne âgées et permet l'élaboration d'un projet de soins individualisé et d'un suivi objectif de l'évolution du patient à distance de l'hospitalisation. L'un des principaux objectifs de l'ESG est donc de structurer la prise en charge au-delà de la sortie, tout en en réduisant le coût global et de devancer les complications par l'identification des facteurs de risque et la mise en œuvre de mesures préventives de la perte d'autonomie.

➤ **Des procédures internes de fonctionnement et de communication plus ou moins formalisées selon les équipes**

Certaines équipes, sous la pression des demandes internes mais aussi extra-hospitalières, commencent à formaliser des *procédures d'intervention et de communication*, pour améliorer la lisibilité de leur action. Certaines ont réalisé une plaquette d'information à l'attention des services de l'établissement, d'autres un formulaire de demande d'intervention par les services permettant de chiffrer l'origine des appels, les motifs et leur évolution en nombre et en caractère, les délais d'intervention de l'EMG, le nombre de visites par patient (cf. en annexe un exemple de formulaire de demande d'intervention).

Rares, cependant, sont les équipes qui manifestent le souci de formaliser leur intervention comme l'a fait l'EMG d'Orléans ⁴².

L'organisation *interne* des équipes (circulation interne de l'information, réunions de synthèse...) relève par contre du mode informel compte tenu de la taille réduite des effectifs et de l'exiguïté des locaux des EMG qui permet à ses membres d'avoir des échanges quotidiens.

Les demandes des services s'opèrent le plus souvent par téléphone, la secrétaire de l'EMG – ou en cas d'indisponibilité une messagerie – veille à *l'enregistrement de toutes les demandes* et les communique sans délais à l'ensemble des membres de l'équipe qui insistent beaucoup sur l'importance de pouvoir être joints à tout moment. Les témoignages des services utilisateurs laissent toutefois penser que ce principe n'est pas toujours appliqué, surtout pour les équipes qui s'investissent beaucoup sur l'extra-hospitalier et sont sollicitées fréquemment pour des formations ou des consultations d'experts dans des établissements éloignés.

➤ **Un compte rendu de synthèse complet et rapidement disponible**

Dans tous les cas, l'équipe établit à la fin de son intervention auprès d'un patient un *rapport de synthèse* comportant, outre les éléments de son examen, les propositions de

⁴¹ In Lancet 1993, 342 : 1032-1036).

⁴² Cf. en annexe le logigramme d'intervention détaillée par étapes.

prescriptions et le cas échéant d'aménagements ergothérapeutiques du domicile, ainsi qu'un projet individualisé d'aides à domicile si le retour paraît possible ou d'orientation vers une institution. Ce compte rendu doit être disponible pour le service demandeur dans un délai très bref (dans les 24 heures si possible).

Au même titre, le médecin traitant doit être informé de l'ensemble des éléments de l'évaluation et des prescriptions et aménagements éventuels envisagés. Certaines EMG lui adressent une copie de leur compte rendu de synthèse, d'autres laissent ce soin au médecin du service demandeur lors de la lettre de sortie. Ce compte rendu très documenté est, pour le médecin traitant, comme pour les personnels de soins à domicile, riche d'enseignements et précieux pour le suivi à la sortie. On trouvera en annexe deux types de compte rendus au médecin traitant, l'un rédigé par une équipe de CHU dans le cadre d'une demande d'avis avant la sortie (correspondant à la seule intervention du gériatre au lit du patient hospitalisé pendant environ $\frac{3}{4}$ d'heure) l'autre beaucoup plus complet, émanant d'une équipe pratiquant à domicile en pluridisciplinaire (gériatre, infirmière, ergothérapeute) une examen de deux à trois heures.

2.2.2 Une grande hétérogénéité dans la composition et le fonctionnement des EMG visitées

2.2.2.1 Des structures modestes sur le plan des moyens

Dans tous les cas, il s'agit d'équipes multidisciplinaires à effectifs réduits -deux à cinq personnes en moyenne par équipe dont certains personnels mutualisés avec le service de gériatrie- un autre point commun étant l'expérience et la motivation des personnels recrutés pour ce type d'activité transversale, par définition mobile, donc sans véritable identité sur le plan des locaux.

Les unités visitées se contentent le plus souvent d'un ou deux petits bureaux pour recevoir et passer les nombreux appels téléphoniques, assurer le secrétariat, les comptes-rendus et les réunions de synthèse pour chaque cas. Le plus souvent, le point d'ancrage de l'EMG est le service de gériatrie, qui prête bureaux et salle de réunion en tant que de besoin. Seule l'équipe de Grenoble, suite à une heureuse récupération de locaux, dispose d'un véritable plateau clair et spacieux ; l'équipe de Strasbourg, pourtant très active, est particulièrement mal lotie avec un unique mini-bureau.

2.2.2.2 Des équipes dont la composition s'écarte des préconisations ministérielles

Selon la circulaire du 18 mars 2002, ces équipes doivent être constituées de professionnels ayant une expérience incontestable dans le domaine de la prise en charge médicale et médico-sociale des personnes âgées fragiles. Une équipe se compose « au minimum d'un(e) gériatre, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) assistant(e) social(e) et d'un secrétariat accessible à tout moment »

La mission a pu constater sur tous les sites que les personnels recrutés pour composer une EMG sont choisis pour leur motivation d'une activité transversale, leur souhait d'un travail en pluridisciplinarité, leurs qualités relationnelles et notamment leur empathie vis-à-vis des familles ; ils bénéficient souvent d'une expérience préalable en service de gériatrie. Les quelques échecs de recrutement ont rapidement été soldés, tant la compétence mais aussi

la bonne interactivité de l'équipe et la satisfaction des utilisateurs assoient la crédibilité de l'action.

Tant les enquêtes menées dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche clinique (PHRC) coordonné par le Professeur BLANCHARD que l'analyse menée par la mission permettent de constater que les EMG n'ont pas toute la composition préconisée par la mission ; par ailleurs, leurs moyens en effectifs de personnels sont très disparates, et ce sans lien évident entre l'importance des moyens alloués et le niveau d'activité demandée.

- Ainsi, un poste de *gériatre*, à temps partiel ou plus souvent à temps plein, est généralement affecté à l'EMG, encore que le PHRC signale 3 EMG sans gériatre dédié, ce qui laisse perplexe au niveau de la gestion quotidienne des appels pour expertise et de la responsabilité des prises en charge. Le gériatre n'est cependant pas toujours affecté à temps plein à l'UMG, il est parfois mutualisé avec le service de court séjour gériatrique. Ainsi, à Provins, ce sont les 5 géiâtres affectés dans les services d'hospitalisation - court séjour gériatrique et soins de suites- qui assument les missions de l'UMG à tour de rôle, chaque jour ouvrable en semaine. D'autres équipes plus anciennes, notamment en CHU, à Toulouse ou à Strasbourg, sont progressivement mieux dotées dès lors que la montée en charge rapide de leur activité souligne l'inflation des demandes d'intervention, avec un poste de PH temps partiel au départ transformé au fil des années en temps plein secondé par un temps partiel sous forme de vacations.

Au gériatre revient toujours l'expertise médicale et la synthèse en fin de bilan, c'est lui qui suggère au médecin du service « hébergeur » les examens et les prescriptions thérapeutiques ou les modifications d'ordonnance.

- *Une infirmière* fait pratiquement toujours partie de l'équipe. Sa compétence en termes de pratiques spécifiques aux besoins des malades âgés, son tact et sa disponibilité dans les relations avec les familles, sa bonne connaissance de l'offre de lits d'aval et des services à domicile, lui permettent d'apporter un plus à ses collègues soignants des services qui l'ont reconnu volontiers. L'infirmière « de prévention » va au-delà des pratiques soignantes habituelles en recherchant des déficiences débutantes et des risques de dépendance.

Par exemple, elle recherche des troubles de déglutition en faisant boire la personne devant elle, elle vérifie si une personne âgée était continente avant son admission et amène sa collègue du service à s'interroger sur la nécessité des couches, ou encore aide à gérer une agitation ou des troubles du comportement mis rapidement sur le compte d'une démence en proposant un traitement sédatif visant à calmer des douleurs méconnues à l'origine de ces troubles ; ainsi, une contention non justifiée et très anxiogène, qui prive la personne de toute autonomie pour s'alimenter ou se rendre aux toilettes, des escarres débutantes, l'installation d'une incontinence, peuvent souvent être prévenues, améliorant considérablement le confort du patient, déchargeant d'autant le personnel en soins de nursing, et surtout évitant de compromettre la possibilité de réadaptation à domicile.

Dans la mesure où l'infirmière tout comme le gériatre de l'EMG, dès qu'ils arrivent au lit du patient dans un service demandeur, sollicitent l'interne ou l'infirmière ou encore l'aide-soignante qui connaît bien les difficultés du patient -alimentation, mobilité, toilette...- pour mener avec eux son interrogatoire, la sensibilisation de ces personnels, peu habitués à une telle approche globale du patient âgé se fait peu à peu par compagnonnage et échanges entre pairs. La mission regrette toutefois que la faible

disponibilité des personnels des services ne leur permette guère, ainsi qu'elle l'a constaté, d'assister au déroulement de l'examen gériatrique.

L'infirmière intervient toujours en binôme avec le gériatre ; toutefois, dans certains sites, dès lors qu'elle a acquis une formation suffisante, elle peut se voir déléguer des pans entiers de l'évaluation gérontologique. Ainsi, à Strasbourg, la batterie des tests cognitifs, nutritionnels et psychologique est selon les cas et la disponibilité, effectuée par le gériatre ou l'infirmière.

La synthèse des observations et propositions de prescriptions reste néanmoins toujours l'apanage du gériatre de l'EMG, tant il est vrai que les pesanteurs corporatistes persistent à l'hôpital, et que seul le conseil de médecin à médecin est admis. Il apparaît néanmoins évident que la plupart des entretiens téléphoniques aux médecins traitants, aux médecins coordonnateurs de maisons de retraite ou aux familles, qui demandent beaucoup de temps mais sont nécessaires pour réunir des informations importantes sur les capacités de la personne et son environnement, de même que certains actes et tests de dépistage effectués par le gériatre dans la quasi-totalité des UMG visitées, pourraient tout aussi bien être confiés à des infirmières formées à cet effet, ce qui est le cas dans les pays anglo-saxons ; ce qui déchargerait d'autant le gériatre et lui permettrait de se consacrer à l'expertise et aux conseils thérapeutiques.

La mission a pu noter le rôle croissant de certaines infirmières confirmées au sein d'UMG déjà anciennes, et la reconnaissance de leurs compétences propres, y compris par certains médecins utilisateurs de l'EMG, qui n'hésitent pas à leur « *réserver certaines situations familiales complexes dont ils ne sont pas parvenus à se débêtrer* ». L'infirmière est un personnel indispensable au fonctionnement d'une UMG, et le recrutement de tels personnels, sous réserve de qualités personnelles et d'une formation minimum, devrait permettre de pallier pour partie à la carence actuelle de gériatres « mobiles ».

- **Une assistante sociale** - recrutement préconisé par la circulaire - ne fait, par contre, pas toujours partie de l'équipe. Dans certains cas, le poste prévu, généralement à mi-temps - n'est pas encore pourvu, faute de candidats intéressés par un temps partiel (Ambroise Paré) ou encore parce que le financement correspondant est en attente.

Mais le plus souvent, il s'agit d'un choix réfléchi. L'assistante sociale d'une EMG semble avoir des difficultés à trouver sa place face à ses collègues des services hébergeurs.

Certaines EMG ont connu plusieurs expériences peu concluantes, comme celle de Grenoble qui a vu se succéder en quelques mois trois assistantes sociales avant de recruter la titulaire actuelle qui est toujours en poste depuis 6 ans. D'autres équipes, face aux mêmes difficultés d'intégration, ont préféré se passer d'une assistante sociale, l'infirmière et l'ergothérapeute assurant les entretiens avec les familles et l'évaluation des possibilités de retour à domicile, en liaison étroite avec les assistantes sociales des services.

C'est le cas de la toute récente équipe de Saint-Antoine, qui a estimé au bout de quinze jours d'activité que « *l'assistante sociale faisait double emploi avec celle des services* », ou encore de celle de Toulouse qui justifie ainsi ses choix de recrutement : « *on n'a pas souhaité recruter d'assistante sociale, on laisse celles des services faire leur travail ; si on donne des moyens à l'EMG et que tous ces moyens servent à pallier les insuffisances en personnel des services, sans point d'ancrage, on ne répond pas à nos objectifs. Notre*

logique, c'est plutôt de s'asseoir sur les compétences existant dans les services faisant appel à nous »...

Même position au CHU de Strasbourg qui dispose d'une équipe ancienne : « *Notre souci, c'est de ne pas faire à la place de ... , donc nous travaillons avec les travailleurs sociaux de l'hôpital* ».

On constate que cette préoccupation de non-concurrence, dans un contexte hospitalier de ressources rares, justifie l'absence d'assistante sociale au sein des équipes mobiles implantées dans des CHU ou des établissements de soins à forte activité dotés déjà d'un service social consistant, dont les missions prioritaires sont intra-hospitalières.

A l'inverse, les établissements de proximité, moins dotés en personnel, et dont les équipes mobiles se sont données pour objectifs la sécurisation de la sortie, l'animation du réseau dont ils sont la tête de pont et la réponse aux besoins des partenaires extra-hospitaliers, ne sauraient se passer des compétences d'un tel personnel social pour assurer leurs missions extra-hospitalières. C'est le cas de l'EMG de Provins qui s'est dotée dès sa création en 2000 d'une assistante sociale à temps plein fort sollicitée.

Mais ce peut être aussi le cas d'équipes se situant dans des fonctionnements mixtes, à la fois intra et extra hospitalier. Ainsi, à Bichat, l'assistante sociale à mi-temps ne travaille pas directement pour les patients des services expertisés par les médecins de l'EMG, mais se déplace dans les institutions d'hébergement du secteur qui adressent régulièrement des malades pour nouer des contacts en vue de signer des conventions de partenariat avec le service dans le respect de bonnes pratiques.

Les mêmes réserves sur le recrutement *d'une psychologue* au sein de l'équipe mobile sont évoquées. La plupart des responsables de ces unités estiment qu'une évaluation neuro-psychologique de qualité doit se faire à distance de l'hospitalisation, les patients détectés comme fragiles étant souvent trop déstabilisés par le contexte de l'hospitalisation, ou plus encore des urgences et leurs performances en réponse aux tests sous-évaluées. Ce constat renforce la nécessité d'adosser l'EMG à une offre de filière d'évaluation complète, notamment à la possibilité d'une évaluation programmée rapidement après la sortie, effectuée dans la sérénité en consultation d'évaluation gériatrique multidisciplinaire, ou mieux, en hôpital de jour.

- Par contre, **la secrétaire** apparaît incontournable, tant la réactivité de l'équipe en réponse aux demandes d'intervention des services, la communication des informations relevées et l'envoi dans les plus brefs délais d'un compte rendu de synthèse aux médecins hospitaliers demandeurs et aux médecins traitants, sont des facteurs de succès de l'implantation d'une telle équipe. La mission a noté à maintes reprises l'impatience des médecins utilisateurs comme celle des médecins d'amont -généralistes et médecins coordonnateurs d'EPHAD- qui placés en situation de difficulté face à une personne âgée, veulent une réponse immédiate ou au moins l'assurance que leur problème va être rapidement pris en compte.
- **L'ergothérapeute** est présente au sein de certaines équipes, à temps très partiel et souvent mutualisé avec les services de soins de suites ; elle rend des services fort appréciés par les équipes qui en ont fait le choix, dans le cadre de la préparation à la sortie et l'aide à la décision sur la sécurisation du retour à domicile, en liaison avec les familles et les aidants. Certains ergothérapeutes se rendent à domicile pour apprécier les possibilités de retour et les éventuels aménagements nécessaires, d'autres s'appuient davantage sur les

partenaires médico-sociaux extérieurs (assistantes sociales des services du conseil général, SSIAD, CLIC...). Interrogés par la mission, ces « acteurs communautaires » qui prennent le relais des acteurs hospitaliers ont confirmé l'intérêt de pouvoir disposer d'une telle compétence, leurs institutions ne disposant pas d'ergothérapeute.

2.2.3 Des missions différentes répondant à des objectifs différents

2.2.3.1 Des objectifs intra-hospitaliers prioritaires

Ainsi qu'il a été souligné plus haut, la circulaire du 18 mars 2002, qui détaille les missions affectées à l'EMG, ne fait état que de *fonctions intra-hospitalières*, telles que :

- « *l'évaluation globale de la personne âgée, et la participation à l'élaboration du projet de soins* », en vue d'une prise en charge adéquate, médico-psycho-sociale, au sein des services hébergeurs, y compris celui des urgences
- « *l'orientation de la personne âgée dans la filière de soins gériatrique intra-hospitalière* », si cela s'avère indiqué : en clair, son transfert en service ou unité de court séjour gériatrique, du fait de sa fragilité et de sa polypathologie requérant des compétences et des soins de nursing spécifiques, ou plus souvent, faute de place, son maintien dans le service hébergeur, avec suivi de l'équipe gériatrique pendant son hospitalisation et surtout au décours de celle-ci sous forme d'un rendez-vous rapide en consultation ou en hôpital de jour gériatrique.
- « *la participation à l'organisation de la sortie* » d'hospitalisation et l'aide à la recherche d'aides à domicile ou de solutions d'hébergement institutionnel.

Le docteur COUTURIER de Grenoble a résumé, dans un tableau qui est partiellement reproduit ci-dessous⁴³, les différentes modalités de fonctionnement des équipes mobiles gériatriques, dans le respect des circulaires sur les filières gériatriques, les urgences et les CLIC.

⁴³ Paru dans « La revue de Gériatrie » Tome 29, n 9 Novembre 2004.

**Tableau n° 10 :
Modalités de fonctionnement des équipes mobiles**

Terrain d'intervention	Services de spécialités médico-chirurgicales	Urgences médicales et chirurgicales	Communauté et institutions
Equipe	Médecin, infirmier d'évaluation, rééducateurs	Médecin, infirmier d'évaluation et de prévention	Médecin, assistante sociale, psychologue
Objectifs	Amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'orientation dans la filière	Dépistage de la fragilité et des problèmes médico-sociaux, diagnostics gériatriques	Prévention des situations de crise médico-sociale et des hospitalisations non programmées
Action d'intervention	- Consultation gériatrique - Evaluation gériatrique multidimensionnelle - Orientation vers les SSR, HAD, SLD, pôle d'évaluation (HDJ,HDS) - Préparation du retour à domicile ou du projet d'institutionnalisation	-Aide à l'orientation rapide vers le plateau technique gériatrique -Organisation du retour à domicile avec HAD ou SAD, relais pour médecin traitant et signalement communautaire -Organisation d'une consultation pour une évaluation secondaire, ou une hospitalisation programmée	-Signalement et coordination-liaison avec le secteur social (CLIC) -Formation professionnelle (missions pôle d'évaluation en CHU) -Consultation hospitalière médico-sociale d'appui
Indications et population cible	Sujet âgé fragile en perte d'autonomie aiguë (physique ou psychique) ou monopathologique âgé sans filière de soins (bed blockers)	Patient en perte d'autonomie d'hospitalisme en raison d'un contexte de fragilité médico-sociale complexe (chuteurs, troubles cognitifs, réhospitalisés, isolement..)	Signalement communautaire de crise (syndrome démentiel) Soutien aux aidants de malades déments Réponse aux médecins de ville et aux professionnels du CLIC
Lieu d'intervention	Intervention au lit du patient (services de spécialités)	Unité d'hospitalisation de courte durée (dans les premières 24 heures)	Unité mobile de gériatrie ou pôle d'évaluation
Fonctionnement	Médecin et infirmier d'évaluation et de prévention	Présence d'un gériatre de l'unité mobile de gériatrie +/- infirmière	Assistante sociale + psychologue
Recommandations	-Faire préciser la demande d'intervention -Assurer le suivi des recommandations -Evaluer les résultats en terme de délai d'orientation et de satisfaction des personnels	-Fixer le cadre d'intervention (convention) -Avis gériatrique pour orientation difficile -Evaluation des possibilités alternatives à l'hospitalisation -organisation d'un retour précoce et du suivi ultérieur	-Convention avec le ou les CLIC (intervention sur signalement) -Hospitalisation directe -Utilisation des ressources communautaires (accueil de jour et séjour temporaire lits de répit) -Intégration des patients fragiles dans le réseau

➤ **Un objectif prioritaire pour les services de spécialités : le « dégageant des personnes âgées »**

Dans l'ensemble, quelles que soient les intentions humanistes affichées dans les projets soumis aux ARH, pour les praticiens non gériatres comme pour la direction des établissements, la création de ces équipes mobiles hospitalières visait avant tout l'amélioration de la fluidité des séjours, c'est-à-dire :

- en amont, la recherche de solutions aux admissions inadéquates dans les services aigus de spécialités, notamment par une meilleure orientation dès les urgences,

- en aval, la programmation de sorties « sécurisées » préparées tôt dans le cours du séjour, afin d'éviter le phénomène des « beds-blockers » .

Revenaient le plus souvent, dans les discours des responsables hospitaliers, certains éléments sur lesquels il convenait de réfléchir, à savoir :

- l'afflux de personnes âgées en situation de crise, notamment le week-end lorsque les familles, venues en visite, se rendent compte des risques du maintien à domicile et « déposent » leur parent aux urgences, faute d'avoir programmé six mois plus tôt la mise en place d'aides adaptées ;
- l'insuffisance de lits d'aval -notamment des soins de suites- perpétuellement évoquée, conduisant à la stagnation, dans des services de spécialité, de personnes âgées « médicalement sortantes mais physiquement présentes » ; ce qui, outre le coût de journées non justifiées en service aigu, leur fait courir des risques iatrogènes de surinfection et leur fait perdre un temps de réadaptation précieux ;
- l'insuffisante formation des personnels des maisons de retraite qui refusent de reprendre à la sortie des patients qu'elles estiment trop lourds,
- l'insuffisante formation et le manque de disponibilité de certains médecins libéraux et coordonnateurs d'EPHAD, qui ne voient d'autre solution, face à une situation de crise, que les urgences hospitalières, tant il est vrai que la coordination des soins et aides à mettre en place pour un vieillard fragile et surtout isolé demande du temps et une bonne connaissance des services de proximité. Une consultation de ce type demande environ $\frac{3}{4}$ heure à une heure, ce qu'un généraliste peut difficilement accorder.

Il n'est donc pas étonnant de constater que les sollicitations des services ont porté en priorité sur une demande plus ou moins franchement énoncée : désengorger les urgences, « débarrasser » les services de spécialités des personnes âgées admises en inadéquation faute de place en gériatrie, mais aussi celles relevant bien de la spécialité dès que la pathologie aiguë est jugulée mais que l'état général ou l'isolement impose une programmation de la sortie. « *Moi, je ne refuse pas une personne âgée qui fait un infarctus, je suis là pour soigner* » dit un cardiologue « *mais dès qu'il est réparé, je ne peux pas le garder, or c'est beaucoup plus long à récupérer qu'un plus jeune...* ».

➤ **Un deuxième objectif, souvent ressenti après un temps de fonctionnement de l'EMG, celui d'une expertise et d'un suivi gériatrique**

Pour être juste, il faut souligner que quelques spécialistes, conscients de leurs limites et des difficultés exprimées par leurs soignants face à des personnes démentes très agitées, ont appuyé la démarche des gériatres en sollicitant conseils et soutien dans des domaines de compétences et de pratiques qu'ils savaient ne pas bien maîtriser. Certes, les responsables de services d'ORL ou d'ophtalmologie qui se voyaient contraints d'héberger des vieillards faute de place en médecine faisaient déjà appel aux gériatres, mais au-delà, certains spécialistes, médicaux et chirurgicaux, ressentent le besoin de « faire différemment » et déplorent la non-qualité de la prise en charge qu'ils offrent à cette population.

- ***En chirurgie***

Ce sont souvent les orthopédistes, exposés aux difficultés de trouver une formule de réadaptation adaptée au grand âge, après une intervention courante sur le genou ou la hanche, qui ont les premiers découverts les bénéfices de l'intervention précoce d'une EMG dans leur service. « *Nos anesthésistes savent faire de la géronto-anesthésie, nous on sait faire de la*

géro-orthopédie, mais la gériatrie globale, non » dit un chef de service d'orthopédie, cependant que le cadre infirmier de chirurgie confirme : « Face à une mémé qui délire, qui hurle et arrache sa perfusion, on été dépassés, le gériatre et l'infirmière de l'EMG nous ont appris à calmer la douleur, à les rassurer et à éviter de les attacher... ». Un chirurgien orthopédiste, un peu abrupt, a l'avantage de la clarté dans l'expression de ses besoins : « On demande à l'équipe gériatrique de se charger de tout le côté médical des personnes âgées qu'on opère, on n'est pas là que pour mettre un clou et regarder une radio, on veut aussi que quelqu'un soit disponible pour assurer l'ensemble : la gestion de la dépendance, toutes les négociations avec l'aval, les familles, le médecin traitant, la maison de retraite qu'il faut rassurer sur ses capacités à assurer les soins en vue de réadaptation. Les anesthésistes ne sont pas compétents pour ça et surtout, ils s'en foutent ».

- En médecine de spécialité

Les services de médecine spécialisée viennent aussi peu à peu à solliciter cette fonction d'expertise globale : « Avant, on appelait, en tant que consultant au lit du patient âgé, le gastro-entérologue, puis l'urologue, puis l'infectieux. Ils venaient, écrivaient leurs prescriptions dans le dossier, mais personne ne faisait le lien et à la sortie, on était perplexe devant la longueur de l'ordonnance... Depuis qu'on a l'EMG, c'est plus intéressant » ce que confirme le cadre infirmier du même service : « L'équipe mobile nous rassure, ils prennent le temps de nous expliquer comment se comporter, les questions à poser et pourquoi c'est important. Il y a tout un aspect préventif qu'on ne faisait pas avant... Quand on voit ces personnes âgées arriver avec des ordonnances de trois pages, trois calmants différents, ce n'est pas étonnant s'ils chutent la nuit... ».

Dans l'ensemble, même si les demandes d'expertise gérontologique sont de plus en plus fréquentes, la majorité des recours à l'EMG traduit une demande d'aide à l'orientation à la sortie. L'équipe de Provins, hôpital général qui remplit bien ses missions d'hôpital de proximité, bien implanté au sein d'un maillage réactif de correspondants médicaux et paramédicaux extra-hospitaliers, note que 90 % des appels des services correspondent à des demandes de transfert vers un service de soins de suites. Créée en 2002, cette équipe estime qu'elle assume une fonction qui existait déjà mais, n'était pas formalisée par une procédure permettant à l'ensemble des intervenants de trouver sa place au bon moment, c'est-à-dire le plus précocement possible dans le cours du séjour. Depuis 2002, les services d'hospitalisation font appel à l'équipe dès le deuxième ou troisième jour et la fluidité des sorties est déjà nettement améliorée.

➤ Un travail différent de tri et orientation aux urgences

Le travail de l'EMG aux urgences s'accomplit dans un contexte bien différent, les patients sont inquiets et souvent confus, le temps presse, les personnels sont peu disponibles, les places dans les services sont rares. Il n'est donc pas question d'évaluation gérontologique fine.

Par contre la détection de patients fragiles dont l'état ne justifie pas l'admission urgente, mais qui pourraient bénéficier à cette occasion de l'entrée programmée dans la filière gériatrique en vue d'un plan d'aide et de suivi, permet d'éviter des retours successifs aux urgences dans un état de plus en plus dégradé. C'est là un des motifs d'intervention de l'équipe mobile, qui aide l'urgentiste à prendre une décision sécurisée de non-admission en urgence.

L'autre demande des urgentistes porte sur l'orientation adéquate des patients âgés dès lors que l'admission est décidée, cas le plus courant à cet âge, systématique en soirée et la nuit. Ainsi, à Grenoble, sur demande de la direction, l'EMG a signé une convention avec le service des urgences : tous les matins, pendant 3 à 4 heures, le binôme gériatre-infirmière prend en charge les patients âgés signalés par les urgentistes comme « fragiles » ou nécessitant un avis gériatrique, aux urgences et dans les lits d'UHCD⁴⁴ ; à la satisfaction des urgentistes qui estiment que l'EMG fait un travail en profondeur en tenant compte des conditions de vie de la personne, de son état et de ses capacités antérieures : « *En tant qu'urgentistes, on sait gérer l'urgence, y compris chez les très vieux, mais quand l'EMG est là, elle nous aide à les placer et à les placer où il faut. Ils connaissent les filières, les hébergements d'aval, leurs spécificités ; nous, on ne peut pas passer une heure et demi au téléphone avec les services intra ou extra hospitaliers pour trouver la bonne place* ». Mais le temps accordé aux urgentistes ne permet plus à l'équipe mobile de Grenoble d'être aussi disponible pour les autres services qui se plaignent : « *Depuis que la direction, suite aux conséquences de la canicule, a kidnappé l'EMG pour la mettre en priorité aux urgences, ça nous manque bien, elle rendait service pour les préparations de sortie et pour les choix d'orientation vers tel ou tel SSR* ».

L'EMG d'Orléans, lors de sa réouverture en 2004, a tiré les leçons de sa première expérience où en 1998, victime de son succès, mais aussi d'une certaine « instrumentalisation » par les autres médecins, elle a dû abandonner. Comprenant qu'elle ne pouvait être présente sur tous les fronts, elle a fait des choix en concertation avec ses pairs. Le responsable des urgences estime qu'avec 25 à 30 personnes âgées par jour aux urgences : « *On part du principe que nos urgentistes sont capables de se débrouiller pour la partie urgente dans chaque spécialité, donc pour la partie urgente de la gériatrie... Deux de nos urgentistes ont passé la capacité de gérontologie et on favorise ce mouvement* ». « *On a considéré que l'EMG ne devait pas avoir un rôle de tri aux urgences, on a souhaité qu'elle nous aide en différé en nous apportant des avis spécialisés sur des situations gériatriques globales, donc dans les 14 lits porte dédiés aux personnes âgées* ».

L'EMG d'Orléans n'intervient donc pas régulièrement aux urgences, sauf auprès des personnes âgées dont l'admission, parfois décidée depuis 2 ou 3 jours, ne peut se faire faute de place et qui stagnent aux urgences sur des brancards dans des conditions délétères. Par contre, un gériatre de l'équipe mobile passe longuement tous les matins dans les lits porte gériatriques dont elle contribue largement à assurer la fluidité et le suivi des malades, même si la responsabilité en revient au chef de service des urgences.

Cette expérience d'Orléans amène la mission à s'interroger sur le bien-fondé d'une intervention systématique de l'EMG aux urgences, comme c'est le cas à Grenoble. Une telle organisation conduit à réduire considérablement la disponibilité de l'équipe pour les services d'hospitalisation et pour l'animation d'activités extra-hospitalières. Ce problème a fait l'objet d'un débat lors de la Conférence de consensus du 5 décembre 2003 relative « à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », débat sur lequel la mission reviendra (cf. infra § 4131).

➤ Des délais d'intervention qui s'allongent

Les exemples ci-dessus des EMG de Grenoble et d'Orléans soulignent les difficultés de ces équipes à couvrir l'ensemble des besoins d'un établissement de forte capacité. Compte tenu de leurs effectifs en personnels réduits (en moyenne 3 à 5 personnes, parfois moins

⁴⁴UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) pour les malades âgés. Il existe également aux urgences du CHU d'Orléans une UHTCD : unité d'hospitalisation de très courte durée.

encore pour les plus récentes en cours de recrutement) on constate que, rapidement, l'ampleur de la tâche déborde les capacités, quelles que soient la motivation et la grande disponibilité de ces personnels. Les demandes augmentent très vite, mais deviennent aussi plus pertinentes, or une évaluation des fonctions cognitives pour une suspicion de démence est beaucoup plus longue qu'un simple avis.

En moyenne, les équipes souhaitent intervenir dans les 24-48 heures après l'appel, car leur réactivité est un élément clé du bénéfice de l'intervention, tant il est connu que les personnes fragiles se dégradent vite à l'hôpital en l'absence de prise en charge adaptée à leurs risques d'incapacité. Un membre d'EMG, cité dans l'analyse sociologique menée dans le cadre du PHRC déjà évoqué, explique que le travail en équipe mobile a fait évoluer son regard sur l'hôpital : « *D'avoir une vision transversale sur l'ensemble d'un hôpital m'a permis de prendre conscience d'un fait : à quel point l'hôpital abîme les vieux ; il y a des vieux qui sont hospitalo-solubles, ils rentrent en marchant et en quinze jours d'hospitalisation, ils sont grabataires...* ».

Souvent les délais s'allongent, passant à quatre jours voire une semaine, le « bip » sonne dans le vide, ce qui fait perdre à l'EMG sa crédibilité auprès des utilisateurs qu'ils ont convaincus de la nécessité de les appeler tôt, et de la pertinence de ses interventions. Des choix de sites deviennent alors nécessaires.

➤ **Un choix nécessaire dans l'étendue des domaines à couvrir, au sein même de l'hôpital**

Ainsi à Toulouse : « *On voyait bien qu'on ne pouvait pas tout faire, on nous sollicitait à tout moment aux urgences et il fallait répondre de suite, on a souhaité privilégier le soutien aux services sur leurs demandes et développer le travail sur le réseau extra-hospitalier (cf. infra) et on a du diminuer notre temps d'intervention aux urgences* ».

L'équipe de Strasbourg a d'emblée fait le choix de répondre aux services : « *Les interventions aux urgences ou dans les services, ce n'est pas le même travail ; aux urgences, on pare au plus pressé, on fait un tri, c'est déjà bien, mais on n'a pas le temps de faire une évaluation ni un travail de fond avec les familles, c'est dans les services qu'on est utiles pour apporter dans le temps une culture et des pratiques gériatriques qui font défaut* ». Pressé par la mission d'argumenter les raisons qui ont guidé ce choix, le responsable avance un argument de poids : « *Il faut commencer là où on sent que c'est mûr ; les premiers services qui ont fait appel à l'EMG, c'est ceux où j'avais été interne et où on connaissait ma façon de travailler* ».

➤ **Un souci de non concurrence et de clarification des responsabilités**

Cette dernière réflexion témoigne bien des réserves de certains praticiens hospitaliers à l'égard de l'intervention des personnels d'une EMG dans leur service. La mission a pu constater, en suivant des équipes dans leur travail en salle, à quel point elles veillaient à se montrer discrètes, à ne pas perturber le travail des soignants en exigeant d'eux une disponibilité pendant l'examen gériatrique, et surtout à ne jamais faire « à la place de », leur intervention se limitant à des avis, des conseils, des propositions de prescriptions, seul le praticien du service gardant la responsabilité des soins et examens.

Pour se faire admettre par les pairs et éviter toute appréhension de concurrence, les équipes mobiles ont accepté au début toutes les demandes d'intervention de leurs collègues sans en discuter les motifs.

Ainsi le gériatre d'une EMG toute récente exprime une évolution assez fréquemment rencontrée : *« Notre arrivée n'a pas vraiment été bien accueillie ; la direction était moteur pour l'implantation d'une filière gériatrique dans l'établissement qui en était dépourvu, le président de CME était assez favorable, les urgentistes indifférents, les autres chefs de services plutôt hostiles : on va encore nous prendre des lits, c'est autant de moyens qu'on n'aura pas »... « Au début, toute la misère du monde était pour nous, tous les patients dont ils ne voulaient pas, y compris des patients pas très âgés, déments alcooliques... On a répondu et au bout de quelques mois, on a senti la demande évoluer, les motifs d'appel sont devenus beaucoup plus adéquats ».*

Dans la plupart des cas, en quelques mois, leur compétence, leur approche différente bien perçue par les soignants qui, à leur contact, adaptent mieux leurs pratiques et leurs attitudes aux besoins de la personne âgée, la valeur ajoutée de leurs conseils thérapeutiques et la modération de leurs prescriptions, ont fait prendre conscience aux spécialistes utilisateurs des avantages d'une telle collaboration qui ne les prive en aucun cas de leurs responsabilités sur leurs patients.

➤ Une évolution positive dans les demandes d'intervention des EMG

Cette attitude de discrétion et de tact a aidé les équipes mobiles à s'implanter en douceur au sein des services et à les fidéliser. La montée en charge de leur activité, qui n'est que le témoin de l'inflation des demandes, puisque l'EMG ne s'impose jamais dans un service et ne vient que sur appel, a parfois été telle que l'EMG a été rapidement dépassée par des demandes pas toujours justifiées, ou pour lesquelles elle ne disposait pas de l'offre de lits gériatriques lui permettant de répondre. Comme le souligne la gériatre responsable de l'équipe de Bichat : *« Au début, on ne m'appelait que pour du « désencombrement » et je ne pouvais pas les admettre tous en gériatrie, ce n'est que plus tard qu'on m'a demandé des expertises gérontologiques de cas complexes ».*

Même témoignage du gériatre de l'EMG d'Ambroise Paré, CHU implanté dans un secteur à forte population âgée, disposant depuis fin 2004 de 12 lits de court séjour gériatrique et d'une EMG : *« Au début, on m'appelait surtout pour des demandes de placement en soins de suite, mais peu à peu on a noté un glissement intéressant dans les motifs d'appel et de plus en plus on nous demande un avis sur l'alimentation, les soins d'escarres, la contention de personnes agitées... En l'absence de service de neurologie, on est consultés pour des problèmes diagnostiques et thérapeutiques dans des situations de confusion ou de démence, qui perturbent beaucoup les personnels ».*

L'infirmière d'une EMG observe : *« Ils nous ont vu arriver en faisant le gros dos, c'était plutôt la direction qui nous imposait dans le cadre du projet d'établissement, mais maintenant, ils se rendent compte qu'ils ne savent pas grand chose sur la dénutrition, les troubles du comportement, les fins de vie, les démences qui leur font peur, et ils deviennent de plus en plus demandeurs de formations très pratiques sur ces sujets, pour les mieux gérer au sein de leurs services... ».* Il est à noter que cette demande de formation sur thèmes bien concrets émane surtout des infirmières et aides-soignantes, très intéressées par l'apport de leurs collègues de prévention.

2.2.3.2 *Certaines équipes remplissent des missions extra-hospitalières, qui dépassent les objectifs de la circulaire*

La mission a constaté que certaines équipes mobiles allaient bien au-delà des activités décrites ci-dessus, ou du moins se fixaient des champs d'action plus étendus, correspondant à des objectifs plus ambitieux, dépassant largement les limites de l'hôpital. Il s'agit dès lors de missions extra-hospitalières, en particulier de :

- la formation ou sensibilisation des partenaires médicaux et para-médicaux de proximité à leur demande ;
- la coordination du réseau, le plus souvent informel, des correspondants médicaux - médecins généralistes, coordonnateurs d'EHPAD- et médico-sociaux institutionnels ou associatifs (CLIC, SSIADD...) ce qui suppose un temps important de réunions et d'échanges téléphoniques, et la mise à disposition d'un accès téléphonique dédié aux intervenants extérieurs, appelé par certains « fil rouge » ;
- l'élaboration de procédures et de référentiels à leur intention ;
- les conseils et aide méthodologique à leurs projets de mise en œuvre d'un travail concerté en réseau ou de déclinaison de nouvelles équipes mobiles ;
- assistance régulière sous forme de consultations avancées programmées ou à la demande, pour aider les hôpitaux locaux ou les EPHAD du secteur à résoudre des situations complexes, ce qui évite souvent l'hospitalisation au centre hospitalier référent éloigné du domicile.

Il s'agit donc de missions extra-hospitalières, alors que la description des missions et du fonctionnement des EMG qui est faite dans la circulaire du 22 mars 2002 concerne une activité strictement intra-hospitalière ; rien ne laisse entendre, dans ce texte, que la mobilité de ces équipes leur permette de sortir de l'enceinte de l'hôpital. Pourtant, l'objectif même de la circulaire est l'amélioration de la filière de soins gériatriques s'inscrivant dans un travail en réseau.

Les équipes mobiles les plus anciennes ont toutes ressenti les limites importantes de l'intérêt de leur travail si elle restent repliées sur l'hôpital. Les responsables d'EMG plus récentes, telles qu'à Ambroise Paré ou Saint-Antoine, reconnaissent que ces missions extra-hospitalières de formation des correspondants et de participation à la coordination des interventions à la sortie relèvent bien de l'activité de la filière gériatrique hospitalière, mais ils n'ont pas eu le loisir d'identifier si ces missions extra-hospitalières relevaient de l'EMG ou des gériatres de l'établissement, toutes unités confondues. La plupart estiment que les missions d'appui auprès des services de l'hôpital sont prioritaires, suivant en cela les incitations de la circulaire, de leur direction, et de leurs pairs. Leurs effectifs limités ne leur permettent d'ailleurs pas d'envisager d'étendre leurs activités.

Parmi les EMG qu'elle a visitées, la mission a porté son attention sur le fonctionnement de celles qui tentent de faire face sur tous les fronts, extra et intra hospitaliers. Chaque cas est unique dans son histoire locale, son contexte relationnel, son fonctionnement. Chaque équipe a adapté ses objectifs et donc ses activités selon l'orientation des instances de direction de son établissement et de sa communauté médicale, les sollicitations des partenaires de ville et surtout l'état d'avancement du maillage du réseau environnant, qui va de pair avec l'implication plus ou moins forte des partenaires extérieurs. Il serait dangereux de proposer de l'extrapoler ou de modéliser une expérience intéressante.

Ont été rapportés ici les fonctionnements mixtes intra et extra-hospitaliers de deux équipes de CHU dans le cadre de leur mission de formation et de pôle de référence - Toulouse et Bichat – l'activité purement extra hospitalière d'un établissement gériatrique en région parisienne, Plaisir, qui travaille essentiellement à domicile. Enfin, le cas particulier de l'hôpital général de Niort, fruit de l'histoire locale, sera évoqué.

L'orientation du travail de ces équipes repose sur deux constats :

- l'insuffisance de prévention des situations de crise en amont, donc au niveau du domicile et des médecins libéraux : *« si les urgences sont embouteillées par les personnes âgées, c'est en partie parce que le travail en amont n'a pas été fait, qu'on a attendu le dernier moment pour nous envoyer la personne, parce qu'elle chute sans arrêt sans qu'aucune prévention n'ait été proposée, parce qu'il est tard, qu'on est vendredi soir, que les services d'aides sont fermés le week-end »*. *« Dans l'ensemble, sur les 250 généralistes de notre secteur, 200 se débrouillent assez bien, et nous envoient peu de personnes âgées en situation de crise, mais une cinquantaine ne veut pas s'y intéresser, ne prend pas le temps de coordination nécessaire, et nous les adresse aux urgences avec la mention suivante : je vous adresse Mme X pour placement... »*.
- l'insuffisance de capacité de lits d'aval, sans doute réelle en maints endroits mais ce constat demande à être vérifié au cas par cas, mais surtout les lacunes dans la formation et l'animation-coordination des personnels des services de maintien à domicile et des structures d'hébergement et de soins en aval de la sortie.

Les mesures préventives, mises en œuvre par certains gériatres hospitaliers en collaboration avec les partenaires communautaires en vue d'éviter ce genre de situations, commencent à porter leurs fruits, notamment avec l'implantation de CLIC de plus en plus nombreux (cf. tableau n° 6 ci-dessus). Encore faut-il que la coordination des informations entre l'hôpital et les acteurs libéraux et communautaires soit assurée, afin que le relais s'effectue sans ruptures dans le projet de soins et d'aides.

L'un de ces gériatres hospitaliers qui investissent beaucoup d'énergie dans le maillage d'un réseau analyse la situation avec lucidité et donne des clés pour l'action à mener : *« Les patients stagnants dans les lits aigus, on connaît tous le problème, ce peut certes être lié à la pénurie de lits d'aval, notamment de soins de suite adaptés à la gériatrie, mais c'est surtout une mauvaise fluidité de l'offre de lits et moyens. A chaque fois qu'on fait des efforts pour améliorer la coordination, amener les conseils généraux à s'investir, bien informer les généralistes sur les solutions existantes autres que les urgences, tout en s'engageant à leur prendre leurs patients si ça ne marche pas, on note que les lits sont moins engorgés et que ça se passe bien mieux aux urgences »*.

C'est bien la mission dont se sentent investies certaines équipes mobiles d'établissements référents de proximité, tels que Provins ou Plaisir, mais aussi certaines équipes de CHU - dans le cadre de leur mission de formation et de pôle de référence - comme Toulouse ou Bichat.

Les responsables d'EMG plus récemment créées au sein de CHU -Ambroise Paré, Saint-Antoine- reconnaissent que ces missions extra-hospitalières de formation des correspondants et de participation à la coordination des interventions à la sortie relèvent bien de l'activité de la filière gériatrique hospitalière ; mais la plupart estiment que les missions d'appui auprès des services hospitaliers sont prioritaires pour elles, suivant en cela les

incitations de la circulaire, de leur direction, et de leurs pairs. Leurs effectifs limités ne leur permettent d'ailleurs pas d'envisager d'étendre leurs activités.

Nous citerons quelques expériences d'EMG parmi celles visitées, qui tentent de faire face sur tous les fronts, extra et intra hospitaliers. Chaque cas est unique dans son fonctionnement et son histoire, il serait dangereux de proposer de l'extrapoler, chaque équipe ayant adapté ses activités selon l'orientation des instances de direction de son établissement et de sa communauté médicale, les sollicitations des partenaires locaux et surtout l'état d'avancement du maillage du réseau environnant.

Mais on perçoit déjà, malgré leur enthousiasme, un certain épuisement de ces personnels, les délais d'intervention s'allongent et des choix de priorités d'activité, pas toujours justifiés par les besoins réels, sont opérés, faute de disponibilité.

➤ **L'EMG du CHU de Toulouse, à la fois intra et extra hospitalière**

L'EMG de Toulouse, à la fois intra et extra hospitalière, intégrée dans un réseau gérontologique.

Créée en février 2001 au sein du pôle gériatrie et psychiatrie du CHU de Toulouse et à partir des ressources du pôle, puis renforcée en personnel grâce aux crédits du plan Urgences alloués par l'ARH en 2004⁴⁵, cette équipe a d'emblée affiché sa préoccupation de coordination et soutien aux structures extra-hospitalières intéressées. En effet, plusieurs hôpitaux locaux et maisons de retraite, dans un rayon de 30 à 100 kilomètres, avaient manifesté leur intérêt pour une collaboration en réseau et des besoins de formation, d'expertise et de conseil.

Parallèlement, les responsables de la tutelle régionale, la direction et la communauté médicale du CHU de Toulouse ressentaient la nécessité de structurer la filière de soins, ce qui a conduit à la création d'une unité tournée à la fois vers les services de l'hôpital, et intégrée à un réseau gérontologique, originalité de cette structure. Elle cumule ainsi les fonctions d'unité mobile au sens de la circulaire, c'est-à-dire orientée vers les services hospitaliers du CHU, pour l'essentiel dans les services d'urgences, d'orthopédie et de médecine interne, avec les fonctions d'un pôle d'évaluation gérontologique en réseau. Ce réseau, régional, est actuellement constitué de 8 centres hospitaliers et hôpitaux locaux, de 14 maisons de retraite et de 4 CLIC⁴⁶.

L'EMG offre son expertise à partir de l'hôpital pour les consultations de crise (une ligne téléphonique dédiée reçoit en moyenne chaque jour 5 à 6 demandes de conseil et d'orientation de la part de partenaires extra-hospitaliers) ou les consultations de télémédecine ; mais surtout elle se déplace, les délais d'attente aux consultations de « crise » montrent une saturation. dans les CLIC et les établissements du réseau, maisons de retraite, hôpitaux locaux et généraux, sous forme de consultations avancées sur les cas les plus complexes, programmées comme au Centre Hospitalier Intercommunal de Foix-Pamiers, ou ponctuellement à la demande. Un tutorat des médecins coordonnateurs d'EHPAD est également proposé par l'équipe.

A terme, l'objectif de l'unité est de transférer les compétences en gériatrie aux hôpitaux locaux et généraux afin qu'ils créent des structures d'évaluation gériatrique, et des

⁴⁵ En 2005, la composition de l'EMG de Toulouse est la suivante : 1 PH en gériatrie à temps plein, 1 vacataire temps plein gériatre, 1 psychologue à temps plein, 1 IDE à temps plein, une secrétaire à mi-temps.

⁴⁶ 4 CLIC de niveau 2 et 3 créés dans l'agglomération toulousaine, financés par l'Etat.

unités mobiles gériatriques de proximité dans les plus importants. (A ce jour, l'EMG de Toulouse, après avoir soutenu et conseillé le CH de Montauban qui développe un projet intéressant et concerté de filière gériatrique, mène avec le CH de Saint-Gaudens un important travail : aide au projet, formation des médecins à l'évaluation gériatrique et formation des soignants aux bonnes pratiques, télé-médecine...).

La mission a rencontré des représentants d'établissements partenaires du réseau, tous ont souligné avec vigueur l'intérêt d'une telle structure, à la fois dans le domaine de l'expertise gériatrique et dans celui de la circulation de l'information et des échanges entre acteurs et structures hospitaliers et libéraux.

Un seul « bémol » à cette activité, très orientée sur les besoins des établissements de proximité et qui a fait à l'évidence la preuve de son utilité : compte tenu des moyens humains limités dont dispose l'unité mobile, les délais d'attente aux consultations de « crise » montrent une saturation, par ailleurs elle ne peut répondre à de nouvelles demandes de plusieurs établissements qui souhaitent être conventionnés pour bénéficier notamment des consultations avancées de l'unité mobile.

En outre, cette activité déconcentrée se fait quelque peu au détriment des services du CHU qui le déplorent, comme ce praticien de médecine interne : « *Je suis un gros utilisateur de l'EMG, il en faudrait presque une rien que pour mon service dont le recrutement est âgé, mais je tombe souvent sur la boîte vocale car ils sont très pris par les formations et les consultations avancées à l'extérieur* ».

L'EMG de Toulouse, en dépit de l'engagement de ses personnels, arrive à un stade où elle s'impose des choix de priorités d'action. Une scission des missions intra et extra hospitalières est envisagée, ce qui suppose un renforcement des équipes. Reste à savoir si toutes les missions qu'elle tente d'assumer lui reviennent ou si certaines devraient être assurées par l'ensemble des structures du pôle.

➤ **L'EMG du CHU de Bichat**

La responsable du service de gériatrie de Bichat explique qu'elle a du rapidement scinder l'EMG adossée à son service en deux équipes, l'une dotée d'un gériatre vacataire (6 vacations) et d'une secrétaire à mi-temps, qui assure le « désencombrement » des services et l'orientation des plus fragiles dans la filière gériatrique, l'autre équipe composée de deux PH mi-temps dédiés à l'expertise gériatrique suite aux demandes d'avis des services. Quant à l'assistante sociale à mi-temps, elle laisse ses collègues des services organiser les sorties des patients pris en charge par l'EMG, et se consacre à un travail de fond sur les acteurs d'amont et d'aval de la filière : soutien et conseil aux maisons de retraite du secteur géographique dans lesquelles elle effectue des visites en vue de constituer un réseau de correspondants sensibilisés à la même approche et aux mêmes outils d'évaluation, préparation de conventions avec ces structures leur assurant des relations privilégiées avec la filière gériatrique intra-hospitalière.

➤ **L'équipe mobile de liaison gériatrique de l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir**

Cette équipe, qui fonctionne depuis à peine un an, constitue une expérience tout à fait originale, basée sur le modèle canadien d'évaluation à domicile. Elle se présente d'ailleurs comme « équipe mobile de liaison gériatrique » avec un champ d'action purement extra-hospitalier, ce qui est assez logique dans la mesure où l'HGMS de Plaisir est un établissement

géronologique et médico-social qui n'offre pas de services de spécialités ni d'accueil en urgence.

L'initiative est partie du constat selon lequel les consultations gériatriques, bien développées dans cet établissement, ne recevaient qu'une partie des patients potentiels, pas toujours les plus isolés, du fait des réticences des personnes âgées à consulter et de leur crainte de l'hospitalisation. La direction et les gériatres ont donc proposé à l'ARH une expérience déconcentrée sur plusieurs sites, intégrant quelques généralistes très motivés. Ce projet, qui vise à développer une activité de consultation d'évaluation à domicile, sur accord du médecin traitant, pour faciliter l'accès de ces patients à la filière gériatrique et diffuser une information et une formation gériatrique auprès des médecins généralistes, a reçu l'accord de l'ARH et a démarré en mars 2004⁴⁷.

L'équipe mobile de liaison gériatrique fonctionne sur un réseau inter établissements regroupant par convention 5 établissements du département : 3 hôpitaux locaux⁴⁸, le Centre national gériatrique de la Mutuelle générale de l'Education nationale et l'hôpital gérontologique de Plaisir qui coordonne l'équipe de liaison. Ces établissements sont répartis sur le territoire de trois CLIC de niveau 3. Dans chacun des 5 établissements, un médecin, gériatre ou formé à l'évaluation gériatrique, consacre une demi-journée par semaine à l'évaluation gériatrique à domicile.

Une autre composante originale de cette équipe est l'intégration de médecins libéraux : si deux des médecins sont praticiens hospitaliers, les trois autres sont généralistes libéraux, déjà bien rôdés aux spécificités gériatriques par une activité en hôpital local.

L'équipe de liaison s'est donnée pour missions :

- d'effectuer des évaluations gériatriques au domicile de la personne âgée, sur signalement des CLIC, des équipes médico-sociales de l'APA, des médecins libéraux ou hospitaliers ;
- d'orienter la personne âgée dans la filière gériatrique de proximité ;
- d'informer et de former les professionnels afin de développer les compétences gériatriques, de lutter contre le cloisonnement et l'isolement des différents professionnels de santé face à la dépendance ;
- de jeter les bases d'une veille sanitaire en repérant les personnes à risque et en assurant une surveillance par le biais des médecins traitants, des CLIC et des mairies.

La visite à domicile est l'occasion de voir le patient dans son cadre habituel, d'évaluer les réelles capacités de soutien du conjoint ou des proches et de mettre en évidence les difficultés liées à l'environnement. Si nécessaire, une seconde visite à domicile peut être organisée avec le médecin traitant et les différents intervenants à domicile afin d'assurer la synthèse des informations et prescriptions et de prévenir les situations de crise. L'intervention d'un ergothérapeute peut plus rarement être sollicitée pour évaluer la nécessité d'aménagement du domicile, seuls l'hôpital de Plaisir-Grignon et celui de Houdan disposant d'un ergothérapeute.

Les cinq médecins de l'équipe de liaison gériatrique ont défini et adopté des référentiels communs d'évaluation et un compte-rendu type de visite à domicile. Une réunion

⁴⁷ Une subvention de 112 000 € allouée par l'ARH d'Ile-de-France a été affectée à la mise en place de l'équipe mobile de liaison gériatrique et finance actuellement du temps médical à hauteur de 1,4 ETP de médecin.

⁴⁸ Les hôpitaux locaux de JOUARS PONTCHARTRAIN, HOUDAN et MONTFORT L'AMAURY.

hebdomadaire a lieu dans chaque CLIC⁴⁹ avec les équipes médico-sociales de l'APA pour évoquer les dossiers sensibles.

En outre, l'équipe va à la rencontre de nombreux partenaires institutionnels, services d'urgences des hôpitaux voisins, SSIAD, HAD, une vingtaine d'EHPAD ont été visitées. Un partenariat avec la CPAM des Yvelines pour le repérage des personnes isolées est envisagé.

Les premiers mois de fonctionnement ne permettent pas d'évaluer de façon pertinente les retombées de cette expérience, l'activité de cette équipe de liaison mobile gériatrique est encore limitée⁵⁰, elle est surtout sollicitée pour des situations de crise. La demi-journée hebdomadaire consacrée par chaque praticien à l'évaluation à domicile ne lui permet de réaliser qu'une à deux évaluations en moyenne, compte tenu des temps de trajet, de la durée de la consultation (une heure environ) du temps nécessaire à la synthèse et aux contacts téléphoniques avec le CLIC, l'équipe médico-sociale et le médecin traitant.

Cette activité d'évaluation à domicile est donc coûteuse, l'estimation réalisée par la direction de l'hôpital de Plaisir à partir d'une activité de 330 consultations par an chiffre le coût moyen d'une consultation à 145 euros. On peut espérer qu'il s'agit là d'un investissement sur l'avenir, préalable à l'imprégnation des professionnels de santé libéraux par une culture gérontologique commune et qu'à terme, les généralistes devraient pouvoir, munis d'outils communs simples, assurer eux-mêmes la détection des personnes fragiles et la prévention des situations de crise.

➤ **Le cas très particulier de l'EMG du CH de Niort : un fonctionnement purement extra-hospitalier**

L'hôpital de Niort, après une récente restructuration permettant de regrouper les lits et places de gériatrie, offre désormais une filière gériatrique complète, court séjour, psychogériatrie, SSR, long séjour, maison de retraite, ainsi que les structures ambulatoires d'évaluation et de suivi nécessaire. Etablissement de forte capacité, seul établissement de référence sur un secteur rural étendu, il est doté de toutes les spécialités.

L'EMG de Niort est l'une des plus anciennes, puisqu'elle a démarré en 1998, mais le contexte local, l'éclatement des sites gériatriques, et des divergences d'école et de pratiques au sein de la communauté médicale ont progressivement conduit à un glissement des missions de l'EMG de l'hôpital vers l'extérieur.

Le concept qui a fait au départ l'originalité de cette équipe repose sur la préoccupation du gériatre, alors chef de service, d'assurer, au-delà des soins hospitaliers, la réinsertion de la personne sur son lieu de vie, domicile ou institution. L'équipe se présente d'ailleurs dans comme « équipe mobile de réinsertion sociale ». Parallèlement, dès 1998, les deux hôpitaux locaux de Melle et de Saint-Maixent (associés à Niort dans une communauté d'établissements) se sont dotés chacun d'une EMG ; chacune des trois équipes dispose pour une part de personnel dédié en propre (un gériatre à mi-temps, une IDE à temps plein, et une assistante sociale à temps partiel) et pour part d'un personnel commun aux trois (un poste d'ergothérapeute et un poste de psychologue).

⁴⁹ Les liens avec le CLIC et les assistantes sociales APA (intégrées au CLIC) sont facilités par l'implantation du CLIC dans l'hôpital.

⁵⁰ L'équipe de liaison a été interpellée pour 113 situations, le plus souvent dans un contexte d'urgence et de maintien à domicile difficile (65/113). Elle a effectué 136 visites à domicile, soit une moyenne de 1,2 visites par dossier .

Au départ en 1998, le projet de coordination gériatologique de la communauté d'établissements fait état d'une EMG commune, avec un objectif commun : « *sécuriser le retour à domicile des patients âgés à la santé précaire et éviter les réhospitalisations par des actions secondaires* ». Cependant, il apparaît, ainsi que le confirme un rapport d'inspection de la DDASS appelée à se prononcer sur les demandes réitérées de renforcement des moyens des trois équipes, que chaque établissement s'est rapidement approprié son équipe mobile, qui a fonctionné en autonomie sans coordination, sans procédures ou outils communs, sans harmonisation des pratiques.

A ce jour, l'équipe mobile de Niort, qui au début partageait à peu près son temps entre les interventions sur appel dans les services hospitaliers et les visites à domicile de l'infirmière, de l'ergothérapeute et de l'assistante sociale pour « *évaluer les aménagements techniques et humains à mettre en place à la sortie* » n'intervient presque plus dans les services de l'hôpital; à tel point qu'un « *gériatre de liaison* » a été nommé pour répondre aux demandes des services des urgences et surtout de l'unité lits-porte. De fait, cette gériatre de liaison essaye, avec beaucoup de difficultés semble-t-il, de remplir à elle seule les tâches d'une équipe pluridisciplinaire.

La mission s'est entretenue avec les « *utilisateurs* » extra-hospitaliers de l'EMG, à savoir des personnels de SSIAD, de CCAS, d'associations d'aide à domicile, ainsi qu'avec des responsables du conseil général, de la caisse régionale d'assurance maladie et de la Mutualité sociale agricole. Tous se sont déclarés très satisfaits des services rendus par l'EMG : « *On aimerait que toutes les sorties passent par l'EMG* » ... « *Les SSIAD n'ont pas d'ergothérapeute ni de psychologue, ces compétences sont intéressantes pour nous* »... « *L'EMG s'occupe aussi de la demande d'APA, règle les problèmes médico-sociaux et administratifs, ils anticipent la sortie et ça fait gagner un temps précieux, car si on passe par le circuit des assistantes sociales chargées de la demande d'APA, ça prend 2 mois* »... « *L'EMG assure un suivi à domicile si nécessaire pendant un mois, mais si on a un souci, ils reviennent à la demande, c'est une sécurité pour nous et pour les familles...* ».

Certes, on ne peut que saluer une telle unanimité et la qualité du service ainsi rendu aux patients et à leurs entourages. Il n'en demeure pas moins deux problèmes :

- d'une part, celui des limites des champs de compétences des différents intervenants. Par exemple, il n'entre assurément pas dans les missions de l'hôpital d'instruire les dossiers d'APA, ou les problèmes « administratifs » (c'est-à-dire les demandes d'aides financières diverses) des patients ;
- d'autre part, et par voie de conséquences, celui du financement de tels « services » qui relèvent du champ social et qui sont financés en fait par l'hôpital, puisque c'est son personnel qui les assure.

On pourrait admettre que l'hôpital continue dans cette voie, puisqu'il en résulte pour le patient une grande efficacité et une qualité du service rendu renforcée, mais à la condition expresse que l'établissement soit rémunéré pour ce faire par les organismes ou institutions auxquels il se substitue.

TROISIEME PARTIE : L'EVALUATION DES EMG

A l'heure actuelle, lorsque les spécialistes en gériatrie évoquent les problèmes de l'évaluation ils font référence, en règle générale, à l'évaluation médico-sociale des personnes âgées c'est-à-dire aux voies et moyens à mettre en œuvre pour apprécier les situations individuelles des patients d'un point de vue à la fois médical et social.

Dans le cas du présent rapport il ne s'agit pas d'évaluer les personnes, mais l'utilité et l'efficacité des équipes mobiles gériatriques en tant que structures.

Comme le souligne le Dr COUTURIER du CHU de Grenoble⁵¹ : « *L'évaluation de l'impact des unités mobiles de gériatrie est difficile car elles ne correspondent pas véritablement à une activité hospitalière classique. Elle rejoint la problématique des équipes de soins palliatifs ou de psychiatrie de liaison et doit bénéficier en tant que tel d'une valorisation* ».

Toutefois, cette évaluation spécifique, même limitée, peut revêtir plusieurs formes et surtout être sous-tendue par des objectifs différents. Ainsi, la mission a choisi de ne pas aborder le problème de l'évaluation de l'activité des équipes mobiles gériatriques sous les aspects strictement économiques, c'est-à-dire une évaluation dont le fondement et la finalité seraient les prix ou les coûts .

3.1 Un constat : des outils qui font défaut

La mission a constaté qu'aujourd'hui l'activité des EMG n'est pas véritablement évaluée parce que les outils manquent et que chaque équipe est tentée de remédier à sa manière à cette carence.

3.1.1 *Le PMSI ne permet pas actuellement d'évaluer l'activité des EMG*

Le principal outil dont dispose les établissements de santé aujourd'hui pour procéder à une évaluation de leur activité est le PMSI.

Cet instrument est d'une très faible utilité pour les EMG. D'ailleurs, d'une façon générale le PMSI dans son principe et ses applications est peu adapté à la discipline gériatrique.

Comme l'activité des EMG repose en grande partie sur des consultations internes des expertises ou des conseils (puisque les praticiens procèdent pour l'essentiel à des tests, donnent des avis médicaux, suggèrent des modes de prises en charge) on aurait pu imaginer de les assimiler à des consultations. Or, les consultations, quelles soient internes ou externes ne sont pas prises en compte par le PMSI.

Certains ont pu penser qu'il était possible de s'inspirer du PMSI utilisé pour les SSR pour tenter d'approcher et d'apprécier l'activité des EMG.

⁵¹ Pascal COUTURIER « Les unités mobiles gériatriques : situations actuelles et perspectives » - La Revue de gériatrie – Tome 29, n° 9 – Novembre 2004.

En effet, le PMSI SSR⁵², comporte trois spécificités qui concernent le recueil standardisé⁵³, la classification et l'échelle nationale des coûts.

Le type de recueil des activités SSR peut paraître intéressant pour évaluer l'activité des EMG dans la mesure où il y a un système de cotation adaptée et une prise en compte de l'intervention des personnels non médicaux. Malheureusement ce recueil a suscité chez les professionnels concernés plusieurs sortes de critiques :

- il serait difficile à mettre en œuvre car trop lourd, trop complexe pour des unités qui la plupart du temps sont de petites tailles,
- depuis 1998, très peu de règles de codage ont été précisées, ce qui ne contribue pas à la fiabilité des données,
- la « syntaxe » utilisée pour décrire les diagnostics médicaux serait des plus hermétique,
- la grille d'évaluation de la dépendance qui est imposée ne serait pas satisfaisante (par rapport à celles qui existent par ailleurs⁵⁴).

Les deux autres éléments constitutifs du PMSI SSR ont également engendré de sérieuses réserves. Ainsi la classification qui est constituée sur le même principe qu'en MCO, n'a pas évolué depuis sa mise en place en 1998 et les cliniciens auraient souvent des difficultés à en saisir la pertinence. Quant à l'échelle nationale des coûts, dont la grande différence avec celle du MCO réside dans le fait qu'il ne s'agit pas de coûts moyens par séjour mais à la journée pondérée, la DHOS recommande à son égard « *la plus grande prudence* » en raison d'une hétérogénéité très importante dans les coûts réels constatés.

Devant tant d'incertitudes, il paraît donc difficile aujourd'hui de conseiller de s'inspirer du PMSI SSR pour évaluer l'activité des EMG.

3.1.2 Les évaluations actuelles sont « artisanales » et ponctuelles

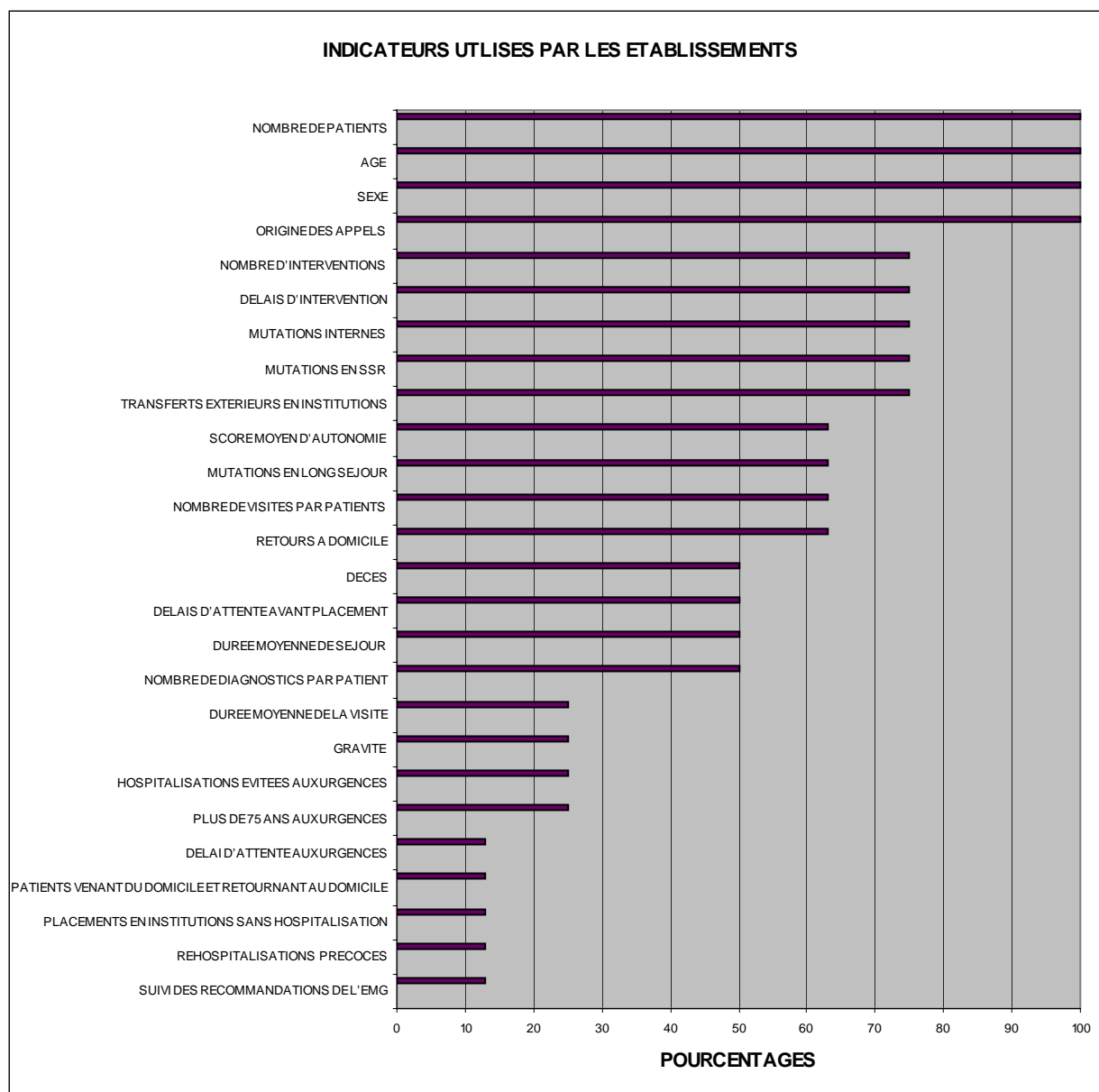
Lors de ses visites, la mission a constaté que la plupart des équipes mobiles se préoccupaient d'évaluer leur activité, ne serait-ce que pour en faire un compte-rendu annuel.

Mais il n'existe pas actuellement de procédures ou d'outils standardisés. Chaque équipe produit des statistiques selon ses besoins, ou ses centres d'intérêts, en privilégiant certains items (cf. graphique n° 3 ci-dessous).

⁵² Le PMSI SSR a des similitudes avec le PMSI MCO : il comporte un recueil standardisé, une classification en groupes médico-économiques homogènes, exhaustifs et exclusifs, une échelle nationale des coûts.

⁵³ Le recueil standardisé des SSR est hebdomadaire (RHS) et non un recueil par séjour. Les données recueillies, outre l'identifiant du patient et les mouvements ont trait à la morbidité. Mais pour celle-ci on n'utilise pas des diagnostics principaux ou des diagnostics reliés mais des « codes » : un code n° 1, pour la finalité principale de prise en charge (ou FPPC), un code n° 2, pour la manifestation morbide principale (ou MMP), un code n° 3, pour l'affection étiologique (ou AE), et 5 codes diagnostiques, pour les diagnostics associés significatifs (ou DAS). Par ailleurs, ce recueil standardisé est aussi un recueil multidisciplinaire. C'est-à-dire que contrairement au MCO, on code non seulement des diagnostics et des actes médicaux, mais toute une série d'autres intervenants dans la prise en charge du patient participent au recueil qu'il s'agisse des équipes soignantes ou des intervenants de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Les équipes soignantes utilisent une cotation de l'état de dépendance du patient vis-à-vis de la structure de soin et utilisent la grille de KATZ simplifiée qui comporte 6 variables (habillage, déplacement, alimentation, continence, comportement, relation). La cotation se fait selon 4 niveaux de dépendance (indépendance complète, supervision, assistance partielle et assistance totale. Pour les autres intervenants est recueilli le temps passé auprès du patient et non pas le temps de rééducation réel du patient.

⁵⁴ Grilles AGGIR, grille KUNTZMANN par exemple en gériatrie, grille MIF en rééducation.

Graphique n° 3

Ainsi, la quasi-totalité des EMG que la mission a rencontrées collationne :

- le nombre de patients vus,
- l'âge moyen des patients,
- la répartition des patients selon le sexe,
- l'origine des appels (par discipline ou services)

c'est-à-dire des données essentiellement de nature « administrative ».

Plusieurs, mais pas tous (environ entre les deux-tiers et les trois-quarts) s'intéressent :

- au délai moyen d'intervention de l'équipe mobile après appel au secrétariat
- au nombre d'interventions (ou visites) faites par l'équipe mobile
- au nombre de visites par patients,
- au score moyen d'autonomie des patients vus par l'équipe mobile,

- au mode de sortie des patients.

La moitié comptabilisent :

- le nombre de diagnostics par patient,
- la durée moyenne de séjour des patients vus par l'équipe mobile
- les délais d'attente avant placement,

Quelques-uns (environ le quart) relèvent :

- le score moyen de gravité, à l'entrée aux urgences, des patients vus par l'équipe mobile,
- le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences,
- la durée moyenne de la visite.

D'autres se distinguent en comptabilisant des éléments aussi variés que :

- le pourcentage de patients venant du domicile et retournant à domicile,
- le taux de patients placés en institutions sans hospitalisation,
- le délai d'attente aux urgences,
- le pourcentage de réhospitalisations précoces,
- le taux de suivi des recommandations de l'équipe mobile,
- le nombre de consultations avancées,
- le nombre de consultations par télé-médecine,
- le nombre de consultations aux aidants,
- l'index de complexité sociale,
- le temps consacré aux prises en charges (par catégories de personnels),
- le nombre d'aides contactées,
- les types d'interventions effectuées,
- le temps passé en réunions.

On peut cependant signaler que l'équipe de Grenoble, qui est probablement celle qui « théorise » le plus, travaille actuellement sur la mise en place d'outils d'évaluation.

Selon le docteur COUTURIER⁵⁵ : « *La productivité (de l'EMG) ... peut être appréciée selon deux points de vue différents et complémentaires : du point de vue strictement médico-économique... du point de vue de la qualité des soins* ».

Pour les aspects « médico-économiques » il propose les critères suivants :

- la comptabilité des actes de consultation intra-hospitalier,
- l'enrichissement du GHM pour un séjour donné en identifiant des pathologies ou comorbidités habituellement non repérées dans des disciplines chirurgicales ou très spécialisées,
- la réduction de la durée de séjour des patients âgés fragiles (contrôle des « bed-blockers ») permettant de libérer des journées d'hospitalisation, la diminution des comorbidités liés à l'immobilisation induite (escarres, infections nosocomiales...)

Pour les aspects « qualité des soins » il privilégie :

⁵⁵ Op. cité.

- le taux de suivi des recommandations,
- la réussite des sorties d'hospitalisation (diminution du taux de réhospitalisation à moins d'un mois et moins de 3 mois),
- le taux d'hospitalisation directe (hors services d'urgences) chez les plus de 75 ans, la baisse des pathologies liées à l'hospitalisation (escarres, confusion et dépression, dénutrition, infections nosocomiales, perte d'autonomie),
- la satisfaction des usagers, de leur famille et des professionnels.

Pour apprécier la qualité certains établissements s'en remettent aussi aux enquêtes « de satisfaction » auprès des utilisateurs. Les unes, comme au CHU de Toulouse qui en réalise tous les ans, concernent la satisfaction « globale » des patients, les autres, comme au CHU de Grenoble sont plus « ciblées » : par exemple celle menée en 2000 avait pour objet « l'évaluation de l'impact de la mise en place de l'EMG à travers deux approches : étude l'évolution des filières de soins gériatriques hospitalières avant et après la mise en place de l'unité et enquête de satisfaction auprès des médecins et cadres infirmiers des services de court séjour ».

Les limites des enquêtes de cette nature, c'est que d'une part elles donnent souvent des « tendances » générales (satisfait – pas satisfait) d'autre part, s'agissant de la qualité, les réponses des utilisateurs sont nécessairement subjectives et enfin il faut s'assurer de la fiabilité et de la pertinence de l'échantillon⁵⁶.

Il existe donc une très grande hétérogénéité des données collectées et malgré cette diversité on peut donc qualifier ces recueils de ponctuels et d'artisanaux, sans donner cependant à ce terme un sens péjoratif.

3.2 Des indicateurs pour quoi faire ?

Vouloir trouver, pour évaluer l'activité des EMG, des indicateurs dont les éléments constitutifs sont aisés à collecter et utilisables par la très grande majorité des EMG, suppose que l'on se pose un certain nombre de questions préalablement sur la nature, les raisons et la destination de ces mesures.

3.2.1 *Que mesurer ?*

Selon la mission, il est primordial de déterminer préalablement à toute autre démarche ce que l'on souhaite évaluer. D'une façon générale on peut vouloir soit :

- Dénombrer (ou quantifier) l'activité, c'est-à-dire par exemple, comptabiliser le nombre de patients traités, le nombre de visites effectuées, le nombre de dossiers traités. Ce type d'information est important, puisqu'il permet d'apprécier les volumes ou l'amplitude du travail effectué sous différents aspects : administratif, budgétaire, social, médical.

⁵⁶ L'enquête de satisfaction du CHU de Grenoble a consisté à envoyer 166 questionnaires dans les services de l'établissement. Il y a eu 121 réponses concernant 82 utilisateurs (45 médecins et 38 cadres infirmiers) en poste dans 35 unités. La population est donc relativement réduite.

- Apprécier la performance, c'est-à-dire tenter de mesurer l'utilité de l'activité, ou le bénéfice de la prise en charge par l'EMG, tant pour le patient lui-même que pour la fluidité des séjours, par exemple : le taux de suivi des recommandations de l'équipe mobile, les délais d'attente avant placement, la durée moyenne de séjour ou le taux de patients placés en institutions sans hospitalisation.
- La qualité du service rendu au patient, avec des indicateurs plus précis que les habituels questionnaires de satisfaction, comme par exemple : le délai moyen d'intervention de l'équipe mobile après appel au secrétariat, la durée moyenne de séjour des patients vus par l'équipe mobile ou le temps consacré aux prises en charges (par catégories de personnels) ou le nombre de retours à domicile sans réhospitalisation précoce, ou encore la baisse observée de certaines complications (escarres, infections iatrogènes).
- La complexité des cas traités, qui conditionne et explique pour partie l'activité, en calculant par exemple : l'index de complexité sociale, le score moyen de gravité à l'entrée aux urgences, ou le score moyen d'autonomie.

Lors de ses visites la mission a constaté que les équipes avaient construit de façon empirique leurs indicateurs, sans pour autant s'interroger sur ce qu'elles cherchaient véritablement à évaluer (hors les aspects strictement médicaux). Les batteries d'indicateurs utilisés ont semblé plus répondre à des considérations et des demandes ponctuelles et momentanées qu'à une démarche réfléchie.

3.2.2 Pourquoi mesurer ?

On peut souhaiter effectuer une évaluation de l'activité pour satisfaire à des besoins « internes », c'est-à-dire pour justifier une activité, c'est-à-dire affirmer une légitimité.

Dans le cas des EMG cette justification ne paraît pas inutile notamment auprès des pairs de la communauté médicale. En effet, les Commissions médicales d'établissement sont souvent réticentes ou indifférentes à l'égard de la gériatrie, en particulier dans les gros établissements où elle est considérée comme « un parent pauvre ». Dans certains d'entre eux, la mission a constaté que cette discipline n'y était représentée par aucun praticien. L'EMG est donc contrainte de démontrer par des faits et des résultats tangibles son utilité et le bien-fondé de son existence.

A un degré moindre, cette démarche ne paraît pas non plus inutile vis-à-vis des directions d'établissements, ne serait-ce que pour justifier à celles-ci une utilisation adéquate des moyens alloués à l'EMG.

Mais l'évaluation de l'activité peut répondre à des besoins et des sollicitations « externes » à l'établissement. Les tutelles (quelles soient administratives ou médicales) peuvent réclamer « des comptes » aux EMG, non seulement parce que des crédits ont été prévus pour la création des équipes et pour leur développement (et que les tutelles sont fondées à contrôler le bon usage des crédits distribués), mais parce que dans le cadre de la planification des activités de soins il paraît normal que les pouvoirs publics s'assurent que les EMG rendent les services attendus au sein de la filière de soins.

Les EMG doivent donc rechercher les indicateurs les plus pertinents qui vont permettre :

- de prouver son utilité, en tant que structure de soins qui apporte une véritable expertise et qui offre une réelle qualité de service rendu au patient,
- de justifier l'utilisation des crédits,
- de démontrer qu'elle a sa place au sein de l'organisation de la filière de soins (gériatrique ou non).

3.2.3 Pour qui mesurer ?

Dans une démarche d'évaluation il n'est pas suffisant de rechercher pourquoi il faut évaluer, mais à quelle personne (ou groupe de personnes elle est destinée).

En effet, certains indicateurs sont plus « parlants » que d'autres selon que l'on est médecin, administrateur, directeur, contrôleur, chercheur ou patient.

On ne justifie pas l'activité d'une EMG avec les mêmes indicateurs (ou du moins on ne les présente pas de la même manière) selon que l'on s'adresse à l'un ou l'autre des interlocuteurs mentionnés ci-dessus.

Les attentes et les intérêts à l'égard de l'EMG peuvent être de plusieurs ordres comme le rappelle le docteur GAUVAIN du CHU d'Orléans⁵⁷ qui cite par exemple :

- l'intérêt pour les malades : une orientation dans la filière plus cohérente, limitant les effets iatrogènes,
- l'intérêt pour les gériatres : échanger avec les autres médecins et développer une culture gériatrique dans les autres services,
- l'intérêt pour le service demandeur : aide à l'orientation ou conseil gériatrique,
- l'intérêt pour l'hôpital : une meilleure connaissance du fonctionnement de la filière gériatrique.

3.3 Quels indicateurs ?

L'intention de la mission n'est pas de dresser la liste des indicateurs que les EMG devront désormais utiliser pour évaluer leur activité.

La mission a seulement d'une part analysé les caractéristiques générales que devraient avoir ces indicateurs et d'autre part étudié dans le détail ceux qui sont actuellement utilisés par les EMG qu'elle a rencontrés.

3.3.1 Les caractéristiques générales des indicateurs

Selon la mission, les indicateurs doivent être choisis en prenant en compte quatre critères : leur objet, l'intérêt qu'ils représentent pour les différentes parties prenantes, la facilité de recueil, de traitement et d'interprétation des données, leur degré général de pertinence.

⁵⁷ Dr GAUVAIN et autres, dans « L'année gérontologique 2002 ».

3.3.1.1 *Leur objet*

On peut classer les indicateurs selon leur objet. En effet, ils peuvent servir soit à :

- dénombrer, c'est à quantifier une activité ou simplement d'acter son existence,
- apprécier l'efficacité, c'est-à-dire à évaluer « la performance » par rapport à des ratios ou à des évolutions,
- apprécier la qualité du service rendu,
- apprécier la complexité des cas traités.

Pour chacun d'eux il convient de s'interroger sur leur utilité, mais également sur leurs limites.

3.3.1.2 *L'intérêt qu'ils représentent pour les différentes parties prenantes*

Un même indicateur peut être important pour plusieurs des parties prenantes qu'il s'agisse : du patient et de son entourage, de l'équipe mobile, de l'institution (direction, CME), des partenaires internes ou externes (services aigus, établissements sociaux, praticiens libéraux, tutelles).

Selon que l'indicateur est analysé par l'un ou l'autre, son interprétation et sa pertinence peuvent varier.

3.3.1.3 *Facilité de recueil, de traitement, d'interprétation*

La notion de facilité de recueil, de traitement et d'interprétation de l'indicateur est primordiale. En effet, il ne sert à rien de bâtir un indicateur séduisant intellectuellement mais dont les données sont difficiles à rassembler, pour lequel il n'y a pas de système informatique permettant de traiter les éléments (ou qui nécessite des investissements importants pour y parvenir) et qui se révèle très délicat à interpréter parce que, par exemple, il est trop dépendant de facteurs exogènes.

3.3.1.4 *Pertinence générale*

Si on envisage de proposer une série d'indicateurs au plan national, encore faut-il que ceux qui seront choisis soient ait un certain degré de pertinence « générale », c'est-à-dire de réelle signification et d'utilité.

Par exemple, est-ce que l'indicateur « répartition des patients selon le sexe » apporte une plus value incontestable pour apprécier l'activité des EMG ?

3.3.2 *Etude de 34 indicateurs*

A partir des observations faites dans les différentes EMG visitées, la mission a étudié 34 indicateurs qu'elle a classés en trois catégories : les indicateurs de moyens, de fonctionnement et de résultats⁵⁸.

⁵⁸ La mission a réalisé une fiche pour chaque indicateur qui l'analyse sous ses différents aspects (cf. annexe).

La mission n'a pas particulièrement « innové » en cette matière. Elle a simplement repris les indicateurs qui étaient utilisés (selon des fréquences variables) par les EMG visitées (cf. graphique n° 3 ci-dessus).

3.3.2.1 Indicateurs de moyens (structures, outils)

Les indicateurs de moyens concernent d'une part les structures et d'autre part les outils.

➤ Indicateurs qui concernent les structures

- Existence d'une unité (ou d'un service) de court séjour gériatrique (ou équivalent).
- Existence d'un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique.
- Existence d'un hôpital de jour gériatrique.
- Existence d'une consultation d'évaluation gériatrique.

L'existence d'une unité de court séjour gériatrique, (CSG) et à un degré moindre d'un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR), d'un hôpital de jour gériatrique (HDJ) et d'une consultation d'évaluation gériatrique sont indispensables pour un fonctionnement efficace de l'équipe mobile. Celle-ci est alors intégrée dans une filière spécialisée complète. Pour que l'efficacité soit totale il est préférable que ces structures soient positionnées sur le même site que l'équipe mobile gériatrique.

L'existence de ces structures apporte deux garanties : d'une part l'assurance d'une prise en charge effective (en cas de besoin) des malades adressés dans une unité adaptée sur le même site et d'autre part la présence d'un personnel qualifié en gériatrie.

Le recueil de ces indicateurs peut s'avérer délicat compte tenu de l'absence de définition claire et partagée des notions, en particulier celle du « court séjour gériatrique ».

Toutefois le lien « bénéfique » qui existe entre ces structures et l'EMG repose sur des avis d'experts. Ce bénéfice est posé comme un postulat, qui est repris par la circulaire du 22 mars 2002. Cependant, aucune étude scientifique n'a démontré qu'une EMG isolée était moins performante qu'une EMG adossée à des unités spécialisées en gériatrie.

Le recueil de ces indicateurs est, a priori, facile : les structures existent ou non. Ils permettent d'apprécier l'efficacité et la qualité du service rendu, si on admet le postulat de base.

La pertinence de ces indicateurs peut être considérée plutôt forte, car ils sont discriminants. Ce sont les spécialistes rencontrés par la mission qui les ont mis en avant, mais aucun ne les utilise formellement dans des documents ou rapports.

➤ Indicateurs qui concernent les outils

- Existence d'une procédure d'intervention formalisée de l'équipe mobile.
- Intervention d'une « équipe » (gériatre + IDE + assistante sociale + secrétaire).
- Utilisation par l'équipe mobile de grilles d'évaluations spécifiques des personnes âgées.

Par « **existence d'une procédure d'intervention** » il convient d'entendre la mise en œuvre d'un protocole d'accord formalisé qui fixe les conditions précises d'intervention de l'EMG, tant auprès des services d'urgences que des autres services. Ce protocole peut être complété par l'existence d'une feuille de demande d'intervention, établie par le service demandeur. Une procédure d'intervention formalisée de l'EMG constitue l'assurance d'une bonne adéquation de la demande d'intervention de l'EMG aux besoins, évite les conflits, les déplacements inutiles, les pertes de temps. Elle permet de connaître et de canaliser les flux de patients, elle garantit la pertinence de l'intervention de l'EMG et donc constitue un indicateur d'efficacité et de qualité du service rendu. Secondairement, c'est aussi un indicateur d'une meilleure prise en compte de la complexité des cas traités. Le recueil de cet indicateur est a priori aisé (la procédure existe ou non) et sa pertinence plutôt forte.

La circulaire du 18 mars 2002 précise, dans son annexe 3, la composition d'**une équipe mobile gériatrique** : « *L'équipe est constituée de professionnels ayant une expérience gériatrique incontestable. Elle est composée au minimum : d'un gériatre, d'un(e) infirmier(e), d'une assistante sociale et d'un secrétariat accessible à tout moment* ». Elle n'indique pas cependant le mode d'intervention de ces professionnels : individuellement ou en groupe. On peut toutefois poser comme principe qu'il existe une équipe mobile, dès lors qu'il s'agit d'un groupe de professionnels (quel qu'en soit le nombre) qui sont dûment authentifiés et mandatés par les instances de l'établissement en tant qu'EMG. On constate que la composition des équipes et le nombre des personnels au sein des équipes mobiles gériatriques sont très variables. L'intégration des assistantes sociales, des ergothérapeutes voire des psychologues suscitent des prises de position opposées. La circulaire mentionne un type d'effectif. Mais il n'existe aucune étude permettant de valider cette composition, ni aucun ratio minimum. La présence d'une équipe de professionnels constitue cependant un critère pour apprécier l'efficacité et la qualité du service rendu. Elle constitue l'assurance que le patient bénéficiera d'une prestation complète puisqu'il y a pluralité de compétences. Mais il s'agit de l'appréciation d'un potentiel, dans la mesure où il n'y a pas de corrélation automatique entre le nombre de professionnels constituant l'EMG et la qualité de service rendu par exemple. La pertinence de cet indicateur est moyenne, il n'est pas indiscutablement significatif.

Pour apprécier l'état de santé et le degré d'autonomie des personnes âgées, les gériatres et les personnels paramédicaux utilisent **des grilles d'évaluation spécialisées** standardisées, validées, par des conférences de consensus par exemple. Ces grilles d'évaluation spécifiques apportent un surcroît de « professionnalisme ». Leur utilisation constitue donc un « marqueur » de technicité et de compétences de l'équipe soignante. Mais les grilles d'évaluation ne sont que des outils. Leur utilisation ne permet pas de résoudre tous les problèmes. D'ailleurs, une équipe soignante qui n'utilise pas de grilles d'évaluation ne peut être considérée, ipso facto, comme totalement incompétente. Dans la mesure où il existe plusieurs sortes de grilles, se pose le problème de leur nombre : à partir de combien de grilles utilisées une équipe soignante doit-elle être considérée comme « performante » ? C'est un indicateur qui permet d'évaluer l'efficacité et la qualité de l'équipe soignante et sa pertinence est plutôt forte.

Comme pour les indicateurs concernant les structures, ce sont les spécialistes rencontrés par la mission qui ont insisté sur l'importance de ces trois critères, mais aucun ne les utilise formellement dans des documents ou rapports.

3.3.2.2 *Indicateurs de fonctionnement (caractéristiques des patients, activité)*

Les indicateurs de fonctionnement concernent d'une part les caractéristiques des patients et d'autre part l'activité proprement dite des EMG.

➤ Indicateurs qui concernent les caractéristiques des patients

- Age moyen des patients vus par l'équipe mobile.
- Répartition des patients vus par l'équipe mobile selon le sexe.
- Score moyen d'autonomie des patients vus par l'équipe mobile.
- Score moyen de gravité à l'entrée aux urgences des patients vus par l'équipe mobile.
- Pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences.

La mise en évidence de l'**âge moyen des patients vus par l'équipe mobile** permet de mesurer les évolutions démographiques. Celles-ci peuvent avoir des effets sur la charge de travail du personnel, si on admet qu'il existe une relation entre avancée en âge et poly-pathologies et/ou fragilité et donc moyens à mobiliser pour y faire face. Mais c'est un indicateur à vocation plus sociologique que médicale. L'âge moyen des patients vus par l'équipe mobile est par ailleurs un indicateur qui concerne l'activité, puisqu'il donne une précision sur une caractéristique des patients. Toutefois, pour avoir une réelle utilité il doit être croisé avec d'autres éléments. L'interprétation au regard de l'efficacité ne peut être que ténue : une EMG devient-elle de plus en plus efficace parce qu'elle examine des patients de plus en plus âgés ? La pertinence de cet indicateur est plutôt faible.

La mise en évidence de la **répartition des patients entre hommes et femmes** permet de mesurer les évolutions démographiques, voire sociologiques. Elle peut servir pour des travaux de recherche ou pour décrire un processus dans un contexte donné. A priori l'interprétation de cet indicateur à une portée très limitée et sa pertinence est plutôt faible, voire anecdotique.

La connaissance du **score moyen d'autonomie des patients** permet d'avoir une vision synthétique de la gravité des cas traités et de son évolution. Elle permet d'adapter les techniques, les soins et les moyens en conséquence. Mais cet indicateur donne une valeur « moyenne » qui peut masquer des disparités importantes. C'est prioritairement un indicateur de la complexité des cas traités et de leur évolution et secondairement un indicateur d'activité (dans la mesure où il contribue à décrire celle-ci). La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Le **score moyen de gravité des patients à l'entrée aux urgences** donne une information supplémentaire par rapport au critère précédent. Il n'est cependant véritablement utile que si on le compare avec celui des patients de la même tranche d'âge qui n'ont pas été vus par l'équipe mobile. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans reçues aux urgences n'est qu'un indicateur du nombre de patients potentiels relevant de l'équipe mobile. L'importance de ce pourcentage peut être intimement liée au contexte géographique et sociologique, voire à l'organisation de l'offre de soins sur le bassin considéré. C'est plutôt un indicateur qui concerne l'activité (puisque'il donne une précision sur une caractéristique des patients). Toutefois, pour avoir une réelle utilité cet indicateur doit être croisé avec d'autres éléments. L'interprétation au regard de l'efficacité ne peut être que ténue : une EMG devient-elle de plus en plus efficace parce qu'elle examine des patients de plus en plus âgés ? La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

➤ Indicateurs qui concernent l'activité

- Nombre d'interventions (ou visites) faites par l'équipe mobile.
- Nombre de patients vus par l'équipe mobile.
- Nombre de visites par patients vus par l'équipe mobile.
- Durée moyenne de la visite de l'équipe mobile.
- Nombre de diagnostics par patient.
- Délai moyen d'intervention de l'équipe mobile après appel au secrétariat.
- Origine des appels (par discipline ou services).

Le **nombre d'interventions** faites par l'équipe mobile permet de mesurer l'activité et par voie de conséquences d'adapter les moyens à cette activité. Mais c'est une information uniquement quantitative qui ne préjuge pas des autres éléments notamment qualitatifs. Il est à noter que pour un même patient l'EMG peut effectuer plusieurs visites. Toutefois, on peut considérer c'est aussi indicateur d'efficacité dans la mesure où on peut estimer qu'un nombre croissant d'interventions témoigne d'une plus grande efficacité de l'EMG. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Le **nombre de patients** vus par l'équipe mobile est un indicateur qui complète le précédent et qui peut être analysé de façon identique.

Le **nombre de visites par patient** est un indicateur qui résulte des deux précédents. Il apporte cependant une information supplémentaire de nature qualitative si on considère que le nombre de visites effectuées rend compte de l'intérêt porté aux patients. Il peut aussi être considéré comme un indicateur de complexité des cas traités. Mais pour avoir une pertinence totale cet indicateur doit être corrélé avec d'autres éléments : en particulier avec le niveau de compétence professionnelle des intervenants.

La **durée moyenne de la visite** peut constituer un élément qui concourt à apprécier la qualité et à l'efficacité de la prise en charge. Elle peut aussi être un « marqueur » de la complexité des cas traités. Cet indicateur permet également, dans une certaine mesure, d'apprécier le volume d'activité et d'adapter les moyens en conséquence. Trois réserves toutefois à l'égard de cet indicateur : d'une part, il faut d'abord s'entendre sur une définition précise de la notion de « visite » pour que des comparaisons utiles puissent être effectuées et d'autre part l'indicateur donne est une durée moyenne qui recouvre des réalités disparates, enfin le niveau de compétence professionnelle des intervenants peut faire varier considérablement les résultats. La durée moyenne de la visite est prioritairement un indicateur qui permet de quantifier (partiellement) l'activité, mais c'est aussi un indicateur d'efficacité et de qualité dans la mesure où le temps passé auprès des patients rend compte pour partie de l'intérêt qui leur est porté. Secondairement c'est un indicateur de complexité, si on pose comme principe que la longueur de la visite est liée à la complexité des cas traités. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **nombre de diagnostics par patient** peut constituer un critère de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge, voire de sa complexité, dans la mesure où cette information est accompagnée d'indications sur la nature des pathologies. Cet indicateur permet aussi de s'interroger sur les besoins en moyens techniques et examens complémentaires (radiologie, laboratoires...) et sur les moyens humains nécessaires pour faire face aux besoins. Le nombre de diagnostics par patient ne doit pas être considéré comme un critère uniquement quantitatif. Mais pour avoir une utilité il doit être corrélé avec d'autres éléments, en particulier avec le

niveau de compétence professionnelle des intervenants. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **délai moyen d'intervention de l'équipe mobile** après l'appel au secrétariat est un critère d'efficacité et de qualité de service rendu, puisque la rapidité d'intervention est un élément primordial pour le patient. Il permet également de quantifier (partiellement) la charge de travail et les moyens indispensables à mobiliser. Mais le délai moyen d'intervention de l'équipe mobile n'est qu'un élément d'évaluation. Il n'explique pas les conditions d'intervention où les contraintes, il permet seulement de faire un constat « brut », dont les interprétations, selon les points de vue, peuvent être diamétralement opposées. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

La connaissance de l'**origine des appels** permet d'apprécier la notoriété de l'EMG au sein de l'établissement et de mieux appréhender les relations internes pour nouer ou consolider des partenariats. Cette information permet d'orienter éventuellement le projet médical d'établissement. Toutefois les résultats constatés dépendent beaucoup de la sociologie et de l'état d'esprit de la communauté médicale à l'égard de l'EMG. La connaissance de l'origine des appels donne une information au regard de l'activité et à un degré moindre (et indirectement) sur l'efficacité et la qualité du service rendu. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

3.3.2.3 Indicateurs de résultats (modes de sortie, efficacité)

Les indicateurs de fonctionnement concernent d'une part les modes de sortie des patients et d'autre part l'efficacité et la qualité du service rendu.

➤ Indicateurs qui concernent les modes de sortie du patient

- Pourcentages de décès.
- Pourcentages de mutations internes (vers d'autres services aigus).
- Pourcentages de mutations en SSR gériatrique ou non.
- Pourcentages de mutations en long séjour.
- Pourcentages de transferts extérieurs en institutions (EHPAD etc).
- Pourcentages de retours à domicile.
- Pourcentages de patients venant du domicile et retournant à domicile.
- Taux de patients placés en institutions sans hospitalisation.

Le **pourcentage de décès** est un indicateur à interpréter avec beaucoup de précautions, et en tout état de causes à croiser avec les données sociologiques et épidémiologiques du bassin de vie. Dans les régions où la proportion de personnes âgées est très importante, le pourcentage de décès risque d'être plus élevé qu'ailleurs. Le pourcentage de décès indicateur classique d'activité, qui doit cependant être interprété sur la durée. Il peut constituer un indicateur d'efficacité et de qualité du travail effectué par l'EMG. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **pourcentage de mutations internes dans les services aigus**, par disciplines, doit être analysé sur la durée pour apprécier des évolutions. Il peut constituer un indicateur d'efficacité et de qualité, dans la mesure où on pose comme postulat qu'il permet d'apprécier des orientations adéquates dans les services d'hospitalisations de mettre en évidence la concordance de l'équipement en lits aux besoins. Il peut contribuer à orienter le projet

médical d'établissement. C'est un indicateur à interpréter avec beaucoup de précautions et en tout état de causes à croiser avec les capacités en lits par discipline de l'établissement et avec les habitudes et pratiques de la communauté médicale (propension ou non aux transferts). Le pourcentage de mutations internes, par service, est un indicateur classique d'activité. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **pourcentage de mutation des patients en SSR** peut être analysé de la même manière que l'indicateur précédent. Il doit cependant être interprété avec beaucoup de précautions et, en tout état de cause, en tenant compte des capacités en lits de SSR du bassin de vie. Cet indicateur dépend partiellement de la qualité de l'équipe sociale et de l'efficacité de son action. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **pourcentage de mutations des patients en long séjour** et celui des **transferts extérieurs en institutions sociales ou médico-sociales** peuvent être analysés de façon similaire à celui des mutations en SSR.

Le **pourcentage de retours à domicile** peut constituer un indicateur d'efficacité et de qualité, dans la mesure où on pose comme postulat qu'il permet d'apprécier les hospitalisations évitées. Toutefois il est à interpréter avec beaucoup de précautions, et en tout état de causes en tenant compte des habitudes et pratiques de la communauté médicale et surtout des particularités sociologiques et géographiques (milieu urbain ou rural) et les conditions matérielles. Cet indicateur dépend de la qualité de l'équipe sociale et de l'efficacité de son action. Il peut éventuellement (et sous certaines conditions) constituer un indicateur d'efficacité et de qualité en révélant une bonne orientation des patients. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Le **pourcentage de patients venant de leur domicile et retournant à leur domicile** est une variante de l'indicateur précédent. Ces deux critères, de même que **le taux de patients placés en institution sans hospitalisation**, sont des « marqueurs » qui permettent (avec d'autres) de justifier et de crédibiliser l'existence de l'EMG. La pertinence de ces indicateurs est plutôt forte.

➤ Indicateurs qui concernent l'efficacité et la qualité du service rendu

- Délais d'attente aux urgences.
- Délais d'attente avant placement.
- Durée moyenne de séjour des patients vus par l'équipe mobile.
- Taux de suivi des recommandations de l'équipe mobile.
- Pourcentage de réhospitalisations précoces.
- Pourcentages de patients vus par l'EMG et re-convoqués, en hôpital de jour gériatrique, ou en consultation d'évaluation gériatrique.
- Pourcentages d'hospitalisations évitées aux urgences.

Le **délai d'attente aux urgences** permet d'apprécier la qualité de l'organisation et l'efficacité tant des urgences que de l'EMG et à un degré moindre de complexité (à la fois positivement et négativement) si on estime qu'il existe un lien entre gravité du cas traité et temps d'attente. La comparaison des différents temps d'attente selon les typologies de patients peut contribuer à mettre en évidence des problèmes structurels et des carences au regard des moyens et de l'organisation. Cependant l'EMG n'est pas obligatoirement responsable de la situation qui dépend aussi de l'attitude des urgentistes. Pour ces raisons la pertinence de ces indicateurs est moyenne.

Le **délai d'attente avant placement** est un indicateur important pour toutes les parties prenantes. Il permet d'apprécier la qualité et surtout l'efficacité de la réponse médico-sociale. A un degré moindre c'est aussi un indicateur de complexité (à la fois positivement et négativement), si on estime qu'il existe un lien entre gravité des cas et délais de placement (ce qui reste à démontrer scientifiquement). Cependant, l'EMG n'est pas totalement responsable du délai d'attente avant placement, qui dépend aussi de l'attitude des familles face à une telle décision et des capacités en structures d'accueil adaptées et spécialisées dans la région considérée. Sous ces réserves, la pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

La **durée moyenne de séjour** des patients vus par l'équipe mobile est également un indicateur important pour tous les acteurs. Il permet d'apprécier la qualité et surtout l'efficacité de la réponse médicale et (partiellement) médico-sociale. Toutefois c'est un indicateur « moyen », qui ne tient pas compte de la diversité des pathologies ou des services d'accueil. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Comme les deux indicateurs précédents le **taux de suivi des recommandations** de l'EMG est très important pour tous et il est signalé comme tel par les spécialistes. Il permet d'apprécier la qualité et surtout l'efficacité de la réponse médicale et à un degré moindre médico-sociale. C'est un « marqueur » de l'utilité de l'EMG. Mais il paraît a priori délicat à mettre en place parce qu'il n'est pas avéré que la communauté médicale accepte ce type d'évaluation (surtout les services d'hospitalisations où le patient a séjourné). Le recueil de cette information n'existe actuellement que de façon ponctuelle et empirique. Il reste donc pour l'essentiel à imaginer. La pertinence de cet indicateur est plutôt moyenne.

Le **pourcentage de réhospitalisations** est un « marqueur » important de l'efficacité et de l'utilité de l'EMG si le taux est faible. Mais le calcul de ce pourcentage de nécessite préalablement que soit définie avec précision la « précocité » et qu'il y ait un consensus à cet égard, ce qui n'est pas évident a priori. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Le **pourcentage de malades non hospitalisés et re-convoqués** contribue lui aussi à apprécier de l'efficacité et de l'utilité de l'EMG, puisque cette pratique évite les hospitalisations automatiques et sécurise les patients. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

Une hospitalisation à partir des urgences est considérée comme évitée lorsque la décision d'hospitalisation envisagée par les urgences est modifiée après intervention de l'équipe mobile gériatrique. Le **pourcentage d'hospitalisations évitées** permet donc de mesurer l'efficacité de l'EMG pour organiser la filière adaptée à la pathologie. Il donne aussi une indication sur la compétence de ses membres. Cependant, la modification des décisions des médecins des urgences suppose une collaboration et une entente complète des deux équipes. Cette situation n'est pas exceptionnelle, mais elle n'est pas courante non plus. La pertinence de cet indicateur est plutôt forte.

3.3.2.4 *La pertinence des indicateurs utilisés : un essai de classement*

Indicateurs qui paraissent les plus pertinents, ou prioritaires, pour évaluer en interne les EMG.

- **Nombre de patients vus par l'EMG.**
- **Nombre d'interventions (ou visites) faites par l'EMG.**
- **Score moyen d'autonomie des patients vus par l'EMG.**
- **Score moyen de gravité à l'entrée aux urgences des patients vus par l'EMG.**
- **Délai moyen d'intervention de l'EMG après appel au secrétariat.**
- **Délais d'attente avant placement.**
- **Durée moyenne de séjour des patients vus par l'EMG.**
- **Pourcentages de retour à domicile.**
- **Pourcentages de patients provenant du domicile et retournant à domicile.**
- **Taux de patients placés en institutions sans hospitalisation.**
- **Pourcentage de réhospitalisations précoces.**
- **Pourcentages de patients vus par l'EMG et re-convoqués, en HDJ gériatrique, ou en consultation d'évaluation gériatrique⁵⁹.**
- **Pourcentages d'hospitalisations évitées aux urgences.**
- **Taux de suivi des recommandations de l'EMG.**
- **Nombre d'appels téléphoniques de médecins ou autres libéraux (conseils, aide avant envoi aux urgences, admission en circuit direct...)*.**
- **Délai d'envoi du compte rendu au service hébergeur***

Indicateurs qui paraissent pertinents pour évaluer le mode de fonctionnement de l'EMG, mais essentiellement d'un point de vue « externe » (indicateurs surtout utiles à la tutelle par exemple)⁶⁰.

- **Utilisation par l'EMG de grilles d'évaluations spécifiques.**
- **Existence d'une unité (ou d'un service) de court séjour gériatrique (ou équivalent).**
- **Existence d'un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique.**
- **Existence d'un hôpital de jour gériatrique.**
- **Existence d'une procédure d'intervention formalisée de l'EMG.**

Indicateurs qui paraissent pertinents pour évaluer en interne les EMG, mais d'un niveau de priorité secondaire.

- **Nombre de visites par patients vus par l'EMG.**
- **Durée moyenne de la visite.**
- **Nombre de diagnostics par patient.**
- **Origine des appels (par discipline ou services).**
- **Pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences.**
- **Pourcentages de décès.**
- **Pourcentages de mutation interne (autres services aigus).**
- **Pourcentages en SSR gériatrique ou non.**
- **Pourcentages de mutation en long séjour.**
- **Pourcentages de transferts extérieurs en institutions (EHPAD etc).**
- **Délai d'attente aux urgences.**
- **Utilisation d'un dossier commun entre les urgences, le service hébergeur et l'EMG*.**

⁵⁹ * : Propositions de la mission

⁶⁰ Le SROS III de la région Rhône-Alpes utilise par exemple ces critères pour effectuer un « scorage » des centres hospitaliers de référence ou de proximité.

Indicateurs qui, sans être négligeables, sont dépendant du contexte local ou ont un intérêt anecdotique uniquement statistique.

- **Intervention d'une « équipe » (gériatre + IDE +assistante sociale...).**
- **Age moyen des patients vus par l'EMG.**
- **Répartition des patients vus par l'EMG selon le sexe.**
- **Nombre de séances de formation (internes :paramédicaux, externes , en EHPAD, autres...)***

3.4 Comment faire ?

A titre d'exemples la mission a repris les projets d'évaluation menés à Niort, Grenoble, Strasbourg.

3.4.1 *Projet d'évaluation de l'Unité mobile de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)*⁶¹

Les praticiens des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg proposent différents types d'indicateurs pour l'évaluation de l'Unité mobile de gériatrie (UMG) des HUS.

Cette batterie d'indicateurs (cf. annexe) de moyens, d'activité et de résultats est fort proche de celle que la mission a présentée ci-dessus. Ils y ajoutent des « indicateurs de satisfaction » : enquête de satisfaction auprès des différentes catégories de personnel soignant (médecins permanents, internes, infirmières, aides soignantes) ; mesure de l'impact en terme de formation ; suivi des recommandations par les équipes soignantes.

Selon ces spécialistes si les indicateurs de moyens et d'activité peuvent faire l'objet d'un recueil de données en continue, la mesure des indicateurs de satisfaction et de résultats doivent faire l'objet d'enquêtes spécifiques.

Pour les indicateurs de satisfaction, ils proposent donc l'élaboration de grille évaluant d'une part la satisfaction des professionnels ayant fait appel à l'UMG, et d'autre part l'impact en terme de formation sur la prise en charge des patients gériatriques.

Pour les indicateurs de résultats, ils suggèrent de réaliser une étude spécifique « randomisée », dont ils ont élaboré le protocole (cf. annexe).

Cette étude est intéressante dans la mesure où elle a pour objectif d'évaluer l'impact de la prise en charge des sujets âgés fragiles hospitalisés en urgence, en s'appuyant sur un nombre restreint de critères, faciles à recueillir : principalement le pourcentage de réhospitalisation et secondairement des critères relativement simples : la durée de séjour, le taux de mortalité, la morbidité, la dépendance et la qualité de vie. Il présente aussi l'avantage d'être réalisé selon des procédures scientifiques éprouvées qui garantissent sa qualité.

⁶¹ Elaboré par HEITZ D. (Département de gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) et BINDER-FOUCARD F. (Département de santé publique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg). La mission a repris pour l'essentiel les formulations des auteurs.

Toutefois, s'agissant d'une étude basée sur un essai comparatif randomisé, il faudrait multiplier les essais en plusieurs points du territoire pour que l'on puisse en tirer des enseignements ayant une valeur générale.

3.4.2 Le projet de recueil d'informations du CH de Niort

A la demande de la mission le Département d'informations médicales du CH de Niort⁶² a imaginé un recueil de données concernant l'EMG (à partir d'un document qui avait été créé localement pour l'hospitalisation à domicile) à partir des items du chapitre XXI de la CIM 10 (cf. annexe).

Il ne s'agit bien sûr que d'une première approche, qui peut être certainement amendée et améliorée, mais qui présente l'avantage de démontrer qu'il existe des possibilités en la matière.

3.4.3 L'informatisation des données au CHU de Grenoble

D'autres établissements ont également informatisé, de manière conséquente, le recueil des données. Ainsi, au CHU de Grenoble le Département de Médecine Gériatrique et Communautaire a créé (cf. annexe) un « dossier d'évaluation gériatrique standardisé »⁶³ qui rassemble et ordonne toutes les informations administratives, médicales et médico-sociales indispensables (signalement, motif d'appel, pathologies, traitements, syndromes gériatriques, degré d'autonomie, densité de soins...).

L'ensemble de ces informations constitue à l'évidence une base de données incomparable, à partir de laquelle il serait sans doute possible de renseigner aisément des indicateurs.

Par exemple, à partir des éléments contenus dans le dossier d'évaluation standardisé le CHU de Grenoble est en mesure d'évaluer ses actions :

- dans les services de spécialités médico-chirurgicales : durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation, suivi des recommandations, institutionnalisation,
- aux urgences médicales et chirurgicales : taux d'hospitalisation et de réhospitalisation précoce, retour à domicile, durée de séjour au service d'accueil urgence et à l'UHCD,
- auprès de la communauté et des institutions : hospitalisations évitées, taux de placement, intégration avec le réseau communautaire.

⁶² Dr Anne BOUDET – Département d'information médicale du CH de Niort.

⁶³ Généré par un logiciel « CRISTAL-Net » en usage dans d'autres établissements, notamment à l'AP-HP.

QUATRIEME PARTIE : ANALYSE DES DIFFICULTES ET RECOMMANDATIONS

4.1 Les résistances à l'intervention d'une EMG et les difficultés observées

La mission a interrogé des utilisateurs intra-hospitaliers dans les services (le chef de service ou un praticien utilisateur, le cadre infirmier ou une infirmière) mais aussi des représentants de services ne faisant pas appel à l'EMG, pour identifier les besoins et attentes, le degré de satisfaction des personnels sollicitant ses conseils et les motifs de non-recours.

4.1.1 Les résistances des non-utilisateurs

Beaucoup de médecins des autres disciplines, interrogés par la mission, ne reconnaissent pas de vraie spécialité médicale à la gériatrie.

4.1.1.1 *La difficulté d'imposer une compétence différente à des pairs qui ne l'ont pas sollicitée*

Ce ne sont pas les problèmes médicaux de leurs patients âgés qui semblent gêner les non gériatres, mais plutôt le temps passé à rechercher des solutions pour accélérer la sortie des patients âgés.

Ils considèrent qu'il s'agit là de problèmes sociaux ne relevant pas de leur compétence médicale et, au mieux, font appel à l'EMG pour qu'elle fasse ce travail « social » à leur place, au pire, ne voient que des désavantages à l'intrusion d'une équipe gériatrique dans leur service et disent « se débrouiller » avec leur assistante sociale.

Un frein à l'implantation des EMG, dans les services qui en auraient parfois le plus besoin, est que leur principe d'action repose sur la volonté de collaborer : les EMG n'interviennent jamais dans les autres services sans y avoir été appelée. Ainsi, les services de médecine interne, dont la moyenne d'âge est élevée, les services de chirurgie générale, contrairement à l'orthopédie, ou certains services d'urgence, sont parmi les non-utilisateurs, par refus caractérisé ou, plus souvent, par méconnaissance de leurs réels besoins et des bénéfices qu'ils pourraient en attendre.

Ces témoignages de gériatres en EMG expriment bien toute la difficulté à convaincre leurs pairs de la spécificité de leur intervention :

- « *Le point faible, c'est qu'on ne donne pas à boire à un âne qui n'a pas soif, on ne peut pas gériatriser un service qui ne veut pas...* ».
- « *Le collègue de cardiologie me dit : « je fais de la gériatrie depuis toujours, puisque je traite beaucoup de personnes âgées dans mon service » je pourrais dire aussi que je fais de la cardiologie parce que tous les patients que je vois ont un cœur, mais je ne suis pas*

compétent en cardiologie au-delà du basique, et donc vis-à-vis des vieillards, c'est la même chose pour eux » et il ajoute : « Ce sont ces mêmes collègues qui viennent nous demander de prendre leurs parents malades, en disant « vous allez peut-être nous aider quand même... »⁶⁴.

- *« Les collègues ne savent pas très bien ce qu'on fait auprès de leurs malades, pour eux, on est des martiens... ils sont très surpris qu'on puisse accepter avec plaisir des vieux déments dans notre unité spécialisée, il faut leur expliquer que c'est de la médecine, que c'est intéressant, qu'il y a des recherches sur le sujet...ça les renverse ».*

Un entretien mené par la mission dans le service de chirurgie digestive d'un CHU avec les chirurgiens et les cadres infirmiers du service s'est avéré particulièrement intéressant. Les chirurgiens disaient ne pas recourir à l'EMG : *« Car le séjour chez nous, c'est un phénomène ponctuel dans la vie d'un patient, on l'opère d'une hernie ou d'une vésicule et il sort quelques jours plus tard dans sa famille ou sa maison de retraite qui l'attend ».* Par contre, le cadre infirmier du même service, qui assurait aussi l'encadrement en médecine – gastroentérologie - avait une opinion opposée : *« On fait souvent appel à eux, au début pour des placements et maintenant plutôt en expertise, pour valider nos avis d'aménagement de la sortie, ça nous sécurise bien et ça nous rend plus crédibles dans nos propositions auprès des familles » ... « pour certaines personnes, on pensait que c'était fichu et on ne proposait rien, or ils nous apprennent à évaluer les capacités à récupérer et si c'est utile ou pas de mettre en œuvre des rééducations ».* Etonnement des chirurgiens...

4.1.1.2 *Voire une franche hostilité à l'implantation d'une EMG*

Au delà de l'indifférence, la mission a rencontré quelques praticiens franchement hostiles à l'intervention de personnels « étrangers » dans leur service.

On sent rarement une vraie animosité : *« Moi, les vieux, je n'en veux pas et croyez-moi, c'est une vigilance de tous les instants »* dit un chef de service de spécialité. *« Pour certains, je suis le diable personnifié, je symbolise à moi seul tous les vieux de l'hôpital »⁶⁵* dit un gériatre d'EMG.

Un chef de service des urgences a témoigné devant la mission de son refus catégorique à la création d'une EMG dans son établissement : *« Moi vivant, aucune équipe ne rentrera dans mon service, ce n'est pas un jeune interne en gériatrie qui va m'apprendre si je dois ou pas demander un scanner... »*, ce que les autres urgentistes de l'unité traduisent moins brutalement, mais dans le même sens : *« On ne souhaite pas que d'autres médecins viennent aux urgences nous dire quoi faire, allonger encore les délais d'attente sur brancard, et tout ça pour ne pas nous les prendre... ».* Plus nuancée est la réaction du cadre infirmier de ce même service d'urgences. *« Les urgentistes se sentent capables de traiter l'urgence, ils ont peur que l'EMG soit redondante, mais parfois ils n'ont pas les clés d'une expertise complète... souvent on a quelques heures pour décider si on renvoie la personne âgée à son domicile, on prend parfois des risques, et là un regard d'expert, ce serait un plus... »*

Comme les sociologues de la mission du PHRC menée en 2004, la mission a souvent constaté que les soignants et notamment les infirmières des services de spécialité étaient bien

⁶⁴ In « Naissance du patient gériatrique aigu » : H. THOMAS, C. BAUER, O. SAINT JEAN , juillet 2004.

⁶⁵ In « Naissance du patient gériatrique aigu » : H. THOMAS, C. BAUER, O. SAINT JEAN , juillet 2004.

plus sensibilisées aux apports d'une telle collaboration que ne le sont certains praticiens dans les mêmes services.

Face à de telles résistances, l'EMG est contrainte d'attendre que le « bouche à oreille » fonctionne en sa faveur et parvienne à convaincre les irréductibles.

4.1.2 Les difficultés de collaboration avec les services utilisateurs

4.1.2.1 L'insuffisante reconnaissance de la gériatrie

Les témoignages des équipes rencontrées évoquent tous, à des degrés divers selon l'environnement hospitalier plus ou moins réceptif qui a entouré leur implantation, des difficultés de reconnaissance de leurs missions en tant qu'activité médicale spécifique.

Tous soulignent la demande permanente et prioritaire des autres spécialistes pour les aider à libérer les lits de spécialités. Or, si les gériatres considèrent qu'un des apports de l'EMG est de favoriser l'orientation des patients âgés dans la filière gériatrique -quand elle existe...- ils refusent d'être uniquement considérés comme des « facilitateurs de filière » ou comme des « orientateurs de vieux » qu'on appelle pour se débarrasser d'un patient qui n'est plus en soins aigus.

Certes, par leur bonne connaissance des offres du réseau d'aval et par leurs relations étroites avec les services de gériatrie, de soins de suites et de long séjour de l'hôpital dont les personnels d'EMG sont souvent issus, ils sont la tête de pont des accès à ces structures gériatriques ; mais ils refusent d'être instrumentalisés dans ce sens et souhaitent légitimement garder le contrôle de la décision de transfert ou de placement sur indication médicale, étayée par un avis gériatrique compétent.

4.1.2.2 Des effectifs limités pour répondre à des besoins extensifs

Les utilisateurs, dans la majorité des cas, sont satisfaits des services apportés par l'EMG ; la collaboration permet le plus souvent en quelques mois une reconnaissance de compétences médicales et paramédicales propres à la gériatrie et une sollicitation accrue.

Toutefois, on note des critiques sur la trop faible disponibilité de ces équipes, qui sont rapidement victimes de leur succès et ne peuvent plus répondre aux appels des services dans les délais qu'ils respectaient au début ; ce d'autant que les personnels d'EMG, ressentant parallèlement la nécessité d'un travail de communication, de coordination et de formation des interlocuteurs extra-hospitaliers, se trouvent rapidement débordés et se retirent de certains services.

Paradoxalement, les utilisateurs délaissés, après quelques protestations, retrouvent rapidement leurs habitudes antérieures de « faire tout seuls » et n'appellent plus.

4.1.2.3 *Le risque d'instrumentalisation de l'EMG*

On a bien vu que ce ne sont pas les compétences médicales des gériatres qui sont demandées en premier et qu'un aspect social est presque toujours intriqué à la demande de prise en charge par l'EMG. Pour assurer leur crédibilité, montrer leur savoir et leur savoir-faire aux divers personnels des services de spécialité, faire ainsi connaître leur spécialité et reconnaître leur utilité, les EMG, dans un premier temps, ont accepté toutes les demandes, sachant qu'il s'agirait pour la majorité de demandes de placement, donc d'un travail médico-social ou social pur. De même, ils n'hésitent pas, si le besoin s'en fait sentir, à accomplir devant des soignants moins expérimentés des gestes techniques qui relèvent habituellement des infirmières, tels que pansements d'escarres ou résorption d'un globe urinaire.

Mais une fois reconnus comme « spécialistes mobiles », les gériatres cherchent à faire valoir leurs compétences d'expertise médicale et à faire admettre à leurs confrères qu'ils ne sont pas là pour assumer de A à Z la prise en charge des patients âgés du service. L'objectif des EMG est de sensibiliser à terme l'ensemble des personnels des autres services et notamment des urgences à des pratiques gériatriques de qualité et à intervenir de plus en plus en tant qu'experts.

La mission a identifié deux types de risques d'instrumentalisation de l'EMG : l'EMG « assistante sociale » et l'EMG « urgentiste » :

- l'EMG « travailleur social », confinée à la « gestion des bed blockers »

Il est encore des spécialistes qui persistent à penser que la fonction des EMG est de désengorger leur service. Selon la capacité de l'établissement en lits de court séjour gériatrique et surtout de moyen séjour, cette fonction est plus ou moins difficile à remplir par l'EMG. D'où la déception de certains utilisateurs et leur tendance à forcer la main aux personnels mobiles pour qu'ils leur prêtent concours dans ce sens. Cette activité centrée sur la recherche de solutions à des problèmes sociaux a pu, pour certaines équipes mobiles qui n'ont pas su filtrer ce type d'exigences, remettre en cause la pérennité de la structure.

C'est dans ces situations de blocage et de non-respect de la compétence de l'autre que les personnels d'EMG ont fait part de leur découragement, lié au sentiment d'être « *depositaires de ce que les autres ne veulent pas faire, d'être témoin d'un corps médical démissionnaire avec parfois des phénomènes d'exclusion de personnes âgées dès lors que s'intriquent des problèmes sociaux* »⁶⁶.

- l'EMG « urgentiste »

Si certains responsables des urgences refusent de recourir à la compétence de gériatres, d'autres au contraire, en ont bien compris l'intérêt de cette collaboration et en usent, voire en abusent. Certaines équipes mobiles se voient ainsi peu à peu absorbées par les appels, de plus en plus nombreux et à toute heure, des urgences qui viennent perturber toute activité suivie ou programmée auprès des autres services. Après en avoir fait l'expérience, certaines ont décidé

⁶⁶ « Unité mobile gériatrique, évaluation d'une année sur les structures et les acteurs » : JB. GAUVAIN et coll, in *Année gérontologique*, 2002 p 89-104.

de restreindre leur collaboration et de n'intervenir aux urgences que très ponctuellement pour un cas complexe, privilégiant le recours en différé aux lits porte le lendemain de l'admission et dans les services. Le rapport reviendra sur ce problème de choix pertinent de sites d'intervention (cf. infra § 4131).

4.1.2.4 *Le manque de communication sur les activités de l'EMG*

Certains interlocuteurs de la mission ont paru bien peu au clair sur les missions exactes de l'EMG de leur établissement, en quoi et jusqu'à quel point elle est disponible pour les aider. Ce flou sur la définition des rôles de chacun et de ses capacités aboutit à des tensions et des malentendus. « *Il y a des gens dans cet hôpital qui ne sont pas contents de l'EMG parce qu'ils voudraient qu'elle fasse tout à leur place, il faudrait leur trouver des solutions toutes prêtes comme un magicien* » ... « *L'unité mobile, elle n'est pas vraiment appelée pour ce à quoi elle est destinée, ce qu'on attend d'elle c'est faire sortir nos patients et elle a de plus en plus de difficultés à le faire, il faudrait que les médecins acceptent qu'elle puisse jouer son rôle de conseil et que c'est nécessaire, sinon, tout le monde est déçu et ça crée des tensions* ».

Cette exigence de lisibilité est particulièrement exprimée par les paramédicaux, infirmières notamment, qui déplorent que la communication sur l'implantation de cette équipe ait été aussi restreinte. Généralement, une présentation en a été faite par la direction, mais devant une assistance limitée aux médecins et parfois aux cadres infirmiers. Or, il est vrai que ce sont les personnels au plus proche des patients -infirmières, aides-soignants et aussi les internes- qui sont le plus concernés, car ce sont eux qui ressentent le besoin d'un avis. Encore faut-il, pour pouvoir bien cibler leurs indications, qu'ils aient une idée précise des capacités et limites de l'EMG.

4.1.3 *Deux modèles différents pour des situations locales diverses*

Selon la mission, il est illusoire de penser qu'il ne doit exister qu'un seul modèle d'EMG. En réalité, il y a deux sortes d'EMG, qu'il conviendrait d'ailleurs de ne pas nommer de la même manière puisqu'elles remplissent concrètement des rôles différents.

4.1.3.1 *Le modèle CHU (ou CH à forte activité)*

Les CHU et les CH importants ont une activité caractérisée par :

- de forts besoins exprimés aux urgences, qu'il s'agisse des services d'accueil proprement dits ou des lits portes,
- des services médicaux et chirurgicaux nombreux et spécialisés (ou très spécialisés),
- des flux de patients importants,
- des durées de séjour relativement courtes,
- des structures sociales ou médico-sociales réduites en nombre.

Dans ce contexte, on peut déplorer que la gériatrie ne soit pas considérée comme une spécialité au même titre que les autres disciplines et que chaque hôpital de ce type ne comporte pas au moins un service de court séjour gériatrique ainsi labellisé ou son équivalent.

Dans ces établissements, l'EMG ne peut se disperser : son action doit être tournée prioritairement vers l'intra-hospitalier et notamment (sinon exclusivement) vers les divers services d'hospitalisation.

En effet, la participation de l'EMG aux urgences suscite un débat : si les gériatres y sont très majoritairement favorables, les urgentistes ont une attitude plus réservée. Pour la mission, cette présence ne s'impose pas de façon indiscutable, dès lors qu'il existe un CSG susceptible d'accueillir pour partie les personnes âgées arrivant aux urgences et surtout s'il existe une unité de lits porte dans laquelle l'intervention différée de l'EMG est plus justifiée. Les urgentistes sont, a priori, tout à fait compétents pour appréhender et traiter à l'accueil les pathologies urgentes des patients âgés et prendre les décisions d'orientation adéquates. La disponibilité de lits porte gériatriques assure un sas de sécurité et de réflexion, dans tous les cas où l'admission en service d'hospitalisation est impossible faute de place et où la pathologie est trop complexe et intriquée avec des problèmes sociaux pour être appréhendée à chaud dans le contexte des urgences.

On peut citer l'expérience intéressante du CHR d'Orléans qui a ouvert 14 lits porte dédiés aux malades âgés, avec un gériatre de l'EMG qui assure chaque matin la prise en charge sanitaire et l'orientation dans la filière. Le problème à bien clarifier dans ce cas est celui de la responsabilité médicale, dans la mesure où les suivis médicaux sont effectués par le gériatre de l'EMG, alors que les lits porte en question et les malades qui y séjournent relèvent de la responsabilité du chef de service des urgences.

Si on estime que la présence d'un gériatre est indispensable aux urgences, il faudrait alors tenir le même raisonnement pour toutes les autres spécialités médicales et chirurgicales. On devrait alors prévoir aussi la présence permanente, par exemple, de chirurgiens, de dermatologues, de pneumologues etc.

Comme l'indique un rapport récent de sociologues⁶⁷ : « *La création d'une UMG dans le seul but d'améliorer le fonctionnement des filières gériatriques se heurte à ses capacités d'interventions. Ce n'est pas une équipe de quelques équivalents temps plein, aussi mobile soit-elle, qui va régler les problèmes structurels des filières gériatriques. Au plus, elles aident à mieux orienter une partie relativement faible de la population âgée hospitalisée. Une réelle amélioration de la prise en charge de la vieillesse fragilisée à l'hôpital réclame d'autres moyens* ».

Reprenant les débats de la conférence de consensus du 5 décembre 2003 relative « à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », la mission estime qu'une équipe mobile gériatrique aussi restreinte ne peut assurer à elle seule toutes les demandes des urgentistes, à savoir la détection des patients « fragiles » et leur entrée programmée dans la filière gériatrique et en même temps l'orientation des personnes âgées admises par l'urgentiste, voire comme on l'a vu à Grenoble, la préparation de leur sortie dès les urgences. La compétence gériatrique qui est rare dans un hôpital, doit être appelée aux urgences en recours, pour expertise et non en systématique.

Se ralliant aux recommandations de la conférence de consensus, la mission estime que toute personne de plus de 75 ans se présentant aux urgences doit faire l'objet d'un repérage de

⁶⁷ Serge CLEMENT, Jean MONTOVANI, Christine ROLLAND-DUBREUIL : « Les unités mobiles gériatriques : analyse sociologique » - Avril 2004 – Observatoire régional de la Santé de Midi-Pyrénées, Centre Interdisciplinaire de Recherches Urbaines et sociologiques (UMR 5193 – CNRS/UTM).

la fragilité, faisant intervenir tous les acteurs des urgences (infirmières, assistante social, médecins) au besoin en s'aidant d'outils d'évaluation de l'autonomie, simples et adaptés à la pratique des urgences. D'ores et déjà, certains services d'urgences incitent leurs personnels, médecins et infirmières à se former à l'approche globale de la personne âgée et à la pratique de ce dépistage basé sur la mise en commun de données sociales, médicales, psychologiques et d'autonomie. Bien entendu, en cas de doute sur un cas, le recours à la compétence de l'équipe mobile doit être possible dans les plus brefs délais, notamment pour sécuriser une décision de non admission. C'est pourquoi les modalités de collaboration entre le service d'urgences et l'EMG devraient être, comme certains établissements l'ont déjà décidé, définies par un protocole d'intervention de compétences gériatriques aux urgences, ce qui permettrait aux urgentistes de mieux cibler les appels.

Pour ce qui concerne les activités extra hospitalières et compte tenu des missions dévolues aux CHU et aux CH à forte activité, le rôle des membres de l'EMG n'est pas de développer et d'assurer à eux seuls et de façon systématique des consultations avancées dans les établissements de proximité, ou de dispenser des formations externes à l'intention des personnels de ces structures.

Cependant, et sous ces réserves, la mission estime que le CHU ne peut se départir de ses responsabilités, de :

- formation au sens large (formation de formateurs de coordonnateurs d'EPHAD, de formateurs de paramédicaux...),
- recherche sur le vieillissement, aide méthodologique dans la mise à disposition d'outils, de procédures,
- conseil et aide aux projets auprès des établissements de la région souhaitant créer et investir dans ce domaine,
- expertise de recours pour les gériatres des établissements de la région, ponctuelle en cas de situations complexes (télé médecine) ou formalisée (consultation avancée mensuelle pour les cas nécessitant une compétence particulière...),
- coordination supérieure et animation d'un réseau régional.

Les personnels de l'EMG peuvent contribuer à ces missions au même titre que l'ensemble des personnels des structures gérontologiques du CHU.

Le rôle du pôle gériatrique des CHU doit être plutôt celui d'un référent, qui apporte une réflexion, une expertise, des conseils et une aide méthodologique aux autres établissements.

Les temps médicaux et de secrétariat nécessaires à ces missions de conseil, de soutien, et de coordination, qui dépassent largement les missions traditionnelles d'une EMG, purement dévolues au soin dans l'hôpital, telles que décrites dans la circulaire, doivent être pris en compte dans les moyens attribués à ces CHU.

4.1.3.2 Le modèle du CH de proximité, ou de l'hôpital gériatrique exclusif

Les EMG des hôpitaux de proximité (ou des établissements gériatriques exclusifs) développent généralement les deux types de missions extra et intra hospitalières, mais tendent indiscutablement vers une gériatrie nettement orientée vers l'extra, sur le mode « sectorisation psychiatrique ».

Ces EMG contribuent à une prise en charge « communautaire » des patients âgés avec des équipes externes (CLIC, conseil général, assistante sociale de l'APA...). Elles contribuent ainsi au développement et à la diffusion de nouveaux savoir-faire articulant ergothérapie et soins infirmiers dans des contextes d'intervention très divers : hôpital, domicile, structures d'hébergement.

Mais, cette participation à des activités qui empiètent sur le champ médico-social de réinsertion - réadaptation, pose à la fois un problème de limites de compétences, de légitimité et de capacité de financement.

Par exemple, on peut s'interroger sur la légitimité des médecins hospitaliers « à faire valoir leur statut d'experts jusqu'à revendiquer celui de coordinateurs, de décideurs ou de donneurs d'ordre. *Quelle est la juste place des gériatres hospitaliers dans les arbitrages de la coordination gérontologique autour de la personne ?* »⁶⁸. C'est une question de même nature que pose, dans l'expérience menée à Plaisir notamment, l'intervention des gériatres hospitaliers au domicile des patients.

D'ailleurs les généralistes libéraux, surtout en milieu rural ou semi-urbain, sont généralement hostiles à une composition uniquement hospitalière de l'EMG, parce qu'ils souhaitent être les interlocuteurs privilégiés des patients et conserver la responsabilité de leur prise en charge médicale. Ils redoutent le danger de « captation » des malades par l'hôpital.

Plus que de véritables équipes de liaison et/ou de « réinsertion sociale » comme elles s'intitulent parfois, les EMG des établissements de proximité constituent plutôt dans le meilleur des cas des « têtes de réseaux » de prise en charge.

4.2 Recommandations pour assurer la pérennité et l'utilité d'une EMG

Comme on l'a vu en troisième partie, la création toute récente de la majorité de ces équipes ne leur a pas permis d'aller au-delà de quelques évaluations quantitatives de leur activité, les retombées en termes de gestion des flux intra-hospitaliers et d'amélioration des conditions de retour à domicile étant beaucoup plus complexes à évaluer, faute d'outils communs pertinents et validés.

4.2.1 Un constat dans l'ensemble positif

Les intérêts à la création d'une EMG apparaissent cependant d'ores et déjà soulignés par les récentes enquêtes sociologiques sur ces structures. Dans l'ensemble, mis à part quelques rares sites sur lesquels la mission s'interroge⁶⁹, au terme de son enquête elle partage ce constat positif. Ces bénéfices sont à plusieurs niveaux :

- pour les patients âgés, qui se voient proposer une orientation plus précoce dans une filière de soins et de services cohérente,

⁶⁸ Serge CLEMENT et al, op. cité.

⁶⁹ Il ne s'agit pas de réserves sur l'activité individuelle des personnels, mais sur le fonctionnement de certaines équipes, qui paraît aller au-delà des missions de l'hôpital pour tout ce qui relève du social et ce au détriment de sa mission sanitaire au sein de l'établissement. Toutes les réserves qu'a pu exprimer la mission ont systématiquement été restituées auprès de la direction des établissements concernés.

- pour les familles et les aidants qui trouvent enfin des interlocuteurs disponibles et attentifs à leurs besoins,
- pour les services hors gériatrie qui apprécient l'aide à la sortie sécurisée, et pour certains découvrent une approche et des pratiques qu'ils méconnaissaient,
- pour les gériatres, qui se voient enfin écoutés, reconnus comme véritables spécialistes développant une culture gériatrique moderne, particulièrement auprès des paramédicaux qui s'avèrent très réceptifs,
- enfin, à terme, pour l'hôpital, dès lors que des indicateurs permettront de comparer la circulation du patient âgé dans l'établissement et son devenir à la sortie, selon qu'il a ou non bénéficié des prestations de l'EMG.

La mission recommande que les gros établissements à forte technicité offrent à l'intention de la population âgée fragile, qui constitue une part importante de leur clientèle, l'ensemble des structures de la filière de prise en charge hospitalière des personnes âgées, dont une équipe mobile gériatrique.

4.2.2 Des principes incontournables de fonctionnement

A partir des constats de son enquête sur une vingtaine d'établissements disposant ou ne disposant pas d'une EMG, enquête non exhaustive mais représentative des divers types de fonctionnement, la mission a relevé les principaux éléments qui lui paraissent nécessaires pour assurer le bon démarrage et la pertinence de l'action et assurer des garanties d'efficacité.

L'EMG, pour assurer sa pérennité, gage d'une action en profondeur, doit répondre à certains principes, faute de quoi elle va, soit rapidement s'épuiser, soit se laisser glisser vers des activités qui ne cadrent pas strictement à ses objectifs, soit encore connaître des dérives de fonctionnement lui faisant perdre une crédibilité fragile.

➤ Des moyens dédiés à l'EMG

Certains personnels de l'EMG peuvent être à temps partiel sur cette structure mobile et mutualisés avec les personnels du court séjour gériatrique ou du service de soins de suite implantés sur le même site. Cette activité mixte apparaît comme une solution à retenir pour des petites équipes, elle renforce les liens avec les structures gériatriques de l'établissement. Encore faut-il veiller à ce que l'équilibre des moyens affectés à chaque structure soit bien respecté au quotidien. Les expériences passées d'antennes, ou d'équipes mobiles, développées sans moyens autonomes par des professionnels de gériatrie déjà surchargés ont bien montré les limites de l'exercice.

Les moyens en personnels à attacher à cette équipe dépendent bien entendu du volume d'activité qu'on attend d'elle, dont une indication peut être le nombre d'entrées chez des personnes âgées fragiles et le nombre de passages aux urgences de personnes de plus de 75 ans ; mais ils dépendent aussi des orientations prioritaires que se fixe l'équipe et de l'environnement médico-social et institutionnel, plus ou moins intéressé à une collaboration ville-hôpital et demandeur de conseils et de formation.

- **Un point d'ancrage au niveau du court séjour gériatrique** ou, lorsqu'il existe, un rattachement administratif de l'EMG au pôle d'évaluation gériatrique.

La décision de créer une équipe mobile sans disposer de lits de gériatrie aiguë relève de l'alibi pour se donner bonne conscience, ou pour profiter de crédits fléchés. Une « gériatrisation » à peu de frais d'un établissement coûte toujours trop cher lorsqu'elle ne sert à rien.

La mission soutient le principe de l'adossement de l'unité mobile à un service, ou une unité de court séjour gériatrique, préconisé dans la circulaire du 18 mars 2002 et fortement revendiqué par tous les gériatres hospitaliers.

La création d'une structure transversale en vue d'améliorer le fonctionnement de la filière gériatrique en amont, en aval et au sein de l'hôpital est une idée intéressante, mais il apparaît évident qu'une équipe de 3 à 5 personnes, aussi motivée, compétente, communicante et mobile soit-elle, ne saurait à elle seule résoudre l'ensemble des problèmes structurels de l'hôpital. Une « équipe mobile électron libre » composée de quelques professionnels de la gériatrie, seuls dépositaires d'une culture gériatrique au sein d'un établissement hyper spécialisé, est vouée à l'échec.

Par effet d'aubaine, la dotation spécifique proposée aux établissements par le plan Urgences en 2004 a incité certains à adresser des projets d'EMG plus ou moins aboutis, alors même que l'établissement ne disposait pas sur le site de court séjour gériatrique, ni de possibilités d'évaluation gérontologique programmée, hôpital de jour et consultations notamment. Ce fonctionnement d'une unité mobile « zombie » comme l'a qualifiée un non gériatre est aberrant, car la demande des services de spécialité est avant tout de transférer ses patients âgés en gériatrie, ou au moins d'obtenir l'assurance que l'équipe mobile se charge d'assurer le suivi à la sortie ; en réponse à cette demande, l'équipe mobile doit pouvoir disposer d'un accès privilégié – et dans des délais raisonnables – à l'une des structures du pôle gériatrique : hospitalisation programmée en hôpital de jour ou de semaine ou convocation en consultation spécialisée. Sans moyens de réponse, l'EMG fait rapidement la preuve de son inutilité pour les services qui ne l'appellent plus.

➤ **La proximité du plateau technique**

Une telle offre sur le même site est un élément important, pour le court séjour gériatrique, qui traite des patients aigus et pour l'EMG, qui doit être au plus près de ces patients aigus. Trop d'établissements multi-sites ont pris l'habitude de regrouper toutes les structures accueillant des personnes âgées sur un unique site périphérique, rendant malaisé l'accès aux examens et consultations de spécialités.

➤ **Une composition pluridisciplinaire de l'équipe**

La mission a constaté (cf. supra § 2221) que le recrutement d'une assistante sociale, pour les équipes qui sont essentiellement tournées vers l'aide aux services de l'hôpital, n'est pas nécessaire lorsque ce dernier dispose de ces personnels dans les services. Par contre, celles qui développent de plus en plus de missions vers les partenaires communautaires apprécient cette compétence sociale.

Une compétence en psychologue ne paraît pas non plus recherchée, dès lors qu'elle est disponible sur le site pour les consultations mémoire et de dépistage des troubles cognitifs. Une compétence en ergothérapie, à temps partiel le plus souvent est appréciée par les équipes qui s'investissent sur la réinsertion au domicile.

Il apparaît que chaque configuration d'équipe s'impose dans un contexte et il serait regrettable de vouloir modéliser l'EMG.

➤ **Une formation aux techniques d'évaluation gériatrique de l'ensemble de l'équipe**

Cette formation très spécifique doit concerner chaque membre de l'équipe dans son champ de compétences et doit englober la transmission des avis et conseils sur les pratiques à leurs collègues dans les services.

➤ **Une crédibilité assise sur la compétence**

Une compétence indiscutable et l'expérience de la prise en charge en gériatrie sont nécessaires pour assurer la crédibilité de l'action. Le motif trop souvent invoqué par les praticiens les plus anciens, peu enclins à une intervention de l'EMG dans leur service, est le refus de recevoir des conseils d'une infirmière et des avis diagnostiques et thérapeutiques d'un jeune médecin gériatre. C'est si vrai qu'un chef de service, gériatre chevronné dans un établissement où certains spécialistes refusaient fermement la création d'une EMG, a dit à la mission : *« Si on réussit à implanter une EMG, je ne prendrai pas de risques, c'est moi qui assurerai les interventions sur appel des urgences »*.

➤ **Un principe intangible de non-concurrence**

Dans le même souci d'éthique et d'acceptabilité par leurs pairs médicaux et paramédicaux, les personnels d'EMG appliquent tous scrupuleusement un principe de non-substitution. Ils n'interviennent que sur demande et avec l'accord du médecin du service. Leur activité se traduit par des conseils et des recommandations, jamais par des prescriptions, dont le choix est toujours laissé au responsable médical du patient dans le service où il est hébergé. Ils n'assurent pas les soins et ne se substituent pas aux professionnels du service, sauf demande expresse du soignant et dans un cadre pédagogique (soins d'escarres par exemple).

➤ **Une communication sur l'activité de l'EMG à tous les niveaux intra et extra hospitalier**

Trop de personnels, de tout statut, avouent mal connaître l'activité de cette équipe et les prestations qu'on peut en attendre. Certes la direction doit annoncer largement son ouverture, mais c'est aux personnels de l'équipe elle-même de profiter de chaque visite dans les services pour s'entretenir avec leurs collègues et leur expliquer, avant de leur proposer conseils et avis, les fondements de leur évaluation et les éléments de leur examen qui les amènent à formuler ces propositions. Cette démarche implique une grande disponibilité, mais son impact pédagogique est évident. Tous les soignants des services d'hospitalisation interrogés ont souligné le temps accordé par les personnels d'EMG pour leur expliquer les résultats de leurs évaluations et répondre à leurs questions pratiques, mais aussi pour les aider à adapter leurs attitudes face aux familles.

➤ **La lisibilité de l'action**

La lisibilité de l'action est un objectif à ne pas négliger. Elle doit s'appuyer sur la formalisation des appels (procédure ou fiche d'intervention commune à tous les services) tout

comme sur celle des comptes-rendus d'avis et expertises (dossier spécifique d'évaluation propre à l'EMG, plus rarement commun à l'équipe et aux services).

➤ **Le suivi des recommandations**

Il est recommandé par tous les gériatres qui ont réfléchi à une évaluation de l'efficacité de cette action. Ce suivi peut être proposé sous forme de protocole, en consultation ou en hôpital de jour. A ce jour, ces protocoles de suivi s'avèrent encore peu développés.

➤ **L'évaluation et la valorisation de l'activité de l'EMG**

L'activité de l'EMG n'est pas véritablement évaluée de façon concertée sur l'ensemble du territoire.

Il est donc nécessaire d'encourager les recherches sur les indicateurs et en particulier tester de façon scientifique ceux qui sont jugés pertinents, afin de dégager une série limitée d'items validés, dont l'application pourrait en être ensuite proposée à toutes les EMG.

Il convient de rappeler la nécessité de prévoir, dès la création d'une EMG, les données à recueillir en vue d'une évaluation de l'activité, mais surtout de l'efficacité de ces nouvelles structures et de leur coût-avantages. Des évaluations « coût-bénéfices », sur le modèle de celles des pays nord-américains (sur des équipes mobiles quelques peu différentes dans leur fonctionnement) devraient être réalisées. L'ANAES et/ou la DRESS pourraient être chargées de coordonner ces recherches.

L'activité de l'EMG n'est pas cotée à sa juste valeur en temps et effectifs de personnels qui y sont consacrés. Il serait souhaitable que ce problème, qui fait l'objet d'une réflexion approfondie à l'heure actuelle, soit résolu dans des délais rapprochés.

➤ **Favoriser l'informatisation des données médicales et sociales**

L'informatisation des données médicales et sociales des EMG est un enjeu majeur. La mission suggère qu'un dossier médical informatisé, sur le modèle de celui qui a été développé au CHU de Grenoble, soit largement diffusé.

➤ **Eviter un formalisme excessif**

La circulaire du 18 mars 2002 a tracé les grands axes pour une prise en charge réaliste des patients âgés dans la filière de soins. La mission estime qu'il convient de continuer dans cette voie en ne recourant pas à des textes réglementaires par trop pointilleux et contraignants, qui constitueraient autant d'obstacles à l'innovation et, in fine, à la satisfaction des besoins qui, selon les contextes locaux, sont très divers.

La mutualisation des compétences intra et extra hospitalière peut s'avérer fructueuse pour la qualité des services rendus au patient, il convient de la formaliser par des conventions de financement avec les collectivités locales en particulier. En effet, l'assurance maladie n'a pas vocation à assurer seule des dépenses de nature sociale.

ooOOoo

Les missions remplies par les EMG sont différentes selon les implantations géographiques : experts médicaux, facilitateurs sociaux, acteurs de réinsertion. Il faut tenir compte de ces disparités et ne pas les considérer de façon identique. Peut-être serait-il opportun d'ailleurs de ne pas les nommer de la même manière, afin de ne pas les confondre et éviter d'entretenir des ambiguïtés sur leur rôle effectif.

La mission estime que le travail d'interface entre l'hôpital et les structures extra hospitalières entre dans les fonctions de l'équipe mobile, qui doit renforcer les relations hôpital-institutions d'aval si elle veut améliorer le désengorgement de la filière. « Vitrine gériatrique » de l'hôpital, l'équipe mobile, par son ouverture contrôlée sur l'extérieur, peut permettre à l'hôpital de prendre la place qui lui revient au sein de l'organisation en réseau. Toutefois, elle doit se garder des sollicitations extérieures conduisant à l'intégrer dans des activités médico-sociales qui relèvent des partenaires communautaires. Si dans certains cas, la mutualisation des compétences peut s'avérer fructueuse pour la qualité des services rendus au patient, il convient de la formaliser par des conventions de financement. En effet, l'assurance maladie n'a pas vocation à assurer seule des dépenses de nature sociale.

Docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL

Jean-Paul BASTIANELLI

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** : Lettre de mission
- Annexe 2** : Note de cadrage
- Annexe 3** : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 4** : Recensement effectué par la DHOS
- Annexe 5** : Liste des tests utilisés lors d'une évaluation gériatrique
- Annexe 6** : Formulaire rempli par la secrétaire de l'EMG pour toute demande d'intervention
- Annexe 7** : Logigramme d'intervention de l'EMG d'Orléans
- Annexe 8** : Deux comptes-rendus de synthèse d'intervention
- Annexe 9** : Proposition d'évaluation de l'EMG présentée par les HUS (Strasbourg)
- Annexe 10** : Protocole d'étude pour mesurer l'intérêt d'une EMG présenté par les HUS (Strasbourg)
- Annexe 11** : Projet de recueil d'informations de l'EMG de Niort
- Annexe 12** : Dossier médical informatisé de l'EMG du CHU de Grenoble
- Annexe 13** : Analyse de 34 indicateurs

ANNEXE N°1
Lettre de mission



16 NOV. 2004

La Chef de Service

La Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

à

Jean Paul BASTIANELLI
Inspecteur général
Anne- Chantal ROUSSEAU
Inspectrice générale
Pierre- Louis BRAS
Inspecteur général

OBJET : Prise en charge en aigu des personnes âgées à l'hôpital

Code mission SA/EQ/HO/2004.0148

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet.

Je vous remercie de vous rapprocher de Monsieur Pierre DELOMENIE, président du comité des pairs Santé et organisation des soins, et de vous coordonner pour fixer avec mon secrétariat la réunion de lancement de la mission.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Copie : Pierre DELOMENIE, président, Mickaël HAUTCHAMP et Etienne GRASS,
secrétaires du comité des pairs Santé et organisations des soins.

ANNEXE N°2
Lettre de cadrage

**EVALUATION DES EQUIPES MOBILES GERIATRIQUES AU SEIN DE LA
FILIERE GERONTOLOGIQUE**

Note de cadrage

Le contexte

La circulaire du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière gériatrique, incite les établissements sanitaires, notamment les CHU et les centres hospitaliers, à la création, par redéploiement, **d'équipes mobiles gériatriques**. Ce texte mentionne non seulement leurs conditions de mise en place, mais décrit également leurs missions et leur composition.

Par ailleurs, le plan « Urgences » de septembre 2003 accentue le renforcement des compétences gériatriques en prévoyant 20 millions d'euros pour aider à la mise en place d'unités de court séjour gériatrique et 50 millions d'euros pour renforcer ou créer des équipes mobiles.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins vient, par le biais d'une enquête, de procéder au recensement de ces structures et à celui des effectifs de personnel redéployés à cette occasion ou financés en 2004 sur les crédits du plan « Urgences ». Environ 90 unités de court séjour gériatrique sont recensées à la date du 1^{er} septembre 2004, dont certaines, ouvertes dans les plus gros établissements, se sont dotées d'équipes mobiles gériatriques. Toutefois, l'enquête de la DHOS porte essentiellement sur des aspects quantitatifs et recouvre des organisations et des fonctionnements très divers.

En outre, une mission a été confiée, au début du mois de décembre 2004, aux Professeurs Pierre PFITZENMEYER de Dijon et Claude JEANDEL de Montpellier, pour veiller à la bonne application des plans « Urgences » et « Alzheimer » décidés en 2004 et notamment s'assurer de la bonne utilisation des crédits. Les équipes mobiles gériatriques sont concernées, à des titres divers, par la mise en œuvre de ces deux plans.

Les objectifs de la mission

La mission a défini le cadre et les objectifs de son enquête, à la suite de premiers entretiens avec le Cabinet du Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, les services de la DHOS, et les représentants des gériatres, et des préoccupations qu'ils ont exprimées. Les inspecteurs envisagent, à partir d'observations effectuées dans un certain nombre de régions bien investies dans le champ de la prise en charge des personnes âgées :

- Procéder à **une description des différents types d'organisation et modes de fonctionnement** choisis par les établissements, en distinguant ceux qui appliquent

scrupuleusement les textes et ceux qui s'en éloignent, jusqu'à les ignorer totalement. Par exemple : création d'équipes mobiles gériatriques adossées à des services de courts séjours gériatriques ou non, présence de gériatres diplômés ou non etc...

A cette occasion, la mission s'attacherait à préciser l'appellation « court séjour gériatrique », afin d'aider la DHOS à fiabiliser les réponses au questionnaire recensant les structures sanitaires gériatriques en place ou en projet. En effet, les résultats de l'enquête de la DHOS menée fin 2004 semblent difficiles à exploiter, les équipes n'ayant pas toutes retenu la même définition.

- **Repérer les facteurs clés de succès et d'échec dans la mise en place des équipes mobiles gériatriques**, de situer les niveaux de blocage et de proposer les méthodes (ou les moyens) à mobiliser pour, selon les cas, les favoriser ou les surmonter.
- Envisager **les évolutions indispensables** au regard de la nécessaire coordination, voire implication des personnels de ces équipes au sein des équipes médico-sociales « communautaires » hors hôpital (CLIC, acteurs du réseau gérontologique, EPHAD, hôpitaux locaux, SSIAD, HAD, réseaux des soins palliatifs).

Même si elles vont bien au-delà des strictes missions attribuées par la circulaire précitée, ces activités extra-hospitalières (formation des équipes d'établissements d'hébergement et des généralistes du réseau, coordination de l'ensemble des partenaires médico-sociaux, consultations avancées au sein des EHPAD ou des hôpitaux locaux) sont déjà assumées par certaines équipes mobiles, qui soulignent la « rentabilité » d'une telle organisation. Le secrétariat d'Etat aux personnes âgées souhaite que le montage financier en partenariat soit étudié à la lumière des premières expériences de terrain (Niort, Orléans, Toulouse).

- Définir des indicateurs d'efficience et d'efficacité des divers types d'organisation des équipes mobiles :
 - **quantifier l'activité et la productivité médico-économique** de ces équipes dont l'activité repose sur du temps de personnel médical, paramédical et social. Cette recherche sera réalisée en tenant compte des réflexions en cours menées par le groupe de travail initié par la DHOS, avec le concours de la Société nationale de gérontologie clinique, sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité ;
 - **apprécier la qualité du service rendu**, à la fois en termes quantitatifs (nombre d'hospitalisations en crise et de réhospitalisations précoces évitées) et qualitatifs (satisfaction des usagers, valorisation des personnels et progression dans les apprentissages collectifs). La démarche est, a priori, délicate car il s'agit de structures récentes, disparates et les équipes ne disposent ni d'outils communs ni de recul suffisant. Les quelques évaluations déjà réalisées, notamment par des équipes mobiles mises en place avant la circulaire du 18 mars 2002, feront l'objet de validation auprès de ces équipes et de leur médecin chargé du DIM.

L'objectif poursuivi est de définir une série d'indicateurs simples permettant de compléter qualitativement et d'affiner les observations statistiques, en vue d'une

amélioration de la qualité des prises en charge et d'une meilleure allocation des ressources.

Sites d'enquête

Les rapporteurs ont analysé les travaux préparatoires à l'élaboration du volet gérontologique du SROS 3 pilotés par les ARH et ont pris contact avec certains responsables de projet gérontologique au sein des régions ciblées à partir de cette première analyse et/ou signalées par les services de la DHOS eu égard au dynamisme des acteurs.

Pour atteindre ses objectifs, la mission se rendra dans des régions présentant des situations très disparates, pour y étudier les équipes mobiles en place et leur articulation au sein de l'ensemble de la filière gériatrique du département ou plus souvent du secteur géographique. Sont déjà envisagées les régions de Midi Pyrénées, Alsace, Bourgogne.

Elle envisage, parallèlement à ces enquêtes transversales, de rencontrer plus ponctuellement certaines équipes mobiles qui ont publié des expériences innovantes (Niort, Grenoble, Hospices civils de Lyon, Provins, ainsi que quelques équipes au sein de l'AP-HP) ou au contraire qui sont signalées par les ARH comme rencontrant des difficultés de mise en place.

Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL
Jean-Paul BASTIANELLI

ANNEXE N°3
Liste des personnes rencontrées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONSULTEES

- **MINISTERE DELEGUE AUX PERSONNES AGEES**
 - Mr LE DIVENAH , Directeur de Cabinet
 - Mme le Dr HERVY, Conseiller technique
 - Mme le Pr FORETTE, Conseiller technique

- **DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
 - Mme REVEL, Sous-directrice Organisation du système de soins
 - M. le docteur GENTILE, Chef de Bureau O2
 - Mme GREGOIRE, Bureau O2
 - Mme TRANSON, Bureau O2

- **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**
 - Mme le docteur LALANDE
 - Mr Le docteur PICARD

- **COUR DES COMPTES**
 - Mme SPECHT

- **MISSION DE SUIVI DES PLANS GERIATRIE – URGENCES ET ALZHEIMER**
 - Pr PFITZE NMEYER
 - Pr JEANDEL

- **SYNDICAT NATIONAL DE LA GERONTOLOGIE CLINIQUE**
 - Dr VETEL, Président

- **SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE**
 - Dr PIETTE

- **REGION ILE DE FRANCE – ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS**
 - **ARH ILE DE FRANCE**
 - Mme Dr SIMON-PREL, chargée de mission

 - **ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS**
 - **CHU de BICHAT**
 - Mme le Pr LEGRAIN, chef de service

 - **CHU SAINT-ANTOINE**
 - Mme Dr LUQUEL, responsable CSG
 - Mme Dr THOMAS, responsable EMG

 - **CHU AMBROISE PARE**
 - Pr TEILLET, chef de service SSR Sainte Perrine
 - Dr CUDENNEC, EMG
 - Mme le Dr GRIL, EMG
 - Pr LORTAT-JACOB, chef de service orthopédie
 - Mme CIACA, cadre orthopédie
 - Pr BAGLIN, chef de service médecine interne
 - Dr HANSLIK, médecine interne

 - **HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU**
 - Pr SAINT-JEAN, chef de service

 - **CH DE PROVINS**
 - Dr PEYRE, chef de service SSR
 - Dr WISER, médecine interne
 - Dr DUVILLON, DIM

- Me SIORAT, assistante sociale
- Représentant du CLIC
- **HGMS DE PLAISIR**
 - M BAQUE, directeur
 - Dr MANDELBAUM, chef de service
 - Dr DONVAL, EMG
 - Dr WEBER, vacataire EMG, généraliste à Elancourt 78
 - Mme ALAGUERO, coordonnatrice CLIC Plaisir
- **HL DE HOUDAN**
 - M. LORSON, directeur
 - Dr HAMEL, vacataire EMG, généraliste à HOUDAN 78
 - Mme AUGER, coordonnatrice CLIC Houdan-Anet
- **REGION ALSACE**
 - **ARH**
 - M. AOUN, directeur
 - Mme Dr BLANCHARD, chargée de mission
 - Mme Dr FONTANEL, Service médical de l' Assurance-maladie Alsace Moselle
 - **URML D'ALSACE**
 - Dr LION, président
 - **CHU DE STRASBOURG**
 - M. CASTEL, directeur Général
 - Pr BERTHEL, chef du département gériatrie
 - Mme Dr MARTIN, responsable HDJ gériatrie
 - Mme Dr FRANCK, HDJ
 - Dr HEITZ, responsable de l'UMG
 - Mme DR CASTEL, UMG
 - Pr JAGER, chef de service Urgences
 - M. ROBIN, cadre de santé urgences
 - Pr KUNTZ chef du service Rhumatologie
 - Mme Dr JAVIER, service Rhumatologie
 - Mme CENTIS, cadre de santé service Rhumatologie
 - M. STEIBEL, assistant social service Rhumatologie
 - Pr MEYER, chef du service Chirurgie générale et digestive
 - Mme TOSATO, cadre de santé service Chirurgie générale et digestive
 - Mme BACH, cadre de santé service Chirurgie générale et digestive
 - Mme BERNARD, cadre de santé service Chirurgie générale et digestive
 - Pr ROESLIN, DIM
 - **CH DE COLMAR**
 - M. GUSTIN, directeur
 - Mme JOHANET, directrice du Centre pour personnes âgées
 - Dr PERRIN, DIM
 - Dr HILD, chef de service Gériatrie
 - Dr MICHEL, service Gériatrie
 - Dr SCHMITT
 - Dr WOEHL, service médecine E
 - Dr NICAUD, service des Urgences
 - Mme MELINGER, cadre de santé service des Urgences
 - Dr JACQUEMAIRE, chef de service Orthopédie et traumatologie
 - Dr MERLE, service orthopédie et traumatologie
 - Dr NIEDERBRGER, chef du service de gériatrie du GHPCA (PSPH)
 - Mme AST, assistante sociale CLIC du Haut Rhin
 - Mme LABROCHE, directrice SSIAD Haut Rhin
 - Mme HEFFELE, directrice EHPAD Kaysersberg
 - Dr MUELLER, coordonnateur EHPAD Kaysersberg

□ **REGION MIDI-PYRENEES**

• **ARH**

- M GAUTHIER, directeur
- M. BOS, chargé de mission
- Mme SCHAEFFER, chef de projet personnes âgées du SROS 3

• **DDASS DE HAUTE GARONNE**

- M. DMUCHOVSKI, directeur
- Mme Dr PIAU, MISP
- Mme BILLARD-VERGNE, IPASS
- M. MARCOVICI, IPASS

• **DDASS DU LOT**

- Mme TANTIN, directrice
- Mme Dr HERVY, MISP

• **DDASS DU TARN ET GARONNE**

- Mme BRUNEL, directrice
- Mme MOREAU, IASS

• **CHU DE TOULOUSE**

- M. MOINARD , directeur général
- M. GIRARD, directeur adjoint
- Pr VELLAS chef de service
- Dr VOISIN, responsable EMG
- Mme PIGNOL, infirmière EMG
- Dr ECOIFFE, urgences
- Dr COURRE, médecine interne
- Dr BONNEVIAL, orthopédie
- Dr LEYMARIE, DIM
- Pr GRAND, unité INSERM 558, département santé publique et sociologie du vieillissement
- M. CLEMENT, sociologue
- Coordonnateur CLIC Lauragais
- Directeur d'EHPAD
- Directeur d'un SSR privé
- Médecin du SSR FOIX-PAMIERS

• **CH DE MONTAUBAN**

- M. DAUMUR, directeur
- Dr MORFOISSE, président CME et DIM
- Dr MARDEGAN, chef de service Urgences
- Mme Dr SUDRE, service Long séjour
- Mme Dr ROUSTANG , service Médecine générale
- M. BOUCHEZ, directeur HL de Caussade
- M. GRIMAL, directeur CHI Moissac – Castelsarazin
- Dr SARTRE, soins palliatifs, Moissac

• **CH DE CAHORS**

- Mme Dr KOSTECK, responsable EMG
- Dr BOULESTEIX, CH de Cahors
- Dr HUSTACHE, gériatre HL de Gourdon
- Dr FRAHI, gériatre CH de Figeac
- Dr AUSEILLE, chef de service psychiatrie CHS de Leyme
- Dr JACOBSON, orthopédie

□ **REGION RHONE-ALPES**

• **CHU DE GRENOBLE**

- M. PASSY, directeur général adjoint
- Mme ULRICH, directeur de la stratégie
- Pr FRANCO, chef de service
- Dr COUTURIER, EMG
- Dr TRANCHANT, EMG
- Me ROLIN, assistante sociale EMG
- Mme GROMIER, infirmière EMG
- Mme STRAUSS, secrétaire EMG
- Dr MUSILLAC, urgences

□ **REGION CENTRE**

• **CHR D'ORLEANS**

- Dr GAUVAIN, chef de service gériatrie
- Dr MARTIN, chef de service urgences
- Dr PROELLE, urgences
- M. PONCHEL, cadre infirmier urgences
- Dr FLEURY UHTCD gériatrique
- Pr DUJARDIN, chef de service Orthopédie traumatologie
- Mme BRIERE, cadre de santé service Orthopédie traumatologie
- M. RIGAUD, cadre de santé service Orthopédie traumatologie
- Dr GUILBERT, orthopédiste
- Dr EYNARD, DIM
- Dr VALERY, DIM

□ **REGION POITOU-CHARENTES**

• **CH DE NIORT**

- M. MICHEL, directeur
- M. CHENE, directeur adjoint
- M. BEY, directeur adjoint
- Dr CHAUMIER, coordination de la communauté d'établissements
- Dr LEGER, chef de service de Psychogériatrie, responsable EMG
- Mme Dr VASSORT, EMG
- Mme Dr BOISSON, gériatre de liaison
- M. PORTON, cadre de santé EMG
- Mme LIVENAIS, infirmière EMG
- Mme BOUSSEREAU, assistante sociale EMG
- Dr VOLARD, chef de service Urgences
- Dr BUIA, chef de service Gériatrie générale
- Mme Dr BESSON, chef de service Soins de suite
- M. LOISEAU, assistant social, service soins de suite
- Mme Dr AUDONNET, service Médecine physique
- Mme LARGEAU, cadre de santé Soins de suite
- Mme Dr BOUDET, DIM
- Mme FORTIN, infirmière coordinatrice ADMR Echiré
- Mme GAILLARD, infirmière coordinatrice SSIAD à ADMR Niort
- Mme MINIOT, cadre de santé responsable adjoint service des aînés CCAS Niort
- Mme LHERMITE-CUESNEAU, responsable du service maintien à domicile CCAS Niort
- Mme SUIRE, coordinatrice aide à domicile de « L'auxiliaire au quotidien »
- Mme VIOLAU, gérontologue de « L'auxiliaire au quotidien »
- Mme GUYOT, CRAMCO
- M. CHAMBOST, MSA
- Mme MUNOZ, chargée de la coordination gérontologique Conseil général des Deux-Sèvres
- Dr GOURDON, président d'ALISPAD (soins palliatifs à domicile)

• **HL DE MELLE ET HL DE SAINT-MAIXENT**

- Mme BARETEAU, directrice

ANNEXE N°4
Recensement effectué par la DHOS



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS,
DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-Direction de l'organisation
du système de soins

Bureau de l'organisation de l'offre
régionale de soins et populations spécifiques

Personnes chargée du dossier :
Laure GREGOIRE
☎ 66547

**BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE COURT SEJOUR
GERIATRIQUES ET DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE
AU 31 DECEMBRE 2004**

<i>I – Les services de court séjour gériatriques</i>	<i>4</i>
I-1 Rappel des résultats de l'enquête 2002.....	4
I- 2 Nombre d'établissements déclarant un service de court de séjour gériatrique (SCSG) par région.....	4
I- 3 Nombre d'établissements sièges de SAU déclarant un SCSG par catégorie d'établissement	5
I- 4 Les SCSG localisés dans les établissements non sièges de SAU selon la catégorie de l'établissement	6
I- 5 Les capacités offertes dans les services de court séjour gériatriques	7
I- 6 Le personnel médical et non médical.....	8
<i>II - Les équipes mobiles gériatriques.....</i>	<i>9</i>
II – 1 Nombre d'équipes mobiles	9
II- 2 Répartition des équipes mobiles selon la catégorie des établissements.....	9
II- 3 Le personnel médical et non médical.....	10
<i>III- Les établissements ayant un service de court séjour gériatrique et une équipe mobile gériatrique.....</i>	<i>10</i>
<i>IV - Evolution entre 2002 et 2004.....</i>	<i>12</i>

Le bilan présenté ci-dessous vise à réaliser un état des lieux, **au 31 décembre 2004**, des services de court séjour gériatrique et des équipes mobiles de gériatrie. Il est le résultat d'une enquête effectuée auprès des agences régionales de l'hospitalisation début janvier 2005. C'est un état des lieux essentiellement quantitatif et qui ne juge donc pas de la pertinence des décisions prises au niveau régional et de la réponse apportée aux besoins. L'ensemble des 26 régions ont répondu à l'enquête, avec une différence toutefois dans l'exhaustivité des réponses, notamment en ce qui concerne le recensement du personnel médical et non médical. Ces divergences dans les réponses expliquent pourquoi certaines régions n'ont pas toujours été prises en compte dans les exploitations présentées ci-dessous, pour ne pas fausser les totaux.

I – Les services de court séjour gériatriques

Un plan pluriannuel visant à individualiser des lits de court séjour gériatriques dans chacun des 207 établissements dotés d'un SAU a été lancé en 2002. Au terme de l'année 2002, 82 établissements étaient pourvus de tels services. La mise en œuvre de ce programme est arrivée à son terme à la fin de l'année 2004, il convient donc de faire le bilan de la mise en œuvre de ces services.

I-1 Rappel des résultats de l'enquête 2002

Au 31/12/2002, 147 services de courts séjour gériatriques sont recensés, dont 62 sont situés en établissements siège de SAU. Une montée en charge du dispositif est attendue notamment du fait de l'impact des crédits issus du plan urgences (annoncé en septembre 2003) dont les notifications sont intervenues en 2004.

L'objectif fixé par la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière des soins gériatrique est que chaque établissement de santé siège d'un SAU doit être doté d'un service de court séjour gériatrique. Au 31/12/2003, 208 établissements publics et privés sont autorisés SAU.

I- 2 Nombre d'établissements déclarant en 2004 un service de court de séjour gériatrique (SCSG) par région

Remarque : S'agissant de la région Ile de France, du fait du manque de précisions relatives aux données concernant le personnel médical et non-médical, l'AP-HP a été isolée dans un souci de cohérence.

Au 31/12/2004, 204 services de courts séjour gériatriques sont recensés.

Métropole :

REGION	Existant	En projet	Nombre d'établissements concernés
Alsace	11	2	13
Aquitaine	7		7
Auvergne	2	3	5
Basse Normandie	6	2	8

Bourgogne	8		8
Bretagne	20		20
Centre	8		8
Champagne-Ardenne	2		2
Corse		2	2
Franche-Comté	2		2
Haute-Normandie	9		9
Ile de France (AP-HP)	23		23
Ile de France (hors AP-HP)	26		26
Languedoc Roussillon	6		6
Limousin	1		1
Lorraine	8		8
Midi-Pyrénées	8		8
Nord Pas-de-Calais	11		11
PACA	9		9
Pays de Loire	8		8
Picardie	8		8
Poitou-Charentes	6		6
Rhône-Alpes	15		15
Total métropole	204	9	213

DOM :

La Guadeloupe et la Guyane ne disposent pas de service de court séjour gériatrique. La Réunion a un projet de création d'un service en 2005.

La Martinique déclarent l'existence d'un service de 17 lits au CHU de Fort de France. 4,67 ETP médicaux et 16,65 ETP non médicaux font fonctionner ce service.

I- 3 Nombre d'établissements sièges de SAU déclarant un SCSG par catégorie d'établissement

Les résultats présentés ci-dessous portent sur les services existants en métropole.

108 établissements sur 204 (53 %) qui déclarent un SCSG sont SAU. Ces chiffres sont assez surprenants au regard des recommandations de la circulaire du 18 mars 2002 car sur l'ensemble des SCSG, quasiment un service sur deux est situé dans un établissement non siège de SAU. De plus, à l'heure actuelle, presque un établissement siège de SAU sur deux ne disposent pas de SCSG. La répartition régionale par catégorie d'établissements montre que les SCSG sont localisés en majorité dans les centres hospitaliers (CH).

REGION	CH	CHR	CHU	PSPH	Total Etablissements concernés	Nombre total de sites autorisés SAU	%
Alsace	1		1		2	5	40%
Aquitaine	3		1		4	10	40%
Auvergne	1		1		2	6	33%

Basse Normandie	4		1		5	7	71%
Bourgogne	4		1		5	8	63%
Bretagne	4		2		6	9	67%
Centre	3	1	1		5	8	63%
Champagne-Ardenne	1		1		2	6	33%
Franche-Comté	1		1		2	6	33%
Haute-Normandie	4		1		6	5	100%
Ile de France (AP-HP)			9		9	15	60%
Ile de France (hors AP-HP)	12			2	14	28	50%
Languedoc Roussillon	4		2		6	10	60%
Limousin			1		1	4	25%
Lorraine		2	1		3	6	50%
Midi-Pyrénées	2		1		3	11	27%
Nord Pas-de-Calais	5		1		6	18	33%
PACA	5		2		7	8	88%
Pays de Loire	4		1		5	7	71%
Picardie	5		1		6	8	75%
Poitou-Charentes	3		1		4	5	80%
Rhône-Alpes	3		3		6	10	60%
Total	69	3	34	2	108	200	54%

I- 4 Les SCSG localisés dans les établissements non sièges de SAU selon la catégorie de l'établissement

95 établissements non siège de SAU déclarent un SCSG. La répartition selon la catégorie montre ici, une montée charge des PSPH, des hôpitaux locaux. Toutefois, les CH et les CHU restent les établissements où l'ont recensent le plus de SCSG.

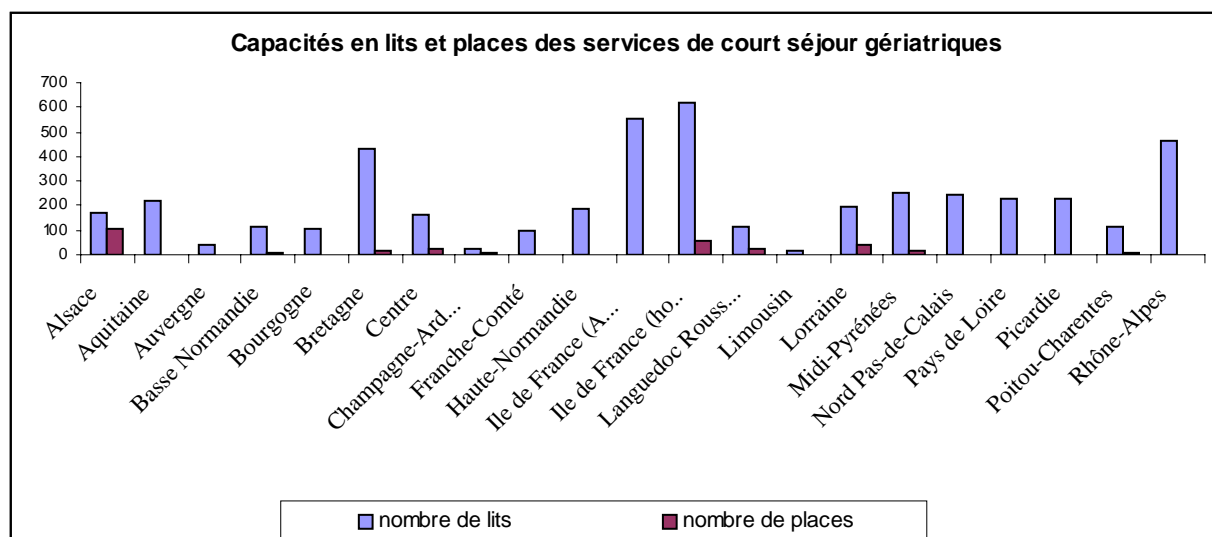
REGION	CH	CHS	CHU	HL	PRIVE	PSPH	Total
Alsace	5					4	9
Aquitaine	2					1	3
Basse Normandie	1						1
Bourgogne	3						3
Bretagne	4			6		4	14
Centre	3						3
Haute-Normandie	1			2			3
Ile de France (AP-HP)			14				14
Ile de France (hors AP-HP)	1			2	3	6	12
Lorraine	1					4	5
Midi-Pyrénées	2	1			2		5
Nord Pas-de-Calais	5						5
PACA	2						2
Pays de Loire	2			1			3
Picardie	2						2

Poitou-Charentes	2						2
Rhône-Alpes	7					2	9
Total métropole	43	1	14	11	5	21	95

I- 5 Les capacités offertes dans les services de court séjour gériatriques

Les **données de la région PACA sont exclues** de cette exploitation sur cet item. Les données transmises reprennent l'ensemble des capacités totales des établissements.

Le graphique ci-dessous montre que 4 régions¹ disposent de capacités supérieures par rapport aux autres régions. La moyenne des autres régions est de 148 lits alors que ces 4 régions, elle est de l'ordre de 517 lits.



REGIONS	Population 2003	Population de plus de 75 ans en 2003	%des plus de 75 ans	Nombre de lits recensés dans les SCSG	Ratio : nombre lits recensés/ population de + de 75 ans (pour 1000)
Alsace	1 767 442	106 957	6,1%	170	1,59
Aquitaine	2 966 655	273 809	9,2%	217	0,79
Auvergne	1 312 672	123 947	9,4%	40	0,32
Basse Normandie	1 432 411	116 643	8,1%	118	1,01
Bourgogne	1 610 972	148 249	9,2%	109	0,74
Bretagne	2 957 979	248 517	8,4%	430	1,73
Centre	2 458 747	212 800	8,7%	166	0,78
Champagne Ardenne	1 338 010	98 897	7,4%	26	0,26
Corse	264 334	23 392	8,8%	0	0,00
Franche Comté	1 126 173	83 545	7,4%	95	1,14
Haute Normandie	1 785 328	121 550	6,8%	189	1,55
Ile de France	11 082 007	636 849	5,7%	1 171	1,84

¹ Bretagne, Ile de France AP-HP et hors AP-HP et Rhône Alpes

Languedoc Roussillon	2 375 391	217 367	9,2%	112	0,52
Limousin	710 455	82 139	11,6%	20	0,24
Lorraine	2 316 149	158 206	6,8%	193	1,22
Midi Pyrénées	2 614 951	243 123	9,3%	253	1,04
Nord Pas de Calais	4 015 686	250 593	6,2%	248	0,99
Pays de Loire	3 289 114	256 807	7,8%	227	0,88
Picardie	1 866 896	121 438	6,5%	225	1,85
Poitou Charente	1 660 841	160 920	9,7%	110	0,68
Rhône Alpes	5 766 900	402 699	7,0%	468	1,16
Total métropole	54 719 113	4 088 447	7,5%	4 587	1,12

I- 6 Le personnel médical et non médical

La région PACA est exclue de cet item.

252,29 ETP médicaux et **1 962,26 ETP** non médicaux sont déclarés pour faire fonctionner ces services, dont voici la répartition régionale .

REGION	Nombre d'ETP médicaux	Nombre d'ETP non-médicaux
Alsace	27,16	225,4
Aquitaine	9,17	133,1
Auvergne	7	49
Basse Normandie	2	6,5
Bourgogne	2	8,45
Bretagne	0	0
Centre	17,23	0
Champagne-Ardenne	4	30,5
Franche-Comté	8,5	90,5
Haute-Normandie	15,75	155,78
Ile de France (AP-HP)	0	0
Ile de France (hors AP-HP)	64,58	705,56
Languedoc Roussillon	9,9	118,8
Limousin	1,5	24,8
Lorraine	21,33	0
Midi-Pyrénées	13,6	
Nord Pas-de-Calais	5	47,5
Pays de Loire	4,82	35,3
Picardie	19,75	202,37
Poitou-Charentes	12	102,7
Rhône-Alpes	7	26
Total	252,29	1 962,26

II - Les équipes mobiles gériatriques

Le patient âgé étant très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel, il convient donc, également chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité au-delà de l'offre développée dans des services de court séjour gériatrique identifiés dans les établissements siège de SAU.

En conséquence, il a été prévu, notamment dans le cadre du plan urgences (2004-2007), de développer l'accès à des compétences gériatriques dans l'ensemble des établissements de santé. Les moyens humains mis à disposition dans ce cadre doivent permettre de constituer des équipes pluridisciplinaires composées de personnels médical, paramédical et social, formés à la gériatrie : les équipes mobiles de gériatrie.

II – 1 Nombre d'équipes mobiles

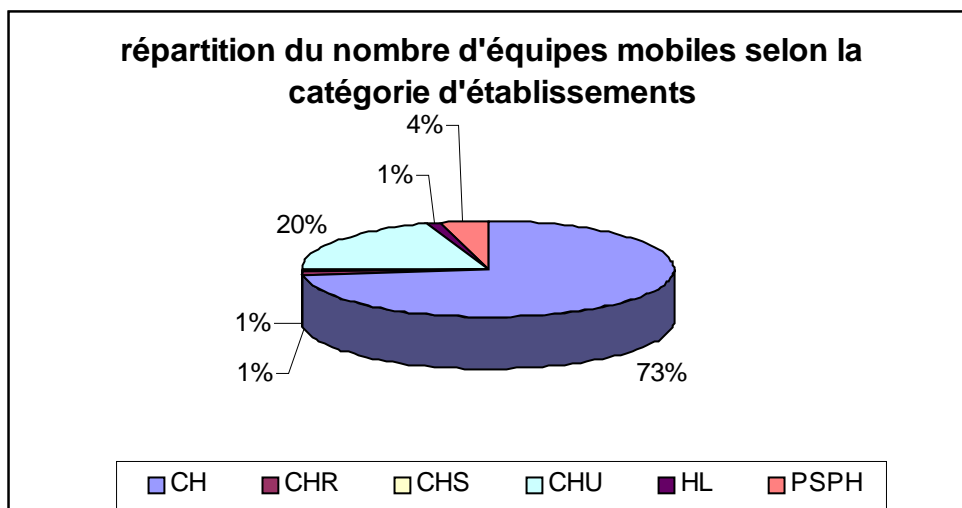
Métropole :

96 équipes mobiles recensées et 7 sont en projet. Aucune région n'en est dépourvue.

REGION	Existante	Projet	Total
Alsace	1		1
Aquitaine	3		3
Auvergne	3		3
Basse Normandie	3	3	6
Bourgogne	5		5
Bretagne	5		5
Centre	2		2
Franche-Comté	5		5
Guadeloupe	1		1
Haute-Normandie	3		3
Ile de France (hors AP-HP)	14	3	17
Languedoc Roussillon	8	1	9
Limousin	1		1
Lorraine	6		6
Martinique	1		1
Midi-Pyrénées	6		6
Nord Pas-de-Calais	7		7
PACA	8		8
Pays de Loire	4		4
Picardie	2		2
Poitou-Charentes	1		1
Rhône-Alpes	7		7
Total	96	7	103

II- 2 Répartition des équipes mobiles selon la catégorie des établissements

73% des équipes mobiles sont localisées dans les centres hospitaliers.



II- 3 Le personnel médical et non médical

Le personnel médical est mutualisé avec les services de court séjour gériatriques pour 4 équipes.

Pour 9 équipes, les données relatives au personnel n'ont pas été communiquées.

Pour 83 équipes mobiles, on recense :

- 72,94 ETP médicaux
- 136,33 ETP non médicaux

III- Les établissements ayant un service de court séjour gériatrique et une équipe mobile gériatrique

56 établissements disposent à la fois d'un service de court séjour gériatrique et d'une équipe mobile. Parmi ces 56 établissements, 89% sont des établissements sièges de SAU.

REGION	SAU		Total
	NON	OUI	
Alsace		1	1
Aquitaine		1	1
Auvergne		2	2
Basse Normandie		3	3
Bourgogne	1	3	4
Bretagne	2	2	4
Centre		2	2
Franche-Comté		2	2
Haute-Normandie		3	3
Ile de France (hors AP-HP)	1	6	7
Languedoc Roussillon		4	4
Limousin		1	1

Lorraine	1	1	2
Martinique		1	1
Midi-Pyrénées		2	2
Nord Pas-de-Calais		3	3
PACA	1	7	8
Pays de Loire		1	1
Picardie		2	2
Rhône-Alpes		3	3
Total	6	50	56

Données globales régionales

Le tableau ci-dessous recense l'ensemble des données en lits et places et en personnel médical et non médical. La région PACA est exclue de cette analyse.

REGION	Service de court séjour gériatrique				Equipe mobile	
	nombre de lits	nombre places hospitalisation de jour	ETP médicaux	ETP non-médicaux	ETP médicaux	ETP non-médicaux
Alsace	71	10	11	86,85	0,84	2,78
Aquitaine	75		5	56	0	0
Auvergne	40		7	49	1,5	4,5
Basse Normandie	58	0	2	6,5	0,2	2,1
Bourgogne	44		1	8,45	1	9,45
Bretagne	74	5	0	0	2,5	2,5
Centre	60	2	10	0	2	2
Franche-Comté	95	2	8,5	90,5	5	1,5
Haute-Normandie	105		12	95,9	2,5	4
Ile de France (hors AP-HP)	143	6	17,4	143,1	5,3	8
Languedoc Roussillon	84	20	6,45	78,75	2,5	6,25
Limousin	20	2	1,5	24,8	1	1
Lorraine	85	8	0	0	1	
Midi-Pyrénées	98	10	6,6		1	
Nord Pas-de-Calais	76				3	6
Pays de Loire	16		0,52	0,8	1	
Picardie	142	4	10,5	123,5	2	5,5
Rhône-Alpes	91	2	3	23	2,8	0
Total	1 377	71	102,47	787,15	35,14	55,58

IV - Evolution entre 2002 et 2004

58 services supplémentaires ont été créés entre 2002 et 2004, comme le montre la répartition régionale ci-dessous.

REGIONS	Nombre de services de court séjour gériatrique			Nombre de lits			Nombre de SAU existants		
	Bilan 2002	Bilan 2004	Evolution	Bilan 2002	Bilan 2004	Evolution	Bilan 2002	Bilan 2004	Evolution
ALSACE	0	11	11	163	170	7		2	2
AQUITAINE	5	7	2	173	217	44	4	4	0
AUVERGNE	2	2	0	40	40	0	2	2	0
BASSE NORMANDIE		6	6		118	118		5	5
BOURGOGNE	3	8	5	65	109	44	0	5	5
BRETAGNE	11	20	9	198	430	232	3	6	3
CENTRE	5	8	3	80	166	86	3	5	2
CHAMPAGNE ARDENNES	0	2	2	0	26	26	0	2	2
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	2	2	0	95	95	0	2	2	0
HAUTE NORMANDIE	9	9	0	159	189	30	4	6	2
ILE DE France	33	49	16	686	1171	485	12	23	11
LANGUEDOC ROUSSILLON	4	6	2	75	112	37	4	6	2
LIMOUSIN	5	1	-4	30	20	-10	3	1	-2
LORRAINE	21	8	-13	244	193	-51	1	3	2
MIDI PYRENEES	4	8	4	183	253	70	2	3	1
NORD PAS DE CALAIS	9	11	2	176	248	72	5	6	1
PACA	7	9	2	188	NR		2	7	5
PAYS DE LA LOIRE	5	8	3	122	227	105	0	5	5
PICARDIE	7	8	1	215	225	10	6	6	0
POITOU CHARENTES	6	6	0	110	110	0	4	4	0
RHONE ALPES	8	15	7	175	468	293	4	6	2
GADELOUPE			0			0			0
GUYANE			0			0			0
REUNION			0			0			0
MARTINIQUE	1	1	0	17	17	0	1	1	0
TOTAL National	147	205		3194	4604		62	110	
Evolution National			58			1410			48

ANNEXE N°5
Liste des tests utilisés lors d'une
évaluation gériatrique

UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE

TESTS FREQUEMMENT UTILISES LORS D'UNE EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE



ADL (ACTIVITY OF DAILY LIVING) ECHELLE D'AUTONOMIE

Nom : _____ Date de l'évaluation : 29/04/04 ▼◀▶
 Prénom : _____ Evalueur : _____
 Date de naissance : 29/04/04 ▼◀▶ Service : _____


▶ 1. Domicile

Hygiène corporelle : -- _____ ▼
 Habillage : -- _____ ▼
 Aller aux toilettes : -- _____ ▼
 Locomotion : -- _____ ▼
 Continence : -- _____ ▼
 Repas : -- _____ ▼
 Score : _____

▶ 2. Hôpital

Hygiène corporelle : -- _____ ▼
 Habillage : -- _____ ▼
 Aller aux toilettes : -- _____ ▼
 Locomotion : -- _____ ▼
 Continence : -- _____ ▼
 Repas : -- _____ ▼
 Score : _____

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963 ; 185: 914-919

	
ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE	
Nom : _____	Date de l'évaluation : 25/04/04
Prénom : _____	L'évaluateur : _____
Date de naissance : 25/04/04	Service : _____
1. A. Activités courantes	
1. APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE	
1. <input type="checkbox"/> Se sert normalement du téléphone - (1) 2. <input type="checkbox"/> Compose quelques numéros très connus - (1) 3. <input type="checkbox"/> Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément - (1) 4. <input type="checkbox"/> N'utilise pas du tout le téléphone spontanément - (0) 5. <input type="checkbox"/> Incapable d'utiliser le téléphone - (0)	
2. LES COURSES	
1. <input type="checkbox"/> Fait des courses normalement - (1) 2. <input type="checkbox"/> Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats; top au moins) - (0) 3. <input type="checkbox"/> Doit être accompagné pour faire des courses - (0) 4. <input type="checkbox"/> Complètement incapable de faire des courses - (0)	
3. PREPARATION DES ALIMENTS	
0. <input type="checkbox"/> Non applicable: n'a jamais préparé des repas 1. <input type="checkbox"/> Prévoit, prépare et sert normalement les repas - (1) 2. <input type="checkbox"/> Prépare normalement les repas à l'aide des ingrédients lui sont fournis - (0) 3. <input type="checkbox"/> Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate - (0) 4. <input type="checkbox"/> Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir - (0)	
4. ENTRETIEN MENAGER	
0. <input type="checkbox"/> Non applicable: n'a jamais eu d'activités ménagères 1. <input type="checkbox"/> Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle - (1) 2. <input type="checkbox"/> Effectue quelques tâches quotidiennes ménagères telles que: le-nettoyage, faire les lits - (1) 3. <input type="checkbox"/> Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal - (1) 4. <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménager - (1) 5. <input type="checkbox"/> Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit - (0)	
5. BLANCHISSERIE	
0. <input type="checkbox"/> Non applicable: n'a jamais effectué de blanchisserie 1. <input type="checkbox"/> Effectue totalement sa blanchisserie personnelle - (1) 2. <input type="checkbox"/> Lave les petits articles, étire les chemisettes, les bas ... - (1) 3. <input type="checkbox"/> Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres - (0)	
6. MOYEN DE TRANSPORT	
1. <input type="checkbox"/> Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture - (1) 2. <input type="checkbox"/> Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public - (1) 3. <input type="checkbox"/> Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné - (1) 4. <input type="checkbox"/> Déplacement limité, en taxi ou en voiture, avec l'aide de quelqu'un - (1)	
7. RESPONSABILITE A L'EGARD DE SON TRAITEMENT	
1. <input type="checkbox"/> Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects) - (1) 2. <input type="checkbox"/> Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance - (0) 3. <input type="checkbox"/> Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées - (0)	
B. APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT	
0. <input type="checkbox"/> Non applicable: n'a jamais manipulé l'argent 1. <input type="checkbox"/> Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques; budget; loyer; factures; opérations à la banque; recette et ordonne ses revenus) - (1) 2. <input type="checkbox"/> Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants ... - (1) 3. <input type="checkbox"/> Incapable de manipuler l'argent - (0)	
(1) = Indépendance	Score : _____ / 8
(0) = Dépendance	Non applicable : _____

2. B. Entretien quotidien

1. PROPRETE	
1	<input type="radio"/> Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence - (1)
2	<input type="radio"/> On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine) - (0)
3	<input type="radio"/> Se mouille en dormant plus d'une fois par semaine - (0)
4	<input type="radio"/> Se mouille éveillé plus d'une fois par semaine - (0)
5	<input type="radio"/> Aucun contrôle sphinctérien - (0)
2. ALIMENTATION	
1	<input type="radio"/> Mange sans aide - (1)
2	<input type="radio"/> Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après le repas - (0)
3	<input type="radio"/> S'alimente seul avec une aide modérée et est "négligé" - (0)
4	<input type="radio"/> Nécessite une aide importante pour tous les repas - (0)
5	<input type="radio"/> Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter - (0)
3. HABILLAGE	
1	<input type="radio"/> S'habille, se déshabille et s'ajuste ses vêtements de sa propre garde-robe - (1)
2	<input type="radio"/> S'habille, se déshabille seul(s) si les vêtements sont présélectionnés - (0)
3	<input type="radio"/> A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés - (0)
4	<input type="radio"/> A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage - (0)
5	<input type="radio"/> Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres - (0)
4. SOINS PERSONNELS (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)	
1	<input type="radio"/> Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide - (1)
2	<input type="radio"/> Prend soin de soi de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (pour se raser par exemple) - (0)
3	<input type="radio"/> Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision - (0)
4	<input type="radio"/> Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage - (0)
5	<input type="radio"/> Refuse toute aide de l'entourage pour rester net - (0)
5. DEPLACEMENTS	
1	<input type="radio"/> Se déplace dans les étages ou en ville - (1)
2	<input type="radio"/> Se déplace dans le quartier, dans les environs proches - (0)
3	<input type="radio"/> Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (câble, rampe) une canne, un fauteuil roulant - (0)
4	<input type="radio"/> S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide - (0)
5	<input type="radio"/> ABÉ la plupart du temps - (0)
6. BAINS	
1	<input type="radio"/> Se lave seul (baignoire, douche...) sans aide - (1)
2	<input type="radio"/> Se lave seul avec une aide pour rentrer dans la baignoire ou pour en sortir - (0)
3	<input type="radio"/> Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps - (0)
4	<input type="radio"/> Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave - (0)
5	<input type="radio"/> N'essaye pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage - (0)

(1) = Indépendance

(0) = Dépendance

Score / 6

Score total / 14

Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-106.

GRILLE D'EVALUATION " AGGIR "

Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

Il s'agit d'un outil national qui a deux fonctions :

1. EVALUER LE DEGRE DE DÉPENDANCE D'UNE PERSONNE :

10 variables discriminatives

Pour chacune de ces variables, il y a 3 modalités de réponses possibles :

A : fait seul (sans incitation), totalement, habituellement et correctement.

B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement. Cette modalit  n'est pas à utiliser lorsque l'évaluateur ne sait pas.

C : ne fait pas.

VARIABLE OBSERVEE		Niveau
Cohérence		A - B - C
Orientation		A - B - C
Toilette	Haut	A - B - C
	Bas	A - B - C
Habillage	Haut	A - B - C
	Moyen	A - B - C
	Bas	A - B - C
Alimentation	Se servir	A - B - C
	Manger	A - B - C
Elimination	Urinaire	A - B - C
	Fécale	A - B - C
D�pl. intérieurs		A - B - C
D�pl. extérieurs		A - B - C
Transferts		A - B - C
Communication		A - B - C
GIR correspondant :		(1 � 6)/6

1. CLASSER LES PERSONNES GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie significativement proches. 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proche, ont été obtenus (groupes iso-ressources ou GIR).

Le classement s'effectue grâce à un logiciel informatique, ce qui aide à déterminer la charge de travail nécessaire pour chacun de ces groupes.

• GIR 1 :

Personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

• GIR 2 :

- Grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

- D ments d ambulants ou d t rieurs mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leur facultés locomotrices ou corporelles avec stimulation.

Dans les deux cas, il y a nécessité d'une surveillance permanente.

• GIR 3 :

Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

• GIR 4 :

- Personnes n'assurant pas leurs transferts, mais qui se déplacent seules à l'intérieur du logement, une fois levées. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette et l'habillage.

- Personnes dont les facultés locomotrices sont conservées, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Dans les deux cas, une aide ponctuelle suffit.

• GIR 5 :

Ce groupe comprend des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles ont besoin d'une aide pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Ce sont des personnes qui ont besoin essentiellement d'heures d'aide ménagère.

• GIR 6 :

Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE

SSI 01.TS VERSION 01

PROCEDURE DE PREVENTION DES ESCARRES DE DECUBITUS CHEZ L'ADULTE.

ECHELLE D'EVALUATION DE WATERLOW

Afin d'établir le degré de risques d'Escarres, cocher le score dans chaque catégorie (pour certaines catégories il peut y avoir plusieurs éléments cochés), faire ensuite l'addition et indiquer le " SCORE " en bas de page.

MASSE CORPORELLE (poids par rapport à la taille)	***	ASPECT VISUEL DE LA PEAU	***	SEXE ET AGE	***	RISQUES SUPPLEMENTAIRES PARTICULIERS	
Moyenne	0	Saine	0	Masculin	1	MALNUTRITION DES TISSUS	***
Au dessus / Moyenne	1	Fine / Frêle	1	Féminin	2	Cachexie	8
Obèse	2	Sèche / Déshydratée	1	14 - 49 ans	1	Déficience Cardiaque	5
En dessous / Moyenne	3	Oedémateuse	1	50 - 64 ans	2	Insuffisance Vasculaire Périphérique	5
		Inflammée	1	65 - 74 ans	3	Anémies	2
		Décolorée	2	75 - 80 ans	4	Tabagisme	1
CONTINENCE	***	Ecorchée / Boutons	3	81 ans et +	5		
Totale / sonde	0					DEFICIENCE NEUROLOGIQUE	***
Occasionnellement	1					Diabète, Sclérose en plaque, Accident Vasculaire Cérébral, Déficit Sensoriel, Paraplégies	4-6
Incontinence Fécale / Sonde	2	MOBILITE	***	APPETIT	***		
Incontinence double	3	Complète	0	Moyen	0		
		Agité	1	Faible	1	CHIRURGIE/ TRAUMATISME	***
		Apathique	2	Alimentation par sonde gastrique uniquement	2	Orthopédique, Partie inférieure, colonne ²	5
		Restreinte	3	A jeun, Anorexique	3	Intervention de plus de 2 heures	5
		Immobile / Traction	4				
		Patient mis au fauteuil	5			MEDICAMENTS	***
						Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoires	4

+10 = A Risque

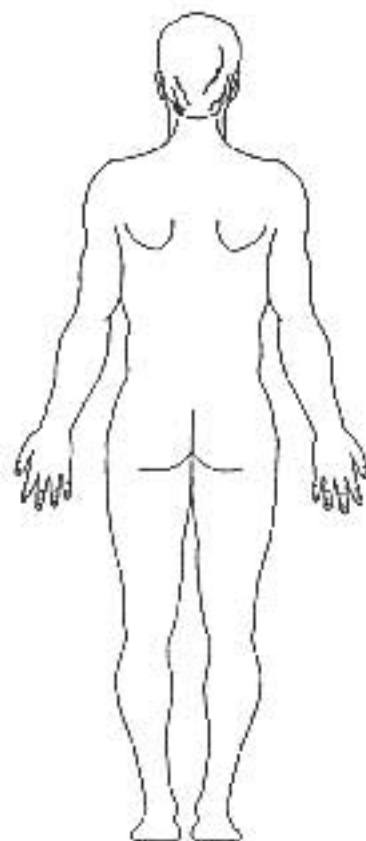
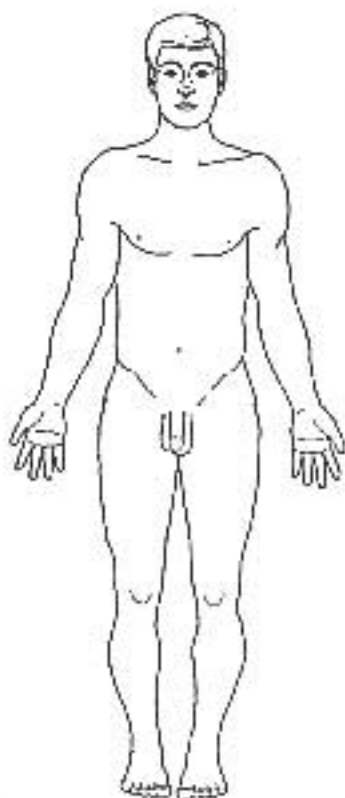
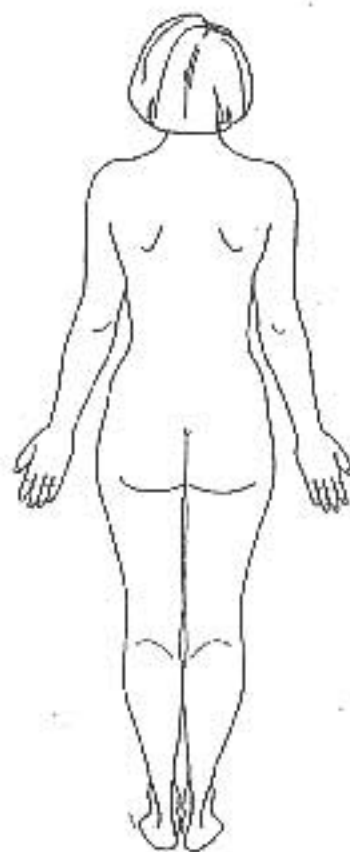
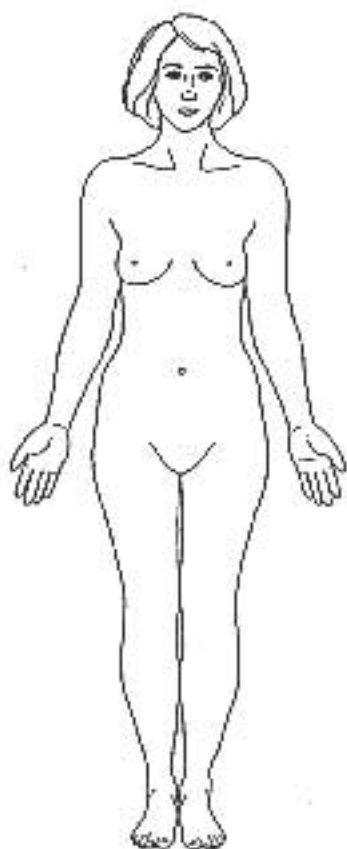
+15 = A Haut Risque

+20 = A Très Haut Risque

Grille disponible sur Intranet / Médipro/L'hôpital qualité/le service de soins infirmiers/Les procédures de soins/Escarres.

ÉVALUATION DE L'ÉTAT CUTANÉ
Localisation - Stade - Dimension - Traitement

DATE : NOM : Prénom : Service :



Grille d'évaluation du risque nosocomial

Si patient > 75 ans
Et/ou
Si équipement >0
Et/ou
Antécédent d'infection nosocomiale >0
Et/ou
Plaie >0

Alors risque fort

3

Si patient > 75 ans
Et/ou
>3 jours d'hospitalisation
et/ou
Fragile (Dénutrition, diabète, GIR >3)

Alors risque intermédiaire

2

Si équipement <0
Et/ou
Antécédent d'infection nosocomiale <0
Et/ou
Plaie <0

Alors risque faible

1

Attitude à tenir

Si risque fort

Bonne pratique d'hygiène
+ Dépistage
+ Soins individualisés

Si risque intermédiaire

Bonne pratique d'hygiène
+ Dépistage suivant le risque environnemental

Si risque faible

Bonne pratique d'hygiène

Évaluation de l'état nutritionnel

Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom : _____ Prénoms : _____ Sexe : _____ Date : _____
 Age : _____ Poids en kg : _____ Taille en cm : _____ Hauteur du genou en cm : _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Ajoutez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

<p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input type="checkbox"/></p> <p>B Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/></p> <p>C Mobilité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p> <p>D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/></p> <p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p> <p>F Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC < 21 2 = 21 < IMC < 23 3 = IMC > 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> (sous-total max. 14 points) 12 points ou plus normal : pas besoin de continuer l'évaluation 11 points ou moins possibilité de malnutrition : continuer l'évaluation</p>	<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consomme-t-il ? Une fois par jour au moins des produits laitiers? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>M Combien de verres de boisson consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p>
---	--

Évaluation globale

<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>H Prend plus de trois médicaments ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p>	<p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 < CB < 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM > 31 <input type="checkbox"/></p>
---	---

Réf.: Guigoz Y., Vellas B. and Garry P.J. 1994. Mini Nutritional assessment : A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, Supplement #2 15-59.
 Rubenstein L.Z., Harker J., Guigoz Y. and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA : An Overview of CGA, Nutritional and Development of a Shortened Version of the MNA. In : « Mini Nutritional (MNA) : Research and Practice in the Elderly ». Vellas B., Garry P. J. and Guigoz Y., editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance programme, vol. 1. Karger, Bâle in press.
 © 1998 Société des Produits Nestlé SA, Vevey, Switzerland, Trademark Owners.

Évaluation globale (max. 16 points)
 Score de dépistage
 Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Test psychométrique qui permet d'évaluer sur 30 points les fonctions cognitives du patient

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes nous ?
 2. En quelle saison ?
 3. En quel mois ?
 4. Quel jour du mois ?
 5. Quel jour de la semaine ?
- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
 8. Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?
 9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
 10. A quel étage sommes-nous ici ?

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare ou Citron ou Fauteuil
 12. Fleur Clé Tulpe
 13. Porte Ballon Canard
- Répétez les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets même ceux qui ont obtenu le maximum de points demandez : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position (ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global)

pour la question n°6 : lorsque le patient vient d'une autre ville on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet demander le nom du médecin. ** pour la question n°8 : lorsque le nom du département et de la région sont identiques (par exemple : MCRO) il faut alors demander « dans quel pays est situé ce département ? ».

0 ou 1

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare ou Citron ou Fauteuil
20. Fleur Clé Tulpe
21. Porte Ballon Canard

LANGAGE

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?

23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?

24. Ecoutez bien et répétez après moi :
« Pas de mais, de si, ni de et »

25. Prenez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
prenez cette feuille de papier avec la main droite,

26. Pliez-la en deux

27. Et jetez-la par terre

28. Tendrez au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrite en gros caractères : « Faites les yeux » et dire au sujet : « Faites ce qui est écrit »

29. Tendrez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. (Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens).

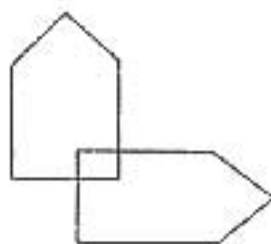
PRAXIES CONSTRUCTIVES

30. Tendrez au sujet une feuille de papier et lui demander :
« Voulez-vous recopier ce dessin ? »

0 ou 1

Score total (0 à 30)

Fermez les yeux



Échelle de Dépression Gériatrique (Version courte)

Choisissez la meilleure réponse qui correspond à la façon dont vous vous sentiez la semaine dernière.

- | | |
|---|---------|
| 1. Êtes-vous globalement satisfait(e) de votre vie ? | Oui/Non |
| 2. Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et de choses intéressantes ? | Oui/Non |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui/Non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | Oui/Non |
| 5. Êtes-vous en général de bonne humeur ? | Oui/Non |
| 6. Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ? | Oui/Non |
| 7. Vous sentez-vous heureux (ou heureuse) la plupart du temps ? | Oui/Non |
| 8. Avez-vous souvent l'impression d'être impuissant(e), désamparé(e) ? | Oui/Non |
| 9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ? | Oui/Non |
| 10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ? | Oui/Non |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | Oui/Non |
| 12. La vie que vous menez actuellement vous semble telle plutôt inutile et méprisable ? | Oui/Non |
| 13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? | Oui/Non |
| 14. Pensez-vous que votre situation soit sans espoir ? | Oui/Non |
| 15. Pensez-vous que la plupart de la situation des gens soit meilleure que la vôtre ? | Oui/Non |

Notation de l'échelle : chacune des réponses suivantes compte pour 1 point.

Limites : normal (0-5) ; un score au-dessus de 5 suggère une dépression.

1. non	6. oui	11. non
2. oui	7. non	12. oui
3. oui	8. oui	13. non
4. oui	9. oui	14. oui
5. non	10. oui	15. oui

SOURCE : Jérôme A. Yesavage, MD. Reproduit avec permission.

Pour plus d'informations sur la passation du test et les scores, se référer aux articles suivants :

1. Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale : recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986 ; 5 : 165-172.
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression rating scale : a preliminary report. *J Psych Res.* 1983 ; 17 : 27.

ZARIT : évaluation de la charge de l'aidant principal

Après chaque affirmation, indiquez la fréquence avec laquelle vous ressentez cet état :

0 : jamais

1 : rarement

2 : parfois

3 : assez souvent

4 : presque tout le temps

	0	1	2	3	4
1. Sentez-vous que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin					
2. Pensez-vous que vous n'avez plus assez de temps pour vous même, parce que vous le consacrez à votre parent ?					
3. Vous sentez-vous surmené en vous occupant de votre parent en même temps que vous affrontez d'autres responsabilités familiales ou sociales					
4. Etes-vous gêné par le comportement de votre parent ?					
5. Etes-vous irrité quand votre parent est près de vous ?					
6. Sentez-vous l'influence négative de votre parent sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou vos amis ?					
7. Avez-vous peur de l'avenir pour votre parent ?					
8. Pensez-vous que votre parent est à votre charge ?					
9. Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent ?					
10. Pensez-vous que votre santé soit touchée du fait de votre engagement auprès de votre parent ?					
11. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désireriez en présence de votre parent ?					
12. Pensez-vous que votre vie sociale ait été affectée depuis que vous vous occupez de votre parent ?					
13. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de votre parent pour recevoir des amis ?					
14. Pensez-vous que votre parent semble attendre que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ?					
15. Pensez-vous qu'en plus de vos frais, vous n'avez pas assez d'argent pour vous occuper de votre parent ?					
16. Pensez-vous que vous ne pourrez pas vous occuper plus longtemps de votre parent ?					
17. Sentiez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis la maladie de votre parent ?					
18. Souhaitiez-vous vraiment que quelqu'un d'autre prenne votre parent en charge ?					
19. Doutez-vous de ce qu'il y a à faire pour votre parent ?					
20. Croyez-vous que vous devriez faire plus pour votre parent ?					
21. Pensez-vous que vous pourriez mieux vous occuper de votre parent ?					
22. En somme, ressentez-vous une lourde en vous occupant de votre parent ?					

Score total | |

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE (Échelle DOLOPLUS-2)

Observation comportementale		Dates			
Évaluation somatique					
Plaintes musicales	* pas de plainte	0	0	0	0
	* plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	* plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	* plaintes spontanées continues	3	3	3	3
Postures algiques au repos	* pas de position algique	0	0	0	0
	* le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	* position algique permanente et efficace	2	2	2	2
	* position algique permanente inefficace	3	3	3	3
Protection des zones douloureuses	* pas de protection	0	0	0	0
	* protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	* protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	* protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
Mimique	* mimique habituelle	0	0	0	0
	* mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	* mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	* mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
Sommeil	* sommeil habituel	0	0	0	0
	* difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	* réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	* insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
Évaluation psychomotrice					
Toilette ou habillage	* possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	* possibilités habituelles peu diminuées (précautionneuses mais complet)	1	1	1	1
	* possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	* toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
Mouvements	* possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	* possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...)	1	1	1	1
	* possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	* mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
Évaluation psychosocial					
Communication	* inchangée	0	0	0	0
	* intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	* diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	* absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
Vie sociale	* participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques, ...)	0	0	0	0
	* participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	* refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	* refus de toute vie sociale	3	3	3	3
Troubles de comportement	* comportement habituel	0	0	0	0
	* troubles du comportement à la sollicitation et négligé	1	1	1	1
	* troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	* troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			