

**UNIVERSITE René Descartes - PARIS V**  
Faculté Cochin - Port-Royal

**INTERVENTION D'UNE**  
**EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE**  
**EN EHPAD**

**POURQUOI ? COMMENT ?**

Monique LAFON

**DIU de médecin coordonnateur en EHPAD**

Année universitaire 2007

Directeur de thèse  
**Dr Véronique KOSTEK**

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p 3
<b><u>POURQUOI ?</u></b>	
ETAT DES LIEUX	
I 2010, année choc	p 4
II La situation actuelle des EHPAD	p 5
1. Un nouveau profil de population	
2. Objectifs et limites de la prise en charge médicale	
III L'extension prévue du rôle des EMG	p 8
<b><u>COMMENT EN THEORIE?</u></b>	
Les grandes lignes du référentiel	p 10
L'analyse de l'IGAS	p 11
<b><u>COMMENT EN PRATIQUE ?</u></b>	
L'EXPERIMENTATION EN COURS	P 15
<b><u>DISCUSSION</u></b>	p 18
<b><u>CONCLUSION</u></b>	p 21
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	p 22
<b><u>ANNEXES</u></b>	p 23

## **INTRODUCTION**

Pour faire face au choc démographique gériatrique et notamment atténuer son impact sur le fonctionnement des hôpitaux dans les années à venir, la création des équipes mobiles de gériatrie (EMG) s'inscrit logiquement dans l'organisation actuelle des filières de soins gériatriques.

A ce jour près d'une centaine d'EMG ont été créées en France (1), avec des fonctionnements divers mais pour la quasi majorité d'entre elles une activité exclusivement intra-hospitalière.

Les textes officiels prévoient une extension de leurs missions aux établissements et structures membres et partenaires de la filière, dont les EHPADs.

Dans cette optique, une expérimentation a été confiée au pôle gériatrique du centre hospitalier de Cahors dirigé par le Dr Véronique Kostek.

Le but de ce mémoire est de livrer les réflexions d'un médecin coordonnateur d'EHPAD sur ses attentes de l'intervention d'une EMG et de tenter d'en préciser ses modalités de fonctionnement et d'évaluation.

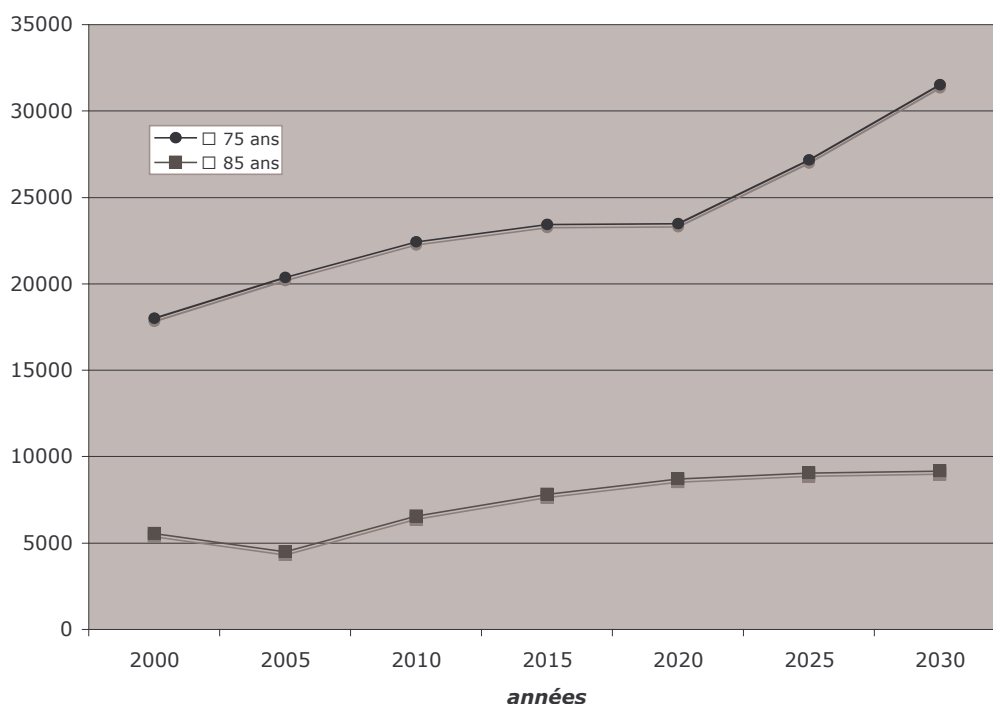
## POURQUOI ?

### ETAT DES LIEUX

#### I. 2010, ANNEE CHOC

Sur les bases des estimations fournies par le modèle OMPHALE (2), le choc démographique gériatrique dans le département du Lot est attendu dans les années 2010-2015 avec, notamment, une forte évolution de la population des plus de 85 ans.

Les EHPADs doivent donc dès à présent se préparer et s'organiser Afin d'assurer une prise en charge médicale renforcée et de qualité.



Evolution de la population de plus de 75 ans (et de plus de 85 ans) de 2000 à 2030 pour le département du Lot ; projections OMPHALE (source : « vieillir en Midi-Pyrénées », 2002).

## II. LA SITUATION ACTUELLE DES EHPAD

### 1) **Un nouveau profil de population**

Le choc démographique gériatrique n'en est qu'à ses débuts et son impact se traduit déjà au niveau de la population des résidents des EHPADs. Tous les indicateurs de mesure le montrent, qu'il s'agisse de la dépendance comme des profils pathologiques.

Le GIR moyen pondéré (GMP) des EHPADs progresse, en raison certes d'une meilleure prise en charge médicale et donc d'un allongement de l'espérance de vie mais aussi de la politique d'aides au maintien à domicile mise en œuvre ces dernières années.

Résultats, les entrées en EHPAD se font à un âge de plus en plus avancé et, souvent, à un stade de dépendance ultime.

Dans le département du Lot, où se situe l'expérimentation en cours, le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2005-2010 (3), constatait déjà « *au sein de l'ensemble des établissements du département un degré moyen de dépendance déterminé par le GMP en augmentation de 20% entre 1996 et 2003. Ainsi les personnes dépendantes et en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) représentent désormais (en 2003) 67% de la population accueillie contre 55% en 1996* ».

Les données plus récentes confirment cette évolution croissante de la dépendance mesurée au sein des EHPADs du département.

Quant aux causes de la perte d'autonomie, l'incidence des affections neurodégénératives à l'origine de troubles cognitifs modérés à sévères était déjà évaluée à 40% de la population institutionnalisée en EHPAD en 2003.

Les premiers résultats des coupes PATHOS réalisées en 2006-2007 dans des EHPADs du Lot, confirment cette tendance et, sans surprise, l'existence d'une polypathologie chez toutes les personnes âgées.

A titre d'exemple, la moyenne des Pathos moyens pondérés (PMP) établis sur un tiers des EHPADs se situe à 145, avec des extrêmes à 76 et 209 ; soit une moyenne supérieure aux références établies sur le plan national et dans quelque cas des PMP proches de ceux rencontrés dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

## **2) Objectifs et limites de la prise en charge médicale en EHPAD**

Indépendamment de son lieu d'intervention, la prise en charge médicale d'une personne âgée reste toujours complexe.

Elle nécessite une approche multidisciplinaire, prenant en compte non seulement les pathologies diagnostiquées mais les risques inhérents à l'âge et aux conditions de vie de la personne.

Dans le cadre d'un EHPAD, cette prise en charge globale rencontre des difficultés d'autant plus importantes que le GMP et/ou le PATHOS sont élevés. D'où le risque d'une inadéquation entre les besoins d'un résident et les possibilités de soins de l'EHPAD avec pour conséquence des hospitalisations à répétition, toujours très déstabilisantes pour le résident et coûteuses pour la collectivité.

Les facteurs limitant cette prise en charge médicale optimale se situent à plusieurs niveaux :

### *- Le médecin coordonnateur*

Les missions du médecin coordonnateur sont multiples et le temps qui lui est accordé pour les mener à bien reste encore trop souvent limité ; même si le nombre de vacations attribuées en fonction de la taille de l'EHPAD a été récemment augmenté.

Son rôle est de mieux en mieux cerné et reconnu mais reste toujours délicat. Un peu comme celui d'un chef d'orchestre qui doit non seulement connaître la partition de chaque instrument mais s'assurer, ici sans baguette mais avec beaucoup de doigté, que chaque musicien joue juste et en harmonie avec les autres.

Autant dire, là encore, un besoin de temps et toujours beaucoup de diplomatie, d'improvisation et de ténacité pour ajuster sa propre place vis-à-vis des médecins traitants prescripteurs et pallier le manque permanent de moyens en personnel.

- *Les médecins traitants*

Dans l'état actuel de l'organisation des soins de la plupart des EHPADs, le rôle des médecins traitants libéraux est évidemment indispensable et répond au respect du libre choix du résidant ou de son référent .

Selon la taille de l'EHPAD, le nombre des intervenants peut néanmoins s'avérer un inconvénient. Si dans les EHPADs situées en zone rurale, ce nombre est en général limité, en ville il peut atteindre jusqu'à une vingtaine de médecins généralistes, voire plus.

Dans tous les cas la multiplicité des intervenants ne favorise pas l'harmonisation des bonnes pratiques. Elle risque notamment de se traduire par des manières très différentes de considérer la prise en charge d'une personne âgée en termes de :

- disponibilité : dans de nombreux cas restreinte, du simple fait d'une activité souvent importante en ville,
- d'implication : en pratique souvent limitée à des renouvellements d'ordonnances et à une certaine fatalité face aux pathologies du grand âge,

- ou même de compétences : parfois surestimées et mettant en doute l'intérêt du recours aux spécialistes ou au contraire déléguées et multipliant les hospitalisations au coup le coup.
- *Les moyens en personnel de soins*

La limitation des effectifs en personnels de soins n'est certes pas spécifique aux EHPADs. Même lorsque des postes suffisants sont attribués, reste encore la difficulté de recrutement de personnels qualifiés, qu'il s'agisse d'IDE (infirmier (e) diplômé (e) d'état) ou d'aides-soignants (tes) (AS).

Il faut donc « faire avec » et tenter de pallier le manque de ressources par une optimisation de l'organisation des soins. Une évidence qui se traduit cependant par, au minimum :

- la nécessité d'une évaluation des pratiques et parfois la remise en cause (toujours difficile) des habitudes acquises,
- une information et une formation continues de l'équipe de soins pour permettre à chacun de s'intégrer dans une démarche de qualité et de s'approprier son rôle.

### **III. L'EXTENSION PREVUE DES MISSIONS DES EMG**

La création des filières de soins gériatriques répond au souci de « *permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». (4)

Au sein de chaque établissement de santé doté d'un service d'urgences, des plates-formes gériatriques de référence ont ainsi été organisées comprenant :



- un court séjour gériatrique,
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour,
- une équipe mobile de gériatrie,
- des Unités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (USLD).

Toutes les personnes âgées ne sont évidemment pas hospitalisées dans un service de gériatrie ou une unité appartenant à une plateforme gériatrique. La création des EMG a donc pour but « *d'assister les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé* ».

En pratique et pour des raisons évidentes de proximité et de moyens, les EMG interviennent encore essentiellement auprès des services hospitaliers de leurs établissements, demandeurs d'une expertise gériatrique pour leurs patients âgés.

Selon sa définition même, ce rôle n'est cependant pas exclusif et est appelé à s'étendre.

S'appuyant sur le plan solidarité grand âge 2007-2012, la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (5), d'application immédiate, détaille le référentiel d'organisation des soins de l'EMG.

Parmi ses missions, beaucoup répondent aux besoins des EHPADs :

- « *dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,*
- *contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,*
- *conseiller, informer et former les équipes soignantes,*

*-participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ».*

La circulaire précise également les modalités d'intervention d'une EMG en EHPAD :

*« En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'EMG intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPADs à leur demande ou à la demande du médecin traitant ... afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux... dans la gestion des situations de crise ».*

## **COMMENT EN THEORIE ?**

### **LES GRANDES LIGNES DU REFERENCIEL**

Le référentiel de l'organisation des soins pour l'EMG de mars 2007 détaille également sa place dans la filière gériatrique, ses moyens de fonctionnement ainsi que des indicateurs de suivi.

#### **1) Les modalités d'intervention**

Dans le cas particulier d'un EHPAD, le texte précise :

*« Dans le cadre d'une expérimentation, l'EMG intervient sur appel de l'établissement médico social. La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant ».*

Concernant ce dernier point, rappelons qu'un EHPAD peut être assimilé au domicile du résident.

Quant aux recours aux avis spécialisés, « l'accès des patients aux spécialités, y compris la psychiatrie » doit être garanti.

## 2) Les moyens de fonctionnement

Le texte différencie les moyens nécessaires pour remplir des missions intra-hospitalières de ceux recommandés pour une mission extra-hospitalière.

Pour définir les besoins pour une intervention en EHPAD, on peut s'appuyer sur la mention suivante :

*« Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatre et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social. L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique ».*

## 3) Les indicateurs de suivi

Ils doivent être fournis annuellement et concernent l'activité intra et extra-hospitalière de l'EMG.

Quatre indicateurs sont précisés :

- le nombre d'évaluations réalisées
- le pourcentage de ré-hospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués
- la composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein
- la composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein.

## L'ANALYSE DE L'IGAS

Le référentiel a le mérite de tracer la voie mais reste insuffisant pour en préciser les contours.

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur le fonctionnement des EMG (1) s'avère, lui, très riche d'enseignement et permet de nourrir la réflexion.

La mission confiée à l'IGAS consistait entre janvier et mars 2005 à étudier le fonctionnement des EMG existantes en privilégiant la description des différentes organisations et la recherche d'indicateurs permettant d'évaluer l'activité et la qualité du service rendu.

A cette date, 96 EMG ont été recensées et 7 étaient en projet (annexe 1). Toutes n'étaient évidemment pas égales, tant dans leur fonctionnement que dans leurs effectifs. La mission relevait néanmoins d'emblée que « *l'ampleur de la tâche déborde les capacités des EMG* » et que toutes les EMG ont en commun « *des moyens modestes, un même type de clientèle et des outils identiques pour l'évaluation médico-sociale* ».

Ceci explique sans doute que la plupart cantonnent encore leurs activités au sein de l'établissement hospitalier où elles se situent. Quelques pionnières ont cependant déjà des activités extra-hospitalières (CHU Bichat, Toulouse, Plaisir, Niort), conscientes de :

- « *l'insuffisance de prévention des situations de crise en amont, au niveau du domicile et des médecins libéraux*
- l'insuffisance de capacités de lits d'aval mais surtout des lacunes dans la formation et l'animation-coordination des personnels communautaire* ».

Ces mission extra-hospitalières concernent :

- « *la formation ou la sensibilisation des partenaires médicaux et para-médicaux de proximité*
- la coordination du réseau des correspondants médicaux et médico-sociaux institutionnels ou associatifs*
- l'élaboration de procédures et de référentiels à leur intention*
- les conseils et aides méthodologiques pour leurs projets*
- l'assistance régulière sous forme de consultations avancées programmées ou à la demande* ».

Les textes comme l'analyse sur le terrain confirment donc bien, s'il en était besoin, tout l'intérêt de l'intervention d'une EMG en EHPAD. Quant aux indicateurs indispensables pour l'évaluer objectivement, ils doivent répondre à au moins deux critères :

- être faciles à collecter et utilisables par la grande majorité des EMG

- être suffisamment pertinents pour :

  - \*« *prouver l'utilité de l'EMG en tant que structure de soins qui apporte une véritable expertise et offre une réelle qualité de service rendu au patient*

  - \**justifier l'utilisation des crédits*

  - \**démontrer qu'elle a sa place au sein de l'organisation de la filière de soins, gériatrique ou non* ».

Ce dernier point est évidemment particulièrement intéressant pour un médecin coordonnateur d'EHPAD dans le but d'une collaboration fructueuse avec une EMG.

### ***Analyse et essai de classement des indicateurs pertinents***

Pour évaluer objectivement l'activité des EMG, 34 indicateurs ont été passés au crible de la mission de l'IGAS et classés en trois catégories :

- 1. les indicateurs de moyens
- 2. les indicateurs de fonctionnement
- 3. les indicateurs de résultats.

1. *Les indicateurs de moyens* concernent :

- d'une part les structures. Ils ne font que rappeler les conditions de création d'une EMG :

  - existence d'une unité ou d'un service de court séjour gériatrique (ou équivalent)

  - existence d'un service de SSR gériatrique

  - existence d'un hôpital de jour gériatrique

  - existence d'une consultation d'évaluation gériatrique

-d'autre part les outils, à savoir :

- l'existence d'une procédure d'intervention formalisée de l'EMG
- l'intervention d'une « équipe » constituée d'un gériatre, d'une IDE, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

2. *Les indicateurs de fonctionnements*, correspondant :

- aux caractéristiques des patients :

- âge moyen
- répartition selon le sexe
- score moyen d'autonomie
- score moyen de gravité lors de l'évaluation par l'EMG
- pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans.

- à l'activité propre de l'EMG :

- nombre d'interventions faites par l'EMG
- nombre de patients vus par l'EMG
- nombre de visites par patients vus par l'EMG
- durée moyenne d'une visite
- nombre de diagnostics par patient
- délai moyen d'intervention après demande d'intervention
- origine des appels.

3. *Les indicateurs de résultats*, correspondant :

- aux modes de sortie :

- pourcentages de décès
- pourcentages de mutations, transferts retours à domicile...

-à l'efficacité et la qualité du service rendu

- délai d'attente aux urgences, avant placement
- taux de suivi des recommandations de l'EMG
- pourcentages de réhospitalisations précoces

-pourcentages de patients vus par l'EMG et re-convoqués en hôpital de jour gériatrique ou en consultations d'évaluation gériatrique

-pourcentages d'hospitalisations évités en urgence.

*In fine*, la mission propose un classement de ces indicateurs selon leur pertinence (annexe 2):

-ceux qui paraissent les plus pertinents, ou prioritaires pour évaluer en interne les EMG

-ceux qui paraissent les plus pertinents pour évaluer le mode de fonctionnement mais essentiellement d'un point de vue externe

-ceux qui paraissent les plus pertinents, mais d'un niveau de priorité secondaire, pour évaluer en interne les EMG

## **COMMENT EN PRATIQUE ? :**

### **L'EXPERIMENTATION EN COURS**

Les conclusions du rapport de l'IGAS sur l'évaluation des EMG au sein de la filière gérontologique ont pointé la nécessité d'aller plus loin et de notamment :

*-« repérer les facteurs clés de succès et d'échecs dans la mise en place des EMG, en situant les niveaux de blocage et en proposant les méthodes ou les moyens à mobiliser pour 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, EHPAD, hôpitaux locaux, SSIAD, HAD, réseau de soins palliatifs ) ».*

Certaines EMG se sont d'ores et déjà orientées vers ce dernier objectif et ont souligné la « rentabilité » d'une telle organisation.

Les expériences restent néanmoins encore insuffisantes et trop disparates. Des sites d'expérimentation d'intervention d'une EMG en EHPAD ont donc été proposés dans différentes régions de France, dont la région Midi Pyrénées, afin de mieux quantifier « *l'activité et la productivité médico-économique, ainsi que la qualité du service rendu* » d'une telle intervention.

C'est dans ce contexte qu'une expérimentation va être mise en place très prochainement par le pôle gériatrique du centre hospitalier de Cahors sous la conduite de son chef de service, le Dr Véronique Kostek.

Cette expérimentation s'appuie sur le schéma d'organisation suivant prenant en compte les spécificités et les structures locales.

## **I. LES OBJECTIFS**

- Evaluer la pertinence d'une telle intervention
- Développer l'expertise gériatrique dans les EHPADs
- Autonomiser ces structures dans une prise en charge de qualité des pathologies gériatriques
- Eviter les hospitalisations indues

## **II. LE CHAMP D'INTERVENTION**

- Les EHPADs du département du Lot, sur la base d'un PATHOS élevé et/ou du volontariat
- 15 à 20 établissements sont prévus
- Deux pré-requis sont nécessaires : la présence d'un médecin coordonnateur et une collaboration effective entre direction et médecin.



### **III. LES MODALITES D'INTERVENTION**

- Une présence bimensuelle systématique de l'EMG dans chaque structure
- Une intervention d'expertise auprès d'un résident à la demande du médecin traitant
- Un partenariat avec les équipes mobiles de gérontopsychiatrie intervenant déjà dans certains EHPADs ou appelées à y intervenir.

### **IV. LES MISSIONS**

- Développer les compétences gériatriques à partir de situations cliniques
- Mettre en place les procédures et protocoles visant à l'amélioration continue de la qualité des soins
- Guider l'évaluation des pratiques professionnelles

### **V. LES INDICATEURS**

- Deux repérages en début d'expérimentation :
  - les compétences professionnelles au sein de la structure
  - l'organisation de la structure, GMP, PMP
- Quatre indicateurs de suivi :
  - le nombre de journées d'hospitalisation
  - les incidences de certaines pathologies spécifiques : plaies de pression, chutes iatrogénie...
  - la mise en place de procédures qualité
  - les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)

## **DISCUSSION**

Aujourd'hui, le bien fondé de l'intervention d'une EMG en EHPAD n'est plus un sujet de discussion. Les recommandations officielles le préconisent. Les conclusions de la mission menée par l'IGAS encouragent la mise en place d'enquêtes transversales et d'expérimentations locales pour en affiner l'organisation.

Les expériences menées par quelques EMG pionnières ayant une activité extra-hospitalière sont intéressantes mais encore trop disparates pour apporter des réponses précises.

Il est en particulier nécessaire de tenter de répondre à deux types de questions :

- quels sont les freins éventuels à la mise en œuvre d'une telle organisation ou susceptibles d'en limiter son action?
- quelles en sont les modalités pratiques ?

Selon l'analyse de la mission de l'IGAS, « *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 des EMG* ».

Dans le cadre d'une intervention en EHPAD, les freins peuvent se situer à plusieurs niveaux :

### *-La direction*

Il est évidemment indispensable que la direction, tout comme le médecin coordonnateur y soient non seulement favorables mais également parties prenantes. L'EMG doit pouvoir être accueillie dans les meilleures conditions et non en visiteur de passage ; ce qui signifie notamment une mise à disposition de locaux, des plages horaires dédiées à des réunions

d'analyses cliniques et de formation pour le personnel de soins, une définition et une évaluation régulière des besoins de chaque partie.

Dans l'expérimentation en cours, le choix des EHPADs doit donc répondre à ce pré-requis et suppose un volontariat et une collaboration effective entre la direction et le médecin coordonnateur.

#### *-Le médecin coordonnateur*

La comparaison des missions d'une EMG en EHPAD et de celles du médecin coordonnateur montre à l'évidence une similitude. Le médecin coordonnateur aura-t-il alors tendance à se désinvestir ou, au contraire, risque-t-il de se sentir délesté de ses missions par l'intervention d'une EMG, voire de la refuser ?

Dans la majorité des cas, il est certain que le temps accordé au médecin coordonnateur reste encore trop limité pour mener à bien la totalité de ses missions. D'où le risque de vouloir « passer la main » à l'EMG pour certaines tâches. Cette attitude serait évidemment contraire au but recherché. L'intervention d'une EMG doit en effet se situer au niveau de l'expertise et venir en appui et en renforcement du rôle du médecin coordonnateur, non à sa place.

A l'opposé, si le médecin coordonnateur est suffisamment présent et lui-même gériatre, le rôle d'une EMG peut apparaître superflu. Est-ce à dire qu'il serait souhaitable de disposer d'un médecin coordonnateur gériatre à temps plein (ou presque) dans chaque EHPAD?

Si le souhait peut paraître légitime il est, pour l'heure, totalement irréaliste. Le nombre de médecins coordonnateurs est insuffisant ; celui de gériatres encore plus. Or il est indispensable et urgent de se doter des moyens d'une prise en charge de qualité des personnes âgées. Dans ce contexte, la solution d'une EMG a le mérite de l'efficacité puisqu'elle permet de « rentabiliser » les compétences d'un gériatre qui peut intervenir dans plusieurs EHPADs.

Dans tous les cas, le rôle du médecin coordonnateur ne s'en trouve pas diminué mais au contraire renforcé.

*-les médecins généralistes libéraux*

Le suivi et la prise en charge thérapeutique des résidents par des médecins généralistes de leur choix sont en vigueur dans la majorité des EHPADs. Cette organisation est la seule existante dans les EHPADs du Lot. Selon les cas, le rôle du médecin coordonnateur est plus ou moins bien admis et la culture gériatrique y trouve plus ou moins d'échos favorables. Restreindre l'intervention d'une EMG en EHPAD au coup le coup et à la seule demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur n'est donc pas concevable. Pour mener à bien toutes ses missions, la présence régulière de l'EMG dans chaque structure est indispensable. Un rythme bimensuel semble suffisant et réaliste. L'ordre du jour est établi en collaboration avec le médecin coordonnateur qui prépare chaque visite, y participe, propose les dossiers à traiter, les cas cliniques à analyser en équipes, la formation à compléter et les protocoles à valider. Une intervention d'expertise auprès d'un résident reste bien sûr à la demande du médecin traitant, tout l'art du médecin coordonnateur consistant à encourager les plus réticents à bénéficier de cette expertise et à en suivre les conseils.

*Indicateurs : ni trop, ni trop peu*

Beaucoup des indicateurs d'évaluation de l'activité d'une EMG analysés par l'IGAS dépassent le cadre d'une intervention en EHPAD.

Les indicateurs choisis dans l'expérimentation en cours, répondent à trois préoccupations essentielles :

-les conditions de succès liées à l'organisation de la structure d'accueil, et notamment:

- les compétences professionnelles et le volontariat
- la population accueillie : Pathos élevé

-le service rendu en terme de meilleure prise en charge médicale établi sur :

- le nombre de journées d'hospitalisation

- les incidences de certaines pathologies spécifiques : plaies de pression, chutes iatrogénie...

-l'amélioration de la qualité des soins par :

- la mise en place de procédures qualité
- les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP).

Ces indicateurs ont été choisis pour leur pertinence et leur nombre a été volontairement limité pour permettre une première analyse concrète et objective de l'intérêt d'une intervention en EHPAD.

## **CONCLUSION**

L'intervention d'une EMG en EHPAD est un besoin ressenti par les instances officielles et déjà traduit sur le terrain par certaines équipes pionnières. Le cadre de ses missions et son organisation restent néanmoins encore à valider pour être appliqués par le plus grand nombre. Le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD s'inscrit totalement dans cette démarche et participe, à son niveau, à la nécessité d'une meilleure qualité des soins dispensés aux personnes âgées. Face au choc démographique gériatrique annoncé dans les très prochaines années et à la pénurie de gériatres, l'intervention d'une EMG en EHPAD représente une solution efficace et réaliste qu'il devient urgent de mettre en place.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Rapport n° 2005 053 sur l'évaluation des équipes mobiles gériatriques au sein de la filière gérontologique présenté par le Dr Anne–Chantal Rousseau-Giral et Jean-Paul Bastianelli, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

2. Projections OMPHALE, Vieillir en Midi-Pyrénées, 2002. Evolution de la population de plus de 75 ans de 2000 à 2030.

3. Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Lot. 2005-2010. Conseil Général du Lot.

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

5. Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 18 mars 2007 relative à la filière gériatrique.

## **ANNEXE 1**

### **NOMBRE D'EQUIPES MOBILES GERIATRIQUES EN 2004-2005**

<b>Régions</b>	<b>Existantes</b>	<b>Projet</b>	<b>TOTAL</b>
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 HP-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
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>7</b>	<b>103</b>

## **ANNEXE 2**

### **Essai de classement des indicateurs d'évaluation de l'activité et de la qualité du service rendu des EMG (d'après le rapport de l'IGAS)**

-----

#### **Indicateurs 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 institution sans hospitalisation
- Pourcentages de réhospitalisations précoces
- Pourcentages de patients vus par l'EMG et re-convoqués en HDJ gériatrique ou en consultation d'évaluation gériatrique
- 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 pertinents pour évaluer le mode de fonctionnement de l'EMG mais essentiellement d'un point de vue « externe » (tutelle par exemple)**

- Utilisation par l'EMG de grilles d'évaluations spécifiques
- Existence d'une unité ou d'un service de court séjour gériatrique
- 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 pertinents pour évaluer en interne les EMG mais de niveau de priorité secondaire**

- Nombre de visites par patients vus par l'EMG
- Durée moyenne de la visite par patient
- Nombre de diagnostics par patient
- Origine des appels (par discipline ou services)
- Pourcentages 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...)
- Délai d'attente aux urgences
- Utilisation d'un dossier commun entre les urgences, le service hébergeur et l'EMG

### **Indicateurs qui, sans être négligeables, sont dépendants 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...).

