



EHESP

EDH

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Evaluer l'efficacité d'une équipe
mobile gériatrique :
l'exemple du CHU d'Angers**

Nathalie ACHARD

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans le concours de nombreuses personnes. Mes sincères remerciements s'adressent à :

- **Madame le Dr. Gwénaëlle SOST**, responsable du service gérontologie et de l'équipe mobile gériatrique au CHU de Rennes, pour son encadrement méthodologique, ses conseils, sa disponibilité et son regard attentif tout au long de l'élaboration de ce travail.
- **Monsieur le Pr. Olivier Beauchet**, responsable de l'unité de gérontologie clinique au CHU d'Angers, pour ses conseils et nos divers échanges sur les enjeux actuels et futurs des équipes mobiles gériatriques.
- **Madame le Dr. Raphaëlle Hureau**, responsable de l'équipe mobile gériatrique du CHU d'Angers, pour son éclairage et son accueil au sein de l'équipe.
- **L'ensemble des membres de l'équipe mobile gériatrique angevine**, pour m'avoir permis de les accompagner dans leurs diverses activités, pour leur accueil et leur bienveillance à mon égard.
- **Monsieur le Pr. Pascal Couturier**, responsable de l'unité mobile gériatrique du CHU de Grenoble, ainsi que les membres de son équipe, pour m'avoir donné l'occasion de les rencontrer et de me faire partager leur expérience.
- **Monsieur Lionel Pailhé**, Directeur adjoint aux affaires médicales au CHU d'Angers, pour son accompagnement tout au long de mon stage. Merci pour ton regard bienveillant de maître de stage qui facilite mon apprentissage du métier.
- **Messieurs Philippe Guinard**, Directeur des projets et de la contractualisation au CHU d'Angers, et **Monsieur Laurent Renaut**, Directeur des services d'information et de l'analyse de gestion, pour leur collaboration à ce travail.
- **L'ensemble de l'équipe de Direction du CHU d'Angers**, avec qui j'ai partagé de bons moments et qui ont tous contribué à ma formation. Merci à chacun de m'avoir fait partager votre conviction du métier.

- et **Stefan**, pour sa confiance et son soutien.

Sommaire

Introduction	1
1. <i>Le contexte de l'étude.....</i>	1
2. <i>Intérêt professionnel du sujet.....</i>	5
3. <i>Méthodologie de l'étude.....</i>	5
1 Les besoins spécifiques de la personne âgée fragile sont un défi à l'organisation hospitalière traditionnelle	7
1.1. Le vieillissement de la population à l'hôpital génère de nouveaux besoins	7
1.1.1. <i>La distinction entre vieillesse, fragilité et dépendance.....</i>	7
1.1.2. <i>Les personnes âgées à l'hôpital.....</i>	9
1.2. Les EMG : des entités hospitalières atypiques	13
1.2.1. <i>La gériatrie : discipline médicale transversale et globale.....</i>	13
1.2.2. <i>La reconnaissance d'un « label » atypique.....</i>	15
1.2.3. <i>Modalités de fonctionnement et besoin d'évaluation</i>	19
1.3. Les EMG, vecteur d'une approche du soin transversale et décloisonnée	21
1.3.1. <i>Essai de description de l'EMG par l'approche processus.....</i>	21
1.3.2. <i>Les missions intra-hospitalières des EMG.....</i>	22
1.3.3. <i>Les missions extra-hospitalières : de l'initiative à l'incitation</i>	24
2. Les indicateurs d'efficacité au service d'une double démarche de pilotage et de contrôle.....	27
2.1 Les enjeux de l'évaluation	27
2.1.1. <i>Plusieurs raisons justifient de mettre en place une démarche d'évaluation ..</i>	27
2.1.2. <i>Un décalage entre les attentes des différents acteurs du soin</i>	29
2.1.3. <i>Les attentes de la direction et des tutelles.....</i>	30
2.1.4. <i>La confrontation des attentes au regard de la définition de l'efficacité</i>	31

2.2	La mise en place des indicateurs : entre théorie et pragmatisme	35
2.2.1.	<i>L'approche du pilotage de la performance par le Balanced Score Card.....</i>	35
2.2.2.	<i>L'absence d'évaluation standardisée de l'efficacité au niveau national et les difficultés propres à l'évaluation.....</i>	37
2.2.3.	<i>Les indicateurs mis en place par l'EMG angevine.....</i>	38
2.3.	Les indicateurs manquants	42
2.3.1.	<i>Les indicateurs d'efficacité et la qualité du service rendu maîtrisables.....</i>	42
2.3.2.	<i>Les indicateurs pour lesquels la maîtrise est difficile.....</i>	43
3.	Réflexions autour des perspectives d'évolution des EMG.....	47
3.1	Le partage de l'information : un enjeu intra- et extra-hospitalier	47
3.1.1.	<i>Les enjeux de l'informatisation du dossier d'évaluation et de la création d'interfaces avec le futur dossier patient informatisé</i>	47
3.1.2.	<i>La stratégie angevine : l'évaluation par la comparaison grâce au partage d'outils entre EMG de la région Pays de la Loire</i>	48
3.2.	Le développement de l'activité extra-hospitalière : opportunités et défis	49
3.2.1.	<i>L'activité extra-hospitalière donne tout son sens à la vocation de coordination des EMG.....</i>	49
3.2.2.	<i>Les craintes du manque de visibilité dans le financement de l'activité extra..</i>	51
3.3	Anticiper un financement à l'activité ?	52
3.3.1.	<i>Reversement par les pôles.....</i>	52
3.3.2.	<i>Autres hypothèses de financement par l'activité</i>	53
	Conclusion	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAS	Activités Afférentes aux Soins
ARH	Agence régionale de l'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Comité Local d'Information et de Coodination
CMA	Comorbidité Majeure Associée
CMAS	Comorbidité Majeure Associée Sévère
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DDAS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPA	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe mobile gériatrique
ETP	Equivalent Temps Plein
GHM	Groupement Homogène de Malades
GHS	Groupement Homogène de Séjours
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMSI	Programme de Médicalisation es Systèmes d'Information
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIIPS	Soins Individualisés à Personne Soignée
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
T2A	Tarifcation à l'activité
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMG	Unité Mobile Gériatrique

Introduction

« Une vague démographique gériatrique s'annonce, concernant une population aux besoins en soins très particuliers, nous contraint à réorganiser nos hôpitaux dès maintenant : il en va de l'intérêt du patient gériatrique comme de l'intérêt financier de l'hôpital, heureusement convergents. »¹

1. Le contexte de l'étude

Le vieillissement de la population est à l'origine d'un accroissement de la demande de soins hospitaliers autant individuelle que collective. Il constitue un défi majeur pour notre organisation hospitalière actuelle qui accuse souvent un manque d'adéquation avec les besoins spécifiques des patients gériatriques. La récente mise en place des équipes mobiles gériatriques (EMG) manifeste la prise de conscience des pouvoirs publics face à cet enjeu démographique, et la volonté d'y répondre. Les EMG offrent une approche nouvelle et décloisonnée de la prise en charge des patients polypathologiques fragiles qui souffrent trop souvent des effets délétères de l'hospitalisation.

La création de nombreuses équipes mobiles dans les établissements hospitaliers français témoigne de l'importance de besoins jusque là mal perçus. En 2004, 96 équipes mobiles étaient recensées. On en compte 225 aujourd'hui. Portées par les gériatres, ces structures suscitent un intérêt récent chez les acteurs hospitaliers non gériatres et chez les directeurs d'établissements qui assistent à l'augmentation de l'âge moyen de la population hospitalisée. Même dans un centre hospitalier universitaire (CHU) comme celui d'Angers, la prise en charge des personnes âgées est une mission de proximité importante. Si le nombre de lits actifs (court séjour gériatrique et soins de suite) est faible par rapport à la population de 75 ans et plus hospitalisée, la prise en charge des patients âgés concerne la plupart des services de médecine et de chirurgie. Or, les patients dits « gériatriques » nécessitent une prise en charge spécifique qui fait souvent défaut à l'hôpital. Ces patients polypathologiques présentent en effet des facteurs de fragilité et d'instabilité du fait de l'intrication de plusieurs pathologies chroniques invalidantes. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë, mais le

¹ C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer et P. Vigouroux, Rapport « 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 », avril 2006

spécialiste d'organe qui le prendra en charge ne détectera pas, dans la majorité des cas, les autres pathologies sous-jacentes. Il en résulte un risque d'orientation inadéquate en service de spécialité et de réhospitalisations précoces à la sortie de l'hôpital.

Ces risques ont été perçus par les pouvoirs publics qui ont encouragé l'adaptation de l'offre de soins hospitalière, notamment après la canicule de l'été 2003 qui a accéléré la mise en place de mesures particulières en destination des personnes âgées hospitalisées. Le plan Urgences de septembre 2003 accentue le renforcement des compétences gériatriques pour aider à la mise en place de court séjour gériatrique et des équipes mobiles gériatriques. En 2004, l'Inspection Générale des Affaires Sociales inscrit le thème des équipes mobiles de gériatrie et des moyens d'évaluer leur efficacité dans son programme de travail annuel. Le plan Solidarité Grand Age présenté en juin 2006 souligne que la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement n'est pas assez organisée. La rupture entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale qui en découle entraîne une augmentation de la durée moyenne de séjour de la personne âgée, générant des effets délétères chez le patient âgé et des coûts supplémentaires pour l'hôpital. Le plan souligne aussi que la prise en charge gériatrique spécifique fait défaut à l'hôpital, alors que les personnes âgées représentent 70% des admissions aux urgences.

C'est surtout avec la circulaire du 28 mars 2007² que les équipes mobiles sont confortées dans leur mission d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients gériatriques à l'hôpital. Elles deviennent un maillon incontournable de la constitution des filières gériatriques intra-hospitalières, mais aussi extra-hospitalière, en intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques.

Une équipe mobile constitue une entité atypique dans l'organisation hospitalière. A la fois mobile et pluridisciplinaire, elle cherche à remédier au cloisonnement dû à la surspécialisation des services que la mise en place des pôles ne permet pas toujours d'éviter, surtout dans un CHU. L'EMG peut en effet intervenir à toutes les étapes du parcours du patient âgé, de l'admission aux urgences à la préparation du retour à domicile ou en institution. Véritable unité fonctionnelle, elle comprend au minimum un médecin, une infirmière d'évaluation, une assistante sociale et une secrétaire. L'équipe intervient sur signalement dans les services de spécialités ou d'urgences et assure une évaluation au lit du malade. Si elle formule des recommandations de prise en charge et d'orientation, elle n'assure pas directement de soins ou d'actes techniques. Elle constitue aussi une interface utile avec les structures en amont et en aval de l'hospitalisation, en apportant leur expertise

² Circulaire DHOS/02/07/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

médicale aux acteurs locaux (hôpitaux locaux, structures d'hébergement) pour les aider dans la gestion des situations de crises et réguler les hospitalisations.

Une équipe mobile gériatrique a été mise en place au CHU d'Angers en septembre 2007, avec pour missions centrales d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients gériatriques hospitalisés, et de participer à la structuration de la filière gériatrique sur le département du Maine et Loire. Ces missions s'inscrivent dans le Projet d'établissement 2006-2010 et dans le cadre plus global des orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) des Pays de la Loire qui consacre une partie spécifique à la problématique des personnes âgées.

La mise en place de l'EMG angevine s'est accompagnée d'une démarche d'évaluation de son activité et de son efficacité, c'est-à-dire de sa capacité à atteindre les objectifs fixés avec les moyens alloués. Si la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique propose des indicateurs de suivi annuel, ceux-ci mesurent l'activité de façon essentiellement quantitative : nombre d'évaluations réalisées, composition médicale et non médicale de l'équipe, pourcentage de réhospitalisations non programmées après la sortie du patient évalué par l'EMG. L'équipe angevine a souhaité disposer d'indicateurs plus précis, permettant de mesurer son efficacité auprès des patients, des services demandeurs et pour l'établissement. Or, l'évaluation de l'impact d'une EMG est délicate car elle ne correspond pas à une activité hospitalière classique : elle est mobile, pluridisciplinaire, et ne produit pas directement de soins. Par ailleurs, il est difficile d'évaluer son efficacité dans la mesure où son financement n'est pas directement connecté avec son activité. Elle est financée par une dotation mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ce qui ne la dispense pas de démarches en ce sens : ce mode de financement contractualisé prévoit une évaluation des missions de l'EMG au regard des missions qui lui sont confiées. Les tutelles sont fondées à contrôler le bon usage des fonds alloués.

Le thème de l'évaluation d'une EMG comme structure atypique et transversale fait l'objet d'un intérêt récent, mais encore peu étudié en France. Mon stage s'est déroulé au moment où l'EMG venait d'être mise en place, ce qui a été l'occasion de mener une réflexion autour des modalités d'évaluation et de la pertinence des indicateurs d'activité et d'efficacité.

L'objectif était de confronter les attentes des différents acteurs afin de concilier des logiques différentes mais complémentaires, tout en soulignant les limites existantes. En effet, la perception de l'efficacité est différente selon que les acteurs se situent du point de vue de la qualité des soins (soignants) ou du point de vue strictement médico-économique (administratifs). En outre, il s'agissait d'interroger la pertinence des indicateurs existants et

d'en proposer de nouveaux qui puissent satisfaire le double objectif de l'évaluation : le pilotage stratégique et le contrôle externe. Les outils de pilotage interne reposent sur des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs, comme l'évolution du nombre de signalements et le suivi des avis de l'EMG par les praticiens. Les indicateurs d'activité sont aussi utilisés à des fins de contrôle institutionnel par la direction de l'établissement qui désire mesurer l'impact de l'EMG sur la qualité de la prise en charge et sur l'organisation hospitalière en général. La question est de savoir si l'EMG apporte effectivement des bénéfices pour le patient et permet de fluidifier le parcours de soins. Enfin, l'évaluation intéresse l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui, par l'intermédiaire de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, contrôle le bon usage des crédits alloués ainsi que le service rendu.

Cette étude propose d'analyser tout d'abord le fonctionnement des EMG, notamment de l'équipe angevine, en soulignant leur caractère atypique dans l'organisation hospitalière, ainsi que leur hétérogénéité en fonction des contextes locaux. Il convient par ailleurs de préciser leurs missions ainsi que leur périmètre d'activité, car c'est en fonction de ces éléments que la démarche d'évaluation sera organisée (I).

L'évaluation de l'activité des EMG est justifiée par un besoin de pilotage mais aussi pour mesurer la qualité du service rendu et leur capacité à structurer la filière gériatrique hospitalière. La définition et la mise en place d'indicateurs pertinents qui répondent aux attentes de tous les acteurs est toutefois source de difficultés (II).

La montée en charge des équipes mobiles et la diversification de leur activité, notamment en extra-hospitalier suscitent de nombreux questionnements quant à la pérennisation de leurs moyens. Actuellement sous dotation MIGAC, de nombreux gériatres s'interrogent sur la probabilité de voir le financement des EMG basculer vers un mode de tarification à l'activité. Cette étude se propose d'envisager les différentes hypothèses de financement (III).

2. Intérêt professionnel du sujet

Le choix de ce sujet a été motivé par trois raisons qui intéressent le métier de Directeur d'hôpital.

D'une part, le développement des activités gériatriques relève de choix politiques stratégiques pour un établissement. Encore peu reconnue, la discipline gériatrique doit cependant interpeller les futurs dirigeants hospitaliers au regard des évolutions démographiques, et ce quelle que soit la taille de l'établissement. Cette étude a été l'occasion d'avoir des échanges très enrichissants avec des directeurs et de nombreux praticiens gériatres et non gériatres sur les perspectives d'évolution de la discipline, ainsi que sur les conséquences médico-économiques du choc démographique qui est en train de se produire.

Par ailleurs, l'étude de l'équipe mobile gériatrique permettait d'avoir une approche nouvelle et originale de l'organisation hospitalière, en soulignant les bénéfices mais aussi les difficultés à mener une action transversale et décloisonnée à l'hôpital. Ce sujet m'a conduit à faire des liens avec mon expérience de deux mois à l'hôpital universitaire de Maastricht en Hollande, sur le thème des soins palliatifs et notamment de leur équipe mobile (*palliative care consulting team*). Le choix d'un thème d'organisation médicale était l'occasion de mener une réflexion partagée avec des médecins et des directeurs. A l'heure de la nouvelle gouvernance et du partage des outils d'évaluation et de management entre acteurs médicaux et administratifs, il a été particulièrement intéressant d'observer comment un langage commun se met en place, et quelles sont les limites de ce langage commun.

Enfin, le choix d'un sujet touchant la qualité de la prise en charge des patients âgés revêt une dimension humaine et éthique forte, soulignant que le patient est au centre de l'organisation hospitalière.

3. Méthodologie de l'étude

Des entretiens préliminaires avec mon encadrant mémoire et le médecin responsable de l'unité de gérontologie clinique du CHU d'Angers m'ont permis de définir les enjeux et la problématique de l'étude dès le début du stage. Il a été convenu que j'accompagnerai régulièrement l'équipe mobile gériatrique angevine dans ses activités diverses : interventions aux urgences, évaluations dans les services cliniques, réunions pluridisciplinaires de synthèse et réunions de présentation dans un service de soin. J'ai aussi accompagné l'équipe lors de son déplacement dans un hôpital local, qui visait à poser les bases de la future convention de partenariat.

L'intérêt de ce sujet a porté sur son caractère transversal, engageant de très nombreux acteurs hospitaliers, les tutelles ainsi que les partenaires du réseau gériatrique départemental.

Des entretiens ont été menés auprès d'infirmières et de médecins de plusieurs services de médecine et de chirurgie, ainsi qu'au service d'accueil des urgences, d'après un guide d'entretien élaboré conjointement avec le médecin responsable de l'EMG angevine. L'exploitation anonymisée de ces entretiens a permis de recueillir et confronter les attentes des différents acteurs du soin, soulignant les divergences selon les spécialités.

D'autres entretiens ont été menés auprès de directeurs adjoints de plusieurs hôpitaux, afin de recueillir les attentes institutionnelles vis-à-vis des équipes mobiles. Ces entretiens ont conduit à valider ou questionner la pertinence de certains indicateurs, et de formuler les hypothèses finales quant au financement des EMG. La même démarche a été conduite auprès des représentants de l'ARH dans le Maine et Loire.

Un déplacement à Grenoble m'a permis de rencontrer les membres de l'équipe mobile gériatrique de Grenoble qui fait figure de pionnière dans le domaine de l'évaluation. J'ai pu observer leur mode de fonctionnement ainsi que les modalités de mise en œuvre d'une démarche d'évaluation.

Enfin, un travail bibliographique a permis de préparer ce mémoire et de l'enrichir au long de la rédaction, notamment pour les données épidémiologiques et réglementaires.

Cette étude n'a aucune vocation exhaustive puisque de nombreux choix ont été faits concernant le périmètre du mémoire, et que le nombre de personnes rencontrées est par conséquent trop limité pour conduire à la généralisation des propositions.

1 Les besoins spécifiques de la personne âgée fragile sont un défi à l'organisation hospitalière traditionnelle

Le vieillissement de la population est perçu par les praticiens et dirigeants hospitaliers comme un véritable défi pour la structure et l'organisation hospitalières. L'enjeu consiste à chercher des solutions pour adapter l'organisation actuelle afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées fragiles. Celles-ci subissent souvent les effets délétères de l'hospitalisation liés à la « iatrogénicité » imputable au seul dysfonctionnement des filières (syndrome d'immobilisation, escarres, infections nosocomiales, chutes...). Les équipes mobiles gériatriques et les filières gériatriques intra- et extra-hospitalières sont mises en place par un nombre croissant d'établissements afin de répondre à cette problématique.

1.1. Le vieillissement de la population à l'hôpital génère de nouveaux besoins

1.1.1. La distinction entre vieillesse, fragilité et dépendance

A) Vieillesse et compression des morbidités avec l'âge

Estimées actuellement à 800 000, les personnes dépendantes seraient 980 000 en 2020 et 1,2 millions en 2040, alors même que l'aide quotidienne apportée par l'entourage proche continuera à diminuer. L'effet combiné du vieillissement et de la compression des morbidités avec l'âge va inévitablement faire croître la fréquentation hospitalière des personnes âgées fragiles en perte d'autonomie ou dépendantes.

Une enquête santé de l'INSEE réalisée en 2004 montre en effet que le taux de morbidité augmente avec l'âge, et ce surtout après 65 ans. En moyenne, les personnes interrogées dans la tranche d'âge des 80 ans et plus déclarent 8 maladies. Mais il est encore difficile d'évaluer avec précision les conséquences sanitaires de la déformation de la pyramide des âges. Certaines affections chroniques, dont la prévalence augmente avec l'âge, vont se déclarer en grand nombre. En outre, grâce à l'efficacité temporaire des thérapeutiques mises en œuvre, ces affections revêtiront plus souvent des formes graves et généreront plus de complications, impliquant une charge de travail accrue pour les professionnels de santé, des suivis thérapeutiques prolongés et coûteux et des incapacités compromettant le maintien à domicile. Les maladies les plus fréquentes sont les maladies du système nerveux (maladie d'Alzheimer et maladie de Parkinson), la

cataracte et la dégénérescence maculaire, les cancers, les affections cardio-vasculaires, l'ostéoporose et l'arthrose, baisse de l'audition et troubles dépressifs³.

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

B) Le concept de fragilité

« Les hommes sont inégaux devant la vieillesse »⁴.

Le concept de dépendance attribué au seul vieillissement reste encore très ancré dans l'esprit de tous, y compris des médecins dits « d'organe ». Or, il n'y a pas de dépendance inéluctable liée à l'âge, il n'y a que des handicaps secondaires à des maladies chroniques dont le risque de survenue croît avec l'âge. Et pourtant, la plupart des médecins comme des responsables politiques continuent de confondre vieillesse et dépendance, alors que toutes les études sur les personnes âgées se présentant aux urgences montrent qu'un âge avancé n'est pas le meilleur critère de gravité à retenir.

C'est plutôt l'intrication de plusieurs pathologies et l'accumulation de facteurs de risques de décompensation de leurs capacités fonctionnelles altérées par l'âge qui créent la fragilité et doivent alerter. La notion de fragilité, bien connue des gériatres, définit le profil-type des patients âgés vulnérables devant faire l'objet d'une prise en charge toute particulière par des professionnels spécialisés. La personne âgée fragile est donc la cible pertinente de l'équipe mobile de gériatrie.

Le dossier de présentation de l'EMG angevine donne une définition précise du concept de fragilité : *« La fragilité peut se définir comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie de la personne âgée. Il s'agit d'un processus dynamique qui résulte, sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique et pathologique générant des déficiences infra-cliniques, d'une réduction des réserves physiologiques à l'origine d'un défaut d'adaptation au stress qu'il soit médical, physiologique ou social. »*

C) Des besoins sanitaires et médico-sociaux particuliers

³ Les troubles dépressifs sont souvent associés à des troubles cognitifs, ce qui explique la forte utilisation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées à domicile (40% des personnes âgées utilisent au moins un psychotrope) et plus encore en institution.

⁴ Dr A-C. Rousseau et J-P. Bastianelli, Rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales « les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », mai 2005

La fragilité, du fait de l'instabilité qu'elle induit et de ses conséquences multiples sur l'état sanitaire, psychologique et social de la personne âgée, requiert une prise en charge spécifique dite gériatrique. Les missions spécifiques d'une médecine gériatrique ont commencé à émerger dans les années 1970, avec la prise de conscience de cette spécificité des besoins et la nécessité d'adopter une approche globale de leurs problèmes de santé. La gériatrie a pour mission de démêler les intrications pathologiques complexes caractéristiques de la vieillesse, des premières atteintes fonctionnelles simplement liées à l'âge. La prise en charge gériatrique précoce permet d'intervenir avant que ces pathologies liées à l'âge ne retentissent les unes sur les autres et n'entraînent des décompensations irréversibles.

Pour l'hôpital, la notion de prise en charge globale implique de faire la liaison entre les services d'urgences, de court séjour, de soins de suite et réadaptation ou de soins de longue durée. Cette liaison est nécessaire pour assurer la continuité des soins à chacune des étapes de la prise en charge : soins aigus, réadaptation, réinsertion. C'est l'objectif recherché par la mise en place des filières gériatriques intra-hospitalières, qui impliquent aussi différentes composantes médicales, réadaptatives, psychologiques et sociales dépassant le seul champ sanitaire. Plusieurs acteurs sont concernés : médecins, soignants, réadaptateurs et travailleurs sociaux, illustrant la multidisciplinarité de l'action gériatrique.

1.1.2. Les personnes âgées à l'hôpital

« Derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est qu'aujourd'hui, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital. »⁵

A) L'évolution des plateaux techniques hospitaliers

Le plateau technique hospitalier a évolué, dans les grands hôpitaux, vers la spécialisation d'organe où le patient âgé polypathologique apparaît maintenant comme un patient inadéquat⁶, dont la complexité de la prise en charge est un frein à une acceptation optimale. Si les services cliniques de spécialités traitent avec succès certaines maladies chroniques courantes chez les personnes âgées (insuffisances cardiaque, respiratoire ou rénale, diabète,...), les comorbidités et les facteurs de risques de décompensation (dénutrition, démence, ...) y sont mal détectés. Plus de la moitié des démences touchant

⁵ Rapport « Un programme pour la gériatrie », op. précité

⁶ P. Couturier, « Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives » in La revue de Gériatrie, Tome 29, novembre 2004.

des personnes de plus de 75 ans hospitalisées pour des pathologies aiguës ne seraient pas détectées⁷.

Pour bon nombre de praticiens hospitaliers, le patient polypathologique ou fragile est considéré comme relevant de la spécialité gériatrique, et devrait intégrer préférentiellement le secteur de médecine gériatrique ou de médecine interne à orientation gériatrique. Cela est surtout vrai dans les grands centres hospitaliers et particulièrement les CHU où l'on observe une tendance croissante à la surspécialisation des services et au développement de l'ambulatoire. Le problème se pose moins dans les hôpitaux de taille moyenne où la population âgée est prise en charge dans des unités de médecine polyvalente ou gériatrique, ainsi que dans quelques spécialités comme la pneumologie ou la gastro-entérologie.

B) Les urgences, porte d'entrée de l'hôpital pour les personnes âgées

Le manque d'adéquation de l'offre de soins hospitalière aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles concerne particulièrement les services d'accueil des urgences (SAU) comme porte d'entrée de l'hôpital. La ventilation dans les services d'aval peut se faire de manière inadéquate vers des services de spécialités médicales d'organes non « compétents », voire vers des services de chirurgie. Seuls 10% des personnes de plus de 75 ans admises aux urgences trouvent un lit dans les services ou unités de gériatrie aigue ouverts dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux, les autres étant répartis dans les divers services de spécialités d'organe ou encore en attente de lits porte. A Grenoble par exemple, on compte en permanence de vingt à vingt-cinq patients polypathologiques hébergés dans des services de chirurgie faute de place dans d'autres services plus adaptés.

Il faut souligner qu'on estime à 85% le nombre des patients de plus de 75 ans amenés aux urgences posant un réel problème médical. Le motif purement social d'admission aux urgences est en fait peu fréquent, contrairement au discours classique sur « les vieux qu'on envoie aux urgences pour placement ». Mais les symptômes d'entrée sont souvent imprécis et peu évocateurs d'une pathologie d'organe précise : altération de l'état général, malaise, confusion mentale et désorientation, chutes répétées... La vulnérabilité des grandes fonctions d'un organisme âgé peut conduire à des phénomènes en cascades et à un syndrome de « glissement rapide » du seul fait d'une affection aigue, peu sévère en elle-même. Si ces problèmes étaient détectés plus en amont, beaucoup de personnes âgées qui passent par les urgences pourraient

⁷ Etude PAQUID (Personnes Agées QUID ?), étude épidémiologique de l'INSERM sur le vieillissement cérébral et fonctionnel des plus de 65 ans menée en milieu communautaire en 2004

bénéficiaire d'une admission directe dans un service de court séjour gériatrique ou des services de médecine, sans passer par les urgences.

Pour le Pr. Pascal Couturier, responsable de l'Unité Mobile Gériatrique (UMG) du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, le nombre de personnes âgées fragiles avec un risque de perte d'autonomie et de mortalité accrue par iatrogénie, soins techniques inadéquats ou due au seul dysfonctionnement des filières, doit devenir un sujet de préoccupation important dans un contexte hospitalier difficile (densité de soins, fermeture de lits, âgisme latent...).

C) Le grand âge, générateur de coûts à l'hôpital?

« En gériatrie, la non-qualité coûte plus cher que la qualité »⁸

a) Le coût de la prise en charge

Prendre en charge une personne âgée fragile ou handicapée entraîne une charge de travail supplémentaire pour des équipes soignantes confrontées à une rotation accrue des patients. D'une part, un patient gériatrique est trop souvent perçu comme « embolisant » le service faute de place d'aval au moment où, tarification à l'activité oblige, la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles.

Par ailleurs, bon nombre de soignants interrogés reconnaissent les limites de leurs compétences gériatriques, surtout dans des services de spécialités chirurgicales. Les soignants s'avouent vite désarmés face à un patient âgé polypathologique. Le sentiment général est que les tâches supplémentaires bien réelles ne sont actuellement pas valorisées et ne permettent pas de renforcer les équipes.

Le CHU d'Angers s'est engagé dans une réflexion à ce propos en se portant candidat à un appel à projet lancé en 2008 par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'objectif est de développer une méthodologie pertinente pour mesurer la charge de travail dans les soins par des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, afin de valoriser cette charge pour l'intégrer dans les tarifs des séjours. La philosophie repose sur le basculement d'une logique de ventilation des coûts de personnel par jour à une logique de ventilation en fonction de l'intensité des soins réels. Le CHU d'Angers mène à ce titre un projet de cotation permanente des soins individualisés à personne soignée (SIPS) et activités afférentes aux soins (AAS) via les dossiers de soins infirmier. C'est en réalité un audit qui mesure à la fois le temps, l'intensité, la nature et la typologie des soins. Cette étude est particulièrement pertinente pour les activités de gériatrie où la charge de travail dans les soins, notamment relationnels, est importante.

Cependant, pour les gériatres interrogés, la gériatrie peut être une discipline « rentable » pour l'hôpital. Le coût de la prise en charge se compose essentiellement des charges en personnel. Les charges de produits pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux) sont plus faibles que dans d'autres services de chirurgie ou de médecine. Par ailleurs, un patient gériatrique est, par définition, un patient « lourd » avec des complications qui sont prises en compte dans les tarifs des actes gériatriques via le codage des comorbidités associées comme le diabète ou la dénutrition. Par ailleurs, les tarifs tiennent compte du critère d'âge des patients qui génère une comorbidité majeure associée (CMA) pour les patients de plus de 69 ans. En effet, une grande majorité de groupes homogènes de malades (GHM) est déclinée en plusieurs groupes homogènes de séjours (GHS) de sévérité et de tarif croissants. L'écart de tarif entre deux GHS de sévérité différente est en moyenne de 30%.

b) le coût de l'inadéquation des besoins à l'offre de soins

Le grand âge et la fragilité des personnes âgées constituent des défis majeurs pour l'organisation hospitalière. Le manque de fluidité du parcours de soins des patients âgés est source d'inquiétude à double titre :

- de la part des responsables des services, soucieux de voir la durée moyenne de séjour majorée par la présence de patients dont le motif d'hospitalisation relève effectivement de leur spécialité, mais qui peuvent attendre parfois longtemps une solution d'aval ;
- de la part des gériatres qui déplorent les conséquences délétères d'une hospitalisation prolongée par absence de programmation de la sortie et les effets « induits » de l'hôpital sur les patients fragiles comme une dégradation rapide après hospitalisation, syndrome d'immobilisation, escarres, infections nosocomiales, chutes, troubles psycho-comportementaux. En outre, les sorties mal préparées peuvent être pour la plupart à l'origine de réhospitalisations précoces et de surcoûts pour l'hôpital.

Face à cette problématique, des équipes mobiles gériatriques ont été créées afin d'apporter un complément d'expertise aux praticiens non gériatres, de détecter les personnes âgées fragiles et de proposer des solutions d'orientation. Les EMG illustrent la prise de conscience des besoins d'adaptation de la structure hospitalière, en développant des activités transversales au sein des services d'organes et une mutualisation des compétences médicales, paramédicales et sociales. Alors que le nombre de ces équipes ne cesse de croître, il convient de s'interroger sur l'efficacité de leur action et dans quelle

⁸ Pr R. Moulias « le métier de gériatre » - Le livre blanc de la gériatrie française – Gériatrie 2004.

mesure elles constituent une réponse au problème de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, problème qui va de plus en plus se poser dans les années à venir.

1.2. Les EMG : des entités hospitalières atypiques

1.2.1. La gériatrie : discipline médicale transversale et globale

A) Interdisciplinarité et pluridisciplinarité de la gériatrie

Si l'on devait faire la distinction entre la gériatrie et la gérontologie, elle pourrait être la suivante : la gériatrie correspond à la médecine de l'humain vieillissant et âgé, alors que la gérontologie repose sur une approche multidisciplinaire qui regroupe l'ensemble des disciplines et sciences médicales, biologiques ou humaines traitant du vieillissement.

Il existe actuellement un débat autour de l'appellation des services et unités mobiles selon qu'elles sont « gériatriques » ou « gérontologiques ». Au-delà de ce débat, l'approche gériatrique de la personne âgée à l'hôpital se veut avant tout transversale et globale, à la fois interdisciplinaire et pluridisciplinaire.

a) L'interdisciplinarité

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

b) La pluridisciplinarité

Elle s'impose tout autant car la perte transitoire d'autonomie est fréquente et rapide chez un patient âgé fragile. Dès les premiers jours d'hospitalisation, les pratiques de réadaptation précoce et la mobilisation de compétences et d'acteurs aux formations complémentaires (médecins, personnels paramédicaux hospitaliers et libéraux, kinési- et ergothérapeutes, assistants sociaux...) permettent de prévenir les complications⁹. Par ailleurs, l'évaluation des aspects non médicaux de la vie du patient âgée entrent en

⁹ La mission de l'IGAS précitée a noté, dans son rapport, la survenue en moins de trois jours d'escarres assez importantes chez les personnes âgées hospitalisées aux urgences en attente de lit dans un service de médecine.

compte dans la décision de sortie : l'évaluation de ces éléments et le croisement des informations issues de diverses pratiques professionnelles permettra de préparer la sortie du patient (retour à domicile, aides professionnelles, adaptation de l'habitation, hébergement en institution, ...).

Les équipes mobiles de gériatrie, par leur composition pluridisciplinaire et leur fonctionnement décloisonné soulignent la nécessité d'une approche transversale de la personne âgée. Cette entité hospitalière atypique se situe à la frontière du sanitaire et du médico-psycho-social, ce qui entraîne parfois un manque de reconnaissance vis-à-vis des pairs et de la communauté médicale.

B) La difficile reconnaissance par les pairs et les administrations

Longtemps ignorée, la compétence spécifique des gériatres tend lentement à être admise, paradoxalement par les praticiens qui l'ont le plus contestée au départ : les spécialistes d'organes. L'accroissement du nombre de personnes âgées hospitalisées bouleverse effectivement l'organisation des services. La prise en charge spécifique de ces patients fragiles est chronophage pour les équipes et nécessite des soins infirmier et de nursing plus importants. Du point de vue de certains médecins spécialistes, ces personnes âgées sont parfois considérées comme des « *bed blockers* » ou encore des « *médicalement sortant mais physiquement présents* ». La seule solution la plus souvent citée est le mouvement de ces patients vers les services de gériatrie dès que les soins aigus techniques ont été prodigués. Le problème le plus souvent évoqué est le manque de lits d'aval. Ce constat, tiré de la littérature, a été confirmé lors des entretiens menés dans le cadre de cette étude. Les spécialistes d'organe considèrent que, outre le suivi médical, l'ensemble des problèmes médico-sociaux n'est pas de leur ressort mais bien de celui des gériatres. Discipline médicale, la gériatrie souffre néanmoins de sa position d'interface entre le sanitaire et le médico-social.

Dans leur étude, les rapporteurs de l'IGAS ont constaté que, bien souvent, la revalorisation de la fonction gériatrique au sein de l'hôpital et plus particulièrement dans le cas de gros établissements est portée bien plus par les autorités de régulation qui répondent aux injonctions nationales de la politique hospitalière, que par la communauté médicale.

Quant aux directeurs d'hôpital, ils apparaissent, selon les sites, partagés entre une préoccupation de course à la technicité en vue de l'amélioration de la performance et un souci de répondre à leur mission de service public. Mais peu à peu, cependant, les directeurs d'établissements semblent intégrer l'intérêt de la démarche des gériatres vers une gériatrie moderne tout aussi humaniste mais davantage tournée vers la prévention

des situations de crise, et l'évaluation des risques d'incapacité en vue d'une orientation mieux adaptée.

Ces conflits de culture, particulièrement entre pairs, persistent encore mais semblent s'amender lentement avec l'intervention et la reconnaissance de la valeur ajoutée des équipes mobiles gériatrie. L'observation du fonctionnement de l'EMG angevine ainsi que les entretiens menés auprès de médecins et infirmiers de services médicaux et chirurgicaux vont dans ce sens. Certains spécialistes notamment prennent conscience des limites de leurs compétences, de la possibilité de travailler autrement, ainsi que des avantages pour les patients et les équipes soignantes d'une collaboration multidisciplinaire.

C) Les bénéfices de l'approche gériatrique

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est une méthode d'évaluation de la personne âgée largement utilisée par les gériatres. Elle comporte plusieurs outils d'évaluation validés internationalement. Ces outils servent à l'évaluation de la dépendance (grille des activités de base de la vie quotidienne), les troubles cognitifs (grille Mini Mental Status), l'état nutritionnel (Mini Nutritional Assessment), et la dépression (grille Geriatric Depression Scale). Ils ont fait la preuve de leur efficacité au travers de différentes publications américaines et européennes¹⁰ en termes de réduction de la mortalité des patients âgés hospitalisés (14%), réduction des réhospitalisations (12%) mais surtout amélioration des fonctions cognitives (41%) et du statut fonctionnel (72%). L'un des principaux objectifs de l'EGS est donc de structurer la prise en charge au-delà de la sortie et de devancer les complications par l'identification des facteurs de risques et la mise en œuvre de mesures de prévention de la perte d'autonomie.

Les quelques études françaises relatives aux bénéfices à la fois individuels et économiques d'une prise en charge spécifique et surtout des admissions directes en unités de court séjour gériatrique sont cependant encore rares et méritent d'être encouragées.

1.2.2. La reconnaissance d'un « label » atypique

A) Les références juridiques

¹⁰ Stuck AE, Siu AL, Wiedland GD, Adams J, Rubenstein LZ, Comprehensive geriatric assessment : a meta analysis of controlled trials, Lancet 1993.

a) *Le « label EMG » correspond à un cahier des charges précis*

La plupart des 225 EMG recensées en 2008 s'est constituée en application de la circulaire du 18 mars 2002 du Ministère de la Santé relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. D'après la circulaire, les EMG sont chargées de « *dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences* ». Elle est complétée par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

L'annexe III de la circulaire de 2002 constitue le cahier des charges des EMG.

- Les équipes doivent être constituées de professionnels ayant une expérience incontestable dans le domaine de la prise en charge médicale et médico-sociale des personnes âgées fragiles. Une équipe se compose « *au minimum d'un gériatre, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) assistant(e) social(e), et d'un secrétariat accessible à tout moment* ». La circulaire de 2007 ajoute « *du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien, [...] à moduler selon la taille de l'établissement.* »
- Par ailleurs, l'EMG « *est installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique* ».

L'EMG d'Angers correspond à tous ces critères. Elle est une véritable équipe pluridisciplinaire composée de 1,5 équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier, 0,5 ETP de cadre de santé, de 3 infirmières soit 2 ETP, de 1 ETP d'assistante sociale et de 1 ETP de secrétaire. Elle est par ailleurs en lien avec le service de soins aigus gériatriques du CHU.

Différentes enquêtes montrent cependant que certaines équipes mobiles déclarées comme telles ne remplissent pas ce cahier des charges¹¹. Le Pr. Couturier relevé que 30% des EMG ont été créées dans des établissements sans court séjour gériatrique. Il distingue par ailleurs les équipes mobiles des « antennes », qui seraient plus une émanation d'un court séjour gériatrique ou de soins de suites que de vraies équipes autonomes, et qui interviendraient pour des orientations ciblées vers les services gériatriques de rattachement. Ces remarques autorisent à poser la question suivante : toutes les équipes déclarées le sont-elles vraiment ?

b) *Les missions des EMG et les indicateurs de suivi annuel*

L'annexe 3 de la circulaire de 2002 détaille les missions spécifiques des équipes mobiles:

- conseil, information et formation des équipes soignantes ;

¹¹ Enquêtes menées dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) coordonné par le Pr Blanchard, ainsi que travaux de l'IGAS précités

- évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge des situations complexes ;
- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;
- orientation à la sortie d'hospitalisation ;
- participation à l'organisation de la sortie ;
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

La circulaire de 2007 élargit considérablement le champ d'intervention des EMG : « *il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée* ». Par ailleurs, et « *en fonction du contexte local* », il est « *souhaitable que l'EMG assure des consultations avancées dans des hôpitaux locaux* », et « *intervienne dans un cadre expérimental au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* ».

Ce point fera l'objet d'un développement ultérieur, dans la mesure où l'activité extra-hospitalière soulève des problématiques particulières qui concernent l'équipe mobile angevine à qui l'ARH des Pays de la Loire a demandé qu'elle tisse en 2008 des partenariats avec les hôpitaux locaux de son territoire de proximité.

C'est à la lumière de ces différents objectifs notamment que l'activité et l'efficacité des EMG seront évaluées. La circulaire de 2007 propose d'ores et déjà des indicateurs de suivi annuel : nombre d'évaluations réalisées, pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'EMG, composition de l'équipe médicale et non médicale en équivalent temps plein. La mise en place et la pertinence de ces indicateurs fait l'objet de la seconde partie de cette étude.

B) Des entités atypiques dans la nomenclature hospitalière

Les caractéristiques des équipes mobiles gériatriques en font des entités atypiques dans le milieu hospitalier, à la suite des équipes mobiles d'accompagnement de soins palliatifs avec lesquelles de nombreux rapprochements peuvent être faits.

a) *Autonomes et mobiles*

Tout en étant rattachées administrativement à un service de court séjour gériatrique qui a une activité d'évaluation, elles sont pluridisciplinaires et autonomes financièrement.

Elles sont aussi mobiles, c'est-à-dire qu'elles se déplacent au chevet du patient sur signalement des services de soins qui adressent leur demande explicite. Les équipes peuvent se déplacer dans tous les services de soins qui en font la demande, ainsi qu'aux urgences, pour apporter des informations, réaliser une consultation ou une évaluation gériatrique. La population cible reste les personnes âgées fragiles de plus de 75 ans. Selon les cas, l'équipe réalise une consultation avancée (le médecin est seul), ou une évaluation d'après les grilles de l'évaluation gériatrique standardisée (médecin, infirmière et assistante sociale).

b) Compétences de conseil

L'activité de l'équipe mobile demeure une activité de conseil et non de soins : elle ne se substitue pas aux équipes soignantes qui ont en charge le malade dans les services. Elle n'assure ni les soins, ni la prescription des thérapeutiques. Les conseils sont proposés sous forme d'avis consignés dans le dossier médical ou de soins, et ne seront appliqués qu'après validation par les praticiens qui conservent la responsabilité des patients. De même, l'équipe mobile n'effectue pas les démarches médico-administratives de transfert vers les unités de soins de suite ou le placement en institution, mais contribue seulement à faciliter les démarches par ses conseils et sa connaissance du milieu médico-social.

c) Le dossier d'évaluation

L'équipe constitue pour chaque patient un dossier d'évaluation qui lui est spécifique et comprend les éléments médico-sociaux de l'évaluation gériatrique standardisée. Cette évaluation conduit à la rédaction d'un courrier normalisé permettant de proposer un projet de soins immédiat (avis et conseils en soins gériatriques), un projet de réadaptation ou d'orientation, adressé au médecin du service hôte et au médecin traitant. Il faut souligner à ce propos l'importance de l'articulation du dossier d'évaluation avec le dossier médical et infirmier du patient. Certaines personnes interrogées ont signalé le risque d'accroître la segmentation de la prise en charge par l'ajout d'un volet de spécialité supplémentaire, ce qui serait l'effet inverse de ce que l'équipe mobile cherche à développer : une prise en charge globale et pluridisciplinaire articulée avec les soins aigus dispensés dans les services. L'accessibilité et le suivi du dossier d'évaluation constituent des points sensibles qu'une EMG doit s'attacher à renforcer.

C) Un financement forfaitaire et contractualisé

Le financement des équipes mobiles « officiellement reconnues »¹² est assuré par les ARH, par les enveloppes de soutien aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), à raison d'un forfait de 350 000 € pour une équipe répondant au cahier des charges de la circulaire : un médecin, une infirmière, une secrétaire, une assistante sociale, un bureau. Chaque établissement négocie l'enveloppe forfaitaire avec l'ARH en fonction des missions spécifiques qui seront confiées aux EMG, et des priorités de politique de santé publique dans la région. Pour la région Pays de la Loire, la mise en place d'une équipe mobile au CHU d'Angers répond au double objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés, et de participer à la constitution de la filière gériatrique intra- et extra-hospitalière.

Le financement des EMG relève de financements publics, au nom d'une mission d'intérêt général. Si la pérennité de ce financement ne fait pas de doute à moyen terme, la négociation du montant de l'enveloppe « EMG » au sein de l'ensemble des MIG dépendra de leur capacité à démontrer leur efficacité en terme de santé publique¹³.

1.2.3. Modalités de fonctionnement et besoin d'évaluation

A) Le fonctionnement des EMG

Les missions de l'équipe mobile d'Angers sont organisées en plusieurs domaines d'activité, selon un schéma classique. L'évaluation gériatrique demande un travail à la fois nominatif (évaluation au lit du patient), et non nominatif (préparation de l'évaluation, téléphone). L'équipe intervient sur demande d'un service qui adresse une fiche de demande d'intervention. Le signalement est le plus souvent partagé entre les médecins, les cadres de santé et les infirmiers qui prennent en charge un patient. Les demandes sont analysées tous les jours par l'équipe mobile lors d'une réunion pluridisciplinaire en fin de matinée. Les interventions se font le plus souvent dans les 48h après le signalement. Les activités de l'EMG recourent aussi des actions de formation et de coordination du réseau, ainsi qu'une importante activité de conseils téléphoniques.

Les interventions au lit du patient sous forme de conseil, consultation avancée ou évaluation complète, se basent essentiellement sur les outils méthodologiques de l'évaluation gériatrique standardisée. Toutes ces interventions donnent lieu à la rédaction d'un rapport de synthèse consigné dans le dossier patient.

¹² Fiche MIG : « Equipes mobiles de gériatrie » du guide méthodologique pour la contractualisation sur les MIGAC élaboré par la mission T2A et les sous-directions concernées de la DHOS, version de juin 2008

¹³ Rapport 2005 de l'IGAS, précité

L'EMG d'Angers a rédigé une charte de fonctionnement avec les services de soins pour définir les modalités d'intervention et les supports d'information (fiche de demande d'intervention, fiche de satisfaction).

B) Repérer les patients âgés fragiles dès leur entrée aux urgences

L'intervention des EMG aux urgences est avant tout la conséquence de la canicule de 2003. Le mauvais état général des patients âgés qui arrivaient aux urgences et la quasi-inexistence de courts séjours gériatriques dans les hôpitaux a fait prendre conscience de la nécessité d'adapter l'offre de soins d'urgences aux problématiques propres des personnes âgées fragiles.

Mais au-delà de cette cause conjoncturelle, l'étude de la filière des urgences est essentielle car elle représente une des modalités courantes d'entrée à l'hôpital des personnes âgées les plus fragiles. L'EMG intervient à des fins de repérage : elle détecte les personnes âgées de plus de 75 ans présentant des facteurs de fragilité afin de les évaluer et de les orienter au mieux dans les filières d'aval intra- ou extra-hospitalières. Le plus souvent, une convention élaborée conjointement avec le service des urgences précise les objectifs et les modalités de l'intervention de l'EMG aux urgences. A Angers, une première évaluation des besoins exprimée par les urgentistes a permis d'identifier deux principaux problèmes:

- les difficultés d'hospitalisation dans les différents services, malgré une orientation appropriée dans la filière de soins du CHU par le médecin urgentiste;
- les motifs d'admission aux urgences ne relèvent pas toujours d'une prise en charge médicale aiguë mais d'une évaluation gériatrique globale.

Il a été décidé que l'intervention de l'EMG interviendrait uniquement auprès des patients présents dans les lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et en attente de placement dans un service du CHU, ou ne relevant pas de soins aigus et qui seront orientées vers le domicile. La compétence des médecins des urgences ne justifie pas la présence de l'EMG dans les boxes. L'équipe se rend tous les matins aux urgences et voit en moyenne 1 à 2 personnes par matinée. Le dépistage des critères de fragilité au tout début du séjour permet de mener des actions anticipatrices positives dans la gestion hospitalière ultérieure des patients, ou dans leur orientation dans la filière gériatrique.

Pour le Pr. Couturier, l'intervention régulière et contractuelle d'une EMG est préférable à la création d'un poste de gériatre à temps plein aux urgences. L'activité d'urgentiste prendrait vite le pas sur celle de gériatre. L'intervention d'une équipe mobile aux urgences permet aussi d'avoir un regard externe sur l'évolution de l'activité, assurant une mission de veille et d'alerte.

C) Le suivi des évaluations

A Angers, dans le cas où un suivi gériatologique du patient s'avère souhaitable et est accepté par le patient et sa famille, l'EMG le mentionne dans le dossier du patient. Elle s'astreint alors à donner une convocation de consultation ou d'hospitalisation selon la situation et dans les meilleurs délais. A Grenoble, un suivi des patients est réalisé à 8 jours, 1 mois et 3 mois. Ces différences soulignent qu'il n'existe pas de fonctionnement standardisé. Chaque équipe fait des choix en fonction de ses moyens humains et logistiques, de sa marge de manœuvre et de sa stratégie de développement.

1.3. Les EMG, vecteur d'une approche du soin transversale et décloisonnée

1.3.1. Essai de description de l'EMG par l'approche processus

En tant qu'unités transversales et pluridisciplinaires, les EMG permettent de mieux gérer le parcours hospitalier d'une personne âgée fragile en créant du lien intra-hospitalier (lien entre les services d'urgences, le court séjour gériatrique et les services de spécialité), et du lien extra-hospitalier en amont et en aval de l'hospitalisation (avec les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, les hôpitaux locaux et l'ensemble de la filière gériatrique).

De ce point de vue, on pourrait décrire l'action d'une EMG selon une approche par processus, qui décrit un mode d'organisation et de management dans le monde de l'entreprise. Selon la norme AFNOR de juin 2000, « *l'approche processus consiste à décrire de façon méthodique une organisation ou un ensemble d'activités en processus, de façon à organiser sa contribution à la satisfaction des clients* ». Ainsi, la production d'un produit¹⁴ est un processus faisant intervenir différentes entités d'une organisation. On retiendra de cette approche son caractère transversal faisant intervenir plusieurs fonctions, métiers, services de l'organisation, et son orientation clients.

Cette approche, issue du monde de l'entreprise, trouve sa pertinence à l'hôpital dans des entités transversales comme les équipes mobiles gériatrie, qui se caractérisent par :

- La recherche de l'amélioration de la qualité des soins à toutes les étapes de la prise en charge grâce à l'« effet structure » intra-hospitalier: « *le bon patient, dans le bon service au bon moment* ».

¹⁴ Produit ou service au sens "production d'un résultat"

- L'optimisation de la trajectoire du patient, grâce à un « effet régulation » avec les partenaires en amont et en aval de l'hospitalisation.

Cette réflexion est le prolongement mon expérience à l'hôpital universitaire de Maastricht, et l'observation d'un mode de gouvernance atypique organisé d'après une approche par processus de l'offre de soins. Une réforme introduite dès 2004 a inversé le modèle de soins dans l'organisation hospitalière, afin de passer de l'ancienne logique orientée sur les services (c'est le patient qui s'adapte) à une logique tournée vers le patient (ce sont les professionnels de santé qui se déplacent vers le patient). La philosophie de cette réforme est de garantir au patient la meilleure réponse à ses besoins aux différentes étapes de sa prise en charge, de son entrée à sa sortie, grâce à une approche multidisciplinaire du soin. Les praticiens sont invités à prendre en considération le parcours global du patient, à développer les contacts entre eux afin de décloisonner la prise en charge et d'éviter des redondances (examens, investigations, etc) néfastes pour le patient et génératrices de coûts. Les circuits patients, modélisés dans des protocoles de prise en charge selon les pathologies, constituent désormais le centre de la nouvelle matrice organisationnelle. L'organigramme de l'établissement est passé d'un modèle statique à un modèle dynamique : il ne présente pas les structures (services de soins, départements médicaux), mais les trajectoires des patients par grand profil de patients, et par étapes de prise en charge. Il est intéressant de faire un rapprochement entre cette approche innovante de l'organisation hospitalière avec le positionnement mobile et pluridisciplinaire de l'équipe mobile gériatrique.

1.3.2. Les missions intra-hospitalières des EMG

A) Améliorer la qualité de la prise en charge et du service rendu

La mission centrale des EMG est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés pendant leur séjour à l'hôpital. Cette mission apparaît clairement dans les textes constitutifs des EMG, et repose sur le savoir faire et l'expertise du gériatre et de l'infirmière appelés à dispenser des avis sur des situations cliniques le plus souvent complexes. Ils cherchent à remédier aux effets délétères de l'hospitalisation sur les personnes âgées fragiles (escarres, infections nosocomiales, altération rapide de l'état général du patient...). Ainsi, les bénéfices de l'intervention de l'EMG peuvent être observés dès l'hospitalisation. Selon l'étude américaine précitée¹⁵, le gain pour l'individu

¹⁵ Stuck AE, Siu AL, Wiedland GD, Adams J, Rubenstein LZ, Comprehensive geriatric assessment : a meta analysis of controlled trials, Lancet 1993, op. précité

âgé pris en charge est réel: diminution des morbidités, recul de la mortalité et préservation de l'autonomie.

La présence des équipes de gériatrie dans les spécialités d'organes est aussi l'occasion de partager les expériences, de former aux soins et techniques en gériatrie et de responsabiliser les professionnels de santé en charge des personnes âgées dans les services de soins.

B) Le rôle structurant des EMG dans l'offre de soins

Si le gain pour l'individu âgé est indiscutable, le caractère communicant et structurant des EMG constitue pour l'établissement un gain fonctionnel¹⁶ non négligeable mais rarement étudié et donc difficilement mesurable. Cette mission se situe à deux niveaux :

a) Structurer l'offre de soins intra-hospitalière: "l'effet structure" des EMG

L'EMG est un élément de structuration et d'articulation entre les services: elle crée du lien et constitue ce que l'on pourrait nommer des "réseaux intra-hospitaliers". L'optimisation des filières de prise en charge intra-hospitalière constitue une garantie de la qualité des soins pour les plus âgés qui paient un lourd tribut lié à la iatrogénicité imputable au seul dysfonctionnement des filières et de la rupture dans la continuité des soins. L'effet structure est le prolongement de l'approche par processus : en intervenant aux différentes étapes de la prise en charge, l'EMG contribue à la meilleure articulation des services entre eux et à donner de la cohérence à la trajectoire du patient.

b) Coordonner l'offre de soins intra- et extra-hospitalière: "l'effet régulation" des EMG

Les EMG constituent une interface entre la ville et l'hôpital, à la frontière du sanitaire et du médico-psycho-social. Par leur approche transversale et leur connaissance de la filière gériatrique, elles contribuent à décloisonner et à coordonner l'offre de soins entre l'intra- et l'extra hospitalier pour fluidifier le parcours du patient. Elles jouent un rôle structurant pour l'entrée (prévention des réhospitalisations) et la sortie de l'hospitalisation (orientation adéquate vers une institution, adaptation du logement). Cela suppose certains pré-requis :

- En aval de l'hospitalisation, l'EMG doit pouvoir compter sur l'existence d'une filière gérontologique complète avec court séjour, soins de suite et soins de longue durée, CLIC, structures de soins à domicile et institutions d'hébergement.

¹⁶ P. Couturier, S. Fachler-Buatois, AM.. Argentier, ML. Villard, S. Moine, A. Rolin, A. Franco, Place et rôle des unités mobiles de gérontologie dans la prise en charge des patients âgés fragiles et hospitalisés, Article paru dans « l'année gérontologique » 2002

- En amont, la régulation des hospitalisations n'est réalisable qu'en partenariat avec les structures qui adressent les patients âgés. L'équipe mobile d'Angers travaille particulièrement avec les hôpitaux locaux du territoire de proximité en ce sens. Ce point sera développé ultérieurement.

L'effet régulation n'est possible qu'en sortant de l'enceinte de l'hôpital. L'activité extra-hospitalière des EMG se développe de plus en plus, avec de nombreux avantages, mais aussi des limites.

1.3.3. Les missions extra-hospitalières : de l'initiative à l'incitation

Les premières expériences extra-hospitalières sont le fruit d'initiatives de certaines équipes alors même que la circulaire de 2002 ne précisait rien. Ces EMG ont ressenti les limites importantes de l'intérêt de leur travail en restant repliées sur l'hôpital. Deux constats ont motivé leur externalisation :

- l'insuffisance de prévention des situations de crise en amont, donc au niveau du domicile et des médecins libéraux (absence de régulation)
- les difficultés à trouver des solutions d'aval (manque de structures).

L'activité extra-hospitalière fait maintenant l'objet d'incitation de la part des autorités de tutelle. La circulaire du 28 mars 2007 recommande l'externalisation des EMG « en fonction du contexte local », plus particulièrement vers les hôpitaux locaux. L'ARH des Pays de la Loire a encouragé l'EMG d'Angers à intervenir dans les hôpitaux locaux du territoire de proximité, considérés comme les partenaires privilégiés de la filière gériatrique qui se constitue sur le département.

Mais des difficultés subsistent au niveau national à trouver un consensus entre les attentes des différents acteurs : ARH, directions d'établissement, EMG. L'ARH compte sur l'EMG pour jouer un rôle structurant dans la constitution de la filière gériatrique sur le territoire, alors que beaucoup d'EMG tiennent à conserver un positionnement d'interface dans la filière, sans en être le moteur.

Dans la mesure où les EMG sont des structures atypiques à l'hôpital et apportent une nouvelle approche du soin, potentiellement génératrice de qualité voire d'économies, il est nécessaire de pouvoir évaluer leur activité, pour au moins 2 raisons :

- L'évaluation sert au pilotage de l'EMG et permet de mesurer son efficacité, c'est-à-dire de veiller à la bonne adéquation entre le développement de son activité et les attentes des acteurs (patients, professionnels de santé, directions, tutelles).
- L'évaluation vise aussi un objectif de contrôle par la tutelle et les directions d'établissements, avec une approche à la fois qualitative, organisationnelle et médico-économique.

2. Les indicateurs d'efficacité au service d'une double démarche de pilotage et de contrôle

"L'évaluation de l'impact des EMG est délicate car ces structures ne correspondent pas vraiment à une activité hospitalière classique. Elle rejoint la problématique des équipes de soins palliatifs ou de psychiatrie et doit bénéficier en tant que tel d'une valorisation."¹⁷ Encore faut-il disposer d'indicateurs d'efficacité, voire d'efficience, mais lesquels? La démarche d'évaluation doit répondre à plusieurs questionnements: Pourquoi évaluer? Pour qui évaluer? Comment évaluer? Toujours selon le Pr. Couturier, « la productivité de l'EMG [...] peut être appréciée selon deux points de vue différents et complémentaires: du point de vue strictement médico-économique [...] et du point de vue de la qualité des soins ».

2.1 Les enjeux de l'évaluation

2.1.1. Plusieurs raisons justifient de mettre en place une démarche d'évaluation

A) Mesurer la qualité du service rendu

La qualité de la prise en charge est l'objectif prioritaire des EMG et doit faire à ce titre l'objet d'une évaluation, avec des indicateurs plus précis que des questionnaires de satisfaction, quand bien même ce critère (la satisfaction des patients et des services) reste un marqueur très fort de la perception de l'efficacité. La qualité du service rendu devra être évaluée par le biais d'indicateurs multiples et nécessairement complémentaires, comme le délai d'intervention des EMG, la réduction complications grâce au suivi des recommandations de l'EMG, la durée moyenne de séjour ainsi que le niveau de réhospitalisations précoces.

B) Démarche d'amélioration continue de la qualité : aspect pilotage

Le croisement de données quantitatives (nombre de patients signalés, nombre de patients traités, etc.) et qualitatives (équipe pluridisciplinaire effective, temps passé pour l'évaluation, suivi des recommandations, etc.) permet d'apprécier la qualité du service rendu au regard de l'amplitude de travail. L'idée de performance de l'équipe rejoint celle de son utilité pour les services demandeurs. La mesure de l'activité conduit l'EMG à se doter d'outils « marqueurs » qui vont servir à son pilotage en interne (organisation, gestion

¹⁷ P. Couturier, « Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives » in La revue de Gériatrie, Tome 29, novembre 2004, op. précité

des plannings, conduite des réunions de concertation pluridisciplinaire, bilans réguliers et débriefings d'équipe) et en externe (modalités d'intervention dans les services, articulation du travail de l'assistante sociale de l'EMG avec les autres travailleurs sociaux de l'hôpital, etc.). Par exemple, si l'indicateur « délai de signalement » fait apparaître un délai important entre l'hospitalisation du patient et la demande d'intervention, l'EMG travaillera à la sensibilisation des services de soins pour qu'ils la sollicitent plus tôt et construisent plus précocement le projet gérontologique de la personne âgée fragile. L'aspect pilotage de la performance comprend en effet un volet central de communication vers les services de soins pour optimiser les filières.

C) Justifier les financements

L'évaluation de l'efficacité d'une équipe mobile permet de justifier une activité et d'affirmer une légitimité auprès de la direction de l'établissement et surtout auprès des ARH qui financent le dispositif. Les circulaires de campagne tarifaire de 2005 à 2007 ont systématiquement précisé que cette dotation « *est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peuvent être financés à l'activité* ». Cependant, cela n'exclut pas qu'un contrôle soit réalisé sur le bon usage des crédits distribués. D'autre part, dans le cadre de la planification des soins et de la mise en place des filières gériatriques, les pouvoirs publics doivent s'assurer que les EMG rendent les services attendus.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens conclu entre une ARH et un établissement constitue le cadre de négociation sur le montant et l'utilisation de l'enveloppe. Chaque CPOM doit « *prévoir des engagements précis et mesurables de l'établissement en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion¹⁸* ». Pour les EMG, ces engagements sont déclinés sous la forme d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

D) Légitimation aux yeux des pairs

Enfin, l'évaluation de l'efficacité d'une EMG peut lui servir à démontrer le bien-fondé de son existence aux yeux de la communauté médicale. La production régulière de résultats tangibles peut servir à montrer l'intérêt de l'expertise gériatrique et donc la légitimité de l'EMG à intervenir dans les services de soins.

¹⁸ Guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC élaboré par la DHOS, Version de juin 2008

2.1.2. Un décalage entre les attentes des différents acteurs du soin

Les entretiens menés avec les professionnels de santé dans le cadre de cette étude font apparaître que les motifs d'intervention de l'EMG diffèrent selon les services de soins et les attentes des praticiens et des infirmiers.

A) L'aide à l'orientation

Beaucoup de demandes d'intervention sont motivées par des problèmes d'orientation du patient et l'aspect social de la prise en charge au-delà de l'aspect médical. Parmi les différentes personnes interrogées dans le cadre de cette étude, il apparaît que les services de soins médicaux, plus que les services chirurgicaux, recourent à l'EMG pour ses compétences sociales. *"On appelle l'EMG pour trouver des solutions rapides à la sortie du patient, que ce soit une aide au placement ou pour sécuriser son retour à domicile"*. Les services de chirurgie expriment notamment cette attente quand le patient âgé a été admis en urgence et que la convalescence n'a pas pu être programmée et nécessite un délai d'attente qui peut aller jusqu'à plusieurs semaines.

Les auteurs du rapport de l'IGAS¹⁹ identifient un risque d'instrumentalisation de l'EMG *"travailleur social"*, confinée à la *"gestion des bed blockers"*. Certaines EMG ont fait part de leur découragement, lié au sentiment d'être *"dépositaires de ce que les autres ne veulent pas faire, d'être témoins d'un corps médical démissionnaire avec parfois des phénomènes d'exclusion de personnes âgées dès lors que s'intriquent des problèmes sociaux"*²⁰. Les personnes interrogées à Angers ont cependant peu exprimé une attente de désengorgement des lits ou de diminution rapide de la durée de séjour. *"L'EMG nous aide à faire les démarches d'admission en long séjour, mais on ne va pas jusqu'à attendre qu'ils trouvent une place"*. A la question *"A quoi estimez vous que l'EMG est efficace?"*, beaucoup ont répondu *"trouver des solutions d'orientation plus adaptées que le retour à domicile"*.

B) L'expertise gériatrique

De plus en plus de soignants et médecins reconnaissent une véritable expertise gériatrique à l'EMG, et attendent un bilan plus précis de la personne âgée au niveau gériatrique: degré d'autonomie et évaluation de la démence, opportunité de conserver la prescription de certains médicaments, conseils pour les soins de confort. Les services de chirurgie notamment attendent de l'EMG qu'elle présente une *"analyse globale de la*

¹⁹ Op. cité

²⁰ JB Gauvain et coll, "Unité Mobile gériatrique, évaluation d'une année sur les structures et les acteurs", in Année gérontologique 2002

personne, de son environnement familial et de son mode de vie, car la prise en charge globale fait défaut [dans le service]", ou "que l'EMG fasse le tour parce que les chirurgiens n'ont pas le temps de le faire".

Certaines infirmières ont également exprimé une attente de formation, et reconnaissent que l'EMG a permis de sensibiliser les soignants aux spécificités des problématiques gériatriques auxquelles ils sont assez peu formés à l'Institut de formation aux soins infirmiers. L'intervention de l'EMG a aussi conduit à améliorer le niveau de connaissances que les soignants avaient de la filière gériatrique sur le territoire de proximité.

C) L'EMG comme dernier recours

Le plus souvent, une demande d'intervention est adressée à l'EMG quand les soignants se sentent démunis face à un patient dont la prise en charge est complexe, parce que le patient est dément, que son état est très dégradé ou que l'équipe souhaite des conseils sur la prise en charge de la douleur. L'équipe mobile est perçue comme un dernier recours, avec une fonction quasi "urgentiste": elle n'est appelée qu'au moment où les services ne peuvent plus prendre en charge un patient. *"On appelle l'EMG quand un patient qui était bien en arrivant se dégrade rapidement, alors que l'on ne voit pas la cause organique", « quand on n'arrive plus à gérer un patient ».* La conséquence de la perception « urgentiste » de l'équipe mobile est l'allongement du délai de signalement. Au début de son activité, l'équipe mobile grenobloise a évalué ce délai à 12 jours en moyenne après l'hospitalisation, c'est-à-dire le jour de la sortie présumée, pour une durée moyenne de séjour de la population vue par l'équipe située à 40 jours. Ce délai a baissé grâce à l'action de communication de l'EMG vers les services de soins, en insistant sur l'efficacité d'une évaluation gériatrique précoce, réalisée au début du séjour. Une intervention rapide permet aussi d'anticiper les demandes de placement en institution ou de préparer le retour dans le lieu de vie d'origine.

2.1.3. Les attentes de la direction et des tutelles

Les entretiens menés avec les directeurs de différents hôpitaux font apparaître que les attentes institutionnelles dépendent beaucoup du positionnement et de la politique menée par la direction de l'établissement en matière de filière gériatrique.

A) La direction : des attentes institutionnelles mitigées

La majorité des directeurs interrogés ont exprimé une réelle attente d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients âgés. Cependant, à la question « une EMG peut-elle être source d'efficience ? », les réponses sont plus nuancées. Il existe certes un

consensus autour de « l'effet structure » et du bénéfice que peut apporter une EMG via la mise en place de filières intra-hospitalières, l'organisation du parcours de soins du patient âgé et une plus grande fluidité notamment à partir du SAU. La seule vraie attente de gain financier concerne la valorisation des GHS des patients évalués, par le codage des diagnostics associés.

Mais les attentes de bénéfices financiers indirects via la baisse de durée moyenne de séjour et l'augmentation de l'activité sont faibles. Les directeurs interrogés ont souligné que l'EMG a vocation, d'une part, à prendre en charge des personnes avec des DMS par définition élevées, et d'autre part, à baisser le taux de réhospitalisation, et donc le nombre d'entrées. Ce qui va à l'encontre du principe de tarification à l'activité. C'est pourquoi les indicateurs d'efficacité pertinents mentionnés par les directeurs rencontrés sont : le volume d'activité et le nombre de patients évalués, la satisfaction des services demandeurs et le taux de suivi des recommandations de l'EMG.

Enfin, l'existence d'une EMG est un atout pour l'image de l'établissement à l'extérieur. Le fait d'évaluer l'efficacité de l'équipe permet de communiquer auprès des médecins de ville et des structures sur la qualité de la prise en charge des patients âgés et le degré d'expertise gériatrique développé par un établissement.

B) Les attentes de l'ARH : structurer la filières gériatrique

Les attentes des représentants départementaux de l'ARH rencontrés pour cette étude expriment avant tout le souhait de développer l'activité extra-hospitalière de l'EMG avec les hôpitaux locaux, et de renforcer la coordination de la filière gérontologique sur le territoire de proximité. L'EMG, comme l'équipe mobile d'accompagnement de soins palliatifs angevine, a vocation à couvrir le territoire de proximité au-delà de la seule agglomération d'Angers. L'EMG est perçue comme un levier efficace pour coordonner la filière gériatrique en cours de structuration, du fait de sa proximité avec le plateau technique spécialisé et de sa connaissance de l'ensemble des acteurs de la filière.

2.1.4. La confrontation des attentes au regard de la définition de l'efficacité

A) La définition plurielle de l'efficacité

a) l'efficacité : une notion multiforme

Afin de pouvoir mieux confronter les attentes des acteurs, il convient de se poser la question "évaluer, pourquoi, pour quoi faire, pour qui?" et de s'interroger sur le sens à donner à la notion d'efficacité. Le dictionnaire *le Petit Robert* propose deux définitions des mots efficace et efficacité:

- "*qui produit l'effet qu'on en attend*". Cette définition renvoie à la relation objectifs/résultats.

Dans le cas d'une EMG, l'efficacité peut être mesurée en fonction des objectifs précisés dans la circulaire de 2002²¹, ou plus concrètement en fonction d'objectifs intermédiaires définis dans chaque établissement. Ces objectifs recoupent avant tout la qualité de la prise en charge et du service rendu, la satisfaction des patients et des services, et la structuration de la filière de soins intra et/ou extra-hospitalière. La mesure de la qualité du service rendu renvoie d'une part à la satisfaction des patients et des familles, mais aussi à celle des professionnels qui ont fait appel à l'équipe mobile pour les aider dans la prise en charge d'un patient âgé fragile posant des difficultés médicales et d'orientation. La qualité se mesure aussi au faible taux de réhospitalisation, et à la capacité de l'équipe à mettre en place un dispositif de repérage précoce des critères de fragilité, pour éviter des hospitalisations en cascades qui pourraient être évitées par l'adaptation de l'environnement du patient.

- "*capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'efforts dépensés*" Ici, la relation n'est plus entre attente et résultats mais entre résultats et ressources mises en oeuvre pour l'obtenir. Les notions-clés sont celles d'*économie de moyens*, de *rentabilité*, de *productivité*. On est passé d'une conception centrée sur les fins à une conception centrée sur les moyens. Cette seconde définition de l'efficacité peut être désignée plus justement par le mot d'*efficience*. Cette définition recoupe l'aspect médico-économique de l'évaluation qui servira au pilotage et à la justification des moyens alloués à l'EMG.

Mais la rentabilité de l'équipe mobile est difficile à évaluer directement dans la mesure où l'on ne dispose pas de données de comptabilité analytique suffisantes. L'EMG ne produit pas de séjours, son activité ne peut pas être valorisée par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et le coût d'une évaluation gériatrique n'a pas fait l'objet d'étude. Les seules valorisations possibles sont la production d'une consultation aux urgences quand l'admission ne donne pas lieu à une hospitalisation (ce qui est rare) et l'augmentation du tarif du séjour par la valorisation d'un diagnostic associé (insuffisances rénale, cardiaque, respiratoire...), s'il n'a pas déjà été codé par le médecin. Les CMAS sont justifiées par la complexité de la prise en charge du patient gériatrique.

²¹ Rappel des objectifs définis par la circulaire du 18 mars 2002

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

Une simulation de codage été réalisée dans le cadre de cette étude, afin de mesurer l'importance de la valorisation des tarifs par le codage d'une CMAS. Considérons un patient âgé de 75 ans, hospitalisé pour une affection et traumatisme de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif. Ce patient souffre aussi de dénutrition. Dans le premier cas, seul le diagnostic principal est codé, la dénutrition n'a pas été repérée. Le résumé d'unité médicale (RUM) correspondant est groupé dans le GHM 08M10W : *Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA*. Le tarif est de 3 838,09€. Dans le second cas, on considère que l'état de dénutrition du patient a fait l'objet du codage d'un diagnostic associé (CMAS non traumatique). Le RUM est groupé dans le GHM 08MO1S, avec un tarif correspondant de 6 830,09€. Le différentiel s'élève à 3000 €, justifié par la complexité de la prise en charge que l'état de dénutrition du patient entraîne. Cet exemple illustre le type de valorisation financière attendue par la mise en place de l'EMG, qui ne vise en réalité qu'à corriger et rattraper les mauvaises pratiques de codage relevées dans la quasi-totalité des établissements de santé.

Dans la mesure où l'on ne dispose pas de ces données comparatives à l'échelle de l'établissement, l'efficacité de l'EMG n'est pour le moment appréciée que par la combinaison de certains indicateurs comme sa capacité à faire évoluer la durée moyenne de séjour et à faciliter les solutions de sortie en fonction des capacités de lits d'aval.

B) Les limites de la mesure de l'efficacité d'une EMG

a) La confrontation des attentes des acteurs

Le recensement des attentes met en évidence des convergences entre les acteurs mais aussi certaines limites. L'objectif prioritaire des circulaires de 2002 et 2007 visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient gériatrique fait l'objet d'un accord général entre les différentes parties, gériatres, cliniciens, soignants, direction, et tutelle. L'inscription de cet objectif dans le Projet médical du Projet d'établissement lors de la mise en place de l'équipe mobile atteste la convergence des attentes sur ce point.

Des limites doivent cependant être soulignées, qui découlent de la difficulté à objectiver les indicateurs.

Les marqueurs d'efficacité des EMG qui existent déjà livrent des taux bruts (nombre de signalements et d'évaluations réalisées, durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation, taux de suivi des recommandations, etc.). Or, les critères quantitatifs (volume d'activité, durée moyenne de séjour, etc.) n'auront de sens que s'ils sont recoupés avec les marqueurs qualitatifs. Il faut par exemple lire l'indicateur du volume

d'activité à la lumière de l'objectif final d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des indicateurs qualitatifs qui en découlent, afin de ne pas se tromper dans l'interprétation. Une évaluation gériatrique de qualité nécessite de la ressource en personnel (intervention pluridisciplinaire) et du temps : on estime la durée de l'évaluation de 1h30 à 3h selon que l'on compte ou non la préparation de l'intervention, la rédaction de la synthèse et les appels téléphoniques. Ainsi, une EMG au complet ne produira pas plus d'activité qu'une équipe réduite. On peut cependant estimer que l'évaluation sera de meilleure qualité du fait de la complémentarité des compétences médicales, infirmières, sociales. L'importance des moyens conditionne l'efficacité de l'équipe mais ne permet pas de générer plus d'activité.

Une autre difficulté concerne l'absence de consensus général sur l'utilisation et l'interprétation des indicateurs, ce qui peut rendre délicate la comparaison entre équipes mobiles en France. Le taux d'institutionnalisation par exemple rend compte du nombre de patients âgés vus par l'équipe mobile et placés en institution à l'issue de l'hospitalisation. On peut avoir deux lectures de cet indicateur. Plus le taux est important et plus l'EMG sera efficace car elle aura permis de sortir des patients du circuit des hospitalisations pour les placer dans un milieu de vie plus adapté. Mais on peut aussi y voir une tendance (pour certains, une dérive) au placement systématique des personnes âgées en institution, ce qui n'est toujours dans leur intérêt. Chaque EMG définit ses indicateurs en fonction de ce qu'elle cherche à démontrer et des moyens dont elle dispose pour les recueillir.

Les définitions différentes de l'efficacité, la confrontation des attentes des différents protagonistes ainsi que les limites de cette approche conduisent à s'interroger sur la manière dont peut être conduite une démarche d'évaluation, en répondant tout d'abord à la question « Que doit-on évaluer » avant d'aborder la question « comment ».

b) Les difficultés propres au recueil des informations

Mesurer l'activité d'une EMG exige de s'intéresser aux différentes composantes de cette activité. Certaines composantes sont quantifiables : nombre de signalements, nombre d'interventions. D'autres ne sont pas quantifiables en tant que telles mais sont nécessaires et mobilisent des ressources : temps passé en réunion de synthèse pluridisciplinaire, temps passé à communiquer vers les services de soins, temps de communications téléphoniques.

L'équipe d'intervention gériatrique de l'hôpital Lariboisière a estimé que sur la totalité du temps d'activité, 54% étaient consacrés aux seules évaluations nominatives, 14% pour l'activité non nominative et la coordination, et 32% pour le reste : formation,

enseignement, réunions, communication, relation avec les acteurs de réseaux. C'est-à-dire que 46% de son activité échappe aux critères quantitatifs les plus souvent utilisés.

c) Définir des indicateurs complémentaires des attentes de chacun des acteurs

Les indicateurs choisis seront considérés comme pertinents s'ils parviennent à concilier les dimensions "*objectifs/résultats*" et "*efficience*" et représentent un intérêt pour chacun des acteurs: le patient; son entourage, l'EMG, les services de soins et partenaires externes, l'institution et les autorités de régulation. Selon que l'indicateur est analysé par l'un ou par l'autre, son interprétation et sa pertinence peuvent varier. C'est pourquoi chaque indicateur doit faire l'objet d'une explication précise avec des clés de lecture définies, et le plus souvent présentées dans les rapports d'activité des EMG.

2.2 La mise en place des indicateurs : entre théorie et pragmatisme

L'étude conduite par l'IGAS a recensé 35 indicateurs développés par les EMG et les a classées en trois catégories: indicateurs de moyens, de fonctionnement et de résultats. Or tous ces indicateurs ne sont pas utilisés de façon homogène par l'ensemble des EMG, soulignant il n'existe actuellement pas de procédures ou d'outils standardisés. Chaque équipe produit ses statistiques selon ses besoins et les objectifs déclinés au niveau institutionnel. Il n'est pas question de passer en revue ici l'intégralité des indicateurs pour analyser leur pertinence.

Il s'agit plutôt de s'interroger sur les finalités et ce que l'on cherche à évaluer. Des approches théoriques permettent de cibler les champs pertinents de l'évaluation, comme le modèle du pilotage de la performance par le "Balanced Score Card" développé par Norton et Kaplan. L'étude de ce modèle appliqué aux EMG peut permettre d'orienter la démarche d'évaluation pour déterminer les champs pertinents ainsi que les critères qui en découleront.

2.2.1. L'approche du pilotage de la performance par le Balanced Score Card

A) L'explication du modèle appliqué aux EMG

Ce modèle provient du monde de l'entreprise et repose sur quatre axes. L'évaluation de chaque axe servira à mettre en place un pilotage stratégique de la performance. Isabelle Arthus, Marie-Annick Montalan et Béatrice Vincent²² ont appliqué ce modèle aux EMG comme organisations transversales guidées par des finalités

²² Université Paul Sabatier, Toulouse

Travail de modélisation présenté lors des 4^e journées nationales des EMG à Bordeaux en mai 2008.

stratégiques (amélioration de la prise en charge médicale, sanitaire et sociale des personnes âgées) et dont le fonctionnement pose des problèmes d'organisation (mobile), de processus (activité de conseil et non de soins), de frontières (intra- et extra hospitalière), et de compétences (glissement de tâches, relations avec les autres services).

Chaque axe est présenté d'après les objectifs et les mesures pour les atteindre.

Les quatre axes du modèles sont: l'axe financier, l'axe clients, l'axe apprentissage organisationnel et les processus internes.

B) L'axe financier

Le modèle de Norton et Kaplan, présenté en annexe de cette étude, préconise de mettre en place un suivi du financement de la structure. Le contrôle des moyens budgétaires et humains déployés pour assurer l'activité doit servir à adopter une vision à long terme et envisager des possibles développements d'activité. Pour les EMG, il s'agit surtout actuellement de justifier les enveloppes MIG allouées et de justifier la demande d'augmentation des moyens si l'activité augmente, que ce soit en intra- ou extra-hospitalier. L'EMG d'Angers se trouve dans ce cas de figure, avec le développement de son activité vers les hôpitaux locaux du territoire de proximité. L'axe financier est actuellement celui qui reste le plus difficile à évaluer, même si les outils existent.

C) L'axe partenaires

Les partenaires d'une EMG sont à la fois l'institution (services de soins, Direction), les patients et leurs familles. Dans la perspective d'un pilotage de la performance, il s'agit d'avoir une bonne visibilité de l'insertion de l'EMG dans l'existant hospitalier et de son articulation avec les différents partenaires. Le modèle de l'université de Toulouse donne des pistes pour l'évaluation : ciblage de la population âgée fragile, recensement précis des partenaires, détermination des frontières des interventions (en intra- et en extra-hospitalier), recueil de la nature des relations et des motifs de satisfaction ou d'insatisfaction, bénéfiques en terme de conditions de travail pour les équipes soignantes.

D) L'axe processus interne

Cet axe sous-tend une approche par process de l'activité de l'EMG. Il s'agit d'évaluer en quoi l'intervention de l'EMG a modifié le circuit du patient et a amélioré la fluidité et la cohérence de son parcours. L'évaluation de cet impact est très pertinente car il recoupe les bénéfices qualitatifs et « l'effet structure » de l'action de l'EMG. Mais il demeure assez délicat à mesurer car le processus est atypique dans la nomenclature hospitalière, et il n'existe pas (encore) d'indicateurs standardisés. L'indicateur le plus

pertinent serait la comparaison du parcours de mêmes patients polyopathologiques fragiles dont seulement quelques-uns ont été vus par l'EMG.

D) L'axe apprentissage organisationnel

Il s'agit d'évaluer l'objectif de formation et d'information des EMG inscrit dans la circulaire de 2002. L'EMG est un vecteur de qualité au sein de la structure, du fait de son intervention directe auprès des patients ainsi que par l'effet « diffusion des connaissances » auprès des services de soins non gériatriques. Cet axe mesure la valeur ajoutée qualitative au bénéfice de la structure. Les indicateurs pertinents doivent mettre en avant la nature des connaissances mobilisées, échangées et générées.

La synthèse du modèle de Norton et Kaplan appliqué aux EMG fait donc ressortir quatre axes à évaluer, et donne des pistes d'indicateurs :

- axe financier : évolution des moyens budgétaires et humains, évolution de la DMS, analyse des rapports d'activité;
- axe partenaires : recensement des partenaires, frontières des interventions (en intra- et en extra-hospitalier), nature des relations et des motifs de satisfaction ou d'insatisfaction ;
- axe processus interne : amélioration de la qualité de la prise en charge et fluidité du parcours de soins ;
- axe apprentissage organisationnel : connaissances mobilisées et échangées.

Cette approche peut servir de référentiel pour étudier la pertinence des indicateurs déjà mis en place par l'EMG d'Angers. Elle invite aussi à réfléchir sur la possibilité d'introduire de nouveaux critères afin d'améliorer le pilotage de la performance de l'équipe.

2.2.2. L'absence d'évaluation standardisée de l'efficacité au niveau national et les difficultés propres à l'évaluation

La mission de l'IGAS a constaté « *qu'actuellement, l'activité des EMG n'est pas véritablement évaluée parce que des outils standardisés manquent et que chaque équipe est tentée de remédier à sa manière à cette carence* ».

En effet, le PMSI ne permet pas actuellement d'évaluer l'activité des EMG, cet outil est d'ailleurs peu adapté, dans son principe et ses applications, à la discipline gériatrique. L'activité de l'équipe mobile repose beaucoup sur des consultations, des conseils dispensés au lit du patient ou par téléphone, qui ne sont pas prises en compte par le PMSI.

Par ailleurs, les évaluations réalisées par les EMG en France sont le fruit de réflexions locales et de constructions « artisanales ». Si la plupart des EMG se préoccupe d'évaluer leur activité, c'est avant tout pour réaliser un bilan d'activité annuel. L'unité mobile gériatrique de Grenoble joue encore aujourd'hui un rôle précurseur dans la construction d'indicateurs d'évaluation à des fins de pilotage stratégique, pour opérer des réajustements dans son périmètre d'intervention, effectuer un travail d'amélioration continue de l'organisation de l'équipe et développer des outils informatiques adaptés. Cette démarche intéresse beaucoup l'équipe angevine qui met progressivement en place des indicateurs d'activité pour répondre à la fois aux besoins de pilotage interne et de contrôle externe pour justifier l'utilisation de ses moyens. Les indicateurs angevins permettent actuellement de mesurer quantitativement l'activité de l'EMG, en recoupant les données en volume d'activité avec des questionnaires de satisfaction menés auprès des services cliniques « clients ».

Mais il faut garder à l'esprit les difficultés à les mettre en place, d'une part, et d'autre part à en faire une lecture partagée entre les différents protagonistes.

2.2.3. Les indicateurs mis en place par l'EMG angevine

Le dernier rapport d'activité de l'équipe mobile d'Angers présente les résultats des sept premiers mois de fonctionnement et analyse l'activité par le biais de plusieurs indicateurs quantitatifs. La présentation de ces indicateurs selon les axes du modèle de Norton et Kaplan permet de faire ressortir la pertinence des marqueurs existants, ainsi que ceux qui font défaut.

A) Axe partenaires

a) Les partenaires de l'EMG

Le rapport d'activité fait état des partenaires intra-CHU rencontrés sur la période (SAU, équipe mobile d'Accompagnement de Soins de Support et Palliatifs, Service Social Hospitalier, Unité de Gériatrie Clinique, Cellule d'Evaluation dépendance des Personnes Agées, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, Comité de Lutte contre la Douleur, Groupe Escarres). Les rencontres avec les partenaires externes sont aussi mentionnées : associations, CLIC, EHPA et EHPAD. Cet indicateur met en évidence le travail de construction du réseau intra- et extra-hospitalier de l'EMG, aspect auquel la DDASS du Maine et Loire est très attachée.

b) Quantifier le volume d'activité

Un autre indicateur présente le volume d'activité en précisant les caractéristiques des appels et des repérages de l'EMG en fonction des services demandeurs (SAU, Médecine, Chirurgie, extra CHU). En sept mois, l'équipe a été sollicitée 840 fois pour des repérages ou des conseils téléphoniques. Elle a réalisé 320 interventions au chevet de patients, donné 90 avis et effectué 430 repérages au service d'accueil des urgences. Les motifs d'appel sont indiqués selon qu'ils sont médicaux ou sociaux, ou les deux. Les motifs médicaux sont plus nombreux (85,4%) que les motifs sociaux (54,7%). Cet indicateur est pertinent mais non suffisant : les membres de l'EMG ne souhaitent pas que la recherche d'augmentation de l'activité se fasse au détriment de la qualité des évaluations gériatriques.

c) Le profil des services demandeurs

L'EMG s'intéresse au profil des services demandeurs. Les interventions ont été principalement réalisées au service des urgences (66%). Les services de médecine représentent 30% des interventions, et les services de chirurgie 4%.

Le suivi hebdomadaire des appels et repérages en fonction du service demandeur permet de détecter les secteurs où l'EMG bénéficie d'une bonne reconnaissance. Il conduit aussi à cibler les services qui n'ont jamais fait appel à l'EMG alors qu'ils hébergent une population âgée et potentiellement fragile. Ainsi, l'EMG a demandé l'organisation d'une réunion de présentation dans un service de médecine interne afin d'expliquer les modalités de l'intervention et les bénéfices pour les patients et les équipes soignantes. Celles-ci ont avoué n'avoir jamais fait appel à l'EMG à cause de certaines idées reçues. Cet indicateur pourrait aussi être classé dans l'axe « processus interne » dans la mesure où il a déjà conduit l'EMG à réorienter son activité

d) La satisfaction des services demandeurs

Une enquête a été menée auprès des services demandeurs au bout de six mois de fonctionnement. Elle fait apparaître un niveau élevé de satisfaction quant aux modalités et aux résultats de l'intervention de l'EMG. Cet indicateur souligne directement l'efficacité de l'équipe dans une approche objectifs/résultats, et permet d'apprécier la qualité du service rendu aux yeux des principaux bénéficiaires.

e) Caractéristique des patients pris en charge par l'EMG

La mise en évidence de l'âge moyen des patients vus par l'EMG permet de mesurer les évolutions démographiques. A Angers, l'âge moyen était de 87,1 ans, plus ou moins 8 ans. Mais pour être pertinent, cet indicateur est croisé avec plusieurs indicateurs qui sous-tendent le niveau de fragilité des personnes âgées : mesure du déclin cognitif, perte d'autonomie et état nutritionnel. Le croisement de ces indicateurs permet d'avoir

une vue synthétique de la gravité des cas traités et de leur évolution. Cet indicateur a aussi un rapport avec la durée moyenne de séjour : les comorbidités associées sévères comme la démence ou la dénutrition sont souvent liées à une durée de séjour importante. Certaines EMG ont par ailleurs affiné cet outil en distinguant les scores des patients évalués aux urgences et dans les différents services.

f) Evaluation de l'activité de Service Social Hospitalier (SSH)

L'EMG angevine évalue plus particulièrement les actions de l'assistante sociale de l'EMG pour répartir au mieux ses fonctions entre les missions d'accompagnement social des patients âgés, de coordination en transversalité au sein du CHU et de coordination et de liaison avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire de santé.

g) Caractéristiques de l'activité téléphonique

L'EMG consacre un temps important au téléphone pour dispenser des conseils et informer le médecin traitant ou les familles. On distingue les appels reçus des appels passés. A la demande de l'équipe, désireuse de souligner l'importance de cette activité considérée comme annexe mais néanmoins chronophage, j'ai été amenée à construire un outil caractérisant l'activité téléphonique en croisant des données quantitatives et qualitatives²³. Le temps d'appel ne peut pas être décompté en tant que tel, mais chaque type d'appel (aux structures, médecin traitant, aide à domicile, famille, services) comporte certaines caractéristiques qui permettent d'évaluer le temps et les ressources mobilisées. Une réflexion peut cependant être menée sur l'opportunité de suivre cet indicateur de façon très régulière dans la mesure où il nécessite une traçabilité parfois fastidieuse. On peut s'inspirer à cet égard de la méthodologie adoptée pour la déclaration des événements indésirables, où une enquête de prévalence est menée une semaine par an au CHU d'Angers en plus des déclarations régulières. Il est demandé aux soignants de déclarer tous les événements indésirables bénins qu'ils ne signalent pas habituellement, afin d'avoir une meilleure visibilité du volume d'accidents et presque-accidents. De même, il peut être intéressant de réaliser une enquête sur l'activité téléphonique de l'EMG de façon ponctuelle sur un mois de l'année ou sur quelques semaines réparties dans l'année, en supposant que l'enquête ponctuelle est représentative.

B) Axe processus interne

Certains indicateurs déjà mentionnés relèvent aussi de l'axe processus interne, dans la mesure où les liens créés avec les différents partenaires ont un « effet structure » non

²³ Cf tableau en annexe

négligeable. D'autres indicateurs permettent d'apprécier l'impact de l'EMG sur la prise en charge des patients.

a) Interventions demandées

L'indicateur « *type d'intervention demandée* » permet de distinguer les demandes d'aide thérapeutique (20%), d'aide à l'orientation (46%), d'aide à l'évaluation (56%) et de conseils (13%)²⁴. 83% des demandes ont conduit à une intervention au chevet du patient. Dans les demandes d'intervention, la part des demandes d'aide à l'évaluation a augmenté par rapport au bilan d'activité réalisé à trois mois, ce qui conforte l'EMG dans son rôle de pôle de compétence et d'expertise gériatrique reconnu comme tel par les services de soins. Cet outil doit en effet être considéré comme un indicateur pertinent de l'EMG dans la mesure où un nombre croissant d'interventions témoigne d'une plus grande efficacité de l'EMG.

b) Orientations préconisées par l'EMG des sujets évalués

Cet indicateur met en avant les modes de sortie préconisée par l'EMG. Il conduit à apprécier la concordance des besoins exprimés avec l'existant de l'équipement en lits dans les différents services internes (services de soins aigus, services de soins et de réadaptation) ou structures externes (établissements d'hébergement pour personnes âgées / dépendantes, retour à domicile avec aides). Les résultats présentés dans le bilan d'activité à 3 mois montrent que les problèmes uniquement médicaux touchent seulement un tiers des personnes âgées évaluées par l'EMG (36% de demandes d'orientations en services de soins aigus). Les autres patients présentent des problèmes sociaux intriqués aux problèmes médicaux. Cet outil n'est cependant pas suffisant et doit être utilisé avec précaution. Pour être vraiment pertinent, il faudrait pouvoir le recouper avec le mode de sortie réellement effectué par le patient. Le différentiel entre ces deux indicateurs permettrait de mesurer le niveau de suivi et donc le bénéfice de l'intervention de l'EMG. Pour être complet, il faudrait pouvoir analyser les raisons qui ont conduit un praticien à s'écarter des recommandations de l'EMG : par choix, à cause du changement brusque de l'état du patient ou par manque de place dans la solution d'hébergement préconisée, ce qui est le plus souvent le cas.

C) Axe apprentissage organisationnel

Un indicateur « enseignement et formation » met en avant la participation de l'équipe à l'enseignement de Capacité de Gériatrie, et l'accueil de 16 stagiaires issus de

²⁴ Le total est supérieur à 100% car les demandes d'intervention présentent souvent plusieurs motifs, à la fois thérapeutiques et sociaux.

formations initiales variées depuis sa création. L'indicateur fait aussi part de la participation de l'EMG à des colloques de gérontologie.

D) Axe financier

Cet axe ne fait pas l'objet d'un indicateur, ni même d'une évaluation directe, tant il est difficile d'avoir une approche type coûts/gains financiers. Dans la mesure où l'équipe bénéficie d'un financement MIGAC, on appréciera surtout la « bonne » utilisation des moyens humains et financiers au regard de la qualité du service rendu. Mais cet axe est actuellement l'objet d'une réflexion commune à plusieurs EMG qui examinent les possibilités de valoriser leur activité si le financement se fait un jour selon la T2A. Ce point fera l'objet d'un développement dans la troisième partie.

2.3. Les indicateurs manquants

La présentation du modèle de Norton et Kaplan alimente la réflexion de l'EMG d'Angers sur la nécessité de mettre en place d'autres outils d'évaluation, pour répondre à ses propres besoins de pilotage mais aussi aux besoins de contrôle externe. Cette étude propose d'analyser les indicateurs manquants et la pertinence de les mettre en place. Il existe deux sortes d'indicateurs : ceux sur lesquels l'EMG possède une maîtrise, et ceux sur lesquels il est difficile d'agir. La mise en place de ces indicateurs est aussi conditionnée par le recueil des données et l'informatisation du dossier d'évaluation du patient.

2.3.1. Les indicateurs d'efficacité et la qualité du service rendu maîtrisables

A) Délai de signalement

L'indicateur « délai de signalement » a un degré de pertinence très fort. Un délai considéré comme « long » (plus d'une dizaine de jours en moyenne) signifie que les services de soins attendent de ne plus pouvoir prendre en charge un patient gériatrique, ce qui confine l'EMG dans sa fonction d'urgentiste. Par des actions d'information et de sensibilisation sur les bénéfices d'une intervention précoce, l'EMG peut agir sur cet indicateur dans l'intérêt de tous : patient, soignants, EMG. Le recueil de cette information ne pose pas de difficultés majeure : le délai de signalement est l'écart entre la date d'admission figurant sur le dossier du patient et la date de réception de la demande d'intervention.

B) Identité de la structure extérieure qui adresse le patient

Cet indicateur permet de mesurer le bon fonctionnement des réseaux extra-hospitalier et si les centres d'évaluation avancée qui sont mis en place dans les hôpitaux locaux jouent leur rôle de « filtre » dans l'adressage des patients les plus lourds qui nécessitent le plateau technique spécialisé du CHU.

C) Le rapport médicaments à l'entrée/ médicaments à la sortie

La quantité de médicaments prescrits chez les personnes âgées est le plus souvent importante. L'EMG d'Angers compte en moyenne 7 références par personne âgée, avec une marge de plus ou moins trois médicaments. Le plus souvent, la moitié se compose de psychotropes. Les recommandations de l'EMG à l'issue de l'évaluation vont dans le sens d'une diminution des médicaments pour réduire les risques de iatrogénie. L'équipe angevine souhaite disposer d'un indicateur de qualité faisant le rapport entre le nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, ainsi que du suivi de l'évolution des types de médicaments.

2.3.2. Les indicateurs pour lesquels la maîtrise est difficile

A) Le suivi des recommandations

Une EMG n'a pas de compétence de prescription, elle ne fait que donner des conseils et des avis. A charge du médecin responsable du patient âgé de valider les indications thérapeutiques et les conseils d'orientation. Un taux de suivi des recommandations élevé indique que l'expertise gériatrique de l'EMG est reconnue par les praticiens non gériatres, ce qui est un indicateur très fort d'efficacité reconnu comme tel tant par l'EMG que par la direction de l'établissement. Le recueil de cet indicateur est cependant conditionné par la gestion des dossiers des patients. Comme pour les décisions de sortie, c'est à l'EMG d'aller chercher les informations que les services ne communiquent pas systématiquement. Le recueil de cette information est pour le moment ponctuel et empirique. La gestion informatisée du dossier patient est (et sera à Angers à l'horizon 2009) à ce niveau un atout non négligeable : y figurent tant les recommandations de l'EMG que les prescriptions réellement faites dans les services. L'équipe angevine considère que cet indicateur permet d'évaluer l'efficacité de son activité de manière très pertinente, mais faute de pouvoir le recueillir de façon fiable, elle n'en a pour le moment qu'un aperçu, via l'enquête de satisfaction et les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire. Elle en a encore moins la maîtrise. Les raisons qui conduisent les praticiens à s'écarter des recommandations relèvent pour beaucoup de l'impossibilité de les suivre faute de place dans la structure d'aval la plus adaptée notamment, du changement brusque de l'état du patient, ou encore d'une divergence d'avis sur les indications thérapeutiques.

B) La durée moyenne de séjour

L'évolution de la durée moyenne de séjour est un indicateur quantitatif et qualitatif très discuté. Pour certains, une DMS raisonnable est un indicateur de qualité : il est acquis qu'une DMS trop importante peut porter préjudice à un patient âgé immobilisé longtemps dans un lit, qui peut se dégrader rapidement si la prise en charge n'est pas adaptée à son degré de fragilité. La diminution de la DMS est aussi un objectif médico-économique à long terme pour la Direction de l'établissement notamment afin d'optimiser la gestion des lits dans un contexte de financement à l'activité. Cependant, ce critère doit être nuancé. D'une part, une analyse menée par l'unité mobile de Grenoble a montré qu'au début de sa mise en place, les interventions de l'équipe ont augmenté la durée de séjour des personnes vues en moyenne de 5 jours. Cet effet est en partie dû au délai de signalement : l'EMG intervient trop tardivement dans le séjour, alors que l'évaluation gériatrique demande du temps et nécessite plusieurs consultations.

La diminution de la durée moyenne de séjour tient surtout à l'organisation de la filière gériatrique intra-hospitalière et à la fluidité du parcours du patient. L'efficacité sera appréciée à plus long terme par l'effet structurant de l'EMG sur l'offre de soins en interne, et dépendra de sa capacité à sensibiliser les services à réduire le délai de signalement pour permettre une évaluation plus précoce du patient, particulièrement aux urgences. L'EMG de Grenoble est ainsi parvenue à diminuer la DMS des patients âgés fragiles entrés à l'hôpital par les urgences de 4 jours en moyenne en 4 ans. Le Pr. Couturier souligne aussi que la proximité d'un plateau technique de spécialité (chirurgie, gastro-entérologie, cardiologie) contribue efficacement à la diminution de la durée de séjour et améliore le confort et la qualité de la prise en charge.

Mais la capacité d'action de l'EMG est limitée sur cet indicateur, qui dépend d'abord de l'existence d'une filière gériatrique intra- et surtout extra-hospitalière, de lits de soins de suite disponibles et capacités d'hébergement en institution. Le travail mené par l'EMG d'Angers autour du réseau extra-hospitalier a permis de diminuer la DMS du court séjour gériatrique de 2 jours. De même pour la durée du séjour aux urgences : l'efficacité de l'intervention de l'EMG dépend de l'existence d'une unité de court séjour gériatrique suffisamment dimensionnée pour accueillir les patients qui devraient y être dirigés selon les recommandations de l'EMG, et qui sont hébergés dans des lits de spécialités médicales ou chirurgicales faute de lit.

Enfin, le Dr Beauchet du CHU d'Angers souligne qu'une EMG a vocation à repérer les pathologies non décelées par les spécialistes des services cliniques. Ces pathologies, quand elles appellent des traitements en plus du seul motif d'admission, augmentent mécaniquement la DMS du patient. Par ailleurs, une unité de court séjour gériatrique de CHU a vocation à accueillir les patients les plus lourds, ceux qui ne peuvent être pris en

charge ni en institution, ni par un hôpital local. Cela sera d'autant plus vrai quand les hôpitaux locaux du Maine et Loire auront développé une compétence d'évaluation gériatrique avancée pour les personnes âgées de leur propre bassin de population, et n'adresseront au CHU que les patients avec une DMS très longue du fait de leurs pathologies très aiguës. Il sera alors difficile d'avoir une action sur la DMS de ces patients par la seule action de l'EMG.

On pourrait néanmoins envisager de faire la différence entre la durée de séjour des patients vus par l'EMG avec la durée moyenne des GHS correspondant à ces patients, afin d'observer si l'EMG a effectivement une action sur la durée de séjour, et permet ou non de générer des recettes supplémentaires.

C) Le taux de réhospitalisation

L'intervention de l'EMG cherche à diminuer le taux de réhospitalisation précoce après les sorties directes. Le taux de réhospitalisation est un marqueur important de l'efficacité et de l'utilité de l'EMG si le taux est faible. Mais le calcul de ce taux nécessite de définir précisément ce qu'il faut entendre par « précoce », or il n'y a pas de consensus à cet égard. Si la pertinence de cet indicateur est forte, il faut rester vigilant. Le propre de la population évaluée par une EMG est d'être fragile et le plus souvent poly pathologique. Ainsi une personne évaluée et orientée de manière adéquate par l'EMG peut tout à fait se représenter aux urgences de l'hôpital dans un délai rapide pour un tout autre motif médical, et nécessiter une nouvelle hospitalisation.

D) Le taux de retour au lieu de vie d'origine et le taux d'institutionnalisation

Le taux d'institutionnalisation est le pourcentage de mutations des patients en long séjour ou en institutions sociales ou médico-sociales. Il permet d'avoir une visibilité sur l'action d'orientation médicale et sociale de l'équipe, mais devient surtout significatif quand il est rapporté au degré de fragilité de la personne. Il met en avant le nombre de personnes âgées fragiles qui ont été sorties du circuit des hospitalisations en cascade en les plaçant dans des filières plus adaptées à leurs besoins sanitaires et sociaux. L'EMG n'a pas vraiment d'action sur cet indicateur dont le taux brut dépend surtout de l'existence de lits d'aval. Le pourcentage de patients retournant dans leur lieu de vie d'origine est aussi un indicateur pertinent.

E) La diminution des comorbidités acquises

Cet indicateur permettrait d'apprécier le bénéfice direct de la consultation gériatrique par l'EMG pour le patient durant son séjour à l'hôpital et l'amélioration visible de la qualité de sa prise en charge, comme la prévention des escarres ou des infections nosocomiales soit par le biais de ses recommandations, soit par la formation des équipes

soignantes. L'EMG joue par ailleurs un rôle de formation des équipes soignantes à la prévention des complications acquises à l'hôpital.

La mise en œuvre des indicateurs proposés dépendra beaucoup des moyens à disposition pour les recueillir. L'informatisation du dossier d'évaluation et son interface avec le futur dossier informatisé du patient ouvrent de nombreuses perspectives en ce sens, notamment à partager une méthodologie d'évaluation avec d'autres équipes. L'EMG d'Angers cherche en effet à harmoniser la démarche qu'elle conduit avec celles qui sont menées par les équipes de la région Pays de la Loire. Ce premier pas vers l'harmonisation et la mutualisation des outils représente une expérience assez innovante pour les EMG et témoigne de leur volonté à remédier à une trop grande dispersion.

3. Réflexions autour des perspectives d'évolution des EMG

Les EMG se situent à un tournant de leur histoire. La multiplication de ces structures et le renforcement des missions extra-hospitalières de la majorité d'entre elles font naître la crainte d'une trop grande hétérogénéité dans les modes de fonctionnements et périmètres d'activité. L'EMG d'Angers cherche à structurer les équipes de la région Pays de la Loire pour éviter le risque de dispersion. Cette perspective constitue un axe stratégique de développement qui peut être bénéfique pour le CHU si son EMG parvient à initier une dynamique régionale.

Par ailleurs, à l'heure de la T2A, de plus en plus d'EMG s'interrogent sur les possibilités de valoriser leur activité, ce qui nous conduit à envisager diverses pistes, tout en conservant un regard critique sur leur faisabilité.

3.1 Le partage de l'information : un enjeu intra- et extra-hospitalier

3.1.1. Les enjeux de l'informatisation du dossier d'évaluation et de la création d'interfaces avec le futur dossier patient informatisé

A) La création d'un logiciel propre à l'EMG d'Angers

L'équipe angevine a créé un logiciel « *WinEMG* » d'informatisation du dossier d'évaluation gériatrique qui lui est propre. Le logiciel reprend sous forme d'onglets les différentes fiches du dossier. Les utilisateurs sont amenés à se prononcer régulièrement sur l'efficacité de ce programme qui subit des améliorations permanentes, qui touchent tant des questions pratiques (accès, convivialité, paramétrage des fonctions) que les aspects de l'évaluation (exhaustivité des renseignements). L'objectif à terme est de pouvoir extraire directement les données servant à la construction des indicateurs pour suivre l'activité au plus près et aider à la production des rapports d'activité.

B) L'interface entre le dossier d'évaluation et le dossier patient informatisé

Un certain nombre de données pourraient d'ores et déjà être recueillies en recoupant le dossier d'évaluation (de l'EMG), et le dossier patient (médical et infirmier). Mais tant que le dossier patient n'est pas informatisé dans les services, le croisement des données exige un fastidieux travail qui ne peut pas être réalisé à Angers pour le moment. Le déploiement du dossier patient informatisé au CHU devrait permettre, à terme, de partager les informations entre les services et l'EMG via une interface informatique. Des indicateurs pourront alors être directement extraits : délai de signalement, suivi des recommandations, indications médicamenteuses, baisse des effets indus de l'hospitalisation.

A Grenoble, l'informatisation des dossiers d'évaluation et patient permet de recueillir les données de manière conséquente, mais exige un important travail de la part de la secrétaire de l'EMG. Le dossier d'évaluation gériatrique standardisé généré par le logiciel CRISTAL-Net rassemble et trie toutes les données administratives, médicales et médico-sociales indispensables (signalement, motif d'appel, pathologies, traitement, syndromes gériatriques, degré d'autonomie, densité de soins...). L'ensemble de ces informations constitue une base de données incomparable qui permet à l'équipe mobile de Grenoble de mesurer l'efficacité de ses actions par différents indicateurs. Elle évalue ainsi ses actions dans les services de spécialités médico-chirurgicales : durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation, suivi des recommandations, institutionnalisation. Aux urgences médicales et chirurgicales, la base de données permet d'extraire le taux d'hospitalisation et de réhospitalisation précoce, le retour à domicile, la durée de séjour au SAU et Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Enfin, elle évalue l'efficacité de son action auprès de la communauté et des institutions : hospitalisations évitées, taux de placement, intégration avec le réseau communautaire.

Le recueil se fait directement sur la base de données informatique, mais il est aussi conditionné par la qualité de rédaction des courriers de sortie. L'équipe grenobloise a travaillé cet aspect auprès des cliniciens afin qu'apparaissent distinctement les prescriptions médicales de court terme, la prise en charge sociale, le souhait d'orientation ainsi qu'une demande éventuelle de revoir le patients pour une nouvelle évaluation gériatrique à moyen terme, et enfin le projet de vie à long terme.

3.1.2. La stratégie angevine : l'évaluation par la comparaison grâce au partage d'outils entre EMG de la région Pays de la Loire

L'équipe mobile angevine, en activité depuis septembre 2007, a lancé l'initiative d'harmoniser les indicateurs d'efficacité avec les EMG du CHU de Nantes du CH de St Nazaire, toutes deux plus anciennes, notamment grâce au partage du même outil informatique.

A) Le logiciel angevin et les indicateurs partagés

Le logiciel WinEMG a été créé par l'équipe angevine, et paramétré pour répondre à ses besoins. Néanmoins, l'ambition de l'EMG du CHU d'Angers est d'adapter cet outil afin de permettre aux EMG de Nantes et St Nazaire de l'utiliser à leur tour. Ce qui permettrait d'uniformiser le recueil des informations, de mettre en place les mêmes indicateurs d'activité et de lancer une démarche collective d'amélioration de ces indicateurs. Un premier objectif consiste à partager les expériences et à comparer les

activités de ces trois EMG. L'observation de mêmes critères pourra servir à la comparaison : quel est le profil des services demandeurs et des patients, quel est le type d'intervention, quelles sont les orientations des patients ?

L'objectif de plus long terme est de structurer l'offre sur la région. Elle exprime des attentes en termes de productivité pour chaque équipe, en évitant la multiplication d'outils « maison » et la dispersion des moyens. De même, l'équipe est attachée à l'harmonisation des indicateurs d'activité adressés à l'ARH, afin que l'arbitrage d'allocation de l'enveloppe financière soit fait d'après les mêmes critères. Cette initiative est d'autant plus intéressante que la dispersion et le manque d'harmonisation sur le territoire caractérisent les équipes mobiles gériatriques françaises. Cet aspect est souligné dans la littérature, notamment dans le rapport de l'IGAS et ce, dès 2005.

Si les partenaires nantais et saint-nazairois semblent très intéressés, aucune convention n'a été signée pour le moment. L'uniformisation des actions et des compétences n'en est qu'à la phase de discussion et de prospection.

B) Les limites de la comparaison : pondérer en fonction du périmètre d'activité

La comparaison des indicateurs d'activité entre EMG ne peut être faite avec les seuls taux bruts. Il faut les pondérer en fonction du périmètre d'activité de chaque EMG : intervention aux urgences, sorties extra-hospitalières et profil des partenaires externes (un partenariat avec un CLIC n'engage pas les mêmes actions qu'une convention avec un hôpital local). Ces différents éléments sont actuellement pris en compte dans les échanges qui s'établissent entre les trois EMG de la région Pays de la Loire, avec une approche avantages/ inconvénients.

3.2. Le développement de l'activité extra-hospitalière : opportunités et défis

3.2.1. L'activité extra-hospitalière donne tout son sens à la vocation de coordination des EMG

A) La place des EMG dans les filières : l'activité extra-hospitalière structure la filière

La circulaire du 28 mars 2007 encourage la création d'équipes mobiles dans le cadre plus général du développement des filières gériatriques, intégrant les hôpitaux locaux en amont, les plateaux techniques gériatriques en aval, avec un maillage fort des professionnels intervenant au domicile ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La circulaire cherche à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en œuvre des volets des SROS III

consacrés aux personnes âgées. L'annexe 3 de la circulaire précise qu'il est « souhaitable », « en fonction du contexte local », que l'EMG assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. La démarche angevine est très volontaire et va plus loin dans l'interprétation de la circulaire. Il est question de former les médecins et soignants locaux à l'évaluation gériatrique, pour qu'ils agissent de manière autonome dans des centres d'évaluation gériatrique avancée. Un centre sera ainsi constitué dans chaque hôpital partenaire sur un schéma similaire à l'équipe mobile au sein du CHU. Il permettra de dépister précocement les facteurs de fragilité auprès des patients et de la population locale afin de les orienter vers des structures adaptées qui permettront de prévenir (ou du moins de retarder) les complications et donc de réguler les hospitalisations au CHU. L'objectif est de n'adresser au CHU d'Angers que les patients nécessitant le recours au plateau technique spécialisé. Ainsi, contrairement aux dispositions de la circulaire, l'EMG ne réalisera pas les évaluations elle-même dans les hôpitaux locaux. Elle se rendra cependant une fois par mois dans les structures pour faire un bilan de l'activité et reprendre les dossiers de certains patients. L'équipe mobile n'interviendra pas directement mais elle garantira l'accompagnement dans la démarche par des conseils dispensés par téléphone si besoin.

L'équipe mobile mène actuellement un travail de conventionnement avec quatre hôpitaux locaux (Baugé, Beaufort, Chalonnes et St Georges), et attend les réponses de trois autres structures (Hôpital St Nicolas à Angers, Hôpital de Candé et le Centre de Rééducation Fonctionnelle d'Angers). La signature des conventions déterminera précisément les objectifs et les modalités du partenariat et la mise en place des centres ou cellules d'évaluation gériatrique avancée.

B) Le développement d'une activité extra-hospitalière : un choix stratégique pour l'établissement

L'EMG d'Angers a choisi d'avoir un positionnement de coordinateur de la filière, positionnement stratégique à maints égards. D'une part, la coordination de la filière permet de réguler les hospitalisations en amont comme cela a déjà été décrit, et d'optimiser l'orientation des patients en aval par une meilleure articulation avec les structures d'hébergement. L'approche globale de la filière gériatrique sur le territoire est bénéfique pour l'établissement dans la mesure où c'est un facteur majeur de fluidité du parcours des patients, qui permettra, à moyen terme, d'avoir une action sur la durée moyenne de séjour.

Par ailleurs, l'EMG a une approche managériale de son positionnement au sein de la filière, pour deux raisons. Elle est à l'initiative et accompagne la mise en place de centres d'évaluation dans les hôpitaux locaux. Elle intervient aussi aux différentes étapes

du processus de prise en charge : en amont et pendant l'hospitalisation. Enfin, elle tisse des liens avec les partenaires d'aval. Elle est l'interlocuteur privilégié de tous ces acteurs trop souvent dispersés sur le territoire et dans l'hôpital. Ses compétences et ses missions transversales de formation et d'information lui confèrent un véritable rôle de manager sur le territoire de proximité.

Enfin, l'externalisation de l'EMG est bénéfique pour le CHU d'Angers en termes d'attractivité et d'image. Le dialogue qui s'établit avec les partenaires de ville permet de recueillir les mécontentements à l'encontre de l'hôpital, récurrents dans la discipline gériatrique. L'explication des missions et des modalités de fonctionnement propres à l'EMG et au court séjour gériatrique rehausse l'image du CHU en termes de qualité et de prise en charge humanisée centrée sur le patient. Ce dialogue permet aussi de surmonter le paradoxe qui consiste à observer, d'une part, le reproche de « l'hospitalocentrisme » formulé par les acteurs de ville (médecins traitants, CLIC), et le constat que les personnes âgées constituent une grande partie des patients adressés aux urgences de l'hôpital. On peut aller jusqu'à dire qu'une EMG constitue un avantage comparatif dans un secteur concurrentiel.

3.2.2. Les craintes du manque de visibilité dans le financement de l'activité extra

A) La question du financement

Les partenariats et les interventions dans des structures non hospitalières (CLIC, médecins libéraux, EHPA et EHPAD), suscitent des interrogations quant à la légitimité du financement. Ces questions découlent du positionnement atypique des EMG, entités sanitaires à la croisée du médical, du médico-social et du social. D'une part, le financement de l'activité extra-hospitalière se fait sur l'enveloppe globale de fonctionnement de l'équipe, à l'origine destinée à la seule activité intra-hospitalière pour les équipes créées avant la circulaire de 2007. Le Pr. Couturier exprime sa crainte de voir se désengager les acteurs sociaux territoriaux qui bénéficient d'un financement départemental au profit des EMG qui seraient confrontées à la difficulté de trouver un partage adapté et efficace de son activité entre intra- et extra.

L'activité extra-hospitalière de l'EMG d'Angers est en réalité inter-hospitalière. Dans la mesure où l'ARH, qui est l'autorité de régulation des acteurs concernés (EMG, CHU et hôpitaux locaux), le financement ne pose pas de difficultés quant à la légitimité et à la définition du périmètre entre sanitaire et social.

B) Envisager d'autres sources de financement ?

Des exemples ont prouvé, comme au CHU de Nîmes, que rien ne s'oppose à ce que des partenariats financiers extérieurs soient recherchés pour contribuer aux dépenses de fonctionnement des EMG. Des personnels comme des ergothérapeutes ou des assistantes sociales ont été mis à disposition de l'EMG par des financeurs sociaux (Conseil Général ou Mutualité Sociale Agricole) pour l'activité extra-hospitalière, par le biais de conventions.

3.3 Anticiper un financement à l'activité ?

Pour le moment, les EMG bénéficient d'un financement par enveloppe MIG. Leur activité de soins les fait entrer dans le cadre des missions pour lesquelles le législateur a entendu maintenir des sources de financement en dehors du principe de tarification à l'activité. Le législateur a reconnu que les ressources de certaines missions, parmi lesquelles les EMG, ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée. Mais les gériatres interrogés soulignent la nécessité d'envisager d'autres modalités de financement des EMG à plus long terme.

3.3.1. Reversement par les pôles

Une des pistes envisagées serait le reversement financier des pôles demandeurs pour lesquels l'équipe mobile réalise une prestation. Il faudrait pour cela disposer d'indicateurs permettant d'attribuer un coût à cette prestation. Deux modalités de rétrocession seraient envisageables.

A) Ventilation des coûts

Le modèle qui inspire ce scénario est l'actuelle ventilation des coûts de structures transversales sur les services consommateurs. Par exemple, les coûts du laboratoire sont ventilés sur les services d'hospitalisation au prorata du nombre de « B » prescrits. Mais cette piste nécessite de trouver une unité d'œuvre pertinente parmi la pluralité d'activités de l'EMG : conseils au lit du patient ou téléphoniques, évaluation standardisée, formation en intra- et en extra-hospitalier, actions de coordination...

B) Facturation interne des prestations

Ce scénario est une variation de présentation de la précédente modalité de rétrocession. Il nécessite non seulement de trouver une unité d'œuvre pertinente, mais aussi de lui attribuer un tarif qui sera facturé au service consommateur. La fixation de ce tarif est un choix politique qui sera déterminant pour la rentabilité affichée de l'EMG. Mais

cette piste est difficilement conciliable avec la préservation de l'intérêt général et celle de la collaboration entre les pôles et les équipes mobiles.

3.3.2. Autres hypothèses de financement par l'activité

Il est possible d'explorer d'autres pistes de financement des EMG sous l'angle des dispositifs actuellement en place dans le cadre de la T2A pour diverses missions réalisées dans un hôpital comme le CHU d'Angers. Les scénarii sont assez divers, mais chaque piste comporte des limites qui nous conduisent à reconnaître que l'actuel financement des EMG par une enveloppe forfaitaire MIG demeure finalement le plus adapté. Par ailleurs, ces différents scénarii ne permettent de couvrir que l'activité intra-hospitalière des EMG sur les patients hospitalisés, et ne répondent pas à la problématique des activités non nominatives (activité téléphonique et de coordination, formation, etc.) et extra-hospitalières.

Il est cependant intéressant de présenter ces différentes hypothèses, avec leurs avantages et les limites qu'elles comportent, pour alimenter les réflexions en cours.

A) Valoriser l'effet volume

Une des pistes envisagée pour le financement des EMG pourrait être l'attribution d'un forfait par volume d'évaluations réalisées, à l'instar des forfaits dévolus pour le SAU, avec un dispositif de forfait par seuil d'activité. La connexion du mode financement directement à la production d'activité présenterait l'avantage d'avoir un effet incitatif sur l'activité de l'EMG pour repérer et évaluer un nombre important de personnes âgées fragiles. Mais cette piste comporte de nombreuses limites qui nous conduisent à ne pas l'envisager. Tous d'abord, cela va à l'encontre de l'objectif prioritaire des EMG, qui est la réalisation d'évaluations gériatriques de qualité, nécessairement consommatrices en temps et en ressources en personnel. Par ailleurs, ce mode de financement basé sur l'évaluation gériatrique ne permettrait pas de valoriser les activités annexes des EMG, qui font pourtant partie des missions qui justifient les actuelles enveloppes MIG : enseignement, formation, constitution des réseaux. Enfin, cela ne permet pas de financer « justement » l'activité extra-hospitalière dès lors que l'EMG ne réalise pas elle-même les évaluations dans les hôpitaux locaux ou autres structures.

B) La reconnaissance de lits dédiés

Ce schéma s'inspire du financement des soins palliatifs via la reconnaissance de lits dédiés et l'attribution d'un forfait annuel par lit (13 000 € par lit et par an). La reconnaissance de « lits dédiés personnes fragiles » dans certains services de médecine notamment et l'attribution d'une dotation forfaitaire par lit pourraient tenir compte de

l'action de l'EMG qui assurerait la coordination de la prise en charge pour les aspects techniques et éthiques en particulier. Mais cette piste doit être écartée : l'équipe mobile n'a pas vocation à cibler géographiquement son action. Tout comme les équipes mobiles d'accompagnement de soins palliatifs, elle doit pouvoir rester mobile sur tout l'établissement. Les lits identifiés n'ont pas vocation à remplacer les équipes mobiles.

C) L'attribution de suppléments forfaitaires

Les activités de surveillance continue et de soins intensifs génèrent un supplément de facturation journalier par la présence du patient sur un lit de ces unités. Le forfait de réanimation est lui aussi lié à la présence du patient dans l'unité, mais également à l'existence d'indicateurs recueillis par le codage médical (score IGS²⁵ et actes marqueurs). On pourrait envisager de systématiser le recueil d'indicateurs d'interventions des EMG, pour générer le paiement d'un supplément pour rémunérer le séjour.

Ce scénario permettrait d'ajuster le financement à l'activité de l'EMG en fonction de la taille des hôpitaux.

D) Valorisation de certains GHS

Actuellement, les tarifs tiennent compte du critère d'âge des patients en générant une CMA pour les patients de plus de 69 ans via des GHS de sévérité et de tarifs croissants. Considérant l'allongement de la durée de séjour avec l'âge, (constat présenté dans le document 2 du rapport « Un programme pour la gériatrie »²⁶) notamment après 85 ans, une réflexion pourrait être menée autour des critères de sévérité afin de mieux prendre en compte la compression des morbidités avec l'âge, notamment au-delà de cet âge, par la reconnaissance d'une CMAS. Ce scénario conduirait à systématiser la valorisation des prises en charges lourdes des patients très âgés. Mais cette généralisation présente un inconvénient important, celui de confondre âge, fragilité et dépendance. Or nous avons présenté au début de cette étude que l'âge n'est pas un marqueur suffisant de la fragilité chez les personnes âgées. Par ailleurs, ce type de financement ne permettrait pas d'identifier le financement propre à l'EMG.

Il est très peu probable que l'actuel financement des EMG soit modifié à court terme, d'une part parce que cette décision relève de l'échelon national, et aussi parce que chaque scénario comporte des limites importantes. Le financement MIG sanctuarise les EMG et les préserve des aléas de l'activité. Mais la prochaine mise en place du PMSI pour les soins de suite et rééducation légitime la réflexion.

²⁵ Indice de Gravité Simplifiée

²⁶ op. précité

Comme le remarque le Dr J. Holstein dans le livre blanc de la gériatrie française, « *l'outil médico-économique constitue pour la discipline gériatrique un enjeu stratégique majeur. En effet, cette discipline est concernée par le PMSI dans différents secteurs de prise en charge hospitalière (court séjour, SSR...). Plus encore que d'autres disciplines, la gériatrie se doit d'arriver à faire connaître ses particularités de prise en charge, tout en veillant à ne pas être pénalisée au niveau budgétaire en raison même de ces particularités (durées de séjour longues, poids de la comorbidité, faible production d'actes)* ».

Conclusion

Les missions des équipes mobile gériatriques sont différentes selon les implantations géographiques : experts médicaux, facilitateurs sociaux, acteurs de réinsertion. Dans les perspectives d'avenir des EMG, il apparaît de plus en plus clairement qu'elles vont jouer un rôle majeur d'interface entre l'hôpital et les structures extra-hospitalières, afin de renforcer les relations hôpital-institutions d'aval pour permettre de désengorger la filière. « Vitrine gériatrique de l'hôpital », l'équipe mobile, par son ouverture sur l'extérieur, peut permettre à l'hôpital de prendre la place qui lui revient au sein de l'organisation en réseau, tout en se gardant des activités purement médico-sociales qui relèvent des partenaires communautaires. L'assurance maladie n'a pas vocation à financer seule des dépenses de nature sociale.

Le développement de l'activité extra-hospitalière est un enjeu pour les EMG. Il constitue une nécessité pour donner de la cohérence à son action, mais aussi un risque de dispersion et de manquer d'efficacité dans ses missions intra-hospitalières.

Aujourd'hui, l'activité des EMG n'est pas véritablement évaluée parce que les outils manquent et que chaque équipe est tentée de remédier à sa manière à cette carence. La mission de l'IGAS a souligné qu'il fallait encourager les recherches sur les indicateurs, et tester de manière scientifique ceux qui sont jugés pertinents afin de partager ceux qui auraient été validés. La mesure de l'efficacité reste d'abord celle du service rendu et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Les difficultés à mettre en place des indicateurs de performance médico-économique pertinents justifient que le financement des EMG ne soit pas directement connecté à son volume d'activité. Cependant, tous les acteurs sont d'accord pour dire qu'une EMG peut et doit être productive, en combinant les approches quantitatives et qualitatives.

Cette réflexion doit être poursuivie dans les années à venir, afin que notre système hospitalier adapte tant son organisation que son mode de financement aux particularités d'une population âgée toujours plus nombreuse à se présenter aux portes de nos établissements. Il est ici question de notre projet de société, et de savoir quels sont les moyens humains, financiers et institutionnels qui permettront d'améliorer la qualité et la dignité du grand âge.

Bibliographie

Circulaires

- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Autres

- Plan Urgences 2004-2008
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012
- Projet Médical de Territoire – Territoire de Proximité d'Angers - 2007
- Guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC élaboré par la DHOS, Version de juin 2008

Rapports et Etudes

- Jeandel C., Pfitzenmeyer P. et Vigouroux P.; avril 2006 ; Rapport « *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* »
- Rousseau A-C et Bastianelli J-P; Rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales « *Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins* », mai 2005
- Etude PAQUID (Personnes Agées QUID ?), 2004 ; Etude épidémiologique de l'INSERM sur le vieillissement cérébral et fonctionnel des plus de 65 ans menée en milieu communautaire
- Blanchard, Enquêtes menées dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC).

Articles et périodiques

- Couturier P., Fachler-Buatois S., Argentier A-M., Villard M-L., Moine S., Rolin A., Franco A. ; 2002 ; "*Place et rôle des unités mobiles de gérontologie dans la prise*

en charge des patients âgés fragiles et hospitalisés", in *L'année gériatrique* 2002

- Couturier P.; novembre 2004 ; « *Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives* » in *La revue de Gériatrie*, Tome 29
- Gauvain J-B. et coll ; 2002 ; "*Unité Mobile gériatrique, évaluation d'une année sur les structures et les acteurs*", in *Année gériatrique* 2002
- Moulias R.; 2004 ; « *Le métier de gériatre* » in *Le livre blanc de la gériatrie française – Gériatrie 2004*
- Stuck AE., Siu AL., Wiedland GD., Adams J., Rubenstein LZ., "*Comprehensive geriatric assessment : a meta analysis of controlled trials*", *Lancet* 1993

Thèse

- Guihard Emilie, Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, "Bilan d'activité de l'Unité Mobile du CHU de Rennes. Suivi des recommandations chez 105 patients et devenir à 3 mois", présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2007

Présentations Power Point

- Arthus I., Montalan M-A., Vincent B., "*Quels outils d'évaluation de la performance pour une EMG?*", IVe journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux, mai 2008
- Balandier C., DHOS, "*Quel futur pour nos équipes?*", IVe journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux, mai 2008
- Chansiaux-Bucalo C., Hôpital Bretonneau, Paris, "*Equipe mobile extra-hospitalière: un atout dans la filière gériatrique*", IVe journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux, mai 2008
- Couturier P., "*Equipes mobiles de gériatrie: où en sommes nous?*", IVe journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux, mai 2008
- Kiffel C, EIG Lariboisière, Paris, "*Equipe d'intervention gériatrique du groupe hospitalier Lariboisière: recueil d'activité de la 1ere années de fonctionnement*", IVe journées nationales des équipes mobiles de gériatrie à Bordeaux, mai 2008

Liste des annexes

ANNEXE 1 Fiche descriptive de l'équipe mobile angevine

ANNEXE 2 Fiche de demande d'intervention de l'équipe mobile

ANNEXE 3 Grille d'entretiens menés auprès de médecins et infirmières dans les services de soins médicaux, chirurgicaux et aux urgences

ANNEXE 4 Modèle du pilotage stratégique de la performance par le modèle de Norton et Kaplan du Balanced Score Card

ANNEXE 5 Tableau de recensement de l'activité téléphonique de l'EMG d'Angers

ANNEXE 6 Fiche MIG "équipe mobile gériatrie" du guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC de la DHOS, version 2008

ANNEXE 1

Fiche descriptive de l'équipe mobile angevine

Objectif	Améliorer la prise en charge médico-sociale
Population cible	Personne âgée fragile
Statut	Unité fonctionnelle hospitalière d'intervention gériatologique
Missions	<ul style="list-style-type: none">- Evaluation gériatologique (c'est-à-dire gériatrique et médico-sociale)- Elaboration de plans de soins médico-sociaux,- Orientation et suivi dans la filière de soins gériatriques- Informations, conseils et aides pour les démarches administratives médicales et sociales- Formation des professionnels de santé- Recherche clinique
Personnel	Equipe pluridisciplinaire composée : <ul style="list-style-type: none">- de 1,5 Equivalent Temps Plein (ETP) de praticien hospitalier- de 0,5 ETP de cadre de santé- de 3 infirmières diplômées d'état (IDE) réparties en 1 ETP et 2 x 0,5 ETP- de 1 ETP d'assistante sociale- de 1 ETP de secrétaire
Localisation	<i>Service de Gériatologie Clinique - Bâtiment des 4 services</i> 1 ^{er} étage - CHU d'ANGERS - 4 rue Larrey CHU - 49933 Angers Cedex 9
Territoire d'intervention	<ul style="list-style-type: none">- Intra hospitalier (l'ensemble des services de court séjour et de soins de suite)- Extra hospitalier (territoire de santé de proximité d'Angers)
Permanence	<ul style="list-style-type: none">- Du lundi au vendredi- De 8h30 à 18h00

ANNEXE 3

Grille d'entretiens menés auprès de médecins et infirmières dans les services de soins médicaux, chirurgicaux et aux urgences

Caractéristiques du service

DMS

Moment où l'EMG intervient

Régularité des appels de EMG

1/ Comment avez-vous connu l'EMG?

2/ Quels sont les principaux motifs d'appel de l'EMG?

- Qui prend l'initiative d'appeler l'EMG?
- Décrivez la procédure
- Le signalement se fait généralement à quel moment du séjour (délai de signalement)?

3/ Comment se passe la collaboration avec l'EMG?

- Comment l'EMG est-elle perçue par les équipes soignantes?
- Le binôme PH/IDE est-il un facteur de collaboration avec les services de soins?
- Comment se font les transmissions entre votre service et l'EMG avant et après l'évaluation?
- La création d'une EMG a-t-elle changé certaines pratiques ou habitudes dans le fonctionnement de votre service?

4/ Qu'attendez-vous de l'EMG?

- A quoi estimez-vous que l'EMG est efficace?
- Qu'est-ce que l'efficacité pour vous? (Désengorger le service, faciliter l'orientation des personnes âgées, sensibiliser le personnel soignant et médical à une approche plus globale de la personne âgée, ...?)
- Quelle est la valeur ajoutée de l'intervention de l'EMG pour un patient âgé admis dans votre service?
- Quel est le bénéfice pour l'équipe soignante et/ ou les médecins?

5/ Redoutez-vous au contraire que l'action de l'EMG soit redondante avec la prise en charge du patient âgé par votre service?

6/ Les préconisations de l'EMG sont-elles suivies?

- Avez-vous un moyen d'évaluer le taux de suivi des préconisations de l'EMG ?
- Quand le médecin du service s'écarte des préconisations de l'ELG, quelles en sont les raisons?
- L'EMG devrait-elle avoir une compétence de prescription?

7/ A votre avis, beaucoup de personnes âgées admises dans votre service devraient-elles systématiquement faire l'objet d'une évaluation gériatrique?

8/ Comment évaluez-vous la satisfaction des patients et de leurs familles après l'intervention de l'EMG?

ANNEXE 4

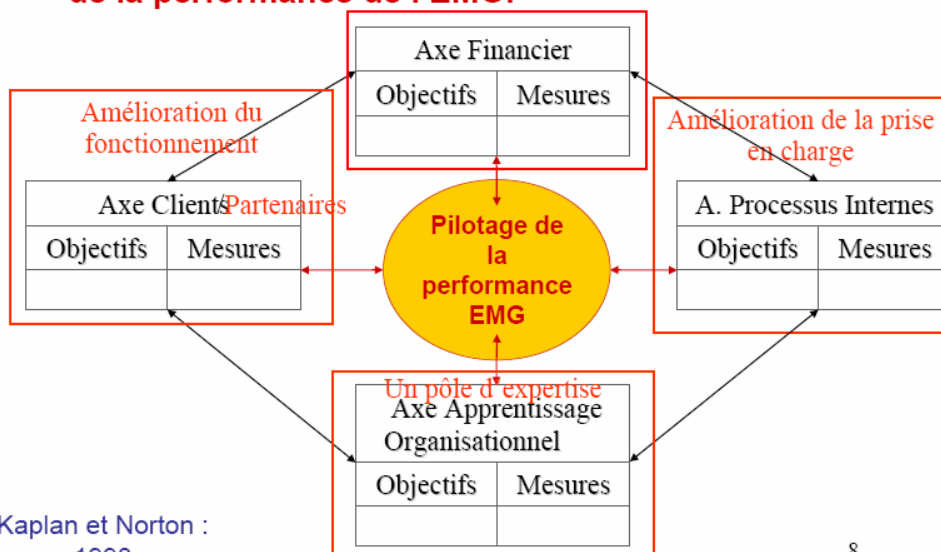
Modèle du pilotage stratégique de la performance par le modèle de Norton et Kaplan du Balanced Score Card



3 – Les outils d'évaluation



Une vision stratégique qui conditionne le pilotage de la performance de l'EMG:



Kaplan et Norton :
1998

ANNEXE 5

Tableau de recensement de l'activité téléphonique de l'EMG d'Angers

Appels Téléphoniques passés par l'EMG

Période de novembre 07 – mai 08

Afin de mesurer l'activité téléphonique de l'EMG, l'exploitation du tableau doit se faire par le croisement des données quantitatives et qualitatives suivantes:

1/ Approche Quantitative

(Recueil fait le 19 mai 2007)

	Nov	Dec	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	
Structure accu	15	12	12	11	15	12	5	82
Médecin traita	24	19	47	26	30	29	15	190
Aide à domicile		0	5	5	4	3	0	17
Famille	19	16	25	19	14	21	11	125
Service	24	23	30	20	14	21	13	145
	82	70	119	81	77	86	44	559

2/ Approche Qualitative

outils d'exploitation de l'indicateur, à compléter par l'EMG

- Dans le bilan d'activité à 6 mois, chaque type d'appel doit être décrit brièvement, avec profil de l'interlocuteur, données recueillies (complément d'information, dialogue avec recueil d'avis, discussions autour de l'orientation du patient âgé, etc.) et support de recueil de l'information (questionnaires, fiches d'intervention, etc.). Ces explications permettent de se représenter la durée passée au téléphone, et les caractéristiques des appels.
- Compléter avec un ratio [visites EMG / nombre d'appels].

ANNEXE 6

Fiche MIG "équipe mobile gériatrie" du guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, élaboré par la DHOS, version 2008

Equipes mobiles de gériatrie

Références juridiques : Articles L1112-4, L6121-4 Code de la santé publique ; circulaire DHOS/DGS N°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique

Périmètre de la MIGAC : Peut bénéficier d'un financement MIGAC l'activité des équipes mobiles de gériatrie (EMG) officiellement reconnues, réalisée principalement auprès de patients hospitalisés mais également à titre subsidiaire auprès de consultants externes. Votre attention est attirée sur le fait que le financement de cette activité par la dotation MIGAC est limité au champ MCO. L'activité des EMG réalisée dans les champs SSR ou long séjour des établissements relève d'autres sources de financement. La structure doit être constituée en équipe et ne peut donc pas ne comporter qu'un médecin gériatre sollicité pour donner des avis médicaux dans les services MCO accueillant des personnes âgées.

Éléments d'allocation budgétaire : Les données présentées par l'établissement (par exemple RTC pour les ex-DG ou données comptables pour les privés) doivent être expertisées par l'ARH afin d'en exclure les dépenses hors MCO, celles financées par un GHS et les charges non directement imputables à la structure. Doivent être déduites les recettes de facturation d'actes externes et les éventuelles subventions perçues. Les comparaisons inter-régionales figurant en annexe 7 pourront également être utilisées.

Conditions d'exécution et modalités d'évaluation :

Activité	Suivi annuel des patients pris en charge tant en hospitalisation qu'en consultation
Qualité	La pérennité de la structure devra être garantie par l'établissement tant dans les moyens dégagés (il s'agit d'une équipe mobile) que dans la politique de l'établissement en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Commentaires :