

PROJET DE SERVICE DE L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE CHICAS – SITE DE GAP SEPTEMBRE 2015

Introduction :

Les EMG existent depuis le début les années 1990; elles se sont développées à la suite de la circulaire DHOS du 18/03/2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Les missions des EMG sont définies par la « Circulaire filière gériatrique du 28 mars 2007 » (cf annexe 1).

Initialement, leur mission principale est de dispenser une intervention (EGS) nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées dans l'ensemble des unités des établissements de santé, y compris aux Urgences. Elles ont également pour mission de diffuser les bonnes pratiques gériatriques, d'optimiser le diagnostic et la thérapeutique, d'aider à orienter la personne âgée et de participer à l'organisation de la sortie.

Ces missions premières doivent être confortées car des études récentes montrent que l'hospitalisation est souvent iatrogène pour la personne âgée, rien que par le fait d'être installée dans un lit hospitalier (en raison de l'absence de prise en compte des spécificités gériatriques). Il est donc nécessaire de poursuivre la formation des équipes soignantes, de discuter avec les médecins de la prise en charge médicamenteuse et de la prévention de la perte d'autonomie. Ces activités sont à poursuivre dans les Services d'Urgence, dans les services de spécialités médicales ainsi qu'en chirurgie.

Mais de nouvelles activités sont demandées à l'EMG

- à la fois en intra-hospitalier (évaluation dans des domaines particulier : oncogériatrie, cardiologie, chirurgie, néphrologie...)
- en liaison avec le domicile et les établissements médico-sociaux : consultation-chute, consultation-fragilité, évaluation en HDJ
- En liaison avec les établissements médico-sociaux. Les rapports avec les EHPAD doivent être améliorés : d'une part pour conforter les bonnes prises en charge gériatriques et d'autre part pour effectuer une « régulation pré-hospitalière » afin de limiter les hospitalisations évitables. *(NB : Une étude toulousaine récente montrait que 20% des sujets âgés admis au SAU venaient d'une EHPAD ; et 40% de ces admissions étaient inappropriées).* L'intervention des EMG dans les EHPAD (en intervenant sur place, par télé-médecine, en proposant des HDJ) va devenir nécessaire afin de diminuer cet afflux au SAU et afin de limiter les hospitalisations évitables.

Bilan de l'existant :

La création de l'EMG au CHICAS date de 2004.

Le personnel affecté à cet EMG est le suivant :

- 1 médecin ETP
- 1 kinésithérapeute : ½ ETP
- 1 ergothérapeute : ½ ETP
- 1 psychologue : ½ ETP
- 1 secrétaire : ½ ETP
- 1 assistante sociale : ½ ETP mutualisée avec les assistantes sociales du Centre Hospitalier

Le temps affecté à l'assistante sociale a été mutualisé avec celui des assistantes sociales du Centre Hospitalier. Il a été convenu que les assistantes sociales affectées aux différents services collaborent avec l'EMG.

Le financement est assuré par les crédits FIR (Fond d'Intervention Régional).

Le mode d'intervention :

- Activité réglée, par demandes spécifiques des médecins et des équipes, exprimées par appel téléphonique et par bons de consultations ; déplacements dans les services dans un délai réduit au minimum. A ce jour, les services du Pôle Médecine utilisent le dossier informatisé de soins et expriment leur demande par informatique, ce qui diminue et sécurise la demande.
- Evaluation rendue le jour même par chaque intervenant ; et rendue par synthèse en moyenne dans les 3 jours, insérée dans le logiciel Crossway et adressée aux médecins traitants.
- Présence du médecin au service des Urgences tous les après midis ; avis gériatrique donné sur demande du médecin du SAU.

Un rapport d'activité est rédigé chaque année.

-I- Activités intra-hospitalières :

1) Evaluations Gériatriques standardisées dans les services de Médecine ou Chirurgie :

Cette activité se réfère au logigramme reproduit à l'annexe 2.

Il s'agit de « l'activité phare et emblématique » de l'EMG.

Cependant, des études d'efficience ont montré qu'elle devait répondre à certaines règles afin de justifier leur pérennité :

- *Cette activité est efficace lorsque* (1) il y a un avis médical gériatrique (2) il y a une expertise pluridisciplinaire (3) un suivi est réalisé (4) il y a un lien avec le médecin traitant
- Il est recommandé d'identifier un « *réfèrent gériatrique* » dans chaque service.
- Il est important de prévenir « la dépendance iatrogène » à l'hôpital en rappelant les *bonnes pratiques gériatriques* ; en faisant preuve de pédagogie avec les « référents gériatriques » de chaque service et avec l'ensemble du personnel (qu'il soit médical, paramédical ou agent de service !).
- Ces évaluations peuvent donner suite à une *réunion pluridisciplinaire avec la famille* du patient afin de prévoir les modalités de sortie du Centre Hospitalier : préparation du devenir, plan d'aide, conseils pratiques pour les aide-technique et la rééducation, proposition de consultation-mémoire... Parfois, ces réunions seront organisées lorsqu'il existe un problème éthique ou problème de « limitation des soins ».
- Des *recommandations sont émises* en conclusion de chaque EGS (avec rédaction d'un Plan Personnalisé de Soins). Ces recommandations sont rédigées et envoyées dans les 3 jours au service demandeur avec un double au médecin traitant (et au service SSR le cas échéant), dans la limite des contraintes du service.
- Afin d'éviter les ré-hospitalisations précoces, il a été montré qu'un *appel téléphonique* (à 3 mois) est efficace. Cette procédure sera étudiée en accord avec les responsables des différents services et avec les médecins traitants.

2) Consultations Gériatriques de liaison : cette activité réalisée sur demande des services (SAU, service de Court-séjour médical ou chirurgical) a pour but de collaborer avec les médecins hospitaliers pour optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique. L'avis de l'équipe gériatrique pourra également intervenir dans les réflexions éthiques concernant les soins et la poursuite des soins. Une intervention paramédicale peut être sollicitée (ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue), ainsi qu'une aide à l'orientation (avec avis de l'assistante sociale).

Un compte-rendu écrit sera réalisé à l'issue de chaque consultation

Cas particulier du SAU :

L'intervention d'un gériatre au SAU est importante à plusieurs titres :

- Aider au diagnostic des pathologies gériatriques ; rappeler les particularités sémiologiques gériatriques
- Eviter l'iatrogénie
- Rappeler les « bonnes pratiques gériatriques » aux SAU afin de préserver l'autonomie, éviter les syndromes confusionnels, éviter chutes et contentions...
- Proposer des alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées, favoriser le transfert rapide dans les services adéquats
- Formation des soignants
- Rédiger un algorithme de prise en charge dans les suites d'une chute (orientation vers une consultation-chute p.ex)

3) Réalisation d'expertise lors de demande de protection des incapables majeurs :

Ces expertises sont réalisées par le Dr JEANBLANC, médecin expert auprès du Tribunal des Tutelles. Un bilan réalisé par la neuropsychologue et/ou l'ergothérapeute pourra être demandé au préalable.

Cette activité ne sera effectuée que pour les personnes âgées hospitalisées.

-II- Les Consultations Gériatriques :

Les consultations gériatriques existent déjà et s'effectuent à la demande de médecin traitant. Les motifs les plus fréquents sont les poly-pathologies complexes la perte d'autonomie.

Les consultations doivent se développer dans des domaines particuliers (avec procédure d'évaluation dans chaque domaine) :

- Consultation-chute
- Consultation-fragilité
- Consultation d'évaluation dans des domaines spécifiques : avant une intervention chirurgicale (urologie, TAVI...), en néphrologie...
- Une réflexion sera engagée concernant les consultation-nutrition

Ces consultations pourront donner lieu à des explorations complémentaires en HDJ.

NB : les évaluations d'Onco-gériatrie sont réalisées par les Dr Guillem et Gaillard ; les évaluations neuro-psychologiques sont réalisées par les Dr Assemat et Lavernhe.

-III- Hôpital de Jour d'évaluation :

Les hospitalisations sont décidées par le médecin de l'EMG.

Les indications de cette prise en charge sont les suivantes :

- Bilan médical et bilan d'autonomie à la demande du médecin traitant
- Bilan médical et bilan d'autonomie chez un patient résident dans une EHPAD pour lequel une hospitalisation prolongée n'est pas nécessaire
- Evaluation gériatrique dans les suites d'une consultation gériatrique, consultation-chute ou consultation-fragilité
- Evaluation et mise en place d'un traitement pour des plaies et pansements complexes

Les critères de la prise en charge sont les suivants : le patient est âgé de plus de 75 ans, il est polyopathologique, il nécessite un bilan comprenant 1 expertise médicale gériatrique, 1 évaluation par un kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou psychologue, 1 bilan d'imagerie. Les conclusions et recommandations seront communiquées au médecin traitant après réunion de synthèse pluridisciplinaire.

Lorsque des préconisations sont émises, un appel téléphonique à 1 mois puis 3 mois sera organisé afin d'évaluer le suivi des recommandations.

-IV- Activités extra-hospitalières :

Actuellement, aucune activité extra-hospitalière n'est pas développée à Gap.

Les EMG peuvent intervenir hors les murs de l'hôpital à la demande du médecin traitant.

Nous nous proposons de mettre en place les activités suivantes :

1) Avis gériatrique téléphonique à la demande du médecin traitant :

Un avis gériatrique téléphonique pourra être émis, lorsque le médecin traitant aura, au préalable émis une demande téléphonique ou par fax au secrétariat de l'EMG.

Un compte-rendu écrit sera rédigé à l'issue de chaque contact téléphonique ayant débouché sur un conseil argumenté.

NB : par la suite, en fonction des besoins, l'opportunité d'intervention à domicile sera envisagée avec l'administration (p.ex. pour avis de l'ergothérapeute, pour avis sur une escarre ou une prise en charge complexe)

2) Télémédecine avec les EHPAD (« télé expertise »)

La télémédecine dans le parcours de soins est reconnue comme pratique médicale à distance par la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » du 21/07/2009 et encadrée par le décret du 19/10/2010. La télémédecine est un exercice réglementé (Article L6316-1 du code de la santé publique, Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, Vade-Mecum Télémédecine du Conseil National de l'Ordre de septembre 2014) : la télémédecine n'est pas un conseil en ligne !

Le soin dans les structures médico-sociales de type EHPAD représente un des chantiers prioritaires du plan stratégique national de déploiement de la télémédecine.

Le but de ces téléconsultations est double : d'une part apporter une expertise gériatrique auprès de cette population fragile, dépendante et polyopathologique ; d'autre part permettre une « régulation pré-hospitalière » afin d'éviter des hospitalisations décidées dans l'urgence, parfois de nuit, en passant par le SAU.

L'objectif est de modifier le parcours de soins en privilégiant selon le cas : une hospitalisation directe dans le service adéquat, une évaluation en HDJ, ou une consultation gériatrique.

Selon les expériences déjà publiées, les motifs de ces consultations sont par ordre de fréquence décroissante : troubles du comportement et problème psychiatrique, affections somatiques subaiguës, plaies chroniques, soins palliatifs.

La mise en place de ces télé-consultations doit répondre aux contraintes réglementaires du décret de 2010 : identification des professionnels médicaux, traçabilité des échanges, utilisation de la plateforme régionale du GIP « e-santé Orupaca ».

Une convention écrite doit être signée entre le CH, l'EHPAD et l'ARS. Le projet doit être précis : quelle compétence proposer ? dans quel délai ? avec quel professionnel ?

Une évaluation de ces consultations sera réalisée en évaluant – entre autre – l'impact sur les passages au SAU des résidents des EHPAD.

Par la suite, une intervention « sur place » dans les EHPAD pourra être envisagée, après accord de la Direction de l'hôpital, si ce déplacement semble nécessaire (par exemple dans le cas de troubles du comportement, de patient grabataire ayant des polypathologies complexes, de problèmes éthiques).

-V- Organisation de l'équipe médicale et paramédicale :

Un staff réunit chaque matin médecin, paramédicaux et secrétaire. Il fait le point sur les projets de soins préparés par les intervenants après les évaluations réalisées la veille, et valide les actions et orientations proposées. Ce temps de concertation est fondamental car il permet l'expression de la multidisciplinarité en utilisant le savoir-faire et l'expertise de chacun au service d'un malade dans une situation complexe. Il permet également le développement d'une culture commune permettant le bon fonctionnement de l'équipe, l'interdisciplinarité et permettant à chaque acteur de devenir polyvalent dans l'information et le conseil gérontologique.

Un staff hebdomadaire avec la participation d'une assistante sociale sera organisé chaque lundi entre 14h et 14h30.

Cette cohésion de l'équipe est également nécessaire afin que chacun soit à l'écoute des attentes des services demandeurs et fasse preuve de pédagogie pour que les bonnes pratiques et recommandations soient suivies. En effet, le taux de suivi des recommandations est souvent décevant s'il n'y a pas un effort d'explication et un suivi auprès des patients (*ref : Suivi des recommandations de l'EMG après hospitalisation. Collectif des EMG d'Ile de France. Rev Ger. Oct 2014 : 541-3*)

Quels métiers à l'EMG ?

Cette interrogation se pose parfois car l'EMG du CHICAS n'a pas recruté d'IDE mais des paramédicaux spécialisés avec une expérience gériatrique (kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropsychologue).

Le Dr STOLTZ, dans son rapport d'activité 2014 notait : « *Par rapport aux autres EMG de PACA, qui fonctionnent exclusivement aux urgences, les membres de l'EMG de Gap se sont définis dans une démarche d'experts qui permettent des bilans très complets, et prennent largement en compte les familles avec leur besoin d'informations parfois non satisfait dans les services ; l'EMG peut aider au désamorçage d'éventuels conflits qui peuvent en résulter ; l'EMG aide à préparer la sortie dans des conditions optimum qui évitent les ré-hospitalisations* ».

Ainsi, l'EMG du CHICAS présente des compétences plus étendues que les autres EMG nationales (qui se contentent le plus souvent de remplir des grilles d'évaluation).

D'autre part, le médecin de l'EMG possède une formation élargie (DIU de Santé Publique, DIU de Psychiatrie du Sujet Agé, DIU des Troubles démentiels, DIU de Maladies Infectieuses) ainsi qu'une expérience en court-séjour (service de Gériatrie, Médecine Interne et gériatrie-psycho, en SSR, en EHPAD et en Médecine Générale).

Ces compétences élargies permettent d'apporter une expertise fine dans l'évaluation gériatrique, de proposer une prise en charge rééducative adaptée, d'apporter des conseils adaptés aux familles et équipes soignantes.

Ces compétences élargies nous permettront également d'apporter une réponse correspondant aux besoins du territoire de santé (consultations-chute ; avis aux EHPAD ; aide à domicile...)

-VI- Formations et Perspectives :

Projets de Formations :

- participation aux « Journées Régionales des EMG » en 2015, « Journées Nationales des EMG » en 2016
- Formation pour l'obtention du DU « Plaie et cicatrisation » (en raison des demandes nombreuses à domicile et en EHPAD)
- Des formations complémentaires internes ou externes pourront être proposées en fonction des besoins et des évolutions de nos actions : *formation interne concernant les pathologies gériatriques et les test d'EGS, *DU d'évaluation en Gériatrie

Réflexion sur les orientations futures de l'EMG dans le cadre du PMT (« Projet Médical de Territoire ») :

Le système hospitalier territorial doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées poly pathologiques et fragiles dans un continuum de prise en charge, sans rupture au fur et à mesure des soins requis.

Sur l'ensemble du territoire, les EMG doivent être ce maillon permettant (1) la prévention des aggravations d'autonomie et (2) la prévention des ruptures dans la prise en charge.

Plusieurs pistes peuvent être déjà envisagées :

- création d'une astreinte durant la journée par les gériatres des EMG
- échange entre les CH afin de permettre la meilleure orientation en fonction des pathologies/places disponibles/compétences des services
- développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire.

Amélioration du suivi des activités. En profitant de l'expérience des EMG nationales, nous pourrions réfléchir sur le relevé d'indicateurs qui pourraient orienter nos actions : *suivi des recommandations cliniques, *taux de réhospitalisation précoce...

Réflexion sur notre EGS actuelle : quelle évaluation est la plus pertinente pour l'amélioration de la prise en charge ? réalisation d'une évaluation nutritionnelle ? ...

Promotion de nos activités sur le site internet du CHICAS.

Septembre 2015

Dr F.Jeanblanc. Chloé Beltran. Aurore Egrot. Anne Gaillard. Sylvie Perez.

ANNEXE 1 :

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

ANNEXE III. ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE. *Référentiel d'organisation des soins*

1. Définition

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

2. Missions

Missions de soins :

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées ») ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

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. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique :

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. Ces consultations sont destinées à effectuer une première évaluation médico-psycho-sociale pour repérer les incapacités potentielles à brève échéance, proposer un ajustement des traitements en cours, un plan de soins et, éventuellement, un plan d'aide, anticiper les limites du maintien à domicile et programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en SSR gériatriques ou en hôpital de jour.
- intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

Autre mission :

- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

3. Place dans la filière

L'équipe mobile gériatrique est adossée à un court séjour gériatrique. Elle peut constituer une interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenants au domicile.

Modalités d'intervention de l'équipe mobile :

L'équipe mobile intervient sur appel du service hospitalier et, le cas échéant, dans le cadre d'une expérimentation, de l'établissement médico social, des intervenants à domicile, du CLIC ou du réseau de santé « personnes âgées ».

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant aux consultations avancées des hôpitaux locaux.

Pour préparer la sortie du patient, l'équipe mobile intervient en collaboration avec le CLIC et/ou le réseau de santé « personnes âgées ». En tout état de cause la sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation, selon les recommandations émises par l'équipe mobile gériatrique dans son projet d'accompagnement de la sortie.

Recours aux avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

4. Implantation

L'équipe mobile de gériatrie est installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique.

5. Moyens de fonctionnement

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions intra-hospitalières il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire comprenne au minimum :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier ;
- un équivalent temps plein d'assistante sociale ;
- du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement.

Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatre et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social.

L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique.

Coordination de l'équipe mobile de gériatrie :

Elle est assurée par un gériatre de la filière gériatrique. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

6. Indicateurs de suivi annuel

Nombre d'évaluations réalisées (en intra par service hospitalier et en extra hospitalier).

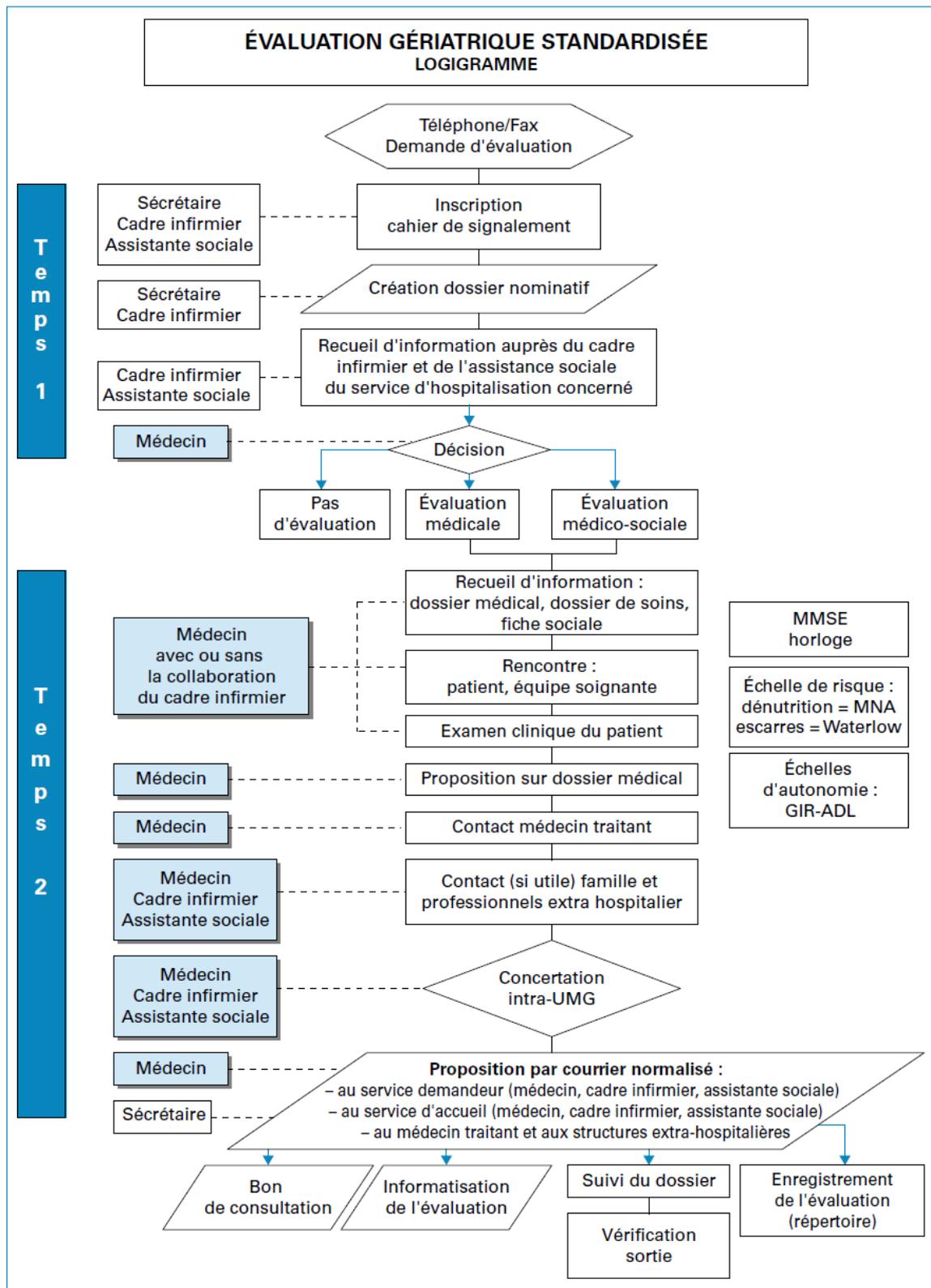
Pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'équipe mobile en intra-hospitalier.

Composition de l'équipe médicale en équivalent plein temps.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent plein temps.

ANNEXE 2 : Logigramme de prise en charge de l'EMG pour les EGS

(selon : P. Couturier, et al. 22 Ann G rontol, vol. 1, n  1, octobre 2008)



2. Logigramme de l'évaluation gériatrique standardisée UMG CHU de Grenoble (rapport UMG 1999, CHU de Grenoble, 2000)