



HAL
open science

Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy

Gaël Decelle

► **To cite this version:**

Gaël Decelle. Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00620686

HAL Id: dumas-00620686

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620686v1>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE INTERVENANT EN
EHPAD : ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN DE SANTE
D'ANNECY

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par Mr Gaël DECELLE

Né le 19 Mars 1981

A Feurs (42)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 18 mars 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Monsieur le Professeur Régis GONTHIER

Mademoiselle le Docteur Hélène CRETON, Directrice de thèse

Monsieur le Docteur Bahman MOHEB

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs*

Faculté de Médecine de Grenoble
Liste des PU-PH et MCU-PH de la faculté de Grenoble au 01/09/10

Liste des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

ALBALADEJO	Pierre	Clinique Anesthésie
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique Chirurgie et de l'Urgence
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Médicale
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique Cardiologie/ Hypertension Artérielle
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Clinique Médecine Légale
BAUDAIN	Philippe	Clinique Radiologie et Imagerie Médicale
BEANI	Jean-Claude	Clinique Dermatologie-Vénérologie- Photobiologie et Allergologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique/Diabétologie
BERGER	François	Oncologie Médicale
BLIN	Dominique	Clinique Chirurgie Cardiaque
BOLLA	Michel	Centre Coord. Cancérologie
BONAZ	Bruno	Clinique Hépto-Gastro-Entérologie
BOSSON	Jean-Luc	Dpt de Méthodologie de l'Information de Santé
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'Adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt Anatomie & Cytologie Pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Clinique Pneumologie
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique Chirurgie Vasculaire et Thoracique
BRIX	Muriel	Clinique Chirurgie Maxillo-faciale
CAHN	Jean-Yves	Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique Médecine Vasculaire
CARPENTIER	Françoise	Clinique Urgence
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Clinique Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique/Diabétologie

CHAFFANJON	Philippe	Clinique Chirurgie Thoracique, Vasculaire et Endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique Chirurgie Cardiaque
CHIQUET	Christophe	Clinique Ophtalmologique
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Dpt d'Innovations Technologiques
COHEN	Olivier	Délégation – HC Forum
COUTURIER	Pascal	Clinique Médecine Gériatrique
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt Médecine & Santé du travail
DEBILLON	Thierry	Clinique Réa. & Médecine Néonatale
DEMATTEIS	Maurice	Clinique Médecine Légale
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques et Informatique Médicale
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique Urologie
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836-ID17/ESRF
FAGRET	Daniel	Clinique Médecine Nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique Chirurgie Digestive et de l'Urgence
FAVROT	Marie Christine	Dpt de Biologie Intégrée/Cancérologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique Radiologie & Imagerie Médicale
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	Clinique Nutrition Artificielle
FRANCOIS	Patrice	Dpt de Veille Sanitaire
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	Clinique Rhumatologie
GAY	Emmanuel	Clinique Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Clinique Chirurgie Infantile
HALIMI	Serge	Clinique Endocrino-Diabéto-Nutrition
HOMMEL	Marc	Clinique Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Dpt Génétique et procréation

JUVIN	Robert	Clinique Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Clinique Neurologie
KRACK	Paul	Clinique Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique Neuroradiologie & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	Dpt Anatomie & Cytologie Pathologiques
LE BAS	Jean-François	Clinique Neuroradiologie & IRM
LEBEAU	Jacques	Clinique Chirurgie Maxillo-faciale
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique Dermatologie-Vénérologie- Photobiologie et Allergologie
LEROUX	Dominique	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
LEROY	Vincent	Clinique Hépatogastro-entérologie
LETOUBLON	Christian	Clinique Chirurgie Digestive et de l'Urgence
LEVERVE	Xavier	Laboratoire Thérapeutique UFR Biologie
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie ADN
MACHECOURT	Jacques	Clinique Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Clinique Chirurgie Vasculaire et Thoracique
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt de Biologie Intégrée
MASSOT	Christian	Clinique Médecine Interne
MAURIN	Max	Dpt des Agents Infectieux/Bactériologie
MERLOZ	Philippe	Clinique Chirurgie Orthopédie traumatologie
MORAND	Patrice	Dpt des Agents Infectieux/Virologie
MOROT-SIBILOT	Denis	Pneumologie Phtisiologie
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie Médicale
MOUTET	François	Chirurgie Plastique et Reconstructrice et Esthétique
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique Réanimation
PELLOUX	Hervé	Dpt des Agents Infectieux/Parasitologie et Mycologie

PEPIN	Jean-Louis	Clinique Physiologie Sommeil & Exercice
PERENNOU	Dominique	Clinique MPR
PERNOD	Gilles	Clinique Médecine Vasculaire
PIOLAT	Christian	Clinique Chirurgie Infantile
PISON	Christophe	Clinique Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Clinique Médicale Pédiatrique
POLACK	Benoît	Dpt de Biologie et Pathologie de la Cellule
POLLAK	Pierre	Clinique Neurologie
PONS	Jean-Claude	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Clinique Urologie
REYT	Emilie	Clinique O.R.L
RIGHINI	Christian	Clinique O.R.L
ROMANET	Jean-Paul	Clinique Ophtalmologique
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique Orthopédique et Traumatologie
SCHAAL	Jean-Patrick	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
SCHMERBER	Sébastien	Clinique O.R.L
SEIGNEURIN	Daniel	Dpt Anatomie & Cytologie Pathologiques
SELE	Bernard	Dpt Génétique & Procréation
SESSA	Carminé	Clinique Chirurgie Vasculaire et Thoracique
STAHL	Jean-Paul	Clinique Infectiologie
TIMSIT	Jean-François	Clinique Réanimation Médicale
TONETTI	Jérôme	Clinique Orthopédique et Traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire
VANZETTO	Gérald	Clinique de Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et Traitement de l'Image
ZAOUI	Philippe	Clinique Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique Hépto-Gastro-Entérologie

Liste des Maîtres de Conférence-Praticiens Hospitaliers

BOTTARI	Serge	Laboratoire de Bioénergétique INSERM U884
BOUTONNAT	Jean	Dpt de Biologie et Pathologie de la Cellule
BRENIER-PINCHART	Marie-pierre	Dpt des Agents Infectieux/Parasitologie et Mycologie
BRICAULT	Ivan	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale
BRIOT	Raphaël	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique
CROIZE	Jacques	Dpt des Agents Infectieux/Microbiovigilance
DERANSART	Colin	GIN
DETANTE	Olivier	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Clinique de Médecine Légale
FAURE	Anne-Karen	Biologie de la Procréation/CECOS Dpt Génétique et Procréation
FAURE	Julien	Dpt Génétique et Procréation
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie Cellulaire
GAVAZZI	Gaëtan	Clinique Médecine Interne Gériatrique
GILLOIS	Pierre	Laboratoire TIMC
GRAND	Sylvie	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie de la Procréation/CECOS Dpt Génétique et Procréation
HOFFMANN	Pascale	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
JACQUOT	Claude	Clinique d'Anesthésie
LABARERE	José	Dpt de Veille sanitaire
LAPORTE	François	Dpt de Biologie Intégrée
LARDY	Bernard	Dpt de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'Enzymologie
LARRAT	Sylvie	Dpt des Agents Infectieux
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Clinique de Physiologie Sommeil et Exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
MALLARET	Marie-Reine	Unité d'Hygiène Hospitalière

MAUBON	Danièle	Dpt des Agents Infectieux/Parasitologie et Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Dpt d'Innovations Technologiques
MOUCHET	Patrick	Clinique de Physiologie Sommeil et Exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
PACLET	Marie-Hélène	Dpt de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'Enzymologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie
PASQUIER	Dominique	Dpt d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
PELLETIER	Laurent	Centre d'Innovation Biologique
PAYSANT	François	Clinique Médecine Légale
RAY	Pierre	Biologie de la Reproduction Dpt Génétique et Procréation
RENVERSEZ	Jean-Charles	Dpt de Biologie Intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire
RIALLE	Vincent	Laboratoire TIMC
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique Dpt Génétique et Procréation
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-José	Dpt de Biologie et Pathologie de la Cellule
TAMISIER	Renaud	Clinique de Physiologie Sommeil et Exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicale

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE INTERVENANT EN
EHPAD : ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN DE SANTE
D'ANNECY

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par Mr Gaël DECELLE

Né le 19 Mars 1981

A Feurs (42)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 18 mars 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Monsieur le Professeur Régis GONTHIER

Mademoiselle le Docteur Hélène CRETON, Directrice de thèse

Monsieur le Docteur Bahman MOHEB

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs*

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal Couturier,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir prodigué vos conseils avisés. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Régis Gonthier,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire le déplacement depuis St Etienne. J'ai découvert la gériatrie dans vos services et y ai fait mes premières armes avant mon internat. Merci de votre gentillesse et de votre paternalisme. Veuillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean Luc Bosson,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et d'avoir apporté un autre regard sur le sujet. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Bahman Moheb,

Tu es l'un des fondateurs de l'équipe mobile d'Annecy, je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Accepte toute ma reconnaissance.

A Mademoiselle le Docteur Hélène Creton,

Je suis honoré d'avoir été ton thésard et je te remercie réellement de l'attention et de la disponibilité que tu m'as accordé malgré ton emploi du temps surchargé. J'espère que d'autres auront aussi la chance que tu les encadres. Merci de tout coeur.

A Monsieur le Docteur Jérôme Jund,

Je te remercie du temps que tu as accordé à l'analyse des données et de m'avoir expliqué avec des mots simples l'univers complexe des statistiques.

A tous les membres des différentes équipes mobiles que j'ai sollicités et qui m'ont aidé dans mon travail.

A Florence, merci de ton aide pour l'envoi des courriers et pour toutes les petites choses que je t'ai demandées au cours de ma thèse.

A mes parents qui comptent énormément pour moi et qui sont toujours à mes côtés.

A ma petite sœur Emmanuelle et à Tom, tout simplement merci d'être là.

A mes grands parents Suzanne et Jean qui ont toujours cru en moi mais qui ne sont malheureusement plus là pour m'écouter.

A mes grands parents Arlette et Francisque qui ont toujours peur de me déranger en m'appelant, je vous remercie d'être aussi fier de tous vos petits enfants.

A toute ma famille

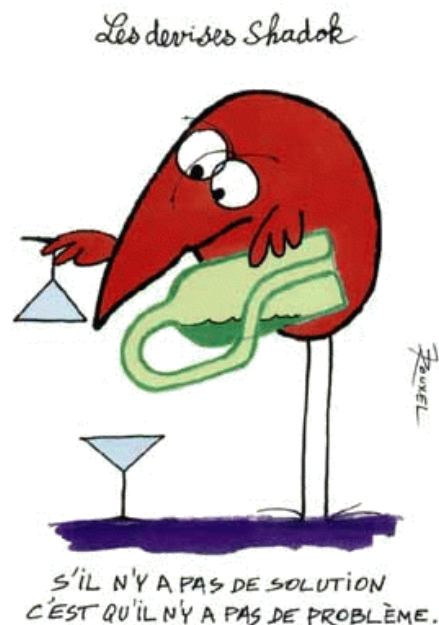
A Delphine, tu es toujours là pour m'épauler et tu as su me retenir à la maison quand l'appel de l'extérieur se faisait plus grand. Merci de supporter ce « grand gamin » au quotidien.

A l'équipe d'infectiologie ainsi qu'aux Dr Bru et Gaillat, vous m'avez énormément appris au cours de l'année à vos côtés.

A toute la bande de potes du lycée avec qui je souhaite encore « me fendre la gueule » pendant longtemps, à Lolotte, à Ivann, aux copains de prépa, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A la joyeuse bande de remplaçants et aux autres annéciens, on a encore beaucoup d'aventures à vivre ensemble dans cette si belle région.

A tous les ex-réunionnais (JC, Yannou), à Ben qui m'attend toujours à la fin des trails et qui a su me faire apprécier des choses simples et à Claire qui le supporte en permanence.



ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CEG : Centre d'Evaluation Gériatrique

CH : Centre Hospitalier

CHRA : Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre local d'information et de Coordination

CSG : Court Séjour Gériatrique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMGEH : Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO : Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

SIEM : Service d'Information et d'Etudes Médicales

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
MISE AU POINT SUR LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE EXTRA-HOSPITALIERES	14
1- Textes fondateurs	14
2- Etat des lieux	15
3- L'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière du CHRA	17
a. Contexte démographique et organisation gérontologique	17
b. Historique	18
c. Composition et moyens	19
d. Modalités d'intervention	19
e. Missions	20
POPULATION ET METHODE	22
1- Type d'étude	22
2- Population	22
3- Méthode d'intervention	22
4- Méthode d'évaluation	22
5- Objectifs	23
6- Analyse statistique	23
RESULTATS	24
1- Taux de participation	24
2- Caractéristiques de la population de médecins concernés	25
a. Sexe des médecins	25
b. Age des médecins	25
c. Lieu d'exercice	25
3- Les médecins généralistes et l'EMGEH	25
a. Modalités de connaissance	25
b. Nombre de patients pris en charge	26
c. Instigateur de la demande	26
d. Motifs d'intervention	27
e. Information du médecin coordonnateur	28
f. Maintien du résident à l'EHPAD	28
4- Evaluation de la satisfaction des médecins traitants	29
a. Délai d'intervention de l'EMGEH	29
b. Délai de réception des courriers	29
c. Avis sur l'Evaluation Gériatrique Standardisée	29

d. Ressenti de l'intervention	29
e. Contact téléphonique après expertise	30
f. Rôle prescripteur de l'EMGEH	30
g. Demande de nouvelle expertise	30
h. Commentaires libres	30
5- Suivi des propositions de l'EMGEH	32
a. Les propositions médicamenteuses	32
b. Les propositions non médicamenteuses	33
<u>DISCUSSION</u>	34
1- Population étudiée	34
2- Type de l'étude	34
3- Synthèse de l'enquête	35
a. La satisfaction des médecins généralistes	35
b. Le fonctionnement de l'EMGEH	37
c. Les motifs d'intervention de l'EMGEH	39
d. Le suivi des propositions	41
4- Perspectives	42
<u>CONCLUSION</u>	44
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	46
<u>ANNEXES</u>	49
Annexe 1 : Découpages territoriaux – Equipes médico-sociales gérontologiques	49
Annexe 2 : Protocole de recours à l'équipe mobile extrahospitalière gériatrique	50
Annexe 3 : Liste des EHPAD et foyers logements signataires	53
Annexe 4 : Courrier de présentation de l'EMGEH aux médecins généralistes	55
Annexe 5 : Régulation téléphonique	56
Annexe 6 : Compte-rendu d'intervention en EHPAD	57
Annexe 7 : Localisation des EHPAD et foyers logements conventionnés	61
Annexe 8 : Lettre d'accompagnement de la thèse	62
Annexe 9 : Questionnaire de thèse	63

INTRODUCTION

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

Ce choc démographique se traduit également au niveau de la population résidant en EHPAD. Tous les indicateurs le montrent, qu'il s'agisse de la dépendance comme des profils pathologiques : les personnes âgées en institution sont souvent poly-pathologiques et fragiles nécessitant une prise en charge adaptée inter et pluridisciplinaire.

Les EMG ont vu leur champ d'action évoluer grâce à la circulaire de mars 2007 élargissant à titre expérimental leur domaine de compétence vers les EHPAD, devenant des interfaces entre la filière hospitalière et les établissements médico-sociaux. Elles sont ainsi en lien direct avec les équipes soignantes, les médecins traitants et les médecins coordonnateurs.

Les EMG extra-hospitalières malgré des fonctionnements variés à travers la France se doivent d'évaluer leur activité en termes quantitatif autant que qualitatif. La satisfaction des professionnels auxquels elles s'adressent constitue l'un de ces critères.

L'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière (EMGEH) du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA) intervenant en EHPAD est née dans cette dynamique et a débuté son activité en février 2009. Elle réalise des expertises sur signalement ou avec l'accord du médecin traitant. Son rôle n'est que consultatif et non prescripteur. Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié car la prise en charge médicale du résident reste sous sa responsabilité. Il semble donc essentiel de s'assurer de la satisfaction des praticiens libéraux pour améliorer la qualité des interventions et optimiser cette coopération.

Ce travail a été réalisé après 16 mois de mise en place de l'EMGEH au CHRA. Un questionnaire a été adressé au cours de l'été 2010, aux médecins ayant sollicité cette équipe, afin de dresser un état des lieux de leur satisfaction et du suivi des propositions.

MISE AU POINT SUR LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE EXTRA-HOSPITALIERES

1- Textes fondateurs

Les équipes mobiles de gériatrie comme articulation entre le sanitaire et le médico-social, font partie intégrante de la filière de soins gériatriques.

L'équipe mobile de gériatrie est une unité fonctionnelle hospitalière, pluridisciplinaire, qui intervient auprès de patients âgés poly-pathologiques et fragiles.¹ La prise en charge de ces patients doit être globale, notamment médico-psychosociale. L'Évaluation Gériatrique Standardisée constitue ainsi un outil essentiel prenant en compte ces particularités.

Apparues au sein d'équipes pionnières dès les années 1990 (Grenoble, Orléans, Strasbourg, Niort, ...), elles ont été officialisées par la circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, qui précise à travers un cahier des charges assez simple leurs rôles et leurs missions. Cependant, le fonctionnement des équipes mobiles n'est initialement décrit qu'en intra-hospitalier : *« L'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue. Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans les CHU. »*

Elle est ainsi basée dans un service, département ou pôle doté d'une unité de court séjour gériatrique.²

Leur développement est ensuite accéléré par le Plan «Urgences» 2004-2007 : plan de financement de 50 millions d'euros et un objectif de création de 160 EMG d'ici 2008.³

En avril 2006, un rapport commandé par X. Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, « UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », insiste sur l'instauration d'un label filière gériatrique avec la création d'une unité mobile de gériatrie.⁴ Sa 5^e recommandation incite cette équipe à intervenir à l'extérieur de l'hôpital afin d'étendre sa mission *« au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD...) »*.

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006, au sein de la mesure « Adapter l'hôpital aux personnes âgées » réaffirme l'importance de l'équipe mobile au sein de la filière gériatrique et la nécessité de *« créer 86 équipes mobiles, à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile) »*.⁵

Mais surtout, la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vient renforcer les dispositions de la précédente circulaire et en particulier pose les bases de l'équipe mobile extra-hospitalière :⁶

- Ses modalités d'intervention :
 - « dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, [...] afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux [...] dans la gestion des situations de crise ».
 - « La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant ». Concernant ce point, rappelons qu'un EHPAD peut être assimilé au domicile du résident.

- Ses missions :
 - « dispenser une évaluation gériatologique médicospsycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ».
 - « Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ».
 - « Conseiller, informer et former les équipes soignantes ».
 - « Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ».

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

L'équipe mobile est coordonnée par un gériatre de la filière gériatrique et elle doit être adossée à un court séjour gériatrique.

Plus localement, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010 (révision juillet 2009) de la région Rhône-Alpes met l'accent sur l'importance et le rôle de l'EMGEH : « l'intervention extra-hospitalière de l'équipe mobile gériatrique est souhaitée dans l'aide à l'élaboration d'un diagnostic médico-social et d'un plan adapté pour les patients complexes ».⁷

2- Etat des lieux

On recense 225 équipes mobiles dans toute la France en 2007 dont une trentaine déclarant intervenir en extra-hospitalier.⁸

Les équipes extra-hospitalières ont mis en place des activités tournées vers la ville, les CLICs, les EHPAD ou le domicile. Ces activités se sont souvent développées devant l'incitation ou le flou de certaines circulaires mais participent au décroisement des secteurs sanitaire et médicosocial. Elles répondent souvent à un manque ou à des dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes âgées. Les demandes peuvent être multiples : consultation gériatrique, formation de personnels, consultation ou

évaluation au sein de leur établissement, hospitalisation directe. Pourtant, sortir de l'hôpital peut s'accompagner de difficultés et il convient de définir précisément leurs actions en terme : de financement, de type d'activité, de mode d'interpellation, de territoire d'action.⁹

Ce type d'activité est ainsi plus facilement réalisable au niveau des CH que des CHU permettant un véritable maillage du territoire. L'Equipe mobile offre aux structures extra-hospitalières un accès à des compétences non disponibles ou difficiles à mobiliser en ville et souvent sans contrepartie financière. Il convient donc d'être prudent et d'apporter la compétence pluridisciplinaire d'une équipe et non la compétence d'un professionnel (ergothérapie par exemple). D'autre part, les activités extra-hospitalières doivent se faire en collaboration étroite et en partenariat avec le médecin traitant.

Des sites d'expérimentation d'intervention d'une EMG en EHPAD ont donc été proposés dans différentes régions de France mais les expériences restent néanmoins encore insuffisantes et très disparates. Il se pose en effet la question d'interventions ponctuelles au sein de ces structures ou bien d'interventions programmées selon un rythme à définir.

Toutes les équipes utilisent les mêmes outils, la même Evaluation Gériatrique Standardisée mais les critères pertinents retenus sont souvent variables.¹⁰

L'équipe mobile de Bretonneau intervient depuis 2008 dans 19 EHPAD soit de façon ponctuelle selon les besoins soit de façon programmée à raison d'une intervention mensuelle. Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une revue de dossiers qui soulèvent des questionnements. Il est également organisé une relecture des dossiers selon des thèmes prédéfinis : anticoagulants oraux, neuroleptiques, antalgiques de palier 3 (discussion sur les indications et effets indésirables). A cela s'ajoutent des formations pluri-mensuelles en fonction des difficultés rencontrées dans chaque EHPAD et une activité de régulation téléphonique (conseils aux médecins traitants, coordination).

Dans la périphérie de Toulouse, l'équipe mobile extra-hospitalière de l'hôpital de Lannemezan assure depuis 2005 un suivi tous les 6 mois dans 11 EHPAD pour des patients initialement vus en consultation mémoire. Elle réalise également quelques expertises à la demande des structures et des médecins traitants en cas de pathologies subaiguës. L'équipe mobile de Lavaur, du Tarn Ouest, intervient dans 8 EHPAD conventionnés sur signalement du médecin traitant ou des personnels des institutions depuis 2006.

En Alsace, les EMGEH de Colmar depuis 2007, Mulhouse depuis 2008 et Sélestat interviennent également dans les EHPAD dans le cadre de signalement et non d'une activité programmée. Mulhouse couvre 20 EHPAD et ne se déplace qu'après accord du médecin traitant et du médecin coordonnateur.

Un certain nombre d'équipes mobiles ont malheureusement stoppé leur activité faute de financement (Reims, Dijon) ou de moyens humains (Cahors).

Les équipes sont généralement constituées d'un médecin, d'une infirmière, d'un travailleur social et d'une secrétaire.

Les financements des EMG sont hospitaliers et l'activité extra-hospitalière ne peut se développer qu'avec un soutien des enveloppes réseaux de soins ou la participation du Conseil Général au titre de la coordination médico-sociale. Celles-ci doivent donc démontrer leur efficacité en termes de santé publique. Le financement actuel des équipes repose sur les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.¹¹

L'activité extra-hospitalière pose également le problème de l'évaluation de ses pratiques et le service-rendu afin de justifier son existence et son financement. Des travaux d'évaluation sont nécessaires en termes de santé et de coûts évités, mais également en termes de satisfaction des patients et des professionnels. Des travaux ont été réalisés dans certaines EMG, en particulier Cahors et Angers afin d'évaluer la mise en place d'indicateurs de leur activité.^{12, 13}

Une étude cofinancée par la DHOS sur 2 ans, est actuellement en cours depuis 2008 pour analyser la pertinence de l'intervention d'une EMG externe intervenant en EHPAD en termes d'amélioration de la connaissance réciproque et de partage de savoir faire : elle concerne 3 hôpitaux de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, le CH de Cahors et 61 EHPAD (53 conventionnés en Ile de France et 8 volontaires dans le Lot).^{14, 15} Les résultats ne sont pas encore connus mais Cahors a arrêté sa participation à l'étude faute de moyens humains.

Des indicateurs de suivi ont été définis dans la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 (composition de l'équipe médicale et non médicale, nombre d'évaluations réalisées, taux de réhospitalisation dans les 60 jours) et le rapport IGAS de mai 2005 s'est intéressé au fonctionnement des équipes mobiles au sein de la filière gériatrique (description d'équipes déjà existantes, définition de 34 indicateurs d'efficience et d'efficacité).¹⁶ D'autres outils ont également été étudiés : une équipe toulousaine a défini quatre axes d'évaluation de la performance pour les EMG qui sont l'apprentissage organisationnel, les processus internes, les partenaires et le financier décrits par des indicateurs propres afin d'essayer de transcrire la pluridisciplinarité et les différentes missions de ces dernières.¹⁷

3- L'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière du CHRA

a. Contexte démographique et organisation gérontologique :

Le département de la Haute Savoie comptait en 2008, 708 082 habitants dont 6,75% de personnes de plus de 75 ans. Selon les estimations de l'INSEE, il verra sa population croître de plus de 4% d'ici 2012 avec une augmentation des plus de 75 ans de plus de 11%. Cette évolution tient compte de l'arrivée en Haute-Savoie de personnes extérieures au département notamment à l'âge de la retraite. Pourtant, la Haute-Savoie reste un des départements rhône-alpin qui vieillira le moins vite entre 2005 et 2015. En 2012, 8% de sa population sera âgée de plus de 75 ans.¹⁸

Le territoire de la Haute Savoie a été divisé en 5 pôles gérontologiques dans le cadre du Schéma Gérontologique Départemental 2003-2007 comprenant : Annecy Est, Annecy

Ouest (ces deux territoires sont parfois subdivisés en une 3^e entité correspondant à Annecy agglomération), Chablais, Vallée de l'Arve et Genevois Français. Ces 5 pôles bénéficient du même découpage territorial que les circonscriptions d'actions médico-sociales et correspondent aux grands bassins de vie du département. Chacun est constitué d'équipes de professionnels composées de coordonnateurs, médecins, infirmières, assistantes sociales...

L'Equipe mobile du CHRA intervient sur les secteurs Annecy Est, Annecy Ouest (à l'exception du canton de Rumilly) et Annecy agglomération (Annexe 1). Ce territoire regroupe 25 EHPAD, publics pour 18 d'entre eux et 3 foyers-logements publics soit 2045 places d'accueil permanent et 47 places d'hébergement temporaire. 16 médecins coordonnateurs couvrent l'ensemble des EHPAD et 1 EHPAD en est dépourvu. L'âge moyen des résidents d'EHPAD est de 84 ans 2 mois dont ¾ de femmes avec 84% des résidents considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) et la moitié très dépendants (GIR 1 et 2).¹⁹

b. Historique :

L'EMGEH du CHRA est véritablement effective depuis février 2009 après obtention de ses premiers financements dès janvier 2009.

La création de cette équipe a été précédée de la réalisation d'une enquête auprès des EHPAD du bassin de santé d'Annecy afin d'évaluer d'une part, les attentes de ces structures médico-sociales et d'autre part, les modalités d'intervention. Ce travail, qui a fait l'objet d'un mémoire pour la capacité de gérontologie, s'est déroulé entre octobre 2007 et mars 2008 et a concerné 18 EHPAD volontaires. Il a permis de mettre en évidence une réelle demande de la part de ces structures en matière d'aide diagnostique et thérapeutique (pathologies psychogériatriques, pathologies subaiguës, soins d'escarres, soins palliatifs, ...), de formation pour les équipes soignantes et a contribué à poser les modalités de fonctionnement de l'EMGEH.²⁰

Dans le même temps, il a été élaboré un cahier des charges à travers une convention entre le CHRA et les EHPAD du bassin annécien pour préciser les modalités de coopération et d'intervention de l'EMGEH (Annexe 2). Actuellement, 25 EHPAD et 3 foyers logements sont signataires de ce protocole (Annexe 3). Une collaboration effective avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant est absolument nécessaire et indispensable.

Tous les médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy ont été informés par courrier de l'existence et des modalités de recours à l'EMGEH (Annexe 4). L'équipe s'est rendue dans l'ensemble des EHPAD pour préciser son action et ses modalités d'intervention. Sur la demande de certains médecins coordonnateurs, des présentations ont été réalisées auprès des médecins généralistes intervenant dans leur(s) structure(s) à l'occasion d'un buffet dînatoire. Les médecins coordonnateurs avaient été, quant à eux, consultés lors de la création de cette équipe.

L'EMGEH s'inscrit dans une filière de soins gériatriques complète comprenant un Court Séjour Gériatrique, un Centre d'Evaluation Gériatrique, une consultation mémoire, un Soins de Suite et Réadaptation et une Unité de Soins Longue Durée. Elle fait également écho à une Equipe Mobile Intra-Hospitalière intervenant dans les services de spécialité et le service d'Urgence depuis 2007.

Son activité a initialement été financée par la DDASS d'Annecy dans le cadre de la convention entre le CHRA et les EHPAD du bassin annécien puis actuellement par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'une Mission d'Intérêt Général (MIG).

c. Composition et moyens

L'EMGEH répond aux exigences des circulaires et est constituée de :

- 0.5 ETP gériatre
- 0.5 ETP psycho gériatre
- 0.5 ETP infirmière
- 0.5 ETP ergothérapeute
- 0.5 ETP psychologue
- 0.5 ETP secrétaire
- Une assistante sociale intervient ponctuellement sur les situations complexes.

L'équipe dispose de deux véhicules propres au service. Chaque intervention mobilise deux personnes en moyenne ; la composition de l'équipe déterminée par le médecin qui intervient varie selon les situations et les demandes. Généralement, le médecin psycho gériatre se déplace seul ou avec la psychologue, et le médecin gériatre avec l'infirmière et/ou l'ergothérapeute. Chaque intervention dure environ 62 minutes (de 10 à 180min) avec un temps de route voisin de 31 minutes (5 à 120 minutes aller-retour) dans un rayon d'approximativement 20 km (de 10 à 64 km aller-retour).

Le profil type du résident expertisé est le suivant : femme de 85 ans, GIR 3, 7 médicaments en moyenne, 4 comorbidités, évaluée pour des troubles neuropsychiatriques.

Depuis l'été 2010, l'EMGEH bénéficie de nouveaux locaux à proximité immédiate du CHRA lui permettant de disposer d'un espace dédié à son activité en plein essor qui est passée de 243 interventions sa première année de fonctionnement en 2009 à 370 interventions au 1^{er} décembre 2010.

d. Modalités d'intervention

L'EMGEH intervient après signalement téléphonique auprès du secrétariat (Annexe 5). Elle répond à la demande du médecin traitant après accord du résident et de sa famille. Mais elle peut également répondre à la demande du médecin coordonnateur en ce qui concerne les aides purement techniques autour du résident (matériels) ou au niveau

institutionnel (conseils techniques ou environnementaux, formation), ou à la demande de l'équipe soignante mais toujours en accord avec le médecin traitant.

Lors du signalement téléphonique, la secrétaire fait préciser l'instigateur de la demande, le motif de la demande, le délai d'intervention souhaité et l'accord du médecin traitant si celui-ci n'est pas l'instigateur (Annexe 5). L'EMGEH n'est pas un dispositif urgentiste.

Suite à l'intervention, l'EMGEH émet des propositions médicamenteuses et/ou non médicamenteuses. Elle n'a pas un rôle prescripteur. Des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur, généralement dans les 48h (Annexe 6). Un suivi peut être proposé selon les motifs d'intervention mais n'est pas réalisé systématiquement. En cas de situation nécessitant des prescriptions rapides ou une hospitalisation, le médecin traitant est joint directement par téléphone. L'EMGEH peut également être amenée à rencontrer les familles des résidents dans certaines situations (soins palliatifs, explication de trouble du comportement, tension avec l'équipe soignante ou le médecin traitant à propos de situations conflictuelles).

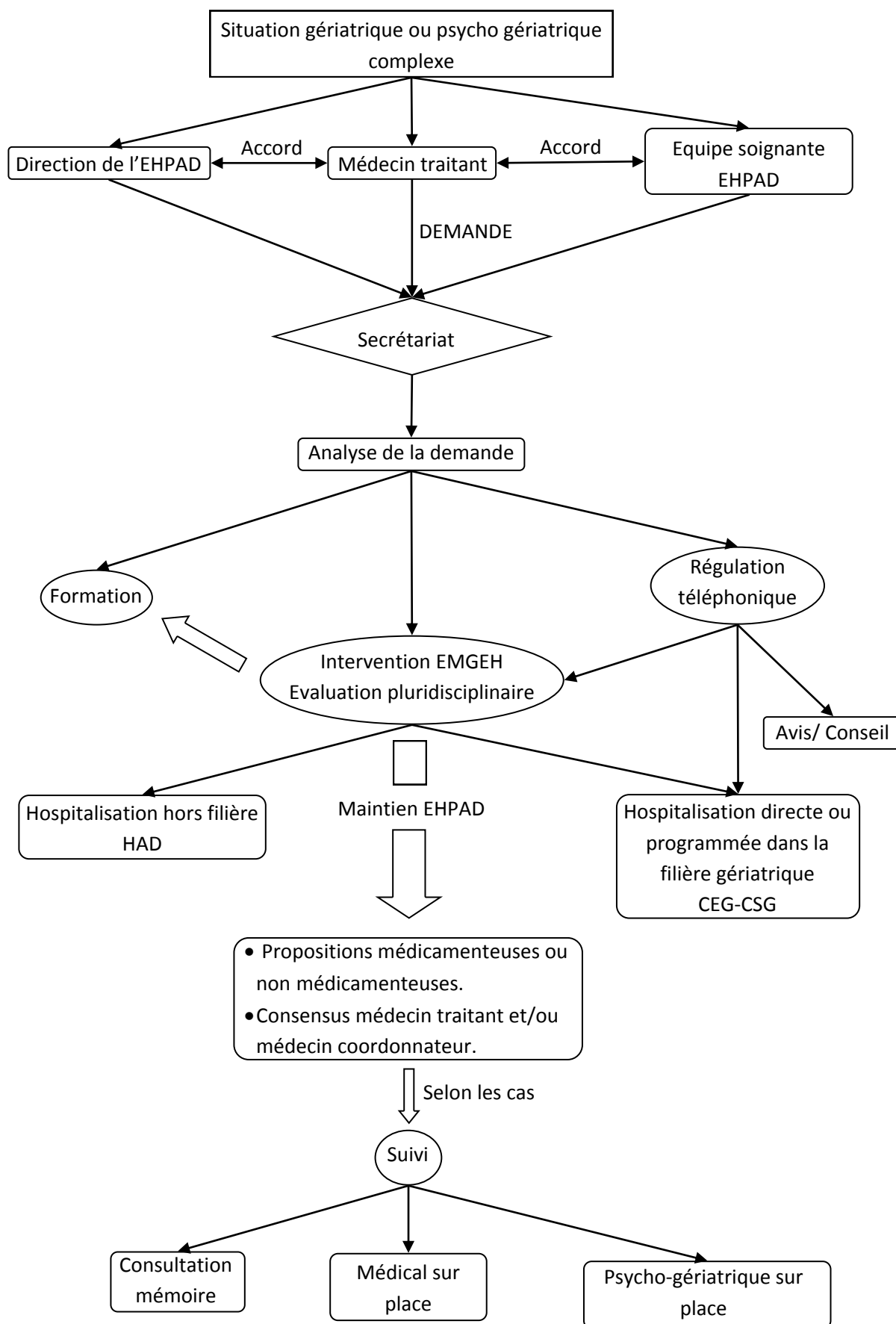
La prise en charge médicale du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant.

Il existe également une activité de régulation et de liaison téléphonique avec mise à la disposition d'un numéro d'appel unique le 04 50 63 60 87 de 8h30 à 17h30, 5 jours sur 7. L'appel est transféré par le secrétariat au médecin ou à l'infirmière de l'EMGEH : conseils téléphoniques, organisation d'une intervention, organisation d'une hospitalisation dans la filière gériatrique. En cas de décision d'admission aux urgences, les informations sont transmises au médecin coordonnateur des urgences.

Enfin, des formations sont réalisées à la demande des EHPAD qui le souhaitent sur le sujet des soins de plaies et d'escarres, et dans le domaine de la psychogériatrie.

e. Ses missions :

- Proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD.
- Contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie.
- Contribuer à la continuité des soins.
- Anticiper et organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière.
- Diffusion d'une culture gériatrique.
- Formation et information des équipes soignantes.



Organigramme de fonctionnement de l'EMGEH

POPULATION ET METHODE

1- Type d'étude

Il s'agit d'une enquête rétrospective qui a évalué la satisfaction des médecins généralistes au décours d'une ou plusieurs expertises de l'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière (EMGEH) intervenant en EHPAD après 16 mois d'exercice de février 2009 à mai 2010.

2- Population

L'EMGEH dispose d'une base de données des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy auxquels un courrier d'intervention a été adressé. L'enquête s'est ainsi intéressée aux 102 praticiens soignant un ou plusieurs résidents dans les 25 EHPAD ou les 3 foyers-logements conventionnés. 398 patients ont été expertisés pendant cette période. La localisation des EHPAD sur le bassin de santé figure dans l'Annexe 7.

3- Méthode d'intervention

Chaque médecin traitant a reçu à la fin du mois de mai 2010 un courrier contenant :

- Une lettre expliquant la démarche (Annexe 8)
- Un questionnaire anonyme
- Une enveloppe-réponse timbrée et pré-adressée

A partir du mois d'août, nous avons relancé par téléphone l'ensemble des médecins, excepté ceux qui s'étaient identifiés.

A leur demande, nous leur avons ré-adressé 6 courriers et 9 mails nous permettant ainsi d'obtenir 54 questionnaires exploitables.

Le recueil des questionnaires a été clôturé au début du mois de décembre.

4- Méthode d'évaluation

Le questionnaire de satisfaction a été élaboré au cours du premier trimestre 2010 en collaboration avec l'EMG et le SIEM du CHRA. Il décrit les caractéristiques de la population de médecins étudiés (âge, sexe, lieu d'exercice), leur lien avec l'EMGEH (modalité de connaissance, nombre de patients pris en charge, origine de la demande, motifs d'intervention, information du médecin coordinateur, décision d'hospitalisation), leur satisfaction (délai d'intervention, délai de réception des courriers, Evaluation Gériatrique Standardisée, ressenti, contact téléphonique, prescription, renouvellement de la demande) et enfin le suivi des propositions soumises par l'EMGEH (médicamenteuses et non

médicamenteuses). Il est composé de 19 questions dont 1 question ouverte sous la forme d'un commentaire libre.

Le questionnaire complet figure dans l'Annexe 9.

5- Objectifs

Objectif principal : évaluer la satisfaction des médecins généralistes ainsi que leurs attentes vis-à-vis de l'EMGEH.

Objectifs secondaires :

- Evaluer et améliorer le fonctionnement de l'EMGEH pour qu'elle corresponde aux attentes des médecins traitants.
- Evaluer le suivi des propositions faites par l'EMGEH et trouver des éléments de réponses à leur non application.
- Etablir un lien entre le suivi des propositions et l'instigateur de la demande d'expertise de l'EMGEH.

6- Analyse statistique

L'analyse statistique a été faite par le service d'information et d'études médicales du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy grâce au logiciel SPSS.

Les variables qualitatives sont décrites à l'aide de leurs fréquences et de leurs pourcentages valides (calculés sur les réponses exprimées).

Le test du Khi2 (ou le test exact de Fisher) est utilisé pour établir le lien entre les réponses et cinq variables (âge, sexe, lieu d'exercice, origine de la demande et nombre de patients pris en charge). Le seuil de significativité est fixé à 0,05.

RESULTATS

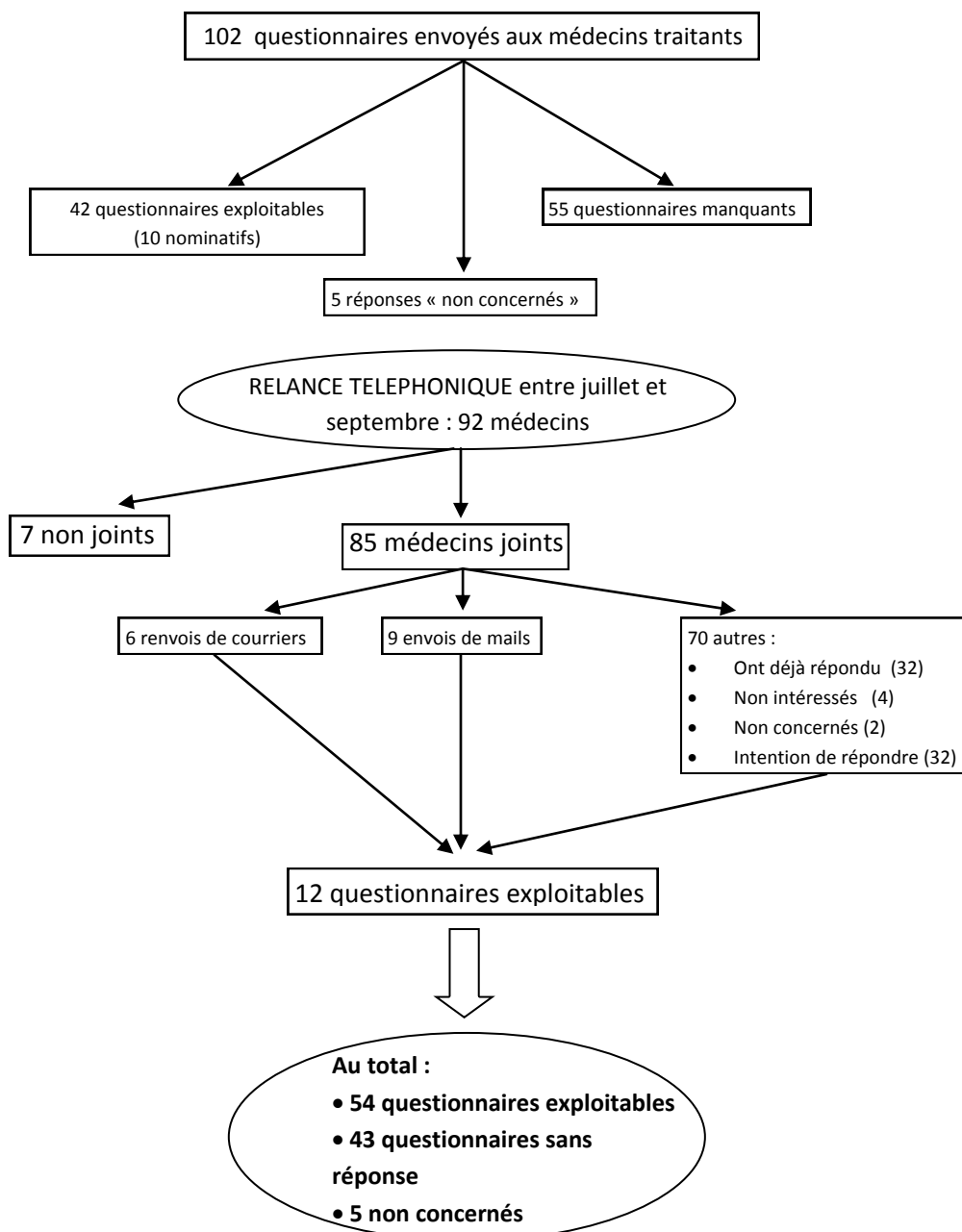
1- Taux de participation

102 médecins traitants ont été concernés par le questionnaire (pour une population totale de 250 médecins dans le bassin de santé d'Annecy) ²¹ soit 40,8% de la population médicale du bassin.

Nous avons reçu entre juin et décembre 2010, 59 réponses sur les 102 questionnaires ce qui correspond à un taux de participation de 57,8%.

Sur les 59 médecins ayant répondu, 8,5% (5) ont répondu ne pas être concernés par une intervention de l'EMGEH.

Le pourcentage de questionnaires exploitables s'élève à 52,9% soit 54 questionnaires sur les 102 envoyés.



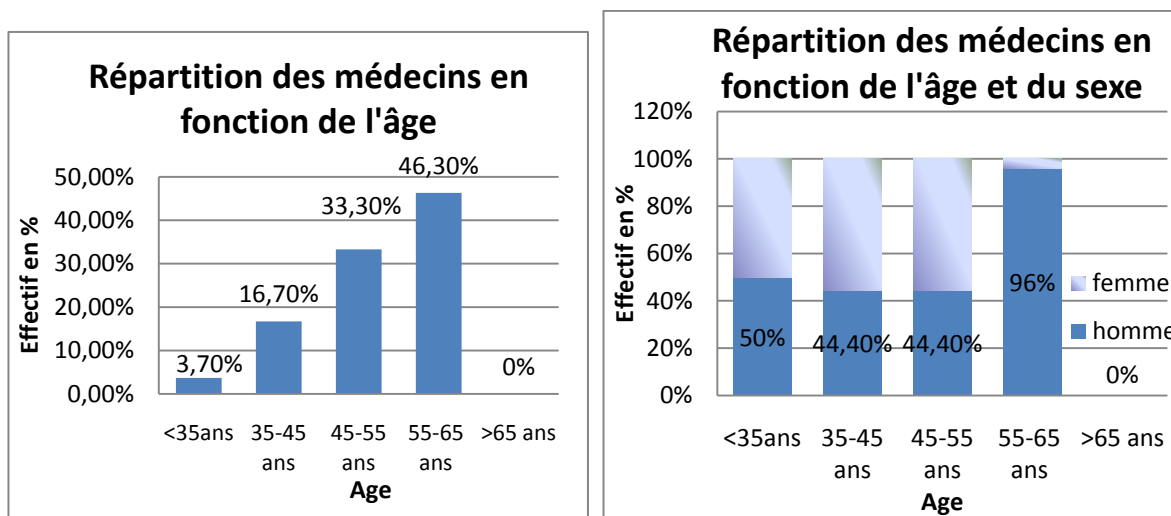
2- Caractéristiques de la population de médecins concernés

a. Sexe des médecins

Notre enquête a concerné une proportion plus importante d'hommes, 37 au total soit 68,5% contre 17 femmes soit 31,5%.

b. Age des médecins

Le questionnaire a montré que la majorité des praticiens intervenant en EHPAD avaient entre 35 et 65 ans. Leur répartition est représentée dans les graphiques suivants.



Nous avons décidé de répartir les médecins en deux catégories pour la suite de notre travail : 53,7% (29) ont moins de 55 ans et 46,3% (25) ont plus de 55 ans.

Les femmes sont plus représentées dans la population des médecins de moins de 55 ans (p=0) reflet de l'évolution de la démographie médicale.

c. Lieu d'exercice

Seulement 7,4% (4) des médecins ont une activité rurale contre 37% (20) en milieu semi-rural et 55,6% (30) en ville.

3- Les médecins généralistes et l'EMGEH

a. Modalités de connaissance

Les médecins traitants ont eu connaissance de l'équipe mobile pour 41,2% (21) d'entre eux lors d'une réunion de présentation, et pour 52,9% (27) par l'intermédiaire de l'EHPAD (équipe soignante, médecin coordonnateur, direction). Seulement 5,9% (3) des médecins ont été informés par un confrère.

b. Nombre de patients pris en charge

Plus de la moitié des médecins généralistes (30 soit 71,2%) ont déjà eu recours à l'expertise de l'EMGEH pour plusieurs de leurs patients en EHPAD. Il est également apparu que les femmes médecins ont sollicité l'avis de l'EMGEH pour plus de patients que les hommes (p=0,011).

Le tableau suivant montre le nombre de patients pour lesquels ils avaient sollicité l'expertise de l'équipe.

Répartition des patients ayant bénéficié d'un avis de l'EMGEH

Nombre de patients pris en charge par l'EMGEH	Médecins généralistes Effectif (%)
1	15 (28,8%)
Entre 2 et 4	27 (51,9%)
Entre 5 et 8	7 (13,5%)
Plus de 8 patients	3(5,8%)
Total	52 (100%)

Tableau croisé nombre de patients pris en charge * Sexe des médecins

		Hommes	Femmes	Total effectif	
Nombre de patients pris en charge	1 résident effectif	14	1	15	$\chi^2=6,489$
	Au moins deux effectif	21	16	37	p=0,011
<u>Total effectif</u>		35	17	52	Fisher=0,01

c. Instigateur de la demande

Les médecins généralistes étaient à l'origine de 60% (30) des demandes d'expertise auprès de l'EMGEH. Dans 24% (12) des cas, c'est l'équipe soignante de l'EHPAD qui sollicitait un avis après accord du médecin référent, dans 10% (5) des cas la direction de l'EHPAD et enfin le médecin coordonnateur dans 6% (3). Seuls 50 questionnaires étaient exploitables car à 4 reprises, plusieurs réponses avaient été cochées pour cette question à choix simple.

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins de plus de 55 ans et ceux de moins de 55 ans lorsqu'ils sont instigateurs de la demande (p=0,297). Par contre, les femmes médecins sont plus souvent instigatrices (p=0,021) que les hommes.

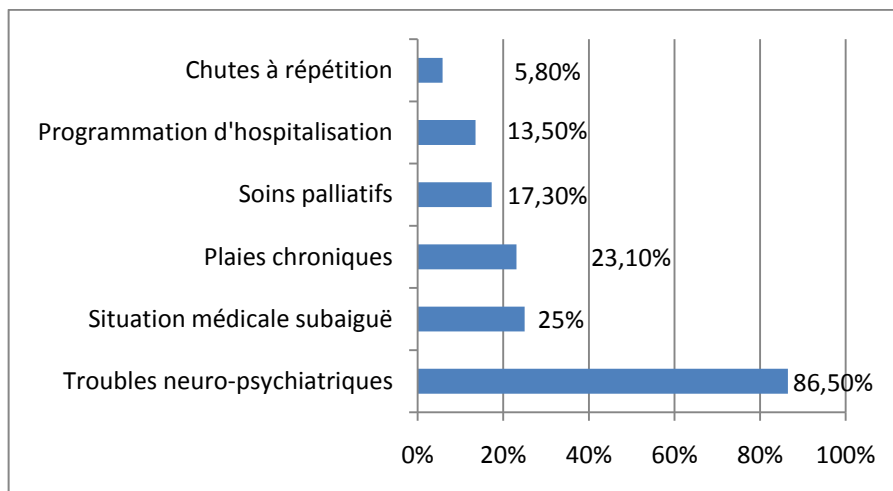
Tableau croisé Instigateur de la demande * Sexe puis Age des médecins

		Hommes	Femmes	Total effectif	< 55 ans	>55 ans	Total effectif
Instigateur de la demande	Médecin traitant effectif	16	14	30	18	12	30
	EHPAD effectif	17	3	20	9	11	20
Total effectif		33	17	50	27	23	50
				$\chi^2=5,36$ p=0,021	$\chi^2=1,087$ p=0,297		

d. Motifs d'intervention

Les troubles neuropsychiatriques, regroupant les troubles du comportement, les démences et les troubles psychiatriques (de novo ou connus), ont constitué le motif le plus fréquent des interventions de l'EMGEH. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

Le graphique suivant résume les motifs d'expertise selon leur fréquence.



Motifs d'intervention de l'EMGEH

e. Information du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur était « toujours » prévenu de l'intervention de l'EMGEH par le médecin traitant dans 37,3% des cas (19 réponses sur 51), « souvent » dans 15,7% (8), « rarement » dans 13,7% (7) et « jamais » dans 33,3% (17).

Si on dichotomise la réponse en OUI (toujours + souvent) et NON (rarement+jamais), le médecin coordonnateur était prévenu dans 53% des cas contre 47%.

Il n'existe pas de différence significative selon l'âge, le sexe ou le nombre de patients pris en charge. Par contre, les médecins traitants exerçant en ville informent plus les médecins coordonnateurs que les médecins ayant une activité rurale ou semi-rurale ($p=0,001$).

Tableau croisé Information du médecin coordonnateur * Lieu d'exercice des médecins

		Lieu d'exercice		<u>Total</u> effectif
		Rural + Semi-rural	Urbain	
Information du médecin coordonnateur	Oui effectif	7	20	27
	Non effectif	17	7	24
<u>Total</u> effectif		24	27	51
$\chi^2=10,285$		p=0,001		

f. Maintien du résident à l'EHPAD

51 réponses étaient exploitables pour cette question relative à la décision d'hospitalisation du résident comme seule solution si l'EMGEH n'était pas intervenue.

Le tableau suivant résume les réponses obtenues.

Décision d'hospitalisation	Effectif (%)
Toujours	5 (9,8%)
Souvent	27 (52,9%)
Rarement	14 (27,5%)
Jamais	5 (9,8%)
OUI (toujours+souvent)	32 (62,7%)
NON (rarement+jamais)	19 (37,3%)

L'intervention de l'EMGEH permet d'éviter une hospitalisation dans 62,7% des cas.

4- Evaluation de la satisfaction des médecins traitants

a. Délai d'intervention de l'EMGEH

L'EMGEH est « toujours » intervenue dans les délais souhaités par le médecin traitant dans 29,4% des cas (15 réponses sur 51), « souvent » dans 68,6% (35), « rarement » dans 2% (1). De façon dichotomique, l'équipe a répondu aux attentes des médecins dans 98% des cas. Seulement 2% des médecins n'étaient pas satisfaits du délai.

b. Délai de réception des courriers

21,6% (11 réponses sur 51) des médecins généralistes se sont « toujours » estimés satisfaits du délai de réception des courriers après intervention de l'équipe mobile, 66,7% (34) « souvent » et 11,8% (6) « rarement ».

Au final, 88,2% des médecins étaient satisfaits contre 11,8%.

c. Avis sur l'Evaluation Gériatrique Standardisée

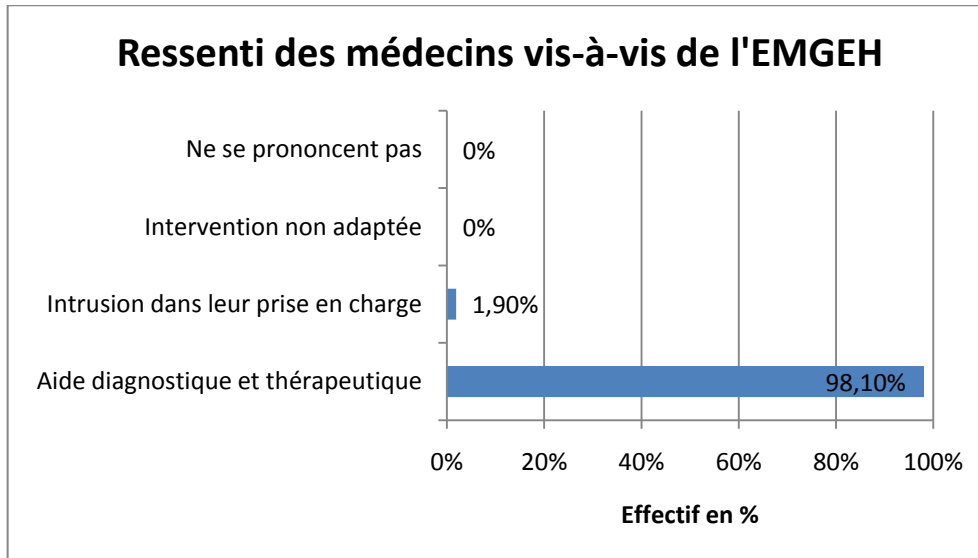
Le tableau suivant résume l'opinion des médecins traitants par rapport à l'Evaluation Gériatrique Standardisée figurant dans les courriers d'intervention. Seuls 53 questionnaires ont pu être interprétés. Plusieurs réponses étaient accordées (choix multiple).

<u>Avis sur l'EGS</u>	<u>Effectif (%)</u>
Complète	24 (45,3%)
Trop détaillée-longue	6 (11,3%)
Intéressante-utile	36 (67,9%)
Inadaptée à la demande	1 (1,9%)
Intéressante mais trop détaillée	2 (3,8%)
Complète et intéressante	11 (20,8%)
Trop détaillée et inadaptée	1 (1,9%)

d. Ressenti de l'intervention

54 médecins ont répondu à cette question à choix simple mais 53 réponses étaient exploitables : un médecin ayant donné deux réponses différentes pour plusieurs patients expertisés.

L'expertise de l'EMGEH est apparue comme une aide diagnostique et thérapeutique pour 98,1% (52) des médecins. 1 seul médecin l'a ressentie comme une intrusion. Les résultats figurent dans le graphique de la page suivante.



e. Contact téléphonique après expertise

55,6% (30) des médecins aimeraient être systématiquement joint par téléphone après l'expertise de l'EMGEH contre 44,4% (24).

f. Rôle prescripteur de l'EMGEH

Seuls 52 médecins se sont exprimés sur cette question.

55,8% (29) des médecins ne souhaitent pas que l'équipe mobile ait un rôle prescripteur mais qu'elle conserve un rôle consultatif contre 44,2% (23).

g. Demande de nouvelle expertise

Seuls 52 praticiens ont répondu à cette question.

98,1% (51) des médecins referont appel à l'expertise de l'EMGEH contre 1,9% (1) qui ne le souhaitent pas.

h. Commentaires libres

23 médecins sur 54 soit 42,6% ont laissé un commentaire. Ces commentaires peuvent être séparés en 3 grandes catégories : bénéfiques, critiques et remarques.

- Bénéfices de l'EMGEH :

- Eviter des hospitalisations : *« je pense que c'est une excellente démarche pour éviter les hospitalisations inutiles ».*
- Partage de connaissances et aide dans des situations difficiles : cas complexes, fin de vie : *« Apport tout à fait positif pour pouvoir discuter en équipe de certains patients posant de réels problèmes », « L'EMGE permet au médecin traitant de partager les décisions en fin de vie ».*
- Développement du réseau ville-hôpital.
- Aide diagnostique et thérapeutique : *« une aide très précieuse pour les médecins qui viennent en EHPAD », « Superbe collaboration ».*

- Critiques : elles reprennent certains items du questionnaire.

- Délai de réception du courrier trop important.
- Délai d'intervention trop long : *« Essayer de raccourcir le délai d'intervention ».*
- Manque de contact direct avec le médecin généraliste : *« je n'ai pas compris que l'EMGE ne me téléphone pas pour nous mettre d'accord ».*
- Intervention sans l'accord du médecin traitant : *« être au courant de l'intervention auprès de son patient ».*
- Critique sur les anticholinestérasiques , médicaments coûteux n'améliorant pas le patient selon le praticien : *« 1 seule expérience désastreuse : pourquoi faire des évaluations cognitives pour prescrire des médicaments inefficaces, dangereux et hors de prix ? ; pourquoi ne pas dépenser les 90€ mensuels du traitement dans un accompagnement social ? ».*

- Remarques :

- Souhait d'être informé de la date d'intervention.
- Réticence de certaines équipes soignantes à l'intervention de l'EMGEH par peur de jugement de leur compétence : *« j'ai senti une certaine réticence de l'équipe soignante quand j'ai souhaité faire appel à l'EMGE comme si je mettais en doute leurs compétences ».*
- Amélioration du circuit d'appel lors du recours à une compétence professionnelle particulière (ergothérapeute) : *« quel circuit pour avis ergo (secrétariat puis médecin EMG puis ergo puis...etc !) ? ».*
- Souhait d'une collaboration plus importante.
- Extension des interventions au domicile des patients : *« Besoin en ville pour éviter des hospitalisations », « aide surtout médico-sociale dans le cadre des patients suivis à domicile ».*

5- Suivi des propositions de l'EMGEH

a. Les propositions médicamenteuses

53 médecins ont répondu à la question.

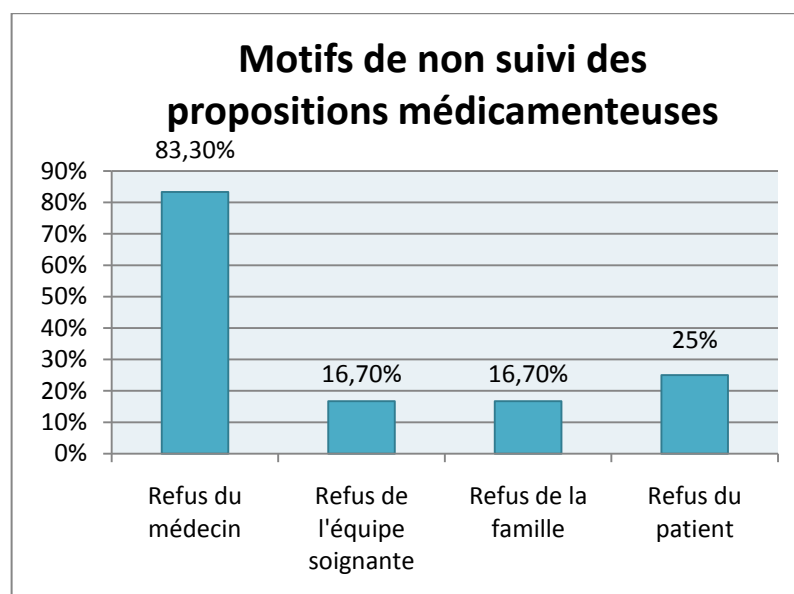
35,8% (19) des médecins généralistes appliquent « toujours » les propositions médicamenteuses faites par l'EMGEH, 62,3% (33) « souvent » et 1,9% (1) « jamais ». De façon dichotomique, 98,1% des praticiens suivent les propositions contre seulement 1,9% qui ne les appliquent pas.

Il n'existe pas de lien statistique entre le suivi des propositions médicamenteuses et l'instigateur de la demande (test de Fisher à 40,8%).

Tableau croisé Instigateur de la demande d'expertise*suivi des propositions médicamenteuses

		Instigateur de la demande		<u>Total</u> effectif
		Médecin traitant	EHPAD	
Suivi des propositions	Oui effectif	29	19	48
	Non effectif	0	1	1
<u>Total</u> effectif		29	20	49
χ^2 non interprétable		Test de Fisher = 0,408		

L'analyse des raisons de non suivi des propositions figure dans le graphique suivant, sachant que seules 12 réponses étaient valides et que plusieurs réponses étaient possibles.

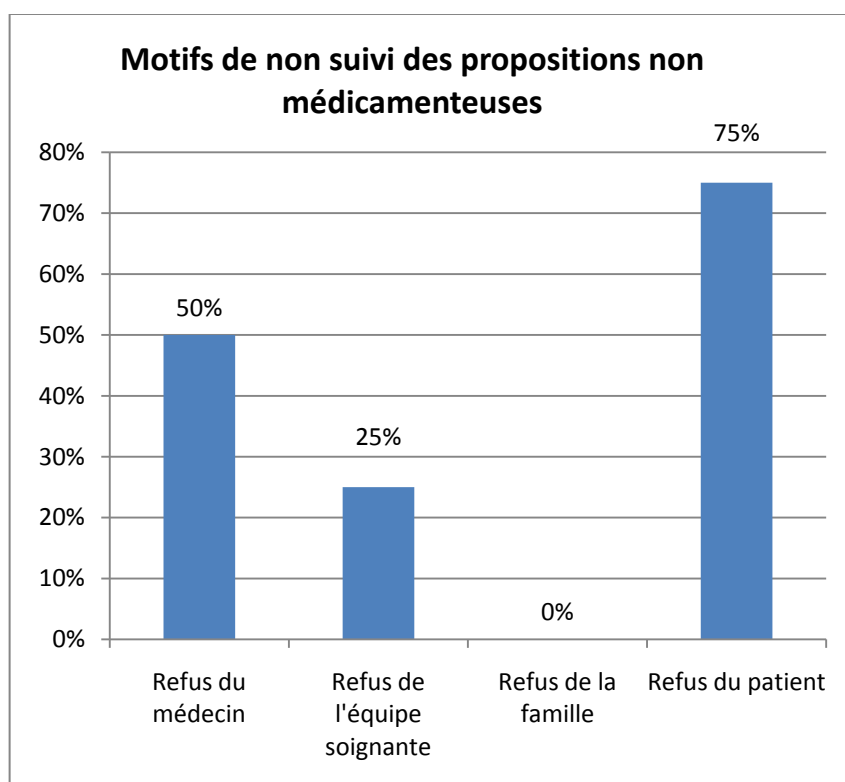


b. Les propositions non médicamenteuses

53 médecins ont répondu à la question.

35,8% (19) des médecins généralistes appliquent « toujours » les propositions non médicamenteuses faites par l'EMGEH, 62,3% (33) « souvent » et 1,9% (1) « jamais ». Comme pour les propositions médicamenteuses, les propositions non médicamenteuses sont appliquées dans 98,1% des cas.

L'analyse des raisons de non suivi des propositions figure dans le graphique suivant, sachant que seules 4 réponses étaient valides et que plusieurs réponses étaient possibles.



DISCUSSION

1- Population étudiée

Notre questionnaire de satisfaction a concerné 102 médecins sur les 250 du bassin de santé d'Annecy soit 40,8%. Ce résultat peut signifier que moins de la moitié des généralistes du bassin interviennent en EHPAD mais également que tous les médecins intervenant en EHPAD n'ont pas fait appel à l'EMGEH. En effet, de moins en moins de médecins effectuent de visite à domicile alors que l'EHPAD est considéré comme lieu de vie du patient. Les visites correspondent le plus souvent à un renouvellement du traitement et parfois à la gestion de situations aiguës.

52,9% des praticiens concernés ont répondu à l'enquête. L'effectif de l'enquête est donc modeste ce qui permet d'expliquer certains biais donnant des valeurs sur ou sous dimensionnées à certaines réponses. Ce taux de participation peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Une sollicitation importante des médecins joints à cette période pour d'autres thèses.
- Le manque de temps pour répondre pour les médecins ne disposant pas de secrétariat.
- Le début de la période estivale et le départ en vacances des médecins généralistes. Plusieurs appels téléphoniques ont parfois été nécessaires pour joindre le praticien.
- La réalisation sur la même période d'une enquête par mail sur la mise en place de l'Equipe Mobile Extra-Hospitalière du CHRA intervenant au domicile.

Il est également intéressant de noter que 4 médecins ayant répondu au questionnaire sont à la fois médecin généraliste et médecin coordonnateur. Lors de l'analyse, nous avons priorisé leur rôle de médecin traitant ce qui a pu induire un biais en particulier sur l'instigateur de la demande et le suivi des propositions.

Notre échantillon de population est par contre en assez bonne corrélation avec les données départementales du Conseil de l'Ordre des Médecins. En effet, 31,5% des médecins généralistes de l'enquête sont des femmes contre 31% en Haute-Savoie et 46,3% des praticiens ont plus de 55 ans contre 40% dans le département.²²

2- Type de l'étude

L'enquête de satisfaction permet d'apprécier la qualité d'un service rendu. Il existe pourtant de nombreuses limites à une telle étude. En effet, elle ne permet de donner qu'une

tendance générale à savoir si les « usagers » sont satisfaits ou non : on ne retrouve dans ce type de questionnaire que des avis souvent extrêmes.

D'autre part, concernant la qualité, les réponses sont nécessairement subjectives ce qui empêche une reproductibilité du questionnaire. Nous avons d'ailleurs fait le choix de donner une tendance globale à la satisfaction en préférant des choix multiples tels que « toujours », « souvent », « rarement » et « jamais » plutôt que « oui » et « non » afin de tenir compte de l'avis général des médecins prenant en charge plusieurs patients. Par contre, pour rechercher des liens statistiques et pour simplifier l'analyse, nous revenons ensuite à un schéma dichotomique « oui-non ». Une échelle visuelle aurait pu être utilisée pour obtenir des données quantitatives.

La satisfaction ne fait d'ailleurs pas partie à proprement parler des indicateurs proposés par l'IGAS dans son rapport 2005 pour évaluer la qualité du service rendu. Ils doivent être plus précis même si la satisfaction reste un marqueur très fort de la perception de l'efficacité. De nombreuses EMG, surtout intra-hospitalières, l'ont d'ailleurs analysé par questionnaire auprès des services des centres hospitaliers et certains gériatres en font un critère d'évaluation de leur activité: *«L'efficience des EMG constitue un enjeu important et des travaux sont nécessaires en termes de santé et de coûts évités, mais également en termes de satisfaction des patients et des professionnels»*.¹¹ Pour l'équipe de recherche toulousaine, la satisfaction s'intègre aussi dans l'axe partenaire dont la mesure de la performance passe par une étude des attentes des différents « usagers » et la mesure de l'adéquation du service proposé (par enquête de satisfaction).¹⁷

En revanche, certaines questions telles que le délai d'intervention, le délai de réception du courrier, les hospitalisations évitées et le suivi des propositions font elles, partie des indicateurs *« qui paraissent les plus pertinents, ou prioritaires, pour évaluer en interne les EMG »* selon ce même rapport.

En fait, chaque EMG est différente dans sa composition, son fonctionnement et ses missions ; chacune fait des choix d'indicateurs qui lui sont propres pour mettre en valeur ses compétences personnelles selon les moyens dont elle dispose. Tout dépend de son histoire locale, des besoins de ses partenaires, des objectifs qu'elle va se fixer et ce qu'elle cherche à démontrer.

3- Synthèse de l'enquête

a. La satisfaction des médecins généralistes

L'enquête révèle une satisfaction importante des médecins généralistes ayant sollicité l'EMGEH :

- 98% s'estiment satisfaits du délai d'intervention (7 jours en moyenne en 2009 et 8 jours en 2010) et 88,2% ont reçu un compte rendu d'intervention dans des délais acceptables.

- 98,1% affirment vouloir la solliciter de nouveau en cas de besoin.

L'Évaluation Gériatrique Standardisée figurant dans les courriers, quoique longue est bénéfique pour les médecins qui la trouvent intéressante-utile à 67,9% contre seulement 1,9% qui l'estiment inadaptée. Cependant 11,3% l'estiment trop longue. Elle permet une évaluation globale somatique, fonctionnelle et psychocomportementale du résident afin de mettre en œuvre une prise en charge spécifique et adaptée quel que soit le motif initial de la demande.

L'EMGEH semble conforter son rôle d'expertise et de diffusion des bonnes pratiques en collaboration avec le médecin traitant car 98,1% des médecins plébiscitent son aide diagnostique et thérapeutique. Une réponse n'a cependant pas été traitée car le praticien avait considéré l'intervention de l'EMGEH comme étant à la fois une aide et une intrusion (question à choix simple normalement) ce qui peut paraître paradoxal mais il signale en commentaire libre que l'une des demandes a été faite à son insu. Seul 1 médecin a jugé la démarche de l'EMGEH intrusive en sachant qu'il n'était pas l'instigateur de la demande et qu'il n'avait a priori pas donné son accord. On note également lors des relances téléphoniques 2 médecins qui se disaient non concernés par l'enquête. Pourtant, la consultation du dossier-patient informatisé a permis de retrouver un courrier qui leur était adressé. Après enquête, ils n'étaient pas instigateurs de la demande et n'avaient encore une fois pas donné leur accord aux soignants. Nos recherches objectivent que l'intervention de l'EMGEH est d'autant plus profitable au patient et au médecin traitant que celui-ci est directement impliqué dans la demande et dans la prise de décision. L'équipe de Toulouse insiste sur une « *collaboration étroite et en partenariat avec les professionnels du domicile et notamment le médecin traitant* ». ²³

L'interrogation sur une extension du champ de compétence de l'EMGEH au domaine de la prescription était périlleuse car nous sortions du cadre légal des équipes mobiles et cet acte de prescription n'est pas à l'ordre du jour. En effet, l'équipe ne doit avoir qu'un rôle consultatif et d'avis. Il est clairement défini par la circulaire DHOS de mars 2007 que « *la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant* ». Pourtant les médecins généralistes n'ont pas forcément cette information : un médecin a même fait la remarque qu'il a été obligé de revenir à l'EHPAD pour prescrire après le passage de l'EMGEH. Le rôle consultatif doit être souvent précisé tant auprès des soignants de l'EHPAD que du médecin traitant. Cette démarche d'aide a essentiellement pour but de renforcer la coordination avec le médecin traitant qui ne doit pas être « dépossédé » de son patient. Mais les avis des praticiens sont partagés à ce niveau car 44,2% des médecins souhaiteraient que l'équipe mobile soit prescriptrice. Le risque d'une telle pratique serait d'entraîner un désinvestissement des médecins.

Concernant les attentes des médecins traitants, un contact téléphonique après expertise est souhaité dans plus de la moitié des cas. Cette demande apparaît fréquemment dans les commentaires libres comme d'ailleurs le désir d'être informé de la date d'intervention. Certains praticiens se plaignent ainsi du manque de contact direct pour une collaboration plus complète : discuter d'un cas clinique permet de progresser et d'enrichir sa culture gériatrique. Renforcer le lien ville-hôpital est primordial et constitue l'un des objectifs majeurs de l'équipe mobile extra-hospitalière qui participe ainsi à la diffusion des bonnes pratiques. Il semble nécessaire d'améliorer son accessibilité et de privilégier le lien direct entre médecins spécialistes et généralistes.

Certains médecins ont évoqué la réticence de quelques équipes soignantes d'être jugées par l'EMGEH. Cependant cette crainte ne doit pas être un frein aux expertises. La démarche de l'EMGEH s'inscrit dans un cadre de conseil, d'information et de formation des équipes soignantes et en aucun cas de jugement ou de confrontation aux pratiques hospitalières. En ce sens, des formations institutionnelles ont été proposées et mises en œuvre face à la répétition de situations les mettant en difficulté.

Un commentaire évoque l'intervention de l'ergothérapeute. Il semble que le circuit d'appel de ce professionnel ne soit pas suffisamment clair. La plupart du temps, l'ergothérapeute est appelé par les équipes soignantes pour des problèmes de positionnement ou de matériel. Il y a peu de demandes passant par le secrétariat : le médecin gériatre ne peut pas émettre d'avis préalable et n'a pas la certitude que le médecin traitant soit informé de l'intervention. Nous touchons à ce propos un risque de déviance de recours à l'EMGEH. Certains acteurs en EHPAD voient avec l'EMG la possibilité d'accéder à une compétence non disponible ou difficile à mobiliser sans contrepartie financière. Or l'équipe est pluridisciplinaire et il est nécessaire de conserver cette particularité.⁹ D'autre part, les médecins généralistes connaissent peu la singularité de l'expertise apportée par l'ergothérapeute au sein de l'équipe soignante.

b. Le fonctionnement de l'EMGEH

Les médecins traitants ont eu connaissance de la création de l'EMGEH par deux voies essentielles : une réunion de présentation (21 praticiens soit 41,2%) et par l'EHPAD (27 soit 52,9%). En effet, l'équipe mobile a rencontré les médecins généralistes intervenant dans 5 EHPAD (environ 15) et la plupart des médecins coordonnateurs dont 6 assuraient également le rôle de médecin référent. Nous rappelons qu'ils avaient tous initialement reçu un courrier et notre questionnaire aurait du reprendre cette modalité. La campagne d'information concernant la mise en œuvre d'une nouvelle structure est primordiale pour préciser

clairement les modalités de recours et les services proposés mais reste souvent difficile à mettre en place pour toucher le plus grand nombre.

71,2% des médecins traitants ont plus de deux patients en EHPAD évalués par l'EMGEH dont 50,9% entre deux et quatre résidents. Ces chiffres témoignent de la reconnaissance de l'utilité et de l'efficacité de l'EMGEH, ainsi que de la confiance qu'ils lui accordent mais également le besoin évident d'une compétence gériatrique pour optimiser la prise en charge des résidents. Le recours à une expertise de spécialité requiert une ouverture d'esprit et demande en retour une collaboration efficiente.

On remarque que les médecins femmes ont en moyenne plus de patients pris en charge par l'EMGEH que les hommes et sont d'ailleurs plus souvent instigatrices de la demande. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées :

- La durée moyenne de travail hebdomadaire des femmes étant plus faible que celle des hommes, ces dernières font peut être plus souvent appel à l'EMGEH pour les aider à prendre en charge des patients par défaut de temps.²⁴

- Les femmes médecins acceptent peut-être plus facilement des avis extérieurs que les hommes, corrélé au fait qu'elles sont plus enclines à travailler en cabinet de groupe et donc à confronter leurs avis.²⁵

Les médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy sont les instigateurs de la demande d'expertise dans 60% des cas. Ce résultat témoigne d'une réelle implication dans la prise en charge gériatrique de leurs patients. Cependant, ce bon pourcentage s'explique en partie par un biais. Certains nous ont signalé être médecin traitant et médecin coordonnateur au sein d'une ou plusieurs EHPAD et nous avons privilégié la fonction initiale de médecin traitant. En contrepartie, cela entraîne une incidence sur le nombre des médecins coordonnateurs à l'origine de la demande d'expertise qui représente seulement 6% derrière l'administration de l'EHPAD avec 10%. De même, le coordonnateur sollicite moins l'EMGEH que le généraliste car il dispose d'une culture gériatrique par sa formation : certains séminaires du Diplôme Universitaire de médecin coordonnateur en EHPAD à Grenoble sont communs avec la capacité de gériatrie.

L'équipe soignante, quant à elle représente 24% des demandes après accord théorique du médecin traitant. Malheureusement, le questionnaire met en évidence à l'occasion des commentaires libres que ce dernier n'est parfois pas informé de l'intervention. Il est donc important de s'assurer, lors de la demande d'avis auprès du secrétariat, que ce principe fondamental est bien respecté afin d'entretenir et d'optimiser la prise en charge du patient dans un climat de confiance et de coopération. Cette collaboration est essentielle pour le bon fonctionnement de l'équipe mobile.

Par contre, notre enquête montre que le médecin coordonnateur n'est informé de la problématique du résident par le médecin que dans 53% des cas. Ce chiffre intègre le biais lié à la double fonction de certains praticiens. Il semble donc exister des réticences des médecins généralistes à prévenir le médecin coordonnateur semblant préférer gérer seuls leurs patients. Le rôle du médecin coordonnateur est de mieux en mieux défini en théorie : acteur du projet de soin, interlocuteur auprès du médecin traitant, organisateur et superviseur des soins, fonctions multiples qu'il doit exercer avec diplomatie mais parfois mal comprises par ses confrères généralistes. Leur avis est relativement partagé : certains pensent qu'il facilite la pratique d'autres au contraire qu'il l'entrave ; en ayant fait le choix d'une activité libérale, ils peuvent mal accepter de se sentir contrôlés dans leur pratique.²⁶

Enfin, les médecins exerçant en milieu urbain informent plus les médecins coordonnateurs que les médecins ayant une activité rurale ou semi-rurale. Le fait que le médecin traitant soit également le médecin coordonnateur en milieu rural par manque de personnel peut ainsi expliquer la situation.

D'autres EMGEH ont un fonctionnement totalement différent comme c'est le cas à Paris où 3 hôpitaux de l'APHP (Bretonneau, Broca et l'Hôpital Européen Georges Pompidou) font partie d'une étude sur la pertinence des interventions d'une EMG externe en EHPAD : 3 EMG externes interviennent dans 37 EHPAD à la demande mais également sur programmation mensuelle pour discuter de cas complexes après préparation des dossiers. Les demandes d'évaluation ont alors été faites dans la majorité des cas par le médecin coordonnateur. En exemple, pour 501 résidents évalués au cours de l'année 2009 par l'EMGEH de Bretonneau, 56,7% des demandes étaient faites par le médecin coordonnateur, 25,6% par l'équipe soignante et seulement 7,25% par le médecin traitant.²⁷ Sur un échantillon homogène de 13 EHPAD parisiens, les médecins coordonnateurs y travaillent entre 45 et 100% de leur temps alors que le temps de coordination par EHPAD est en moyenne de 20% dans le bassin annécien. Ce temps imparti leur permet donc de s'impliquer d'avantage et de programmer les demandes. Le médecin traitant peut en contre partie se sentir pris au dépourvu pour demander une expertise. Le médecin coordonnateur se doit d'entrer en contact avec lui pour l'informer de la démarche, des mesures retenues et ne pas le déposséder ou le désinvestir de ses patients.

c. Les motifs d'intervention de l'EMGEH

Les motifs d'intervention de l'EMGEH d'Annecy restent assez similaires aux autres équipes françaises contactées. Les troubles neuropsychiatriques sont le principal motif d'appel représentant 86,5% des expertises sur Annecy (56,7% des expertises parisiennes et principale demande pour les équipes de Meaux, Colmar et Lavalur). Les soignants des EHPAD et les médecins traitants peuvent parfois se trouver démunis face aux troubles du

comportement d'une personne âgée démente ou psychiatrique. L'EMGEH prend alors toute sa place avec un rôle à la fois de formation et de conseils. Dans ce cadre, les évaluations sont faites par le psychogériatre ou le gériatre seul, ou en collaboration avec la psychologue. Un bilan global du résident est également réalisé à cette occasion. L'expertise se déroule en 3 temps : discussion avec les infirmières sur la problématique posée, entretien et examen du résident avec réalisation de tests adaptés, discussion avec l'équipe aide-soignante pour évaluer les mesures déjà mises en place. Au terme de l'expertise, l'EMGEH refait un point avec l'ensemble de l'équipe pour mettre en œuvre les mesures non médicamenteuses, essentielles dans la gestion des troubles du comportement. Parfois, et à la demande de l'EHPAD, elle peut rencontrer la famille pour expliquer les manifestations psycho-comportementales et les thérapeutiques mises en place ; cette rencontre permet quelquefois de désamorcer des situations conflictuelles entre les proches et le personnel. Un suivi téléphonique est réalisé dans les situations les plus difficiles s'accompagnant parfois d'une nouvelle intervention en cas de besoin. Toute intervention téléphonique donne lieu à un courrier faxé au médecin traitant en cas de changement de thérapeutique (adaptation de psychotropes ou anxiolytiques par exemple). L'item « troubles neuropsychiatriques » regroupe à la fois les troubles du comportement liés aux démences mais également la pathologie psychiatrique du sujet âgé (connue ou nouvellement diagnostiquée). Actuellement, le manque de moyens et l'organisation de la psychiatrie du bassin de santé d'Annecy font que les psychiatres se sont désinvestis des résidents en EHPAD au profit de la ville. Pour le moment, L'EMGEH se voit contrainte de répondre aux demandes des structures pour les patients psychiatriques âgés. Un projet de collaboration entre les pôles gériatrique et psychiatrique est actuellement à l'étude.

Les situations médicales subaiguës (perte d'autonomie, altération de l'état général, syndrome inflammatoire persistant) et les plaies chroniques constituent le quart des appels. L'évaluation standardisée permet d'aider le médecin traitant dans sa démarche diagnostique en lui apportant les spécificités de la connaissance gériatrique. Certaines situations complexes nécessitent une hospitalisation au sein de la filière afin d'organiser les examens complémentaires qui s'imposent. C'est notamment lors de ces interventions qu'une collaboration étroite et un contact direct entre médecin de l'EMGEH et traitant sont indispensables.

Le taux de plaies chroniques dans les institutions annéciennes est en moyenne faible (3%). Cependant les équipes sont souvent peu formées à leur prise en charge et on observe une grande disparité des pratiques tant chez les médecins généralistes que chez les soignants. De plus, le matériel disponible pour la prise en charge des plaies en termes de dispositifs médicaux et supports (coussins, fauteuils et matelas) est très hétérogène selon les EHPAD en fonction des marchés et des budgets alloués. L'intervention de l'EMGEH a pour but d'uniformiser les pratiques en rappelant les principes de prévention des plaies chroniques

ainsi que les modalités de réfection d'un pansement. Elle réunit la plupart du temps un trinôme médecin, infirmière et ergothérapeute de l'EMGE dans lequel chacun tient une place essentielle et dont les remarques et conseils sont complémentaires et s'enrichissent. L'EMGE assure si besoin un suivi régulier en accord avec le médecin traitant à la demande des soignants de l'EHPAD ou sur sa propre initiative en fonction des constatations.

Les soins palliatifs représentent également une part importante avec 17,3% des demandes. L'évaluation pluridisciplinaire prend ici aussi toute son importance. L'équipe assure parfois un accompagnement. Elle permet surtout d'organiser une concertation entre la famille du résident, les soignants, le médecin traitant et le médecin coordonnateur, et d'élaborer avec ces acteurs et selon l'expertise gériatrique un consensus sur la prise en charge et le projet de vie de l'âgé souffrant. Elle intervient si besoin en lien avec les oncologues et l'équipe mobile de soins palliatifs du CHRA. Elle déclenche parfois la mise en place de l'Hospitalisation à domicile lorsque le maintien en EHPAD est souhaité mais que la technicité des soins requiert un encadrement hospitalier (pansement lourd, voie intraveineuse, pousse seringue...).

La programmation d'hospitalisation ne représente que 13,5% des demandes d'expertise. Parallèlement, 62,7% des médecins déclarent qu'ils auraient eu recours à une hospitalisation si l'EMGEH n'avait pas pu réaliser d'expertise. Entre février 2009 et mai 2010, sur 398 interventions, on dénombre 13 hospitalisations non programmées pour le même motif dans le mois qui suit (soit 3,3%) et 7 hospitalisations supplémentaires à 3 mois. La plupart du temps, l'intervention de l'EMGEH permet le maintien du résident en EHPAD. Elle débouche parfois sur une consultation mémoire ou un centre d'évaluation gériatrique. Le recours à une hospitalisation au sein de la filière ou dans un autre service de MCO du CHRA est plus rare. Sur la même période, l'équipe n'a programmé que 12 hospitalisations au CSG ou dans d'autres services (soit 3%). Il semble donc que l'expertise gériatrique en institution permette de réduire le nombre d'hospitalisation. Ce critère fait partie des indicateurs de qualité pertinent défini par le rapport 2005 de l'IGAS. Il semble donc que son intervention permette d'identifier et de dégager des moyens médicamenteux ou non et ainsi de maintenir le résident dans son lieu de vie. On remarque également qu'il suffit parfois de remettre en confiance les équipes soignantes, de les encourager et de valider leurs pratiques pour éviter certaines hospitalisations.

d. Le suivi des propositions

Le suivi des propositions constituait l'un des objectifs secondaires de cette étude tout en étant un marqueur pertinent de la qualité du service rendu.

Il est apparu que les médecins appliquent les propositions qu'elles soient médicamenteuses ou non dans 98,1% des cas soit 35,8% « toujours » et 62,3% « souvent ». Un seul praticien n'a pas appliqué les mesures mais n'était pas l'instigateur de la demande. La population est malheureusement trop faible pour établir un lien statistique pourtant il apparaît évident que si le médecin n'est pas demandeur, il se sent moins impliqué et enclin à mettre en œuvre les propositions. Une enquête auprès de deux médecins se disant « non concernés » par l'intervention de l'EMGEH a prouvé qu'en réalité ils n'étaient pas instigateurs. L'appel à l'EHPAD a montré qu'aucune modification thérapeutique n'a d'ailleurs été réalisée.

Les propositions subsidiaires aux questions 13 et 14 étaient malheureusement mal posées. En effet, il aurait fallu demander les raisons précises de non application des propositions pour les praticiens qui ne répondaient pas « toujours ». En effet, seuls quelques uns ont donné les raisons de non application (12 pour les propositions médicamenteuses et 4 pour les propositions non médicamenteuses).

En ce qui concerne les propositions médicamenteuses, il apparaît que 10 médecins sur 12 n'étaient pas d'accord avec les propositions écrites. Ce résultat renforce la nécessité d'un contact téléphonique. En effet, ce dialogue permettrait d'argumenter les choix thérapeutiques bien qu'ils soient toujours motivés dans le courrier. Cet échange permettrait de confronter les avis, d'apporter des nuances aux écrits qui peuvent sembler parfois trop directifs, de lever des doutes ou d'écarter des idées reçues. Il favoriserait une meilleure collaboration et diffusion de la culture gériatrique.

L'enquête sur le respect des mesures non médicamenteuses (ergothérapie, diététique, modification des comportements...), porte sur un nombre restreint de réponses. Elle tend à montrer que le refus provient essentiellement du patient mais n'en précise pas les raisons : patient dément, douleur liée à un positionnement, texture alimentaire non appréciée...

4- Perspectives

La filière gériatrique de l'hôpital d'Annecy est retenue par l'Agence Régionale de Santé pour mener une expérimentation d'Equipe Mobile de Gériatrie Extra-hospitalière (EMGE) à domicile. Ce programme débutera conjointement avec le CHU de Grenoble et le CH de Roanne. L'objectif est d'apporter un soutien au médecin traitant pour la prise en charge des personnes âgées fragiles de plus de 75 ans en situation médico-sociale complexe et chronophage définie par :

- l'aggravation rapide d'une ou des pathologies chroniques
- un déclin moteur rapide et des chutes à répétition
- des troubles psycho-comportementaux

- une insuffisance d'aide ou de soutien à domicile
- des hospitalisations itératives.

Le médecin pourra alors faire appel à une équipe pluridisciplinaire composée d'un gériatre, d'une infirmière, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale qui réalisera une évaluation gériatrique. L'un des objectifs de l'étude est de diminuer le taux de réhospitalisation à 1 mois. Une dizaine d'équipes mobiles extra-hospitalières expérimentent déjà ce fonctionnement (Lavaur, Mulhouse, Colmar, Meaux, Bagnols sur Cèze, Pontarlier, Bretonneau, Toulouse,...).²⁸

De même, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt et le bénéfice de la télémédecine comme elle est déjà expérimentée dans d'autres sites en France (Toulouse, TELEGERIA à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Gérontellim à Limoges...) ou dans d'autres pays (Etats-Unis, Australie, Chine,...). L'objectif de la télémédecine est de permettre l'accès pour les résidents des EHPAD à des consultations ou des avis spécialisés ainsi qu'un décloisonnement de ces structures. L'intérêt serait de réduire les déplacements des personnes âgées à l'hôpital et les transferts en urgence sources de traumatismes et souvent d'aggravation des facteurs de fragilité lors d'hospitalisations qui auraient pu être évitées. A Hong Kong, une étude montre une réduction de 9% du taux d'admission des résidents aux urgences et de 11% de la durée d'hospitalisation grâce au recours à des vidéoconférences pour solliciter des avis spécialisés.²⁹ La régulation téléphonique proposée par nos équipes mobiles est un premier pas vers ce mode de pratique et démontre que certaines situations peuvent être ainsi gérées. Elle permet aux équipes soignantes de l'EMGE d'éviter ou de temporiser des déplacements, et parfois de prévoir une hospitalisation directement au sein de la filière lorsque la situation paraît trop critique. Certaines EHPAD ont déjà pris le pli en filmant les troubles du comportement de leurs résidents ou en photographiant les plaies. Il nous paraît licite d'envisager une consultation gériatrique d'un résident à distance en présence de sa famille et d'un soignant référent de l'EHPAD. Cependant, il ne faudrait pas que l'outil informatique soit source de repli ou d'exacerbation des troubles du comportement. De même, dans la prise en charge des plaies, la démonstration du geste technique est parfois primordiale. Dans tous les cas, il ne faudra pas perdre de vue, que la consultation gériatrique est avant tout humaine.

THESE SOUTENUE PAR : Gaël Decelle

TITRE : EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE INTERVENANT EN EHPAD : ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN DE SANTE D'ANNECY

CONCLUSION

L'Equipe mobile de gériatrie extrahospitalière (EMGEH) du CHRA est fonctionnelle depuis février 2009. Elle est rattachée au court séjour gériatrique de l'hôpital d'Annecy et intégrée dans la filière de soins gériatriques. Sa composition répond aux exigences des différentes circulaires.

Son objectif est de réduire les hospitalisations des résidents d'EHPAD en dehors des situations aiguës et d'aider à la gestion des situations complexes.

L'objectif de notre travail a été d'évaluer le service rendu par ce dispositif après 16 mois de fonctionnement. L'enquête de satisfaction a été réalisée auprès de 102 médecins généralistes ayant sollicité cette équipe sur le bassin de santé annécien (25 EHPAD et 3 foyers logements). Parmi les 54 répondants, la majorité (plus de 90 %) est satisfaite de ses interventions et de son mode de fonctionnement et 98,1% souhaitent la solliciter de nouveau. Les médecins traitants sont les principaux instigateurs des demandes (60 %) et notamment pour les difficultés de prise en charge de troubles neuropsychiatriques (86,5%). L'EMG intervient dans des délais qui correspondent à leurs attentes (88,2%). Les expertises apparaissent avant tout comme une aide diagnostique et thérapeutique permettant de diffuser une culture gériatrique : les médecins sont demandeurs d'une approche globale des résidents afin d'améliorer leur prise en charge et l'Evaluation Gériatrique Standardisée est estimée utile-intéressante dans 67,9 % des cas.

Il apparait une volonté manifeste des médecins de renforcer leur collaboration avec l'EMGEH. En effet, si le délai de réception des comptes rendus d'intervention est satisfaisant, il reste néanmoins à améliorer. Un contact téléphonique plus systématique avant et après les interventions afin d'échanger de vive voix sur les besoins et les propositions est souhaité. Le rôle de prescripteur est discuté chez 44 % des médecins traitants alors que cette unité mobile n'a qu'un rôle consultatif.

Le suivi des propositions, indicateur pertinent de la qualité du service rendu, montre que les médecins généralistes appliquent pour 98% d'entre eux les mesures

médicamenteuses et non médicamenteuses soumises y compris lorsqu'ils ne sont pas directement les instigateurs de la demande.

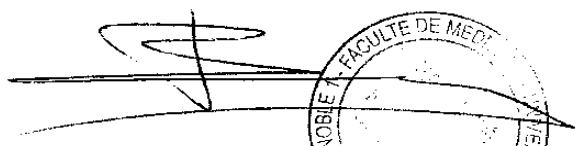
D'autre part, 62,7% des praticiens libéraux auraient fait hospitaliser le résident en l'absence d'intervention de l'EMGEH, ce qui témoigne de l'efficacité et de l'intérêt de ce dispositif.

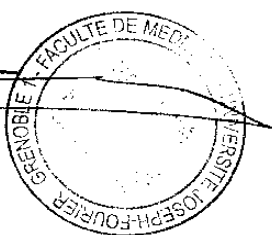
Les données très positives de cette expérience novatrice préfigurent d'autres expérimentations sur la région avec l'intervention de l'EMGEH au domicile dans l'espoir d'améliorer et de renforcer les liens entre les secteurs du sanitaire et du médico-social. La coopération du médecin traitant jouera une fois encore un rôle déterminant pour une collaboration efficace dans la gestion des patients âgés. .

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21 Février 2011

LE DOYEN


B. SELE



LE PRESIDENT DE THESE



Pr P. COUTURIER

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Couturier P. Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. La Revue de Gériatrie 2004 ; 29 : 703-12.
- ² Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- ³ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan «Urgences» [en ligne]. 30 septembre 2003. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf>.
- ⁴ 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. Rapport commandé par Xavier Bertrand, ministre chargé de la santé et Philippe Bas, ministre délégué chargé des personnes âgées, La Documentation française, Avril 2006.
- ⁵ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité Grand Age [en ligne]. 27 juin 2006. Disponible sur : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf>.
- ⁶ Circulaire DHOS/02/n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- ⁷ AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE-ALPES, SROS 3 - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. 2006-2010, Lyon : ARHRA, Livre 2 : la constitution des filières de soins, vers une prise en charge intégrée des patients, 2006, p208.
- ⁸ In Couturier P. Equipes mobiles de gériatrie : où en sommes-nous ? 4^{es} journées nationales des équipes mobiles de gériatrie, Bordeaux, mai 2008.
- ⁹ Liger-Salvy M, Voisin T. Equipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières. L'Année Gériatologique 2007 ; 21 : 187-194.
- ¹⁰ Couturier P, Tranchant L, Gromier A, Rolin A, Strauss B. Unité mobile de gériatrie : objectifs et modalités de fonctionnement. Le Concours médical 2004 ; 126-35 : 2068-2072.
- ¹¹ Couturier P. Equipes mobiles de gériatrie : états des lieux, rôle et perspectives. Soins Gériatologie 2007 ; 64 : 18-21.
- ¹² NATHALIE ACHARD. Evaluer l'efficacité d'une unité mobile gériatrique : l'exemple du CHU d'Angers. EHESP. Décembre 2008.
- ¹³ MONIQUE LAFON. Intervention d'une équipe mobile gériatrique en EHPAD : Pourquoi ? Comment ? Mémoire pour l'obtention du DIU de médecin coordonnateur en EHPAD. Année 2007. Faculté Cochin Port Royal. Université René DESCARTES. PARIS V.

¹⁴ Cudennec T. Echanges d'expériences pour les équipes mobiles de gériatrie. Soins Gérontologie 2008 ; 72.

¹⁵In Balandier C. Quel futur pour nos équipes, outils d'évaluation de l'équipe mobile de gériatrie. 4^{es} journées nationales des équipes mobiles de gériatrie, Bordeaux, mai 2008.

¹⁶ Rousseau-Giral AC, Bastianelli JP. Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins. Inspection générale des affaires sociales (Igas), rapport n°2005-053. Disponible sur <<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000454/0000.pdf>>.

¹⁷Arthus I, Montalan M-A, Vincent B. Quels outils pour piloter la performance d'une Equipe Mobile de Gériatrie ? Journal d'Economie Médicale 2009 ; 27 : 43-57.

¹⁸ Direction de Gérontologie et du Handicap. Conseil Général de Haute-Savoie. Schéma Gérontologique Départemental 2008-2012 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ageplus74.cg74.fr/images/fichiers/schema_geronto/schema_gerontologique_complet.pdf>.

¹⁹ DREES. Etudes et Résultats n°699 août 2009. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er699.pdf>>.

²⁰ JP KUHN. Projet de création d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière au centre hospitalier régional d'Annecy, tournée vers les EHPAD : attente des EHPAD et évaluation des besoins. Mémoire pour l'obtention de la Capacité Nationale de Gérontologie. Année 2008. Faculté de Médecine de Grenoble. Université Joseph Fourier.

²¹ URMLRA, GEOSANTE. Le Schéma de démographie médicale de la Région Rhône-Alpes 2008 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/region/download/DescriptifDepartemental_74.pdf>

²² Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation au 1^{er} janvier 2009. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

²³ Faure V, Voisin T, réseau Gérontopastel. Coordination ville-hôpital : une action intra-et/ou extrahospitalière. Repères en gériatrie 2008 ; 78 : 41-44.

²⁴ Le Fur Ph. Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles, IRDES. Questions d'économie et de santé, juillet 2009 ; n°144.

²⁵ Baudier F., Bourgueil Y., Evran I., Gautier A., Le Fur Ph., Mousques J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, IRDES. Questions d'économie et de santé, septembre 2010 ; n°157.

²⁶ Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Gayrard P., Observatoire Social de Lyon. Médecine Générale et gérontologie : enquête auprès des Conseils Généraux, des CLICs, des Réseaux et des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, mars 2005 ; 104p.

²⁷ Chansiaux C. Pré rapport des activités des EMGE parisiennes pour l'année 2009.

²⁸ Rémy I. L'équipe mobile de Bretonneau, un pont entre l'hôpital et la ville. Soins Gérontologiques 2007 ; 64 : 35-38.

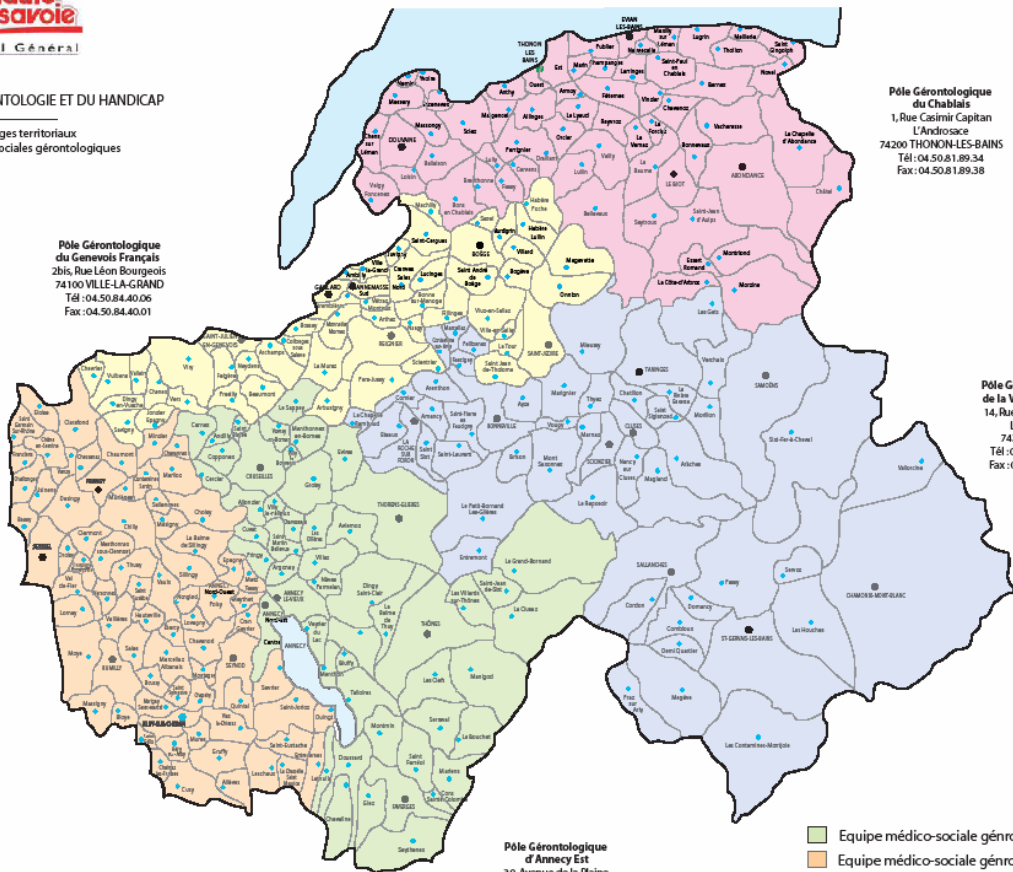
²⁹ Hui E, Woo J. Telehealth for older patients : the Hong Kong experience. J Telemed Telecare 2002 ; 8 Suppl 3 : S3 : 39-41.

ANNEXE 1



DIRECTION DE LA GERONTOLOGIE ET DU HANDICAP

Découpages territoriaux
Equipes médico-sociales gériatologiques



Pôle Gériatologique du Genevois Français
2bis, Rue Léon Bourgeois
74100 VILLE-LA-GRAND
Tél : 04.50.84.40.06
Fax : 04.50.84.40.01

Pôle Gériatologique du Chablais
1, Rue Casimir Capitan
L'Androsace
74200 THONON-LES-BAINS
Tél : 04.50.81.89.34
Fax : 04.50.81.89.38

Pôle Gériatologique de la Vallée de l'Arve
14, Rue du 8 Mai 1945
L'Armorial
74300 CLUSES
Tél : 04.50.96.84.85
Fax : 04.50.96.84.87

Pôle Gériatologique d'Anney Ouest
39, Avenue de la Plaine
74000 ANNECY
Tél : 04.50.33.20.10
Fax : 04.50.33.20.11

Pôle Gériatologique d'Anney Est
39, Avenue de la Plaine
74000 ANNECY
Tél : 04.50.33.20.10
Fax : 04.50.33.20.11

- Equipe médico-sociale gériatologique Anney Est
- Equipe médico-sociale gériatologique Anney Ouest
- Equipe médico-sociale gériatologique Chablais
- Equipe médico-sociale gériatologique Genevois Français
- Equipe médico-sociale gériatologique Vallée de l'Arve

04/2008

ANNEXE 2

Protocole (C) de recours à l'équipe mobile extra-hospitalière gériatrique

Introduction

La circulaire n° 117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques indique que « les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les EHPAD dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé. »

Modalités d'intervention

- L'équipe mobile extrahospitalière gériatrique intervient à la demande du médecin traitant, après l'accord du résident et de sa famille.
- L'équipe peut répondre à la demande du médecin coordonnateur en ce qui concerne des aides purement techniques autour du résident (notamment pour des problèmes de matériels, lits, fauteuils, déambulateur...) ou au niveau institutionnel (conseils techniques et environnementaux en EHPAD), réunion d'information destinées aux soignants.
- Le délai d'intervention peut être variable : si possible l'équipe mobile extrahospitalière gériatrique intervient dans les 48 heures après le signalement.
- La prise en charge médicale du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant et de l'établissement dans lequel il est hébergé
- L'équipe mobile extrahospitalière gériatrique n'est pas un dispositif « urgentiste » : les situations d'urgence vitale relèvent du dispositif d'aide médicale urgente et de la permanence des soins.
- Les médecins de l'équipe mobile extrahospitalière gériatrique n'ont pas un rôle de prescripteur.

Missions

Contribuer à la qualité de la prise en soins des résidents des EHPAD par son expertise gériatrique propre, ainsi que par les actions ponctuelles de formation des personnels à la prise en soins, à l'éthique et aux bonnes pratiques gériatriques :

- prévenir, anticiper et organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière et cibler l'accès au plateau technique,
- proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD
- contribuer à la continuité des soins entre les différents lieux de soins ainsi qu'à la cohérence des pratiques au sein de la filière
- contribuer, chaque fois que cela est possible et souhaité, au maintien de la personne malade dans son lieu de vie

Le champ d'intervention

Les EHPAD du bassin d'Annecy signataires de la convention.

Une collaboration effective avec le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe de l'EHPAD est nécessaire.

Composition de l'équipe et rôle de chacun

- Gériatre : 0,5 ETP
- Psycho-gériatre : 0,5 ETP
- Infirmière : 0,5 ETP
- Ergothérapeute : 0,5 ETP
- Psychologue : 0,5 ETP
- Secrétaire : 0,5 ETP

Une assistante sociale pourra intervenir ponctuellement sur les situations complexes.

Modalités de fonctionnement de l'équipe mobile extra- hospitalière gériatrique (EMGE)

1/ Activité de régulation et de liaison téléphonique

- Mise à la disposition d'un numéro d'appel unique (secrétariat Equipe Mobile de Gériatrie) de 8h30 à 17h30, 5 jours sur 7 (en cas d'absence de la secrétaire, laisser un message sur le répondeur).
- Enregistrement de la demande au secrétariat de l'EMGE
- Pour un avis téléphonique l'orientation de l'appel s'effectue par la secrétaire de l'EMGE :
 - transfert d'appel au médecin ou à l'infirmière de l'équipe mobile pour :
 - conseils téléphoniques médicaux ou infirmiers adaptés à la situation
 - organisation d'une intervention
 - organisation d'une hospitalisation (court séjour ou centre d'évaluation gériatrique)
 - en cas de décision d'admission au service des urgences, les informations cliniques concernant le motif d'admission sont transmises par le médecin ou l'infirmière de l'EMGE au médecin régulateur des urgences

2/ Activité mobile

- rôle d'expertise et de conseil

La demande est enregistrée au niveau du secrétariat de l'EMGE.

- après accord du médecin traitant et du médecin coordonnateur, déplacement de l'équipe mobile au sein de l'EHPAD
- rédaction d'un compte rendu dont un exemplaire est laissé sur place et un exemplaire est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur
- échanges, information autour de situations cliniques

Certaines situations pourront justifier une réévaluation ponctuelle.

3/ Les indicateurs

❖ Les indicateurs de fonctionnement

Liés aux caractéristiques des patients :

- âge moyen
- répartition selon le sexe

Liés à l'activité propre de l'EMGE :

- nombre d'interventions faites par l'EMGE par établissement pour le CIAS ou les directions gérant plusieurs établissements
- motifs de la demande
- nombre de patients vus par l'EMGE

- nombre de visites par patients vus par l'EMGE
- durée moyenne d'une visite
- délai moyen d'intervention après demande
 - par nature
 - par intervenant

❖ Les indicateurs de résultat

- mise en place des protocoles et des procédures qualité
- mesure de la satisfaction

ANNEXE 3

Liste des EHPAD et FOYERS LOGEMENTS SIGNATAIRES

EHPAD **Les Airelles** (14 km)

30 Avenue de la Visitation

74000 ANNECY

Médecin Coordinateur : Dr MONNEROT

Résidence **Les Pervenches** (10 km)

5 Rue des Pervenches

74960 CRAN GEVRIER

Médecin Coordinateur : Dr MONNEROT

EHPAD **Parmelan – Jeanne Antide** (14 km)

2 Rue Dupanloup

74000 ANNECY

Médecin Coordinateur : Dr TALON

EHPAD **Saint-Maurice** (30 km)

62 Rue des FrèresBP 15

74350 CRUSEILLES

Médecin Coordinateur : Dr KHUN

EHPAD **La Résidence Heureuse** (14 km)

17 Rue des Edelweiss

74000 ANNECY

Médecin Coordinateur :Dr HABRAN

EHPAD **Alfred Blanc** (64 km)

99 Rue de la République

74210 FAVERGES

Médecin Coordinateur : Dr KHUN

EHPAD **La Villa Romaine** (14 km)

36 Avenue des Romains

74000 ANNECY

Médecin Coordinateur :Dr MATHIS

EHPAD **Val des Usses** (40 km)

515 Route du Tram

74270 FRANGY

Médecin Coordinateur : Dr PIELLARD

Foyer **Logement La Prairie** (14 km)

14 Chemin Prairie

74000 ANNECY

Médecin Coordinateur : Dr MONNEROT

Résidence **de Boisy, Pays de la filière** (28 km)

200 Route du Château

74570 GROISY

Médecin Coordinateur : Dr KHUN

EHPAD **Les Vergers** (10 km)

4 Rue Gyunemer

74940 ANNECY LE VIEUX

Médecin Coordinateur : Dr SCHREIBER

EHPAD **Pierre Paillet** (56 km)

Le Grive

74540 GRUFFY

Médecin Coordinateur : Dr DUFOURNET

EHPAD **Chantemerle** (56 km)

Le Joudy

74210 CHEVALINE

Médecin Coordinateur : Dr KHUN

EHPAD **Les Ancolies** (10 km)

Route du Crêt

74330 POISY

Médecin Coordinateur : Dr FOLLET

EHPAD **Le Jardin des Gentianes** (36 km)
305 Route de Viuz
74600 QUINTAL
Médecin Coordinateur : Dr MATHIS

EHPAD **La Provenche** (32 km)
508 Route du Stade
74410 SAINT-JORIOZ
Médecin Coordinateur : Dr KHUN

Résidence **le Pré Fornet** (16 km)
1 Route des Blanches Pré Fornet
74600 SEYNOD
Médecin Coordinateur : Dr LEMETTRE

EHPAD **Les Jardins de l'Île** (68 km)
1 Allée du Nants Matraz
74910 SEYSSEL
Médecin Coordinateur : Dr PIELLARD

EHPAD **Joseph Avet** (44 km)
Route du Château
74230 THONES
Médecin Coordinateur : Dr MALJEAN

EHPAD **Paul Idier** (22 km)
5 route des Pérouses
74290 VEYRIER-DU-LAC
Médecin Coordinateur : Dr TOURAUT

EHPAD **Le Barioz** (8 km)
70 route du Barioz
74370 ARGONAY
Médecin Coordinateur : Dr MALJEAN

Claudine **ECHERNIER** (26 km)
320 route des Gorges du Fier
74650 CHAVANOD
Médecin Coordinateur : Dr SIROT

Résidence **La Cour** (10km)
1 passage des pinsons
74940 ANNECY LE VIEUX
Médecin Coordinateur : Dr SCHREIBER

Résidence **Le Grand Chêne** (16km)
Route de quintal
Vieugy
74600 SEYNOD
Médecin Coordinateur : Dr MATHIS

Résidence **St FRANCOIS** (14 km)
3 av de la Visitation
74000 ANNECY
Médecin Coordinateur : Dr RUEL

EHPAD **La Bartavelle**
1 rue René DUMONT
74960 MEYTHET
Médecin Coordinateur : Dr COHENDET

EHPAD **Les Parouses**
13 rue Marius VALLIN
74000 ANNECY
Médecin Coordinateur : Dr BELLIFA

Résidence **Adélaïde**
1 rue Emile Romanet
74000 ANNECY
Médecin Coordinateur :

ANNEXE 4



Metz-Tessy, le 15/02/2009

PÔLE GERIATRIE

Objet : Mise en place d'une équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD

UNITE MOBILE de GERIATRIE

Médecin responsable

Dr Bahman MOHEB
N° ADELI : 741033245
Tel : 04 50 63 66 74

Praticien Hospitalier

Dr Hélène CRETON
N° ADELI : 741038723
Tel : 04 50 63 64 76

SECRETARIAT :

Tel : 04 50 63 66 10

Fax : 04 50 63 61 27

Geriatric.secr@ch-annecy.fr

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Dans le cadre d'une convention de coopération entre le centre hospitalier de la Région d'Annecy et les établissements médico-sociaux du bassin annécien, une Equipe Mobile de Gériatrie Extra-hospitalière (EMGE) intervenant en EHPAD, est mise en place.

Cette équipe est pluridisciplinaire composée d'un gériatre, d'une infirmière, d'une ergothérapeute, d'une psychologue et d'une secrétaire.

Elle a pour missions de :

- proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD
- contribuer à la continuité des soins
- prévenir, anticiper et organiser les hospitalisations au sein de la filière
- contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie

Le numéro d'appel est le **04 50 63 66 10**.

Vous trouverez ci-joint un organigramme résumant le fonctionnement et les modalités d'intervention de l'équipe.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

Dr H. CRETON

Dr B. MOHEB

ANNEXE 5

REGULATION TELEPHONIQUE

(Note : Pour une demande d'hospitalisation complète transférer au gériatre du service de court séjour gériatrique)

EHPAD

DOMICILE

Pour les demandes d'EHPAD remplir aussi les items avec astérix*

Date de la demande :

Demandeur :

Nom-Prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Médecin traitant :

Est-il informé ? OUI NON

A donné son accord ? * OUI NON

Référent à joindre (nom, parenté, n° tel)

Motif de la demande * :

Troubles psycho-comportementaux*

Situation médicale subaiguë (chutes, Sd Inflammatoire, désordre biologique)*

Escarre*

Soins palliatifs*

Avis éthique*

Consensus médical*

Programmation d'hospitalisation*

Intervention paramédicale (ergo, psychologue, IDE, AS)*

Formation *

Autre :



Conseil téléphonique* :

temps d'appel :

Intervention* :

moins de 48h *

dans la semaine *

ANNEXE 6

Compte rendu d'intervention en EHPAD

Pour chaque énoncé marqué *, effacer les items non souhaités.

EHPAD :

Date de la demande :

Délai souhaité :

Date d'intervention :

Origine de l'appel :

Médecin traitant :

Nom et prénom du résident :

sexe* F M

Date de naissance du résident :

Temps ITV

Temps de trajet

Histoire de la maladie

→ **Motif d'intervention :**

- Troubles neuro-psychiatriques
- Suivi neuro-psychiatrique
- Chutes à répétition
- Plaies chroniques
- Soins palliatifs
- Situation médicale subaigüe
- Suivi médical
- Programmation d'hospitalisation

→ Hospitalisation dans les 3 mois pour le même motif* oui non

Evaluation

→ **Evaluateurs présents***

- le gériatre
- le psychogériatre
- l'ergo
- l'IDE
- la psychologue

→ **Concertation avec***

- Famille
- Patient
- Equipe soignante

- Cadre de santé
- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Directeur
- Psychiatre

→ Consensus médical * oui non

Antécédents :

→ Nb de comorbidités :

Traitement en cours

→ Nb de médicaments :

- Nb de benzodiazépines :
- Nb de neuroleptiques :
- Nb d'antidépresseurs :
- Nb d'hypnotiques :
- Nb de carbamates :
- ICE* / Mémantine*

Evaluation Gériatrique/Psychogériatrique

Examen clinique

Bilan nutritionnel

Poids

Evolution

Alimentation

Eau

déglutition

Mycose buccale

Prothèses dentaires

Mastication

CB, CM

MNA calculé

Bilan fonctionnel

Surdité

Acuité visuelle, correction

Douleur

Sommeil

Transferts

Marche

Chaussage

Installation fauteuil
Installation au lit
Braden
Etat cutané

Bilan Neuropsychologique
Humeur GDS /4
Cognitif MMS /30

→ Symptômes neuropsychiatriques * et ordonner jusqu' à 5

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Agitation/Agressivité
- Dépression / Dysphorie
- Anxiété
- Exaltation de l'humeur / Euphorie
- Apathie / Indifférence
- Impulsivité / Désinhibition
- Irritabilité / Instabilité de l'humeur
- Comportement moteur aberrant
- Trouble du sommeil
- Troubles de appétit / alimentation

MMSE Score

→ **Diagnostics** * et ordonner jusqu'à 5

- démence

- Type Alzheimer
- Corps de Lewy
- Fronto-temporale
- Vasculaire
- Mixte
- Autre

- Troubles psychiatriques anciens *

- Troubles de l'humeur
- Troubles bipolaires
- Troubles anxieux
- Psychose
- Accès mélancolique
- Addictions (alcool)
- Troubles des conduites

- Troubles de la personnalité
- Retard mental et déficitaire

- Troubles psychiatriques récents *

- Troubles de l'humeur
- Troubles bipolaires
- Troubles anxieux
- Psychose
- Accès mélancolique
- Addictions (alcool)
- Troubles des conduites
- Troubles de la personnalité
- Retard mental et déficitaire

- Syndrome confusionnel
- Plaie chronique
- Douleur
- Dénutrition
- Infection
- Insuffisance d'organe
- Désadaptation psychomotrice
- Troubles de déglutition
- Soins palliatifs
- Iatrogénie
- Néoplasie
- Maladie de Parkinson
- Diarrhée chronique

→ GIR

→ Chute dans la semaine précédant l'intervention* : oui non

Propositions

→ Orientation* :

- sur place
- consultation mémoire
- consultation CHRA
- hospitalisation CSG
- hospitalisation CHRA
- CEG
- HAD
- Urgences

ANNEXE 7



Localisation des EHPAD et foyers logements conventionnés

ANNEXE 8



Metz-Tessy le 27 mai 2010

Chère Consoeur, cher Confère,

POLE GERIATRIE

Unité Mobile de Gériatrie
Equipe mobile intra-hospitalière
Equipe mobile extra-hospitalière
Cellule d'interface gérontologique

Médecin responsable
Dr MOHIB Bahman
N° ADELI : 741033245

Praticiens Hospitaliers
Dr CRETON Hélène
N° ADELI : 741039390
Dr TAVERNIER Laurence
N° ADELI : 741038723
Dr ROGER Valérie
N° ADELI : 744612

Psychologue
DEVEAUX Cathy

Infirmière
FAVRE Tiphaine
MASCRET Carine

Ergothérapeute
LAFFRIQUE Julie
COLOMBAN Caroline

Assistante sociale
MENARD Stéphanie
BAUSSAND Emilie

Diététicienne
FUMEX Marion

SECRETARIAT :
PAGE Florence

Tel : 04 50 63 60 87

equipemobilegeriatrie@ch-annecy.fr

Dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale, je me permets de vous solliciter à propos de l'équipe mobile extra-hospitalière de l'hôpital d'Annecy.

L'Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière intervenant en EHPAD est désormais opérationnelle depuis janvier 2009 et notre objectif est d'évaluer la satisfaction des Médecins Généralistes vis-à-vis de cette structure afin d'en améliorer le fonctionnement et que vous puissiez en bénéficier dans votre pratique quotidienne. La politique actuelle du NHRA se veut ouverte sur la ville avec une véritable volonté de travail en réseau avec vous et cette équipe mobile s'inscrit totalement dans cette démarche.

Je vous envoie avec cette lettre un questionnaire recto-verso ainsi qu'une enveloppe timbrée pour la réponse. Je souhaiterais collecter ces questionnaires d'ici la fin du mois de juin et me permettrai sinon de vous recontacter par téléphone au terme de cette période.

Je vous remercie d'accorder un peu de temps à cette enquête pour me permettre de finaliser mon projet.

Cordialement.

G.Decelle

ANNEXE 9

THESE DE MEDECINE GENERALE

*Pour les questions marquées d'une « * », plusieurs réponses sont possibles*

1) Vous êtes ?

- un homme une femme

2) Quel est votre âge ?

- moins de 35 ans entre 35 et 45 ans entre 45 et 55 ans
 entre 55 et 65 ans plus de 65 ans

3) Quel est votre lieu d'exercice ?

- rural semi-rural urbain

4) Comment avez-vous eu connaissance de l'Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière (EMGE) en EHPAD ?

- lors d'une réunion de présentation par l'EHPAD par un confrère

5) Combien avez-vous de patients pris en charge par l'EMGE ?

- 1 entre 2 et 4 entre 5 et 8 plus de 8

6) Qui a le plus souvent souhaité l'intervention de l'EMGE ?

- vous-même le médecin coordonnateur de l'EHPAD
 l'administration de l'EHPAD l'équipe soignante de l'EHPAD

7) Pour quelles raisons avez-vous le plus souvent sollicité l'intervention de l'EMGE ? *

- troubles neuro-psychiatriques situation médicale subaiguë
 soins palliatifs chutes à répétition
 plaies chroniques programmation d'hospitalisation

8) Avez-vous informé le médecin coordonnateur sur la problématique du résident avant de faire intervenir l'EMGE ?

- toujours souvent rarement jamais

9) Auriez-vous envisagé l'hospitalisation du résident si l'EMGE n'était pas intervenue ?

- toujours souvent rarement jamais

10) Le délai d'intervention de l'EMGE correspondait-il à votre attente ?

- toujours rarement
 souvent jamais

11) Etes vous satisfait du délai de réception des courriers ?

- toujours souvent rarement jamais

12) Que pensez-vous de l'Evaluation Gériatrique Standardisée décrite dans les courriers ? *

- complète intéressante - utile
 trop détaillée - longue inadaptée à la demande

13) Appliquez vous les propositions médicamenteuses soumises par l'EMGE ?

- toujours souvent rarement jamais

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? *

- vous n'êtes pas d'accord avec les propositions faites (réponses inadaptées à votre demande)
 refus de l'équipe soignante
 refus de la famille
 refus du patient

14) Appliquez vous les propositions non médicamenteuses soumises par l'EMGE
(kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste, matériel médical, rééducation) ?

- toujours souvent rarement jamais

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? *

- vous n'êtes pas d'accord avec les propositions faites (réponses inadaptées)
 refus de l'équipe soignante (réalisation des mesures difficiles, surcharge de travail)
 refus de la famille
 refus du patient

15) Comment avez-vous ressenti l'intervention de l'EMGE ?

- une aide diagnostique et thérapeutique non adaptée
 une intrusion dans votre prise en charge ne se prononce pas

16) Souhaiteriez vous être joint systématiquement par téléphone après l'intervention de l'EMGE ?

- oui non

17) Souhaiteriez-vous que l'EMGE puisse avoir un rôle prescripteur ?

- oui non

18) Referez-vous appel à l'EMGE ?

- oui non

19) Commentaires libres :

SERMEN D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

HIPPOCRATES. 9.



Qui diis memorem laudes, repetimque fideles
Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
Democriti auditor Phœbea, ô, Cœs propago,
Certius an quis te tradidit artis opes?

Nom : DECELLE

Prénom : Gaël

Titre de la thèse : Equipe Mobile de Gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy

Soutenue le 18 mars 2011 à la faculté de Médecine Joseph Fourier de Grenoble

RESUME

Les équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières interviennent dans les EHPAD, à titre expérimental, pour prendre en charge des patients âgés polyopathologiques fragiles et complexes. L'équipe du Centre Hospitalier d'Annecy fonctionne depuis février 2009 et se rend dans 25 EHPAD et 3 foyers-logements conventionnés, à la demande des médecins traitants ou après leur accord.

Afin d'évaluer ce dispositif, une enquête de satisfaction a été réalisée après 16 mois d'activité auprès de 102 médecins généralistes du bassin de santé annécien, ayant sollicité une expertise.

Notre étude a montré que les 54 médecins répondants s'estiment satisfaits quant aux délais d'intervention (98%) et de réception des courriers (88,2%). Leur demande concernait essentiellement les troubles neuropsychocomportementaux des résidents (86,5%). 62,7% des médecins auraient fait hospitaliser leur patient en l'absence d'avis sur place. Les praticiens, instigateurs des demandes dans 60% des cas considèrent les expertises comme une aide tant diagnostique que thérapeutique et 98,1% d'entre eux appliquent les propositions thérapeutiques. 98,1% des médecins affirment qu'ils referont appel à elle ; pourtant, ils souhaitent qu'un contact téléphonique plus systématique soit établi après les interventions afin de renforcer cette collaboration.

Il existe donc un véritable service rendu pour les médecins généralistes et cette équipe mobile s'intègre parfaitement dans la filière de soins gériatriques.

Discipline : MEDECINE GENERALE

MOTS CLES : Equipe Mobile de Gériatrie ; EHPAD ; Médecins Généralistes ; enquête de satisfaction ; bassin de santé d'Annecy

Composition du jury :

- Monsieur le Pr Pascal Couturier, président du jury
- Monsieur le Pr Jean-Luc Bosson
- Monsieur le Pr Régis Gonthier
- Mademoiselle le Dr Hélène Creton, directrice de thèse
- Monsieur le Dr Bahman Moheb