



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

***Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de
gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais. Synthèse des enjeux
régionaux.***

Présentée et soutenue publiquement le 08/12/2014 à 18h00

au Pôle Recherche

Par Piotr KAMIENSKI

JURY

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Marguerite-Marie DEFEBVRE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Patrick GIBERT

Table des matières

I. INTRODUCTION	12
1. Évolution de la filière gériatrique dans un contexte de vieillissement démographique: création des EMG	12
1.1. Contexte historico-politique et socio-démographique.	12
1.2. Evolution du cadre législatif et réglementaire.	14
2. Caractéristiques globales des EMG du Nord-Pas de Calais.	15
2.1. Dynamique d'implantation géographique.	15
2.2. Composition du personnel médical et paramédical.	16
2.3 Etendue des missions et des champs d'activité.	16
3. Outil informatique de recensement de l'activité des EMG de l'ARS Nord-Pas de Calais.	17
4. Uniformisation de pratiques des EMG : enjeu stratégique majeur dans le développement de la filière gériatrique.	18
4.1 La réflexion nationale	18
4.2 La réflexion régionale.	18
II. MATERIEL ET METHODE	19
1. Objectifs du travail.	19
2. Type d'étude.	19
3. Méthode d'intervention.	20
4. Méthode d'évaluation.	21
5. Analyse des données.	22

III. RESULTATS.	22
1. Taux de participation.	22
2. Description des activités des EMG du Nord-Pas-de-Calais.	23
2.1. Données quantitatives issues des rapports d'activité de l'ARS.	23
2.1.1. Lieux d'intervention.	23
2.1.2. Intervenants.	24
2.2 Données qualitatives issues de l'enquête	24
2.2.1. Motifs principaux d'intervention.	24
2.2.2. Intervention et ses composantes.	25
2.2.3. Outils standardisés employés dans l'évaluation gériatrique standardisée.	28
3. Indicateurs relatifs à l'activité proposés par les EMG.	29
3.1. Indicateurs medio –sociaux de la population âgée.	29
3.2. Indicateurs de la prise en charge globale de la population âgée.	30
3.3 Indicateurs relatifs aux résultats des interventions.	31
3.4. Indicateur non-retenus.	31
4. Points de vue des EMG sur leurs activités.	32
4.1. Enjeux stratégiques majeurs.	
4.2. Recensement des difficultés.	33
IV DISCUSSION	33
1. Méthodologie.	33
2. Analyse de la littérature évaluant la qualité des services rendus des EMG.	35
2.1 Bilan mitigé de la méta-analyse « Cochrane ».	35
2.2 Les effets positifs de l'intervention dans les services de médecine.	36
2.3 Bénéfices incontestables de l'évaluation gériatrique standardisée dans les services de chirurgie.	37
2.4 Service rendu favorable de l'intervention aux urgences médicales.	37

3. Résultats.	39
3.1 Lieux d'intervention des EMG.	39
3.2 Nécessité de renforcer les liens avec la médecine de ville.	39
3.3 Repérage des patients fragiles et évaluation gériatrique standardisée.	40
3.3.1 Evaluation gériatrique standardisée.	40
3.3.2 Les outil de repérage.	41
3.4. Analyse des enjeux stratégiques majeurs.	41
3.5 Analyse des difficultés.	43
4. Analyse des opportunités de la mise en place des indicateurs d'activités des EMG.	44
4.1. Les enjeux de l'évaluation d'activités des EMG.....	44
4.2. Indicateurs médico-sociaux caractérisant les patients bénéficiers.	45
4.3 Indicateurs d'efficacité et la qualité du service médical rendu.	45
V. CONCLUSION	48
VI. BIBLIOGRAPHIE	50
VII. ANNEXES	58

I. INTRODUCTION

1. Évolution de la filière gériatrique dans un contexte de vieillissement démographique: création des EMG.

1.1. Contexte historico- politique et socio-démographique.

Au 1er janvier 2014, la France compte 65,8 millions d'habitants, dont 11,8 millions âgés de plus de 65 ans, 17,9 % de la population, 5,9 millions âgés de plus de 75 ans, 8,7 % de la population et 1,89 million âgés de plus de 85 ans soit 2,8 % de la population métropolitaine (1). Les sujets de plus de 75 ans et de plus de 85 ans passeront d'ici, à 8,3 millions et 2,4 millions en 2030. Les effectifs doivent respectivement tripler et quintupler d'ici à 2050 (2). Toutefois, en 2035 le nombre de personnes dépendantes devrait s'établir à 1,55 million, contre 1,15 million en 2007 (1).

Dans ce contexte d'évolution démographique et épidémiologique, le cadre conceptuel de la fragilité constitue une réponse à la complexité du phénomène de vieillissement. La fragilité, terme proposé initialement dans les publications étatsuniennes (*ang.* « *frailly* »), repris dans un second temps dans les autres pays industrialisés, renvoi à un état d'équilibre dynamique et précaire entre la bonne santé et la maladie, le vieillissement réussi et le vieillissement pathologique (3). En l'absence de définition consensuelle, la fragilité est décrite par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) comme « *un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* ». Ce concept, impose donc un dépistage, dans l'objectif de détecter et de prévenir les dépendances "évitables" au cours de vieillissement (4).

La prévalence de la fragilité dans la population française est estimée à 9,2 % parmi les sujets de 60 à 69 ans, 22% dans le groupe de 70 à 79 ans et à 41,8 % parmi les sujets âgés de plus de 80 ans. Cette prévalence est plus importante chez les femmes (5).

Des pistes explorées visent à ajuster le système de santé au phénomène du vieillissement. Les adaptations aux besoins spécifiques des personnes âgées et la réorganisation de l'offre de soins témoignent de cette ligne directrice. Les ambitions du projet de réforme sont concentrées sur le renforcement des structures de soins de premier recours, afin de réduire le nombre d'entrée aux urgences mais aussi dans l'objectif d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées par développement de la filière gériatrique (6).

L'action politique ciblée sur la vulnérabilité et la fragilité trouve l'expression dans les sciences sociales, avec la naissance de nouveaux courants critiques. En l'occurrence, les théories du « care » renvoient à une mutation de la société occidentale. Décrit par le terme anglais, le concept moral et politique du « care » *« s'enracine dans l'attention aux autres et désigne à la fois un rapport informel (un souci de solidarité et d'empathie envers ses proches) et formel (une manière de repenser la protection sociale mais aussi les rapports hiérarchiques, dans l'entreprise, le management et, finalement, la somme des rapports humains) »*(7,8)

Le vieillissement de la population donne de l'élan au développement de la médecine gériatrique, *« une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales, des malades âgés, présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale qui n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. »* (9).

Un des nouveaux piliers de la filière gériatrique est constitué par la création des équipes mobiles pluridisciplinaires, nommées Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG), de manière à assurer la continuité des soins. La population cible de l'EMG est la personne fragile, celle sur qui une action de dépistage et de prévention à l'aide d'une évaluation gériatrique standardisée permettra de réduire la fréquence de l'hospitalisation, la perte d'autonomie physique ou psychique et de retarder l'entrée en institution (10). Le dernier recensement de 2007 faisait état de 225 unités déclarées sur le territoire national (11).

1.2. Evolution du cadre législatif et réglementaire.

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) ont été créées en vertu du Code de la Santé Publique et du Code de Sécurité Sociale, en application de la Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (12).

Le champ d'activité initial, ainsi que l'étendue des activités, exclusivement intra-hospitaliers, restreints aux « *centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité* » munis d'un service de court séjour gériatrique, ont été élargis par les textes officiels publiés ultérieurement (13,14,15).

La circulaire DHOS/02/n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques s'inscrit dans la logique du développement de la filière gériatrique en s'appuyant sur la nécessité de création des « *dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé* » afin de « *permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale* » et accéder aux « *évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales* » afin de permettre une « *orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique* » (16)

Les EMG « *interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé personnes âgées* » (16). Les équipes sont dotées de moyens humains et administratifs, nécessaires à leur fonctionnement et définis dans la circulaire du 28 mars 2007 : un équivalent temps plein de médecin gériatre, un équivalent temps plein d'infirmier, un équivalent temps plein d'assistante sociale, du temps pour un psychologue, ergothérapeute, diététicien et secrétaire.

Les EMG sont installées au sein d'un établissement disposant d'un court séjour gériatrique et interviennent à la demande afin 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* »(16).

Les principales vocations des EMG sont définies par :

- La dispensation d'une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et d'un avis gériatrique à visée diagnostique et thérapeutique,
- La contribution à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- L'orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux,
- La participation à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile,
- L'information et la formation des équipes soignantes (16)

En vertu de la Circulaire DHOS/02/n°2007/117 du 28 mars 2007, le champ d'action des EMG a été étendu à l'interface de la ville et de l'hôpital, ce qui a posé les bases des EMG extrahospitalières.

2. Caractéristiques globales des EMG du Nord-Pas de Calais.

2.1. Dynamique d'implantation géographique.

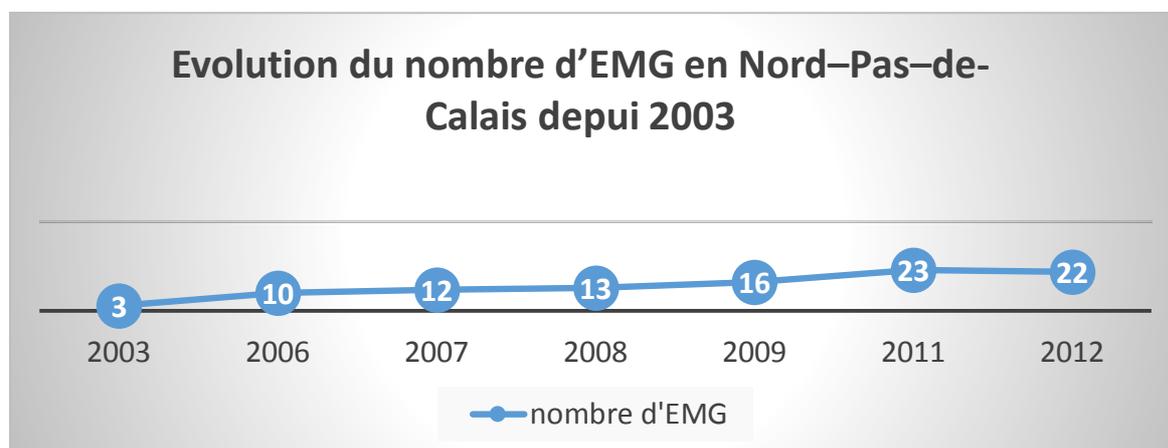


Figure 1. Evolution du nombre d'EMG dans le Nord-Pas-de-Calais depuis 2003

Le nombre d'EMG de la région s'élève à 22. Ce nombre augmentera avec la création de 2 nouvelles EMG prévues en été 2014 afin que l'ensemble des établissements de santé où l'activité non programmée est importante soient couverts. Cette augmentation reflète le fait que les personnes âgées représentent désormais une part très importante

de l'activité hospitalière(17,18) Toutes les zones de proximité de la filière gériatrique disposent d'une EMG(18). La quasi-totalité des services de court séjour gériatrique est dotée d'une EMG (18).

2.2. Composition du personnel médical et paramédical.

Les ressources humaines des EMG, très diversifiées à l'échelle régionale, varient en fonction de l'implantation géographique de chaque équipe. La composition du personnel des EMG ne remplit pas les objectifs établis par les recommandations officielles, en étant inférieure aux préconisations ministérielles : ETP moyen de gériatre dans la région : 0,73, ETP moyen d'assistante sociale : 0,49. Seul le temps d'IDE s'en approche : ETP moyen d'IDE : 0,98. L'ETP moyen des paramédicaux en l'occurrence psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute et secrétaire s'élève à 0,83 (18)

Néanmoins, une augmentation du taux de personnel dans les cinq dernières années témoigne du développement de la filière gériatrique(17,18)

2.3 Etendue des missions et des champs d'activité.

Au même titre que le personnel rattaché aux EMG, son fonctionnement est caractérisé par une grande hétérogénéité mais aussi par un important essor d'activité. L'augmentation constante du nombre total de patients évalués (« file active ») ainsi que le nombre d'interventions, témoignent de cette dynamique. La file active de la région s'élevait à 13437 en 2012, alors qu'en 2011 elle était à 9692. (17,18)

La part prépondérante de l'activité concerne traditionnellement les services hospitaliers. Le travail à l'interface ville-hôpital, notamment dans le cadre extra-hospitalier en EHPAD constitue un volet central du développement de certaines EMG. La collaboration dans l'élaboration du projet thérapeutique du sujet âgé atteint de cancer ainsi que le déploiement de programmes de formation destinés aux aidants et professionnels de santé, trouvent aussi leur place dans les activités de certaines EMG (17,18).

3. Outil informatique de recensement de l'activité des EMG de l'ARS Nord-Pas de Calais.

Jusqu'alors, l'activité déclarée des EMG dans la région en constante augmentation ne reflète pas forcément le contenu. Derrière les évaluations, des pratiques différentes existent et ainsi que différents mode de déclarations.

« L'outil d'aide à la saisie de l'activité des équipes mobiles de gériatrie » élaboré par l'ARS Nord-Pas de Calais, mis en place en juin 2013, constitue une tentative de suivi harmonisé de leur activité à l'échelle régionale.

Cette base de données Excel, mise à jour de manière trimestrielle, vise à permettre aux EMG de la région d'uniformiser la saisie de leur activité. Le formulaire informatique englobe les caractéristiques d'activités suivantes :

- sexe du patient,
- date de la demande,
- date de l'entrée dans l'unité demandeuse,
- nombre total de patients vus (« file active »),
- nombre de patients différents vus,
- nombre de cas traités par téléphone hospitalier,
- nombre de cas traités par téléphone : cas hospitaliers/ extra-hospitaliers,
- nombre d'interventions en service de médecine,
- nombre d'interventions en service de chirurgie,
- nombre d'interventions en service d'urgences,
- nombre d'autres interventions,
- nombre d'interventions réalisées par médecin,
- nombre d'interventions réalisées par IDE,
- nombre d'interventions réalisées par assistante sociale,
- nombre d'interventions réalisées par secrétaire,
- nombre d'interventions réalisées par psychologue,
- nombre d'interventions réalisées par diététicien,

- nombre d'interventions réalisées par ergothérapeute,
- nombre d'interventions réalisées par orthophoniste,
- nombre d'interventions réalisées par kinésithérapeute,
- nombre d'interventions réalisées par podologue.

4. Uniformisation de pratiques des EMG : enjeu stratégique majeur dans le développement de la filière gériatrique

4.1 La réflexion nationale

Parmi les objectifs du groupe des équipes mobiles de gériatrie de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), celui relatif à l'uniformisation des pratiques constitue un enjeu majeur : définition de la place de l'EMG au sein de la filière, détermination des modalités d'intervention, caractérisation des moyens de fonctionnement, précision des indicateurs de suivi annuels (19,20) Les études existantes ont démontré une certaine homogénéité dans le fonctionnement des EMG en ce qui concerne leurs activités, ainsi que dans le caractère socio-démographique de population gériatrique évaluée (21,22)

Pourtant, le manque d'étude dans la littérature scientifique française sur l'évaluation gériatrique standardisée effectuée par l'EMG, et sur ses indicateurs de l'activité, ne permettent pas d'apprécier sa performance ni d'évaluer la qualité du service rendu au patient (22,23). Cela va à contresens du dynamisme qui caractérise les actions des EMG dans la filière de soins.

4.2 La réflexion régionale

Dans la région, si les implantations (dans les établissements sites de court séjour gériatrique et de services d'urgences) des EMG sont relativement homogènes, leurs pratiques et leurs modes d'intervention (pluri-professionnalité, temps d'intervention, modalités) ne le sont pas(17,18) Etant donné la pyramide démographique et le nombre d'hospitalisations qui concernent les personnes âgées, l'amélioration de la prise en charge hospitalière doit forcément passer par des dispositifs permettant de diffuser les bonnes pratiques hors des services spécialisés en gériatrie (court séjour, SSR, USLD). Si c'est le rôle des EMG, il est nécessaire que leur service rendu soit plus lisible.

Depuis plusieurs années, les EMG déclarent leur activité à l'ARS. Cependant cette déclaration n'avait pas fait l'objet d'un travail de consensus avec les EMG sur les définitions des indicateurs en regard. Si la plupart des activités hospitalières est désormais relativement normée, notamment au travers du PMSI et d'actes types, il n'en est pas de même pour les EMG. Ces équipes ont des objectifs mais leurs actes ou actions n'ont pas été standardisées. C'est ce qui explique cette disparité régionale et nationale. De plus, dans un contexte de réduction des dépenses de santé, le financement de ces équipes nécessite désormais de mieux appréhender leur activité et de pouvoir les comparer. Ainsi l'ARS Nord Pas de Calais a-t-elle souhaité mettre en place un recueil commun d'activité standardisé.

Le travail proposé vient compléter et enrichir les objectifs de l'ARS sur les besoins et attentes des EMG.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs du travail.

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux des pratiques des EMG intégrées dans la filière gériatrique de la région Nord-Pas de Calais permettant de mieux objectiver l'action des EMG.

L'objectif secondaire est défini par l'ajustement des indicateurs de l'activité d'EMG en collaboration avec les EMG concernées de manière consensuelle, afin de déterminer leur travail et leur impact médico-social mais aussi afin de mettre en évidence le service rendu aux utilisateurs.

2. Type d'étude.

Les données utilisées proviennent de deux sources :

1. Une analyse statistique des données issues de l'outil d'aide à la saisie de l'activité élaboré par l'ARS Nord-Pas de Calais regroupant les rapports d'activité des EMG, depuis sa création en août 2013 jusqu'au 1er trimestre 2014
2. Une enquête spécifique destinée aux EMG de la région Nord-Pas de Calais «Mieux connaître l'activité des Equipes Mobiles de Gériatrie pour affirmer leur place dans la filière gériatrique. Enjeu régional d'harmonisation des rapports d'activités »

L'enquête avait pour l'objectif de dresser un état de lieu des EMG de la région Nord-Pas de Calais en explorant leurs pratiques, les modalités d'évaluation gériatrique standardisée mais aussi leurs difficultés et leurs besoins. Le choix des indicateurs de l'activité des EMG, faisant partie d'un éventuel outil de recueil de données, a été fondé sur la méthode Delphi, technique d'élaboration de consensus.

3. Méthode d'intervention.

Le courrier d'intervention a été adressé à l'ensemble des EMG de la région Nord-Pas de Calais (Annexe 1) L'enquête s'est ainsi intéressée aux 22 EMG (Annexe 2). Le courrier envoyé contient les éléments suivants : une lettre expliquant les objectifs de l'étude, une enquête anonyme, une enveloppe réponse pré-timbrée. Ces éléments ont été adressés à chaque EMG le 14.04.2014. Une relance a été effectuée par courrier électronique. A la demande des EMG n'ayant pas initialement participé à l'enquête, un nouveau courrier leur a été adressé.

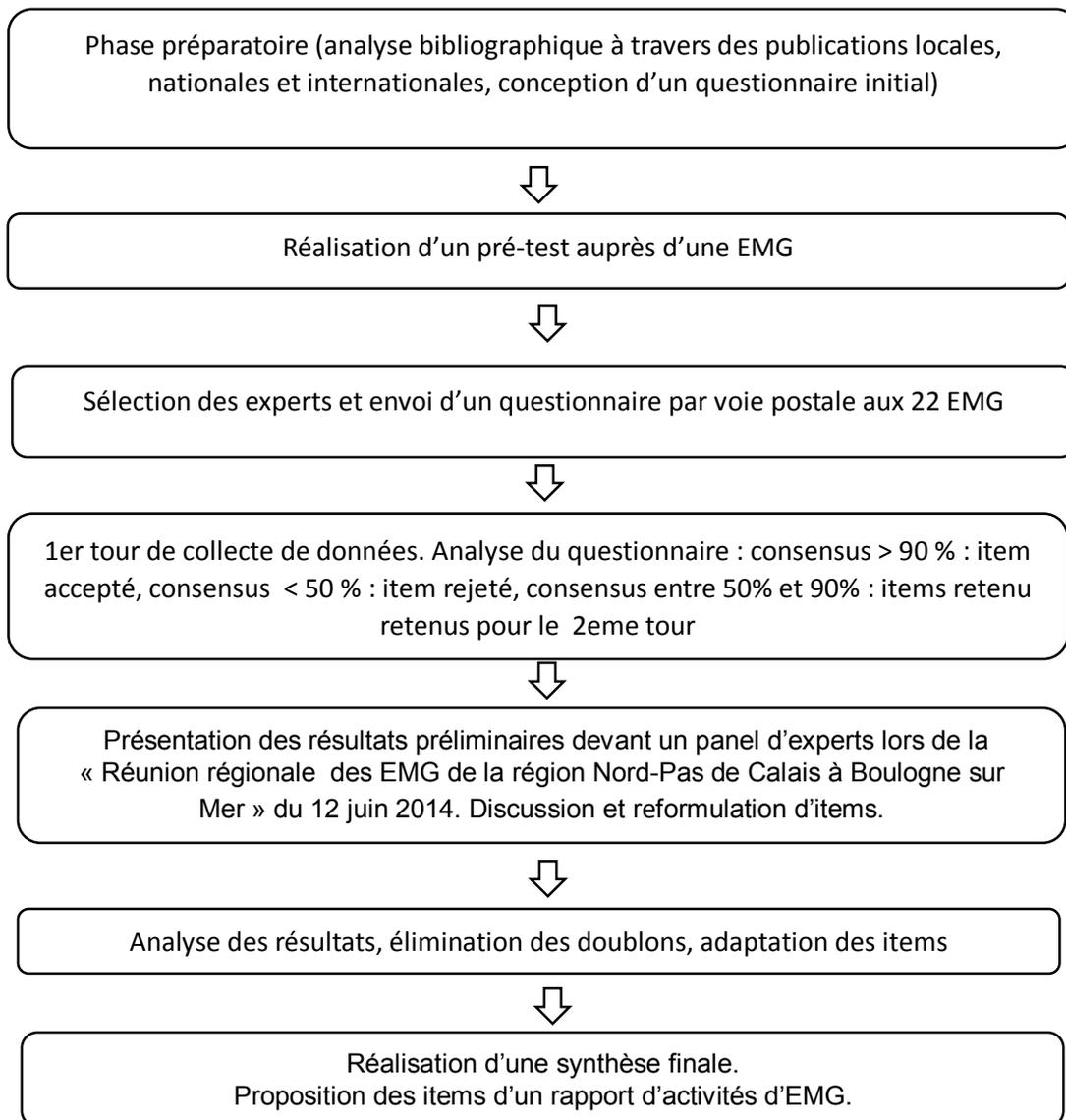


Figure2. Étapes d'étude d'ajustement des indicateurs d'activité des EMG.

4. Méthode d'évaluation.

L'enquête « Mieux connaître l'activité des Equipes Mobiles de Gériatrie pour affirmer leur place dans la filière gériatrique. Enjeu régional d'harmonisation des rapports d'activités » destinée aux EMG a été élaborée au cours du 1^{er} trimestre 2014, en collaboration avec l'EMG de Boulogne sur Mer.

Le questionnaire comporte 8 questions, dont 2 questions ouvertes : un commentaire libre, une analyse critique du formulaire de relevé d'activité des EMG proposé par le groupe de travail des EMG de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

Le questionnaire de l'enquête s'articule autour des champs d'action d'EMG (caractéristiques d'interventions et ses composantes, évaluation gériatrique standardisée) mais aussi sur leurs convictions et leurs points de vue (priorisation d'activités, enjeux stratégiques, difficultés).

L'enquête a été complétée par l'analyse statistique de données d'activités en provenance de l'outil d'aide à la saisie de l'activité de l'ARS.

Les indicateurs d'activité proposés ayant été acceptés par moins de 50 % de participant (niveau de consensus faible) ont été rejetés. Les items obtenus le niveau de consensus plus élevé, entre 50% et 90% ont été retenus et présentés devant un panel d'experts composé des membres des EMG au cours de la « Réunion régionale des EMG de la région Nord-Pas de Calais à Boulogne sur Mer » du 12 juin 2014. La discussion et reformulation des critères ont été suivies d'une analyse finale.

5. Analyse des données.

Les variables qualitatives ont été exprimé par une moyenne, alors que les variables quantitatives par leur effectif et leur fréquence en pourcentage.

III. RESULTATS.

1. Taux de participation.

La totalité, soit 22 EMG de la région Nord-Pas-de-Calais a été concernée par le questionnaire.

Entre avril et septembre 2014, après une relance, 12 réponses ont été réceptionnées, ce qui correspond à un taux de participation de 54,5 %.

2. Description des activités des EMG du Nord-Pas-de-Calais.

2.1 Données quantitatives issues des rapports d'activité.

2.1.1 Lieux d'intervention.

La majorité des patients (87 %) sont primo-usagers d'EMG. A l'échelle régionale, 33,7 % des interventions d'EMG se déroulent dans le service des urgences, 28,3 % des évaluations concernent les patients hospitalisés dans les différents services de médecine. 28,3 % des interventions concernent le service de psychiatrie, les activités extrahospitalières à l'interface ville-hôpital et en EHPAD ainsi que d'autres activités non recensées. Les évaluations en chirurgie représentent 11,4 % des interventions.

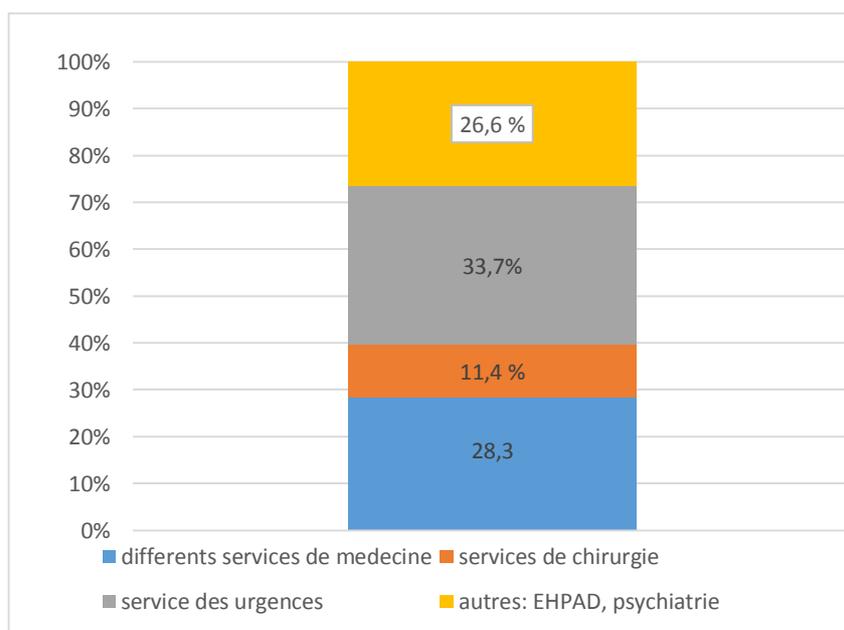


Figure 3. Lieux d'interventions à l'échelle régionale (aout 2013 – mars 2014)

2.1.2 Intervenants.

A l'échelle régionale, le médecin intervient dans environ 8 évaluations sur 10 (83,7% des interventions), l'infirmière dans presque 8 cas sur 10 (79,5 % des interventions) tandis que l'assistante sociale traite 6 dossiers sur 10 (63,4 % des interventions).

Quant à la secrétaire, elle est impliquée dans environ 7 dossiers sur 10 (74 % des interventions).

En moyenne, à l'échelle régionale, l'ergothérapeute et le psychologue sont sollicités dans presque 2 interventions sur 10 (respectivement 17% et 16% des interventions). La diététicienne effectue une évaluation sur 30 interventions (3,3%).

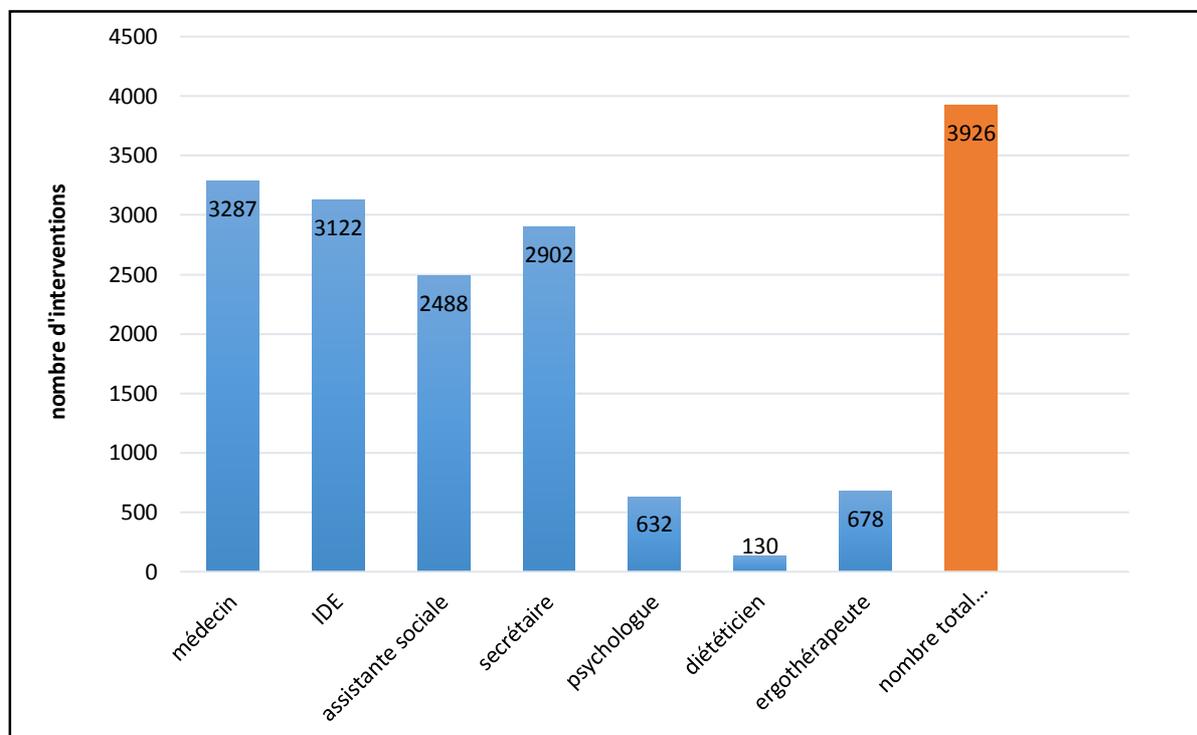


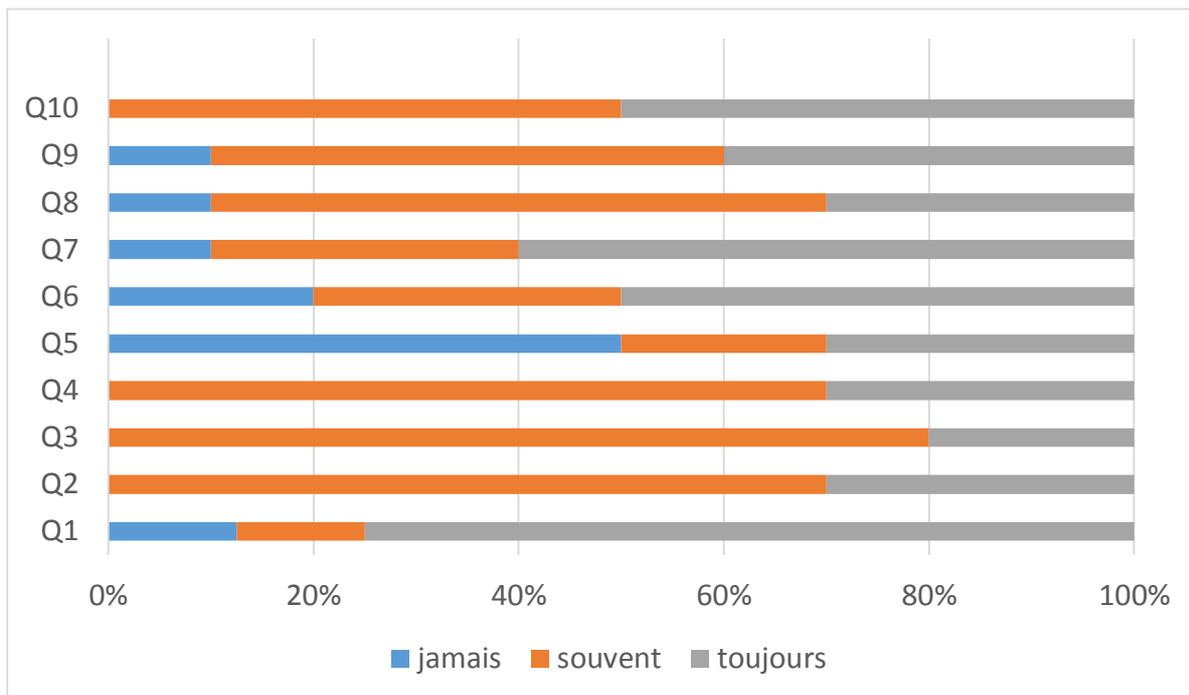
Figure 4. Intervenants EMG à l'échelle régionale (aout 2013 – mars 2014)

2.2. Données qualitative issues de l'enquête.

2.2.1. Motifs principaux d'intervention.

Pour la question : « *Quels sont les motifs principaux de sollicitation de l'équipe mobile de gériatrie dans votre établissement. Attribuez une valeur numérique à chaque réponse (1-jamais, 2-presque jamais, 3-parfois, 4-souvent, 5- presque toujours, 6 - toujours)* » 12 réponses ont été exploitables.

Les réponses ont été classifiées en trois catégories : 1/2 = jamais, 2/3 = souvent, 5/6 = toujours.



- Q1 Évaluation au sein des urgences et orientation depuis ce service
 Q2 Évaluation gériatrique standardisée dans le service de spécialité
 Q3 Orientation de la personne âgée dans la filière intrahospitalière
 Q4 Avis consultatif à la demande des médecins hospitaliers.
 Q5 Avis consultatif à la demande des médecins traitants
 Q6 Élaboration du projet de soins et du projet de vie
 Q7 Participation à l'organisation de la sortie, retour à la vie sociale
 Q8. Conseil, information et formation
 Q9. Un avis diagnostique
 Q10. Un avis thérapeutique

Figure 5. Motifs principaux d'intervention des EMG.

2.2.2. L'intervention et ses composantes.

Neuf questionnaires ont été exploitables, quant aux modalités d'intervention des EMG et à leur finalité.

Ils donnent les résultats suivants :

⇒ Réalisation des interventions multidisciplinaires sur demande

Les EMG définissent l'intervention comme « une évaluation multidisciplinaire

médicosociale » « auprès d'un patient à la demande du médecin hospitalier ou [de] l'équipe soignante, afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (expertise) dans le but de proposer une prise en charge médicale, sociale, familiale, environnementale, psychologique, personnalisée dans un souci d'améliorer la qualité de vie et son entourage et de cibler les thérapeutiques justifiées. » Dans le cas d'une EMG intervenant dans un EHPAD, la demande peut être formulée en l'occurrence par : « la directrice, le médecin coordinateur, le médecin hospitalier, l'infirmière, le cadre, la famille » mais aussi par « le résident » lui-même. Une EMG extrahospitalière cherche à obtenir un accord préalable du médecin traitant avant d'intervenir.

Toutes les équipes prétendent intervenir uniquement à la demande, la plupart d'entre eux, dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire, « *minimum en binôme* ». Certaines EMG pratiquent les interventions ciblées « *dans tous les services accueillant des patients âgés avec facteurs de fragilité* », tandis que les objectifs des autres sont définis par « *toute la problématique gériatrique* ».

⇒ Adaptation d'intervention à la demande : Pas de systématisation de l'EGS

La majorité des EMG adaptent le caractère d'expertise en fonction du cadre d'intervention. « *Les évaluations rapides privilégiant l'orientation, le projet de sortie, l'alternative à l'hospitalisation* » sont appliquées dans le service des urgences. Les interventions aux urgences d'une EMG interrogée, se résument principalement à une « *orientation du patient âgé* », l'évaluation gériatrique standardisée étant « *réservée aux patients pour lesquels la décision de retour à domicile est hésitante* ». Tandis que dans les services hospitaliers, les interventions étant plus « *chronophages* » s'articulent autour un « *avis gériatrique tant diagnostique que thérapeutique* » avec « *une évaluation gériatrique standardisée avant proposition d'un plan de soins et de vie* ».

L'intervention consiste en la réalisation de gestes comme l'examen clinique accompagné d'une « *évaluation physique, psychique, sociale* ». La place de « *conseil, information* » mais aussi « *formation, soutien* » joue un rôle important pour deux EMG interrogées. Dans la plupart des cas, chaque intervention suit un modèle de « *procédure* ».

⇒ Variation des temps d'intervention :

Le cadre temporaire d'intervention est très hétérogène, avec un temps

d'intervention déclaré allant de « 30, 45 minutes jusqu'à « 120 minutes » ou « 90 minutes en moyenne ». La durée d'intervention peut fluctuer « de 30 min à plusieurs jours » selon la réponse fournie par une EMG interrogée. Les évaluations réalisées aux urgences sont de manière générale moins « *chronophages* » que les interventions dans les services hospitaliers, respectivement « 30 minutes à 45 minutes et 1h30 à 2h00 ». Une EMG extrahospitalière définit le temps d'intervention par le nombre d'évaluation effectuée qui concerne « *en moyenne 1 ou 2 résidents par jour* » .

De manière générale, les intervenants interrogés considèrent la définition du cadre temporaire d'intervention difficile : « [il n'est] *pas évident à évaluer le temps* », [le temps d'intervention c'est] « *le temps nécessaire à une bonne évaluation avec prise en compte de toute la complexité de la situation* »

⇒ Recommandation, préconisation mais pas de prescription

La plupart des équipes préoccupées par le principe de « non-concurrence », soulignent le fait que l'EMG ne constitue pas de « *substitution au service* » et rappellent l'importance d'éviter « *tous les jugements* ». Par ailleurs, les EMG précisent, que la prise en charge du patient reste dans les compétences des professionnels de santé du service dans lequel il est hospitalisé. Le rôle de l'expertise fournie par l'EMG se définit par la formulation de « *préconisations de prises en charge larges et non les prescriptions directes* ». Dans l'activité des EMG, il n'y a pas de lieu pour « *les prescriptions mais pour la transmission des recommandations* »

⇒ Proposer des suivis ou un accompagnement des familles mais pas de manière systématique

Certaines EMG proposent un suivi à long terme des patients évalués, tandis que d'autres n'en pratiquent pas. Une EMG interrogée, déclare être en mesure d'accorder une entrevue avec l'entourage familial et les aidants « *si besoin* », dans le cadre d'évaluation socio - environnementale.

⇒ Assurer la continuité des soins et la traçabilité

Toutes les EMG sont préoccupées par « *la traçabilité* » et « *la lisibilité* » de leurs actions. Les EMG s'appuient sur « *l'importance de communication avec tous les nombreux interlocuteurs* » par l'intermédiaire des « *transmissions orales* » et « *le compte-rendu écrit* » des consultations. Le recueil d'information est réalisé avec l'aide d'un « *dossier spécifique* » ou une « *feuille d'activité* » qui peuvent être informatisés

ou écrits. Le médecin traitant joue un rôle d'interlocuteur privilégié pour certaines EMG, et à ce titre il reçoit systématiquement un compte-rendu écrit. Une EMG interrogée effectue « *un recueil statistique* » de données issues d'évaluation gériatrique qui lui paraît « *essentiel pour valoriser ses activités* »

2.2.3. Outils standardisés employés dans l'évaluation gériatrique standardisée.

Pour la question « *Quels outils diagnostics utilisez-vous dans l'évaluation gériatrique standardisée (1-jamais, 2-presque jamais, 3-parfois, 4-souvent, 5-presque toujours, 6-toujours) ?* » 12 réponses ont été exploitables.

Les réponses ont été classées en trois catégories : 1/2 = jamais, 2/3 = souvent, 5/6 = toujours.

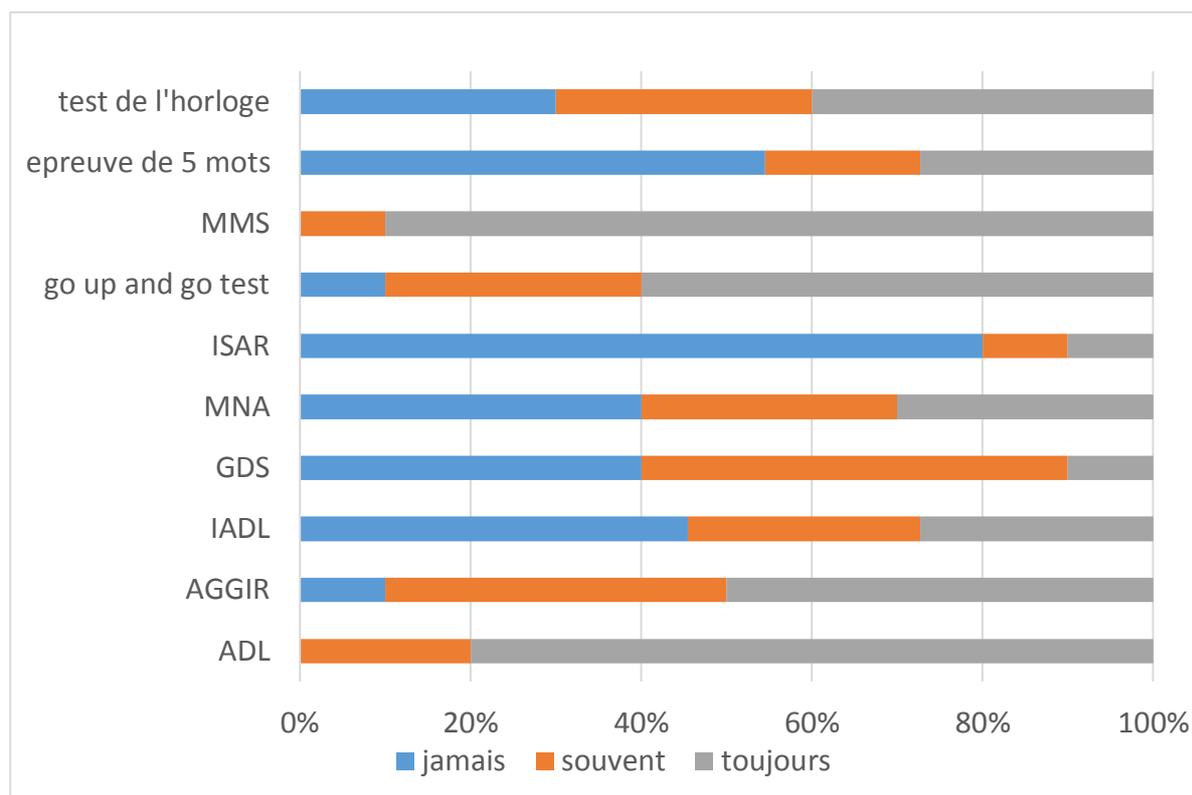


Figure 6. Outils standardisés et grilles d'évaluation employés par les EMG.

3. Indicateurs relatifs à l'activité proposée par les EMG du Nord-Pas de Calais.

3.1. Indicateurs medio –sociaux de la population âgée

Données administratives :

1. nom,
2. prénom,
3. date de naissance,
4. âge,
5. sexe,

Tableau 1. Données administratives.

Caractéristiques de l'habitat :

6. lieu de vie,
7. nature du logement

Tableau 2. Caractéristiques de l'habitat.

Caractéristiques socio-familiales :

8. présence de l'entourage familial/amical,
9. présence des aides humaines/techniques,
10. existence de mesures de protection,
11. médecin traitant

Tableau 3. Caractéristiques socio-familiales.

Caractéristiques médicales :

12. comorbidités,
13. fragilités,
14. hospitalisations récentes

Tableau 4. Caractéristiques médicales.

3.2. Indicateurs de la prise en charge globale de la population âgée.

Caractéristiques de la demande d'intervention :

15. date d'entrée dans l'unité demandeuse,
16. date de sollicitation de l'EMG,
17. date d'intervention de l'EMG,
18. existence de caractère urgent de la demande,
19. unité hospitalière demandeuse d'intervention,
20. statut du personnel médical demandeur d'intervention

Tableau 5. Caractéristiques de la demande d'intervention.

Caractéristiques médicales d'intervention:

21. motif d'hospitalisation,
22. motif d'appel à l'EMG : EGS, troubles de la marche, syndrome confusionnel, bilan AEG, prise en charge de la douleur, aide à l'orientation, avis spécialisé, présence d'un problème éthique, suspicion de maltraitance, autres

Tableau 6. Caractéristiques médicales d'intervention.

Caractéristiques de la prise en charge :

23. personnel impliqué dans l'intervention : médecin / IDE / AS / secrétaire/ kinésithérapeute / psychologue/ ergothérapeute,
24. évaluation gériatrique standardisée du patient à l'aide des échelles standardisée et son résultat,
25. informations/conseils au lit du patient,
26. échange avec l'équipe sur les pratiques personnalisées,
27. prise de contact avec les partenaires extérieurs : (MAIA, CLIC, autres),

Tableau 7. Caractéristiques de la prise en charge.

3.3. Indicateurs relatifs aux résultats des interventions.

Projet médico-social :

28. préconisations de l'EMG,
29. orientation initiale suite à l'évaluation,
30. nécessité de coordination et suivi (HDJ, CLIC),
31. nécessité d'expertise gériatrique à distance,
32. nécessité de mise en place d'aides et de soins,
33. optimisation des thérapeutiques,
34. démarches administratives réalisées/ préconisées,
35. prise en compte des préconisations de l'EMG,

Tableau 8. Projet médico-social.

Modes de sortie et devenir du patient :

36. retour à domicile,
37. transfert (SSR, USLD, EHPAD, HAD)
38. décès,
39. réhospitalisation dans les 60 jours suivant la sortie (J60),
40. motif de réhospitalisation,

Tableau 9. Modes de sortie et devenir du patient.

3.4. Les indicateurs non-retenus.

Les indicateurs non-retenus :

- distance au lieu de résidence du patient hospitalisé,
- temps passé en réunions
- temps de communication téléphonique
- temps d'éducation professionnelle

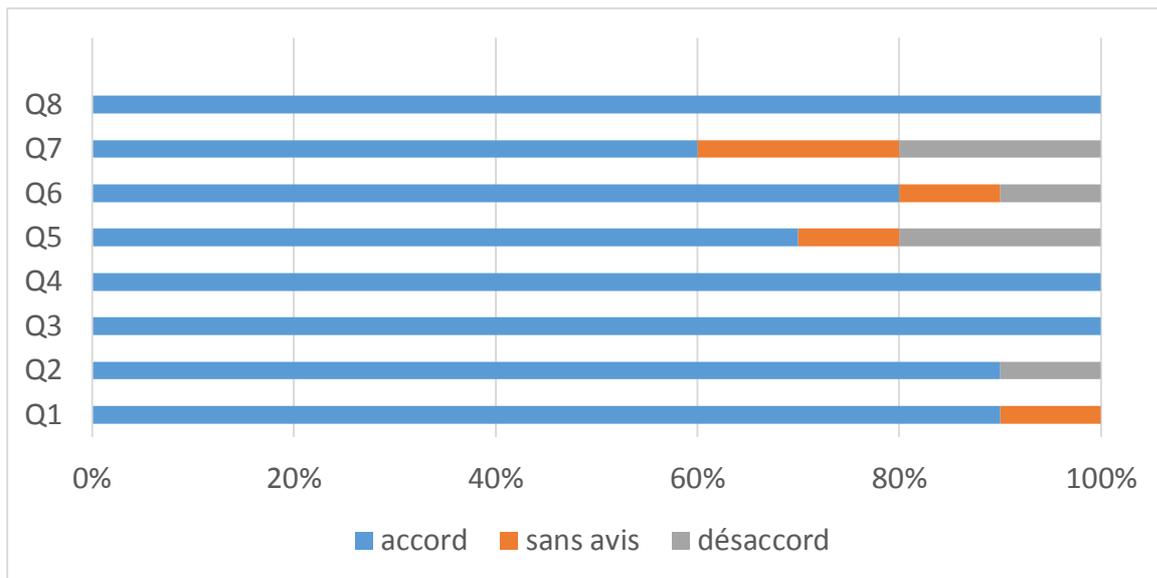
Tableau 10. Les indicateurs non-retenus.

4. Points de vue des EMG sur leurs activités.

4.1. Enjeux stratégiques majeurs.

Pour la question « Quelles actions, selon vous, constituent un enjeu majeur dans le développement des équipes mobiles de gériatrie (1-tout à fait d'accord, 2-plutôt d'accord, 3-sans opinion, 4-plutôt pas d'accord, 5-tout à fait en désaccord) ? »

Douze réponses ont été exploitables.



- Q1. Harmonisation des pratiques gériatriques
- Q2. Renforcement des liens avec le secteur social
- Q3. Renforcement des liens entre ville et hôpital
- Q4. Cohérence dans la prise en charge médico-sociale et dans le parcours des soins
- Q5. Suivi du patient dans la filière hospitalière
- Q6. Suivi téléphonique/ permanence téléphonique
- Q7. Télémédecine
- Q8. Création d'un outil commun de repérage de la personne âgée

Figure 7. Enjeux stratégiques majeurs.

4.2. Recensement des difficultés.

L'analyse d'enquête a identifié 4 types de difficultés.

- Résistance au recours à l'intervention des EMG « *Certains confrères ne m'appellent jamais* »
- Risque d'instrumentalisation des EMG avec une réduction d'activité aux « *gestions de lits* », aux désengorgements des urgences et au travail social « *Aux urgences : orientation du patient âgé sous forme d'une demande déguisée d'admission au CSG ou du transfert en SSR* », « *Évaluation gériatrique aux urgences est réservée aux patients pour lesquels la décision de rad est hésitante* », « *amalgame entre service social et EMG* »
- Insuffisante reconnaissance de la gériatrie. « *aucune mise en valeur de nos activités* »
- Charge de travail importante au détriment de la qualité du service rendu « *interventions quantitatives et non qualitatives* »

IV DISCUSSION

1. Méthodologie.

Le questionnaire a été envoyé aux 22 EMG de la région Nord-Pas-de-Calais. Douze réponses ont été réceptionnées, ce qui constitue un taux de participation de 54,5 %.

L'effectif de l'enquête est donc modeste, ce qui explique un certain biais de mesure.

Ce taux de participation peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

-Une charge de travail importante des EMG ;

-Un manque de temps pour répondre, notamment pour les EMG qui ne disposent pas de secrétariat ;

-L'arrivée la période estivale et par conséquent, le départ en congés des membres des EMG.

L'enquête, en tant que mode de recherche implique de nombreuses limitations. Le choix de la technique Delphi a été motivé par des considérations méthodologiques afin de permettre le choix des indicateurs d'activité des EMG de manière consensuelle.

Cette technique consiste en l'élaboration d'un consensus à travers des avis critiques et convergents d'un groupe d'expert. Elle permet d'élaborer un référentiel en contexte de divergence mais aussi de générer des idées et des solutions. La méthode Delphi est employée afin d'apporter des réponses à des questions pour lesquelles l'information publiée est insuffisante. Les résultats présentent donc une opinion consensuelle médiane (24,25). La méthode Delphi, qui intègre des données empiriques disponibles, ainsi que les jugements et les expériences d'un panel de participants est particulièrement intéressante dans les domaines dont l'évaluation reste insuffisante et disparate, en l'occurrence l'évaluation du service rendu des EMG(24). Elle permet la construction de « tableaux de bords » grâce aux avis critiques d'un groupe d'expert. D'autre part, la méthode Delphi, basée sur une synthèse structurée de procédures interactives peut être conduite rapidement, ce qui constitue un grand avantage compte tenu de la complexité de la problématique étudiée (24,25).

Toutefois en raison du type particulier de l'étude, elle comporte de nombreux biais qui peuvent être classés selon les catégories suivantes :

- choix des experts : la composition de panel d'expert, très homogène, car constituée des membres des EMG de la région Nord-Pas-de-Calais, exerçant majoritairement dans le milieu hospitalier a été susceptible d'influencer les réponses en les rendant uniformes et convergentes ;
- validité des réponses obtenues : les résultats issus de cette recherche présentent des opinions consensuelles, médianes, car la technique Delphi, comme toute méthode de consensus ne retient pas les extrêmes, alors qu'il peut s'agir d'idées novatrices et pertinentes ;
- caractère anonyme d'enquête employée dans l'étude : le respect d'anonymat promeut la liberté d'expression en évitant les influences qui peuvent être rencontrées lors d'un entretien. D'autre part, en réduisant le sens de responsabilité de participants, l'anonymat peut influencer les réponses en les rendant disparates voir extrêmes. Néanmoins, une stabilité des réponses a été observée avec un nombre minimal d'opinions extrêmes ;
- difficulté méthodologique liée au nombre de participants idéal qui n'est pas défini dans la littérature scientifique ;

- nombre d'échanges et d'interactions insuffisants.

L'échelle de Likert a été employée dans l'analyse d'attitudes des EMG en raison de sa popularité dans le domaine des études qualitatives, sa facilité d'utilisation, mais aussi afin de donner une tendance globale aux positions des groupes étudiés. L'outil utilisé a été composé de 5 - 6 réponses afin d'éviter les réponses neutres et d'obliger les participants de spécifier son accord ou désaccord. Néanmoins, cette technique expose à de nombreux biais notamment au biais d'acquiescement du au caractère « informatif » de chaque item (26)

Pour faciliter l'interprétation de l'échelle une analyse trichotomique a été effectuée. Les réponses ont donc été divisées en trois catégories : 1 : jamais, 2 : souvent, 3 : toujours ; 1 : accord, 2 : sans avis, 3 : désaccord.

Le force de l'enquête est dû au fait qu'il s'agit d'une première étude qualitative régionale qui analyse les activités des EMG.

2. Analyse de la littérature évaluant la qualité des services rendus des EMG.

2.1. Bilan mitigé de la méta-analyse « Cochrane ».

La méta-analyse britannique « Cochrane » combinant les résultats de 22 essais randomisés publiés de 1984 jusqu'à 2007 a démontré l'efficacité des interventions des EMG dans les domaines suivants : réduction de l'institutionnalisation à 6 mois suivant l'intervention, réduction de la détérioration fonctionnelle des bénéficiaires, réduction de la dégradation de l'état cognitif des bénéficiaires. Néanmoins, aucun effet bénéfique des EMG n'a été démontré sur le maintien à domicile, la mortalité, l'institutionnalisation après 6 mois, le degré de dépendance, la modification du score ADL, la durée d'hospitalisation et le taux de réhospitalisation. Ceci contraste avec les évaluations gériatriques standardisées (EGS) réalisées dans le cadre de l'hospitalisation dans le service de médecine gériatrique, qui se sont révélées bénéfiques pour ces critères.

Cependant les résultats de la méta-analyse Cochrane ne sont pas directement transposable à l'activité des EMG françaises en raison de différences de la composition structurelle et le fonctionnement des équipes d'un pays à l'autre, mais aussi dû aux divergences en termes de caractéristiques des bénéficiaires évalués (populations moins âgées, moins lourdement atteintes) (23,27)

La méta-analyse a permis de synthétiser les potentielles explications devant l'absence d'effet bénéfique des interventions des EMG dans certains domaines. Les explications évoquées, en dehors des difficultés méthodologiques (difficulté de suivi de la cohorte évaluée, inégalités entre les cohortes) se concentrent sur les facteurs extrinsèques d'EMG et reflètent leurs difficultés d'intégration dans la filière hospitalière « classique » : réticence d'autres professionnels de santé, non adhérence aux projets socio-thérapeutiques proposés, impossibilité de vérification de suivi des recommandations. (27)

En France, aucune étude randomisée évaluant l'efficacité des EMG n'a été publiée (23).

2.2 Les effets positifs de l'intervention dans les services de médecine.

Une étude étatsunienne monocentrique et prospective a comparé la trajectoire de soins des deux cohortes de 173 sujets âgés hospitalisés dans les services de médecine, la première ayant bénéficié d'une intervention d'équipe pluridisciplinaire, la deuxième n'ayant pas suivi un parcours hospitalier « classique ». L'âge moyen des sujets ainsi que leur niveau d'autonomie ont été comparables dans les deux cohortes, tandis que la prévalence de démence était plus importante dans le groupe d'intervention. L'étude a démontré la diminution des effets indésirables liés aux soins dans la cohorte des patients évalués par l'équipe pluridisciplinaire mobile: réduction dans la survenue de chutes, des escarres, des infections sur cathéter. La diminution de la durée d'hospitalisation a été également démontrée dans le groupe de bénéficiaires sans diminution du taux de réhospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie. (28). L'enquête de satisfaction réalisée à distance d'hospitalisation, auprès des patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique par l'équipe pluridisciplinaire a démontré un taux élevé de satisfaction globale à l'égard des hospitalisations dans ce groupe. Une meilleure qualité des informations médicales données aux patients explique ce ressenti, ce qui peut avoir des conséquences medio-juridiques positives avec une régression des réclamations et des plaintes. (29)

2.3 Bénéfices incontestables de l'évaluation gériatrique standardisée dans les services de chirurgie.

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation constante du nombre d'admission des patients âgés atteints des pathologies chirurgicales. Les maladies dégénératives oculaires, les lésions ostéo-articulaires post-traumatiques, les pathologies urologiques et digestives constituent les motifs les plus fréquents de recours à la chirurgie dans la population âgée (30). L'augmentation des hospitalisations concerne surtout le sous-groupe de patients âgés de plus de 85 ans(31).Le seul domaine de chirurgie orthopédique a connu une hausse du nombre de séjours pour des fractures du col du fémur de l'ordre de 0,3 % par an entre 1998 et 2007 (32).

L'évaluation gériatrique standardisée réalisée auprès des patients âgés opérés pour une fracture du col fémoral améliore la récupération fonctionnelle et réduit d'un tiers le risque de survenu de l'état confusionnel aigue en postopératoire (33). Grâce à la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée une réduction de la mortalité postopératoire, une diminution du nombre de complications post-chirurgicales ainsi qu'une régression du taux de réhospitalisations dans les 6 mois suivant l'intervention ont été obtenues chez les patients âgés victimes d'une fracture de la hanche (34)

2.4 Service rendu favorable de l'intervention aux urgences médicales.

Les personnes de plus de 70 ans représentent 14 % de l'ensemble des usagers des urgences(35). Leur proportion risque de s'accroître compte tenu du contexte démographique actuel, ce qui contribuera à l'engorgement des services des urgences et à une surconsommation des ressources (36). Dans cette population le sous-groupe âgé de plus de 80 ans représente 9,9 % des passages aux urgences (36). Le taux de personnes âgées hospitalisées après une admission dans un service des urgences s'élève de 25 à 30% : il est de 50% au-delà de 80 ans (37). Par ailleurs, la prévalence des passages inappropriés dans cette tranche d'âge relevée dans la littérature s'élève à 7% (37).

Environ un quart des patients âgés de plus de 75 ans retourne directement au domicile après son passage aux urgences. Parmi ces patients le taux de mortalité s'élève à 1% un mois après la visite aux urgences. Après le passage aux urgences, les patients âgés encourent un risque plus élevé de ré-hospitalisation, d'altération de l'état général, d'institutionnalisation et de décès. Le taux de réadmission des patients de plus de 65 ans s'élève à 16% un mois après le passage, pour atteindre 40% quatre mois après la sortie (38).

L'amélioration de la structure des urgences ainsi que son désengorgement constitue à l'heure actuelle une priorité pour les pouvoirs publics (40). L'intervention d'une EMG au sein du service des urgences, avec la réalisation d'une évaluation globale médico-psycho-sociale semble répondre à cet objectif. Le dépistage des patients fragiles, la dispensation d'un avis gériatrique, la gestion des situations médico-sociales complexes ainsi que l'optimisation de leur orientation sociale constituent les objectifs principaux d'une EMG intervenant aux urgences(40).

L'évaluation gériatrique standardisée permet de dépister de manière fiable et précoce le déclin fonctionnel et le syndrome confusionnel, les affections largement sous-estimées par les médecins urgentistes. Par ailleurs, presque la moitié des évaluations de l'état fonctionnel effectuées aux urgences surestiment le degré d'handicap, ce qui peut influencer la décision concernant l'orientation du sujet âgé (41).

Les EMG adaptent le caractère de l'évaluation gériatrique standardisée en fonction du lieu d'intervention. L'intervention aux urgences, limitée par le cadre temporel mais aussi par la quantité de travail, privilégie le dépistage rapide et ciblé dans le but d'identifier les patients à risque de décompensation. En l'occurrence, le sous-groupe des patients fragiles bénéficie dans un second temps d'une évaluation gériatrique standardisée complète. Cette intervention, qui se déroule en deux étapes articulée autour des patients fragiles, s'avère plus bénéfique pour les patients que les interventions ciblées sur le critère unique de l'âge (42). Cette approche est concordante avec la proposition de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie. La consultation gériatrique hospitalière courte en binôme médecin - infirmière d'une durée de 60 min en moyenne, devrait être suivie d'une évaluation gériatrique standardisée complète réservée aux patients présentant un vieillissement pathologique avec un risque de perte d'autonomie (Annexe 3)

3. Résultats.

3.1 Lieux d'intervention des EMG.

Trois catégories principales concernant les lieux d'intervention des EMG ont été établies :

1. Les EMG ayant une forte activité dans le service des urgences > 50 % des interventions.
2. Les EMG intervenant dans les services de médecine avec un taux d'activité de 35% à 70 %.
3. Les EMG intervenant majoritairement en EHPAD.

Le recours aux EMG dans le service de chirurgie de la région Nord–Pas-de-Calais reste relativement rare dans le parcours de soins de sujet âgé et ne représente que 11,4 % d'interventions.

3.2 Nécessité de renforcer les liens avec la médecine de ville.

Une des pistes d'amélioration de prise en charge des patients non-hospitalisés est définie par le développement du réseau ville-hôpital, dans lequel le médecin traitant comme l'interlocuteur privilégié des EMG, joue un rôle capital (36).

Selon les résultats d'enquête, 50% des EMG interrogées déclarent n'être jamais sollicitées par le médecin traitant pour un avis spécialisé. Par ailleurs, une équipe sur cinq ne participe pas à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie.

L'étude a donc confirmé l'existence d'un obstacle dans le parcours coordonné de soins du sujet âgé, décrit largement dans les publications antérieures, défini par le cloisonnement entre soins hospitaliers spécialisés et médecine de ville (43, 44).

3.3 Repérage des patients fragiles et l'évaluation gériatrique standardisée.

3.3.1 Evaluation gériatrique standardisée.

L'évaluation gériatrique a fait preuve de son efficacité, en particulier dans les services de court séjour, mais ceci est beaucoup moins sûr en EMG. En effet, il est proposé de « développer des stratégies pour optimiser l'efficacité de l'évaluation gériatrique en équipe mobile. »(23)

Toutes les EMG interrogées emploient les outils standardisés d'évaluation gériatrique. L'utilisation des échelles trouve le plus souvent sa place dans le repérage de trois syndromes gériatriques principaux :

1. Perte d'autonomie : grille nationale AGGIR utilisée par 90% d'EMG (toujours: 50%, souvent:40%) échelle ADL de Katz utilisée toujours par la totalité des EMG(80 % : toujours, 20% : souvent). Une équipe sur quatre ne fait jamais l'appel au score IADL.
2. Déclin cognitif : score MMS utilisé par toutes les EMG (90% toujours, 10% souvent, test de l'horloge utilisé par 70% d'EMG (toujours : 40%, souvent : 30%).
3. Troubles de la posture et la marche : go up and go test utilisé par 90% d'EMG (toujours : 60%, souvent : 30%)

L'échelle ADL conçue en 1976 permet d'estimer l'autonomie du sujet âgé, en évaluant les activités instrumentales de la vie quotidienne. Malgré les limitations qui résultent de son caractère général, notamment l'impossibilité d'évaluation des variations de l'état fonctionnel, l'échelle ADL donne une base à la création d'un langage commun pour tous les professionnels de santé impliqués dans le suivi du sujet âgé (45).

Le faible recours au score IADL, qui s'intéresse davantage à la vie de la personne âgée dans la communauté et l'environnement, peut être expliqué par son caractère déclaratif, qui constitue un des biais possibles, notamment dans un groupe de patients atteints de troubles mnésiques (46).

L'utilisation fréquente du « timed go up and go test » par les EMG interrogées est liée à la haute prévalence des troubles de la marche et des chutes, qui concernent presque un patient sur trois pris en charge par l'équipe (22). Toutefois l'utilisation de ce test paraît d'autant plus pertinente, que la vitesse de la marche constitue un facteur prédictif

de la durée de survie (47)

Le faible recours au Mini Nutritional Assessment (40 % de non utilisateurs) et l'échelle gériatrique de dépression (40% de non-utilisateurs) peut être expliqué par la complexité de ces outils et leur caractère chronophage, et par cela inadaptés au service des urgences (42). Toutefois, cela peut entraîner une sous-estimation du nombre de patients dénutris et dépressifs. L'intérêt d'utilisation d'échelles plus simples et plus faciles devrait être discuté dans la pratique courante. (48)

De façon inattendue, aucune équipe interrogée n'a évoqué l'utilisation d'outil de dépistage de prescriptions médicamenteuses inappropriées. Alors qu'il est précisé dans la littérature que « les EMG ne peuvent pas être efficaces sans intervention médicale directe sur les patients » (23).

3.3.2 Les outil de repérage

Par ailleurs, il est également préconisé de mieux définir les critères de sélection des patients et notamment de se recentrer sur les situations à risques de complications immédiates ou de pertes fonctionnelles (23).

De manière surprenante, l'enquête a révélé que l'utilisation de l'échelle ISAR par les EMG reste marginale (80 % de non-utilisateurs) en contradiction avec la performance de cet outil. L'efficacité de l'échelle ISAR dans le dépistage de patients à risque de réhospitalisation a été démontrée dans la littérature : sa valeur prédictive négative est de 100 % à 14 jours, 89% à 1 mois et 82 % à 3 mois(42). Dans le contexte actuel ou le repérage des patients à risque de réhospitalisation y compris les réhospitalisations évitables constituent une priorité pour les pouvoirs publics, l'attention particulière devrait être portée sur cet objectif au sein des EMG mais aussi dans chaque établissement (49).

3.4. Analyse des enjeux stratégiques majeurs.

Un des enjeux stratégiques majeurs concernant l'efficacité des EMG est sans doute sa complémentarité quant à l'élaboration d'une filière gériatrique bien organisée.

L'amélioration du taux de suivi des recommandations faites par les EMG semble être un élément essentiel à l'efficacité des EMG. Si l'objectif des EMG est de participer à la réduction des réhospitalisations, il convient de développer des soins à domicile et une coordination adéquate (23). Le suivi des recommandations, chez des patients fragiles, peut être effectif si les dispositifs extrahospitaliers le permettent : réseaux de santé et gestion de cas MAIA, en particulier.

Cependant il faut également que « le gériatre limite le nombre de recommandations par patient, hiérarchise ces propositions, assure une communication orale et écrite avec les professionnels de santé et propose l'organisation d'un suivi rapproché en cas d'absence d'un "environnement porteur"(50).

Les équipes interrogées approuvent, avec quelques exceptions, les enjeux stratégiques du développement des EMG, définis par le Groupe EMG de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (20). Les objectifs d'uniformisation des actions et des modes de fonctionnement, ainsi que ceux relatifs au renforcement des liens avec la médecine de ville font l'unanimité.

D'autre part, l'importance des enjeux de la mise en place de nouvelles approches et techniques, dans le but d'assurer la continuité des soins, n'est pas partagée par toutes les EMG interrogées. Le suivi et la permanence téléphonique ne constituait une perspective de développement que pour 80 % des EMG interrogées. Par ailleurs l'utilisation des moyens de e-santé y compris la télémédecine ne paraît pertinente que pour 60 % des EMG interrogées, 20% des EMG étant sans avis.

La mise en place d'une ligne téléphonique directe ville-médecin gériatre dans un établissement lyonnais, dans l'objectif de diffuser des avis spécialisés, s'est révélée bénéfique en terme de réduction d'hospitalisation et de diminution de passage au service des urgences. Un tel dispositif a permis d'éviter le recours à l'hospitalisation

dans 30 % des situations et d'éviter le passage au service des urgences dans près de la moitié des situations, ceci en privilégiant l'hospitalisation directe (51).

L'expérience de la télémédecine dans la filière gériatrique, encore très limitée et ponctuelle a fait preuve d'efficacité. La réalisation d'actes à distance par le biais de technologies de l'information et de la communication, employée dans les hôpitaux gériatriques franciliens a permis d'éviter une grande part des déplacements aux personnes âgées hospitalisées et de développer des nouvelles formes de relation entre professionnels de santé notamment le transfert des tâches et de compétences (52,53)

3.5 Analyse des difficultés.

L'enquête a retrouvé deux facteurs susceptibles d'entraver le fonctionnement des EMG: d'une part une méconnaissance des missions des EMG par les professionnels de santé demandeurs, d'autre part une importante charge de travail.

L'ignorance des bases conceptuelles des EMG et de leurs objectifs par ses utilisateurs peut avoir des conséquences délétères telles que : une déviance de l'activité, une multiplication des difficultés de la prise en charge voire une limitation du potentiel des EMG (55).L'amalgame entre le service social et l'EMG sous-estime les capacités d'EMG. Minimaliser leurs missions peut conduire à la restriction du champ d'activité voir la dissolution de l'équipe, en raison de l'augmentation disproportionnée de la charge de travail dans le domaine exclusivement social. (54)

L'augmentation constante des interventions des EMG ne peut être considérée à l'heure actuelle comme une fin en soi. La multiplication des demandes dans la sous-population des patients âgés sortant du cadre de « fragilité » inclut les profils des patients au vieillissement réussi ou à l'état de santé trop détérioré, augmente la charge de travail sans réelle modification de leur trajectoire de vie. Ceci résulte de l'absence du travail de repérage par les unités demandeuses (10). Une étude, réalisée dans le service des urgences de Nord-Pas-de-Calais a démontré, que les motifs d'intervention

d'EMG ne sont pas liés à la complexité de la situation médico-sociale des patients mais à leur âge et la durée du séjour au SAU, les patients fragiles constituant une faible proportion des bénéficiaires (55).

La bonne application des recommandations diffusée par les EMG est indispensable afin que l'évaluation gériatrique standardisée soit bénéfique pour une population cible. L'efficacité de l'intervention renforce la légitimité et la place des EMG dans la filière de soins. L'amélioration d'adhésion aux préconisations des EMG et la meilleure reconnaissance de leurs actions, peut être obtenue grâce au renforcement des collaborations avec les partenaires de la démarche (56)

4. Analyse des opportunités de la mise en place des indicateurs d'activités des EMG

4.1. Les enjeux de l'évaluation d'activités des EMG.

Plusieurs raisons justifient le travail sur les indicateurs d'activité dans l'objectif d'évaluer l'impact et la productivité des EMG. L'emprise des EMG peut être évaluée sous différents aspects : administratif, budgétaire, social, médical. La mesure de la performance médico-économique de l'EMG est indispensable afin de justifier sa légitimité et de réaffirmer sa place dans la filière gériatrique auprès du pouvoir public et de la direction assurant et distribuant le financement, mais aussi devant la communauté médicale. La mesure de la qualité du service médical rendu reflétant les mérites de la prise en charge globale prodiguée par l'EMG est primordiale dans les actions de pilotage et les démarches d'amélioration de la filière de soins à l'échelle de chaque établissement, mais aussi à l'échelle régionale en nationale(55, 58).L'attitude d'évaluation spécifique provient aussi du fait que l'EMG, par son caractère « atypique », sort du cadre d'activité hospitalière classique, imposant les nouveaux paradigmes dans le domaine du suivi de personne âgée. (57).

A l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil consensuel d'évaluation spécifique d'activité des EMG de la région Nord-Pas- de - Calais. L'instrument d'évaluation proposé par l'ARS a posé les bases d'une évaluation quantitative, ce qui a permis de réaliser le recueil d'activité à l'échelle régionale de manière standardisée, mais aussi d'apprécier de manière plus détaillée l'étendue des missions. Cette initiative a provoqué une prise

de conscience de l'importance du recensement des activités chez certaines EMG. Une attitude créative et critique a été adaptée par certains EMG avec la création de manière empirique des instruments correspondant à leurs activités basées sur l'outil de l'ARS mais allant au-delà d'une simple évaluation quantitative (58).

L'enquête n'a pas innové dans le domaine de l'évaluation de l'activité des EMG mais a permis de dresser de manière consensuelle la liste des indicateurs de l'activité des EMG à partir d'un certain nombre d'items déjà établis de manière empirique. Il ne s'agit bien sûr que d'une première approche qui peut être considérablement améliorée, mais qui présente l'avantage de démontrer qu'il existe des possibilités dans le domaine. Toutefois, l'étude a permis de constituer une base des indicateurs qualitatifs et quantitatifs à partir de laquelle il serait possible de les retravailler en fonction de l'évolution des missions des EMG et de leurs besoins. L'intérêt de croisement des données qualitatives et quantitatives paraît inestimable dans le domaine de recherche de la filière gériatrique. Du point de vue des EMG, ces données peuvent jeter les bases d'une étude transversale novatrice sur le service rendu des EMG, jusqu'à présent jamais publiée en France, afin de réaffirmer leur place dans la filière gériatrique. Le recensement consensuel des indicateurs obtenu à l'issue de l'enquête peut contribuer à la création d'une base de données du recueil d'activité des EMG.

4.2. Indicateurs médico-sociaux caractérisant les patients bénéficiaires.

Données faisant partie de l'évaluation médicale et sociale englobant les notions et les concepts spécifiques à la gériatrie : le degré de dépendance psychique et physique, l'isolement social, la présence des mesures de protection, la fragilité du sujet âgé. La présence de l'item concernant l'hospitalisation récente reflète l'importance du travail nécessaire afin d'éviter la réhospitalisation y compris la réhospitalisation précoce dans le parcours de soins du sujet âgé, considérée ici comme une rupture de la continuité des soins et en l'occurrence un facteur de survenue d'évènements défavorables. (50).

4.3 Indicateurs d'efficacité et qualité du service médical rendu.

La collecte et l'analyse croisée des données qualitatives et quantitatives obtenues à

partir des indicateurs élaborés permet d'apprécier la qualité de la prise en charge au regard du nombre d'interventions. Ainsi, la synthèse des données suivantes peut être effectuée :

- délai d'intervention de l'EMG (laps de temps entre la sollicitation de l'EMG et l'intervention) qui permet d'apprécier la réactivité des EMG et qui constitue un critère d'efficacité et de qualité du service rendu.
- délai de signalement de l'unité demandeuse (laps de temps entre le début de l'hospitalisation et la sollicitation de l'EMG) qui permet d'apprécier notamment les capacités des services non-gériatriques et d'organiser le projet gériatrique de la personne âgée fragile.
- répartition des services demandeurs,
- statut personnel du demandeur d'intervention
- personnel de l'EMG impliqué dans la prise en charge globale (médecin/IDE/AS//kinésithérapeute/psychologue/ergothérapeute/secrétaire). L'intégration de cette dernière dans le recueil d'activités suscite des prises de positions opposées de la part des EMG interrogées car un certain nombre de structures ne disposent pas du temps de la secrétaire. Cela témoigne du fait que la réalité de terrain est parfois éloignée du cadre législatif.
- profil médical des patients âgés : motif d'hospitalisation, caractéristiques de la population âgée à partir d'évaluation gériatrique standardisée,
- motif de recours à l'EMG y compris pour des problématiques comme l'éthique et la maltraitance (concernant la santé publique). Le sujet de sollicitation reflète des difficultés rencontrées par les professionnels de santé non-gériatriques. Ces informations peuvent contribuer à mieux identifier les besoins spécifiques des personnes âgées hospitalisées dans les services non-gériatriques, dans l'objectif d'améliorer le projet

géronologique.

- projet global médico-social proposé par les EMG avec les éléments d'un plan personnalisé de santé, mais aussi de la coordination, l'orientation, le suivi, les actions sociales et les démarches administratives.

L'exploitation et la restitution des données concernant le devenir du patient reflètent l'emprise socio-médicale des EMG. L'analyse croisée de ces informations permet d'apprécier le service médical rendu des EMG, repérer les marques de risque de survenue des éléments indésirables et de réhospitalisation, et a contrario les facteurs susceptibles de favoriser le retour à domicile.

- retour à domicile
- transfert
- décès
- réhospitalisation dans une période de 60 jours suivant la sortie
- motif de réhospitalisation,

V. CONCLUSION :

Depuis sa création en application de la Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002, le réseau des équipes mobiles de gériatrie (EMG) des hôpitaux de la région Nord-Pas de Calais a connu un essor important. Cette dynamique se traduit par une augmentation de la productivité, l'élargissement du champ d'activité, la diffusion des bonnes pratiques médicales. L'activité médicale des EMG, n'est pas normative et varie en fonction de l'implantation géographique de chaque structure. En vue de cette hétérogénéité, le manque d'analyse précise de l'activité des EMG constitue un vrai problème structurel. L'objectif d'évaluation et d'uniformisation de cette activité s'inscrit dans la logique globale médico-économico-politique afin de mettre en évidence le service médical rendu des EMG. Les modalités de recueil d'activité définies par L'ARS Nord-Pas-de Calais évoluent et reposent sur un outil informatique standardisé s'intéressant aux données quantitatives.

L'enquête a permis de réaliser un état des lieux des EMG du Nord-Pas de Calais en décrivant les lieux d'activité des EMG et les motifs principaux d'interventions. Les résultats ont été complétés par l'analyse d'études internationales évaluant les bénéfices d'intervention dans les services hospitaliers. L'enquête a démontré la nécessité du développement des relations avec la médecine de ville afin de mieux coordonner la prise en charge globale du sujet âgé. L'étude a recensé les difficultés des EMG : la charge de travail importante et le risque d'instrumentalisation due à la réduction du champ d'activité à la seule sphère sociale. L'enquête a démontré la nécessité du renforcement de repérage des patients fragiles par des outils standardisés. L'évolution nutritionnelle, le dépistage des patients atteints de troubles dépressifs ainsi que l'évaluation des prescriptions médicamenteuses inappropriées devraient être améliorées et employées pour une plus grande échelle de patients. Une piste envisageable est constituée par la mise en forme des outils plus synthétiques d'évaluation gériatrique standardisée.

Les objectifs d'harmonisation des pratiques gériatriques et de création d'un outil commun de repérage de la personne âgée sont partagés par l'ensemble des EMG participants à l'enquête. Une liste consensuelle de 40 indicateurs d'activité a été ainsi proposée. Les items relatifs à la situation médico-sociale des bénéficiaires, aux caractéristiques de la prise en charge et aux résultats d'intervention peuvent poser des bases pour l'évaluation de la population âgée bénéficiaire, la qualité du service rendu ainsi que les bénéfices d'intervention. La combinaison des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, en enrichissant le travail réalisé par l'ARS Nord-Pas-de-Calais peut contribuer à la meilleure évaluation de la productivité des EMG. La représentativité des indicateurs devrait être confirmée par des études spécifiques en santé publique.

VI. BIBLIOGRAPHIE

(1) INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2014, France hors Mayotte, [en ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm (consulté le 04/10/2014).

(2) Boddaert J, Gouronnec A, Bouchon JP et al. Vieillesse de la population : conséquences en médecine d'urgence. Médecine d'urgence [en ligne] 2003. Disponible sur : http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/mu03/html/mu03_01/urg03_01.htm (consulté le 03/10/2014)

(3) Michel JP. (Membre de l'Académie Nationale de Médecine) Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. Académie Nationale de Médecine [en ligne] 2014. Rapport. Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/Rapport-Fragilit%C3%A9_Commission-XIII-Handicap_12-Mai-14.pdf (consulté le 02/10/2014)

(4). Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [en ligne] Juin 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf (consulté le 05/10/2014)

(5) Sirven N. Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE. Document de travail N°52 bis. IRDES [en ligne]. 2013 Avril. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf> . (consulté le 10/09/2014)

(6) Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps. Centre d'analyse stratégiques. Paris : La documentation française [en ligne]. 2010. Rapport N° 28.

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000662/0000.pdf>. (consulté le 05/10/2014)

(7) Brugere F. L'Ethique du "care". PUF ; 2011

(8) Ferrarese E. Les vulnérables et le géomètre. Sur les usages du concept de vulnérabilité dans les sciences sociales. Raison Publique [en ligne]. 2013 Novembre. Disponible sur : <http://raison-publique.fr/article655.html>. (consulté le 10/09/2014)

(9) Société Professionnelle Suisse de Gériatrie. Définition de la Médecine Gériatrique. Définition de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) acceptée à Copenhague le 06/09/08. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfqg.ch/pages/fr/definition-de-la-medecine-geriatrique.php>. (consulté le 05/09/2014)

(10). Dubois M. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gérontologie et société. 2008 Mars; 3 (126) : 91

(11) Couturier P, Tranchant L, Laniece I et al. Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble. Annales de Gerontol. 2008 Oct-Nov-Déc ; 1 (1) : 17-26.

(12) République française. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. BO du 18 mars 2002.

(13). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan «Urgences» [en ligne]. 2003 Sept. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf (consulte le 05/10/2014)

(14). Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. La Documentation française, 2006 Avril.

(15) Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité Grand Age [en ligne]. 2006 Juin.

Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf.

(consulté le 04/09/2014)

(16). République française. Circulaire DHOS/02/n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. BO du 28 mars 2007.

(17). Defebvre MM, Guerin S. Bilan gérontologique 2011 des territoires de santé. ARS Nord-Pas-de-Calais. [en ligne] Disponible sur:

http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/votre_sante/Personnes_agees/Bilan2011/bilan_geriatrique_2011a.pdf

(consulté le 05/09/2014)

(18) Defebvre MM, Peron M. Bilan gérontologique 2012 des Territoires de santé. ARS Nord-Pas-de-Calais. [en ligne]. Disponible sur:

http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/votre_sante/Personnes_agees/Bilan_2012/bilan_gerontologique_2012.pdf

(consulté le 10 /09/2014)

(19) Salles N. Le service public hospitalier et la vulnérabilité: Les équipes mobiles de gériatrie. [en ligne] Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_SPH_et_la_vulnerabilite_-_les_EMG-pdf.pdf.

(consulté le 12/02/2014).

(20). Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Groupe EMG. Objectifs du groupe de travail.[en ligne] Disponible sur : <http://www.sfgg.fr/missions/groupe-de-travail/groupe-des-equipes-mobiles-de-geriatrie>. (consulté le 10/02/2014)

(21). Jeandel C, Aquino J.P, Berrut G. Livre blanc de la gériatrie française.

Fédération Hospitalière de France ; 2011 : 232 – 45

(22) Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Équipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. La Revue de Gériatrie. 2012 Novembre; 37(9):738 – 41.

(23) Steenpass V, Amiard S, Garnier V. et al. Les Équipes Mobiles de Gériatrie servent-elles à quelque chose ? Données de la méta-analyse COCHRANE et

expérience du CHU de Grenoble. La Revue de Gériatrie. 2012 Novembre ; 37(9): 742 – 5

(24) Frappé P. « Initiation a la recherche » Association française des jeunes chercheurs en medecine generale. 2011 ; 54-5

(25) Letrilliart L, Vanmeerbeek M. « À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? » Exercer 2011;(99):170-7.

(26) Demeuse M. Echelle de Likert ou methode des classements additionnels. In : Demeuse M. Introduction aux théories et aux méthodes de la mesure en sciences psychologiques et en sciences de l'éducation. Institut d'Administration scolaire (INAS), Université de Mons-Hainaut (BE) Institut de Recherche sur l'Education (IREDU), Université de Bourgogne (FR). [en ligne] 2008 janvier. Disponible sur : http://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/p5.3.pdf (consulté le 10/08/2014)

(27) Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Review. The Cochrane Library. 2011; (7):1-87.

(28) Hung WW, Ross JS, Farber J et al. Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) service. JAMA Intern Med. 2013 Jun 10; 173(11):990-6

(29) Arbaje AI, Maron DD, Yu Q, et al. The geriatric floating interdisciplinary transition team. J Am Geriatr Soc 2010 Feb; 58 (2):364-70.

(30) Lepresle E. Chirurgie et anesthésie chez les sujets âgés [en ligne]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2therapeutique/chirurgieetanesthesiesujetageDRLEPRESLE2009.pdf>. (consulté le 05/08/2014)

(31) Jin F, Chung F. Minimizing perioperatoire adverse events in the elderly. Br J Anasth 2001; 87 (4): 608-24

(32) Oberlin P, Mouquet MC Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? Études et résultats, 2010 avril 09; (723)

- (33) Marcantonio ER, Flacker JM, Wright J et al. Reducing Delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001 May; 49(5): 516 – 22.
- (34) Fisher AA, Davis MW, Rubenach SE et al. Outcomes for older patients with hip fractures: the impact of orthopaedic and geriatric medicine cocare. *J Orthop Trauma.* 2006 Mar; 20 (3): 172-180
- (35) Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. *DREES. Études et résultats* 2003 Jan : (212).
- (36) Lazarovici C, Somme D, Chatellier G et al. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *Rev Med Interne,* 2008 Avril; 29 (8) : 618 – 25.
- (37) Bonin-Guillaume S., Lacroix O, Closon R, Dispose-t-on de critères permettant un retour à domicile chez la personne âgée au décours d'un passage aux urgences ? In : *Urgences 2009.* SFMU. p.633-40. [en ligne].
disponible sur :
http://www.sfm.u.org/Urgences/urgences2009/donnees/pdf/059_bonin.pdf. (consulté le 05/09/2014)
- (38) McCusker J, Roberge D, Vadeboncoeur A et al. A safety of discharge of seniors from the emergency department to the community. *Healthc Q.* 2009 ; 12 : 24-32
- (39) Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Désengorgement des urgences. [en ligne]. 2013 Avril 26 Disponible sur:
<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/desengorgement-des-urgences,15786.html>. (consulté le 14/08/2014)
- (40) Bloch F, Bayle C, Schwald N et al. Expérience d'une équipe mobile de gériatrie aux urgences. *Soins gérontol,* 2007 avril; 12 (64): 29-31.
- (41) Rodriguez-Molinero AR, Lopez-Dieguez M, Tabuenca AI et al. Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions. *BMC Geriatrics*

2006 Sep; 6:13.

(42) Graf CE, Zekry D, Giannelli S et al. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department : a systemic review. Aging Clin Exp Res 2011 Aug;23(4) : 244-54.

(43). Le système de sante français. L'organisation de la production et de l'offre de soins en France. PUG [en ligne] www.pug.fr/supplement/show/2215] (consulté le 13/10/2014)

(44) Harousseau JL, Fontaine A, Grouchka C et al. Maladies chroniques : une vision rénovée du parcours de soins. Lettre d'information de la Haute Autorité de Santé [en ligne] 2012 Octobre-décembre ; (33) disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins. (consulté le 17/10/2014)

(45) Shelkey M, Mason V. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). General assessment series. Try this: Best practices in nursing care to older adults. [en ligne] 2012; (2). Disponible sur : http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf (consulté le 08/10/2014)

(46) Graf C, The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. General assessment series. Try this: Best practices in nursing care to older adults. [en ligne].2013 ; (23) Disponible sur : http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf (consulté le 08/10/2014)

(47) Studenski S, Perera S, Patel K et al. Gait speed and survival in older adults JAMA, 2011Jan; 305 (1):50-8

(48) Fabacher DA, Raccio-Robak N, McErlean MA, et al Validation of a brief screening tool to detect depression in elderly ED patients. Am J Emerg Med. 2002 Mar; 20(2):99-102

(49) Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées [en ligne] 2013 Juin, Disponible sur : <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf. (consulté le 15/10/2014).

(50) Garnier V, Corte-Franco G, Couturier P. Contribution à l'amélioration des pratiques en EMG : les recommandations et leur suivi, La Revue de Gériatrie, 2012 Nov ; 37 (9) : 764

(51) Castel-Kremer E, Kim B-A, Ricanet A et al. Equipe Mobile de Gériatrie: une ligne téléphonique pour améliorer l'interface ville-hôpital. Les cahiers de l'année gérontol 2012 Sept ; 4 (3) : 226-34.

(52) Esterle L. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? Revue française des affaires sociales 2011 Fev ; (2-3) : 63-79.

(53). Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. Revue française de sociologie 2013 Fev ; 54 : 303-329.

(54) Rousseau A.C, Bastianelli LP (Membres de l'Inspection générale des affaires sociales). Les EMG au sein de la filière des soins. 2005 Mai. Rapport N° 2005 053.

(55) Deglaire L. Etude prospective aux urgences de Roubaix : Dépistage des personnes âgées fragiles et évaluation par l'équipe mobile de gériatrie [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Université du Droit et de la Santé – Lille 2. Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2013.

(56). Antrope C. Suivi des recommandations de L'Equipe Mobile de Gériatrie au sein des services du CHRU de Lille. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université du Droit et de la Santé – Lille 2. Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2008.

(57) Achard N. Evaluer l'efficacité d'une équipe mobile gériatrique : l'exemple du CH

d'Anger. [Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique] Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique ; 2008

(58). Bouchamp C, Filliard M, Equipe mobile de gériatrie du centre hospitalier de Boulogne sur Mer : étude descriptive rétrospective des huit premiers mois d'activité de la nouvelle équipe, au sein du service des urgences, de janvier à aout 2012. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Université du Droit et de la Sante – Lille 2. Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2013.

VII ANNEXES.

ANNEXES 1.

Les équipes mobiles de gériatrie du Nord-Pas-de-Calais.

1. Equipe mobile de gériatrie du CH d'Arras.
2. Equipe mobile de gériatrie de la Clinique Anne d'Artois.
3. Equipe mobile de gériatrie du CH de Béthune.
4. Equipe mobile de gériatrie du CH de Douai.
5. Equipe mobile de gériatrie du CH d'Hénin-Beaumont.
6. Equipe mobile de gériatrie du CH de Lens.
7. Equipe mobile de gériatrie de la Polyclinique de Riaumont à Liévin.
8. Equipe mobile de gériatrie du CH de Cambrai.
9. Equipe mobile de gériatrie du CH d'Avesnes.
10. Equipe mobile de gériatrie du CH de Le Quesnoy.
11. Equipe mobile de gériatrie du CH de Valenciennes.
12. Equipe mobile de gériatrie du CH de Saint - Omer.
13. Equipe mobile de gériatrie du CH de Boulogne sur Mer.
14. Equipe mobile de gériatrie du CH de Dunkerque.
15. Equipe mobile de gériatrie de la Clinique Les Acacias à Cucq.
16. Equipe mobile de gériatrie du CH de Montreuil.
17. Equipe mobile de gériatrie du CH d'Armentières.
18. Equipe mobile de gériatrie du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.
19. Equipe mobile de gériatrie du CH de Seclin.
20. Equipe mobile de gériatrie du CHRU de Lille.
21. Equipe mobile de gériatrie du CH de Roubaix.
22. Equipe mobile de gériatrie du CH de Tourcoing.

ANNEXE 2.

Enquête destinée aux équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas de Calais :
« *MIEUX CONNAITRE L'ACTIVITÉ DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE
POUR AFFIRMER LEUR PLACE DANS LA FILIERE GERIATRIQUE. Enjeu régional
d'harmonisation des rapports d'activités* ».

Piotr Kamienski

Lille, le 14/04/2014

108 Avenue du Peuple Belge

Appt. 227

59800 Lille

e-mail : piotr2198@gmail.com

Mesdames, Messieurs, Chers consœurs, Chers confrères,

Le réseau des équipes mobiles de gériatrie des hôpitaux de la région Nord-Pas de Calais a connu un essor important durant les dernières années : un système d'information devient nécessaire pour apprécier au mieux leur activité. Au vu de cette dynamique, un formulaire de recueil de données annuelles a été élaboré par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'un projet pilote initié en 2013.

L'organisation de la réunion annuelle régionale des EMG de la région Nord-Pas de Calais à Boulogne sur Mer le 12 juin 2014 sera l'occasion d'échanger autour de cette problématique. Les données d'activités du 1er trimestre 2014, utilisant ce nouvel outil, vous y seront présentées.

Mon travail de recherche porte sur l'enjeu d'harmonisation du rapport d'activité régional et de son amélioration et s'inscrit dans cette nouvelle dynamique dans le déploiement du système d'information.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir remplir et m'adresser par voie postale ou courriel le questionnaire anonyme ci joint, qui porte sur vos pratiques, ainsi qu'un formulaire individuel qui sera utilisé pour faire évoluer l'outil d'activité régionale.

Les résultats préliminaires de mon travail de recherche seront annoncés lors de la réunion régionale des EMG de la région Nord-Pas de Calais a Boulogne sur Mer le 12 juin 2014 sous forme d'une présentation intitulée « *MIEUX CONNAITRE L'ACTIVITÉ DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE POUR AFFIRMER LEUR PLACE DANS LA FILIERE GERIATRIQUE. Enjeu régional d'harmonisation des rapports d'activités* »

Je vous remercie par avance pour votre lecture et vos réponses, et je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, Chers consœurs, Chers confrères en l'expression de mes sentiments distingués.

Piotr Kamienski

interne en médecine générale

Enquête destinée aux équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas de Calais

« *MIEUX CONNAITRE L'ACTIVITÉ DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE POUR AFFIRMER LEUR PLACE DANS LA FILIERE GERIATRIQUE. Enjeu régional d'harmonisation des rapports d'activités* »

Comment se compose votre équipe mobile de gériatrie ? Entourez les membres qui en font partie.

médecin

médecin gériatre

IDE

assistante sociale

secrétaire

psychologue

ergothérapeute

diététicienne

autres :

Quels sont les motifs principaux de sollicitation de l'équipe mobile de gériatrie dans votre établissement. Attribuez une valeur numérique a chaque réponse (1-jamais, 2-presque jamais, 3-parfois, 4-souvent, 5- presque toujours, 6 - toujours)

évaluation au sein des urgences et orientation depuis ce service

évaluation gériatrique standardisée dans le service de spécialité

évaluation globale (médico-psycho-sociale)

orientation de la personne âgée dans la filière intra-hospitalière

avis consultatif à la demande des médecins hospitaliers

avis consultatif à la demande des médecins traitants

évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination ville – hôpital

élaboration du projet de soins et du projet de vie

participation à l'organisation de la sortie, retour a la vie sociale

orientation à la sortie de l'hospitalisation

conseil, information et formation

un avis diagnostique

un avis thérapeutique

autres :

Quelles activités de l'équipe mobile de gériatrie vous paraissent essentielles dans la prise en charge de personnes âgées (1- tout a fait d'accord, 2 - plutôt d'accord, 3 – sans opinion, 4 – plutôt pas d'accord, 5 – tout a fait en désaccord) ?

évaluation au sein des urgences et orientation depuis ce service

évaluation gériatrique standardisée dans le service de spécialité

évaluation globale (médico-psycho-sociale)

orientation de la personne âgée dans la filière intra-hospitalière

avis consultatif à la demande des médecins hospitaliers

avis consultatif à la demande des médecins traitants

évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination ville – hôpital

élaboration du projet de soins et du projet de vie

participation à l'organisation de la sortie, retour a la vie sociale,

orientation à la sortie de l'hospitalisation

conseil, information et formation

un avis diagnostique

un avis thérapeutique

autres :

.....

Quelles actions, selon vous, constituent un enjeu majeur dans le développement des équipes mobiles de gériatrie (1- tout a fait d'accord, 2 - plutôt d'accord, 3 – sans opinion, 4 – plutôt pas d'accord, 5 – tout a fait en désaccord) ?

Harmonisation des pratiques gériatriques

Renforcement des liens avec le secteur social

Renforcement des liens entre ville et hôpital

Cohérence dans la prise en charge médico-sociale et dans le parcours des soins

Suivi du patient dans la filière hospitalière

Suivi téléphonique/ permanence téléphonique

Télé médecine

Création d'un outil commun de repérage de la personne âgée

autres :

.....

Quels outils diagnostics utilisez-vous dans l'évaluation gériatrique standardisée (1-jamais, 2-presque jamais, 3 – parfois, 4-souvent, 5- presque toujours, 6 – toujours) ?

échelle des activités de base de la vie quotidienne ou ADL – index de Katz

grille AGGIR

IADL

mini IADL

échelle gériatrique de dépression (GDS)

mini GDS

mini nutritional assessment

Doloplus

ISAR

go up and go test

MMS

épreuve de 5 mots

test de l'horloge

autres :

.....

Quelles caractéristiques médico-sociales considérez vous pertinentes dans l'élaboration de la typologie de la population âgée (1- tout à fait d'accord, 2 - plutôt d'accord, 3 – sans opinion, 4 – plutôt pas d'accord, 5 – tout a fait en désaccord)

motif d'hospitalisation

nombre de comorbidités associées

nombre de fragilités

présence de service d'aide à domicile ou de portage des repas

conditions de vie

caractère du logement

situation familiale

lieu de vie

la distance au lieu de résidence

présence de l'entourage familial/amical

prise médicamenteuse

autres :

.....

Comment définissez vous « l'intervention » des équipes mobiles de gériatrie (lieu d'intervention, caractère, moyens employés, gestes effectués, temps d'intervention, traçabilité)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de sollicitation de l'EMG :

Date de réponse de l'EMG :

Motif d'appel à l'EMG

- | | |
|--|---|
| EGS <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur <input type="checkbox"/> |
| Aide à orientation <input type="checkbox"/> | Bilan d'AEG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Avis spécialisé <input type="checkbox"/> | Bilan de perte d'autonomie <input type="checkbox"/> |
| Problème de chutes à répétition <input type="checkbox"/> | Autre: <input type="checkbox"/> |
| Syndrome confusionnel <input type="checkbox"/> | |

Lieu d'intervention ou cas traité par téléphone

- | | |
|--|---|
| Urgences <input type="checkbox"/> | Autre service : |
| Adressage patient <input type="checkbox"/> | médecine <input type="checkbox"/> |
| Famille ou autre aidant naturel <input type="checkbox"/> | chirurgie <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant <input type="checkbox"/> | |
| pompiers <input type="checkbox"/> | Cas traité par téléphone <input type="checkbox"/> |

Si intervention aux urgences : Motif(s) principal(aux) d'adressage

- | | |
|--|--------------------------------------|
| Chutes <input type="checkbox"/> | neuro <input type="checkbox"/> |
| Fracture <input type="checkbox"/> | hémato <input type="checkbox"/> |
| Confusion <input type="checkbox"/> | métabolique <input type="checkbox"/> |
| Douleur <input type="checkbox"/> | AEG <input type="checkbox"/> |
| Infection <input type="checkbox"/> | Cancer <input type="checkbox"/> |
| Cardio-pneumo <input type="checkbox"/> | social <input type="checkbox"/> |
| Digestif <input type="checkbox"/> | autre : <input type="checkbox"/> |
| rénal <input type="checkbox"/> | |

Lieu de vie du patient

1/ Domicile classique :

Vit seul

En couple

Avec sa famille, ses enfants ou en famille d'accueil

Avec des aides humaines

Avec des aides techniques

2/ Foyer logement ou assimilé

Avec des aides humaines

Avec des aides techniques

3/ EHPAD

Evaluation du patient

Score ADL

Score IADL

Autre échelle :

Nombre de médicaments hors hôpital :

Nombre de comorbidités :

Devenir du patient

1/Retour à domicile

USLD

EHPAD

2/Mutation :

HAD

CSG

3/Transfert :

MCO hors CSG

CSG

SSR

MCO hors CSG

SSR

USLD

EHPAD

HAD

4/Décès

Préconisations de l'EMG

1/Nécessité de coordination

CLIC,

Réseau de santé

Gestionnaire de cas MAIA

2/Nécessité d'aides et de soins :

SAD

SSIAD

Paramédical libéral :

Aides techniques

Aide aux aidants

Optimisation des thérapeutiques

Bibliographie

N Salles, Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG, La Revue de Gériatrie, Tome 37, n°9 novembre 2012

Modalités des interventions en EMG. Document de travail de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie



Groupe de travail des EMG – SFGG (Pr N. Salles)

Equipe mobile intra-hospitalière

A. CONSULTATION GERIATRIQUE INTRA HOSPITALIERE (BINOME - 60 MN EN MOYENNE):

Evaluation réalisée souvent en binôme médecin-infirmier

Le médecin réalise une évaluation clinique complète

	Outils	Professionnels
Comorbidités (nb)	> 4	Médecin
Médicaments (nb)	> 5	Médecin
Mobilité	Atcd de chute, transfert et marche, TUG si possible	Médecin ou IDE
Autonomie	ADL /6, IADL /8	Médecin ou IDE
Nutrition	MNA-SF	Médecin ou IDE
Douleur	EVA, Algoplus	Médecin ou IDE
Fonctions cognitives	Codex, CAM	Médecin ou IDE
Humeur, comportement	Mini GDS, type troubles du comportement	Médecin ou IDE

B. EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE COMPLETE (TRINOME, MOYENNE 150 MN) :

Evaluation réalisée d'abord par binôme médecin-infirmier, et complément de bilan par d'autres professionnels : ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale

	Outils	Professionnels
Comorbidités (nb)	CIRS-G ou Charlson	Médecin
Médicaments (nb)	Stop & Start	Médecin
Mobilité	ATCD de chute, TUG, appui unipodal, vitesse de marche	Médecin ou IDE
Autonomie	ADL /6, IADL /8	Ergothérapeute
Nutrition	MNA, IMC	IDE ou diététicienne
Risque Escarres	Braden ou Norton	Médecin ou IDE
Douleur	EVA, Algoplus	Médecin ou IDE
Fonctions cognitives	CAM, MMSE, Dubois, Horloge, fluence verbale	Médecin
Humeur, comportement	GDS, NPI	Médecin ou IDE
Vue - Audition	Examen Clinique	Médecin, IDE ou ergothérapeute
Social	Aides, APA, ressources financières	Assistante sociale

C. CONSULTATION GERIATRIQUE DE LIAISON (UN SEUL INTERVENANT)

- Avis médical (diagnostique, thérapeutique)
- Avis paramédical (IDE, ergothérapeute, diététicienne)
- Aide à l'orientation (assistante sociale)

D. CONSULTATION DE SUIVI (15 A 30 MN)

- Nouvelle évaluation gériatrique à la demande du service de spécialités
- Suivi des recommandations (suivi téléphonique si retour à domicile ou en EHPAD)

AUTEUR : KAMIENSKI Piotr

Date de Soutenance : 08 décembre 2014

Titre de la Thèse : Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais. Synthèse des enjeux régionaux.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES Médecine Générale,

Mots-clés : équipe mobile de gériatrie, personne âgée, fragilité, évaluation gériatrique standardisée, indicateurs d'activité, service médical rendu,

Résumé :

Contexte : Depuis sa création, le réseau des équipes mobiles de gériatrie des hôpitaux de la région Nord-Pas-de-Calais a connu un essor important. Leur activité n'est pas normative et varie en fonction de chaque équipe. Dans ce contexte d'hétérogénéité, le manque d'analyse précise du travail des équipes mobiles de gériatrie constitue un problème essentiel dans l'appréciation de leur fonctionnement et leur service médical rendu.

Méthode : Cette étude fait un état des lieux des équipes mobiles de gériatrie en combinant les données quantitatives issues de la base du recensement d'activités de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais avec les données qualitatives issues de l'enquête régionale. Ainsi, à l'aide de la méthode Delphi une liste consensuelle des indicateurs d'activité des équipes mobiles de gériatrie a été élaborée.

Résultats : A l'échelle régionale le service des urgences constitue le principal champ d'action des équipes mobiles de gériatrie. La pluridisciplinarité, la complémentarité entre ses membres, l'adaptation d'intervention en fonction du contexte, la transmission des recommandations en toute impartialité et la traçabilité sont les grandes caractéristiques d'intervention des équipes mobiles de gériatrie. L'étude a démontré la nécessité du renforcement des liens entre les équipes mobiles de gériatrie et la médecine de ville. Le dépistage de l'état de fragilité par les outils d'évaluation paraît insuffisant quand il s'agit de la dénutrition, de troubles dépressifs, de la polymédication. L'étude a recensé les difficultés des équipes mobiles de gériatrie : la charge de travail importante et le risque d'instrumentalisation due à la réduction du champ d'activité à la seule sphère sociale. Une liste consensuelle d'indicateurs d'activité relatifs à la situation médico-sociale des bénéficiaires, aux caractéristiques de la prise en charge et aux résultats d'intervention des équipes mobiles de gériatrie été établie.

Conclusion : La combinaison des indicateurs quantitatifs et qualitatifs peut contribuer à la meilleure évaluation de la productivité des équipes mobiles de gériatrie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Marguerite-Marie DEFEBVRE