

Le service public hospitalier et la vulnérabilité : Les équipes mobiles de gériatrie



Pr Nathalie Salles
Pôle de Gérontologie
CHU Bordeaux

Groupe de travail
Equipe mobile



Plan

- **Vulnérabilité et fragilité de la personne âgée**
- **Filière de soins gériatriques**
- **Équipes mobiles de gériatrie**
- **État des lieux en France**
- **Équipe mobile de gériatrie et continuité des soins**

Vulnérabilité des personnes âgées

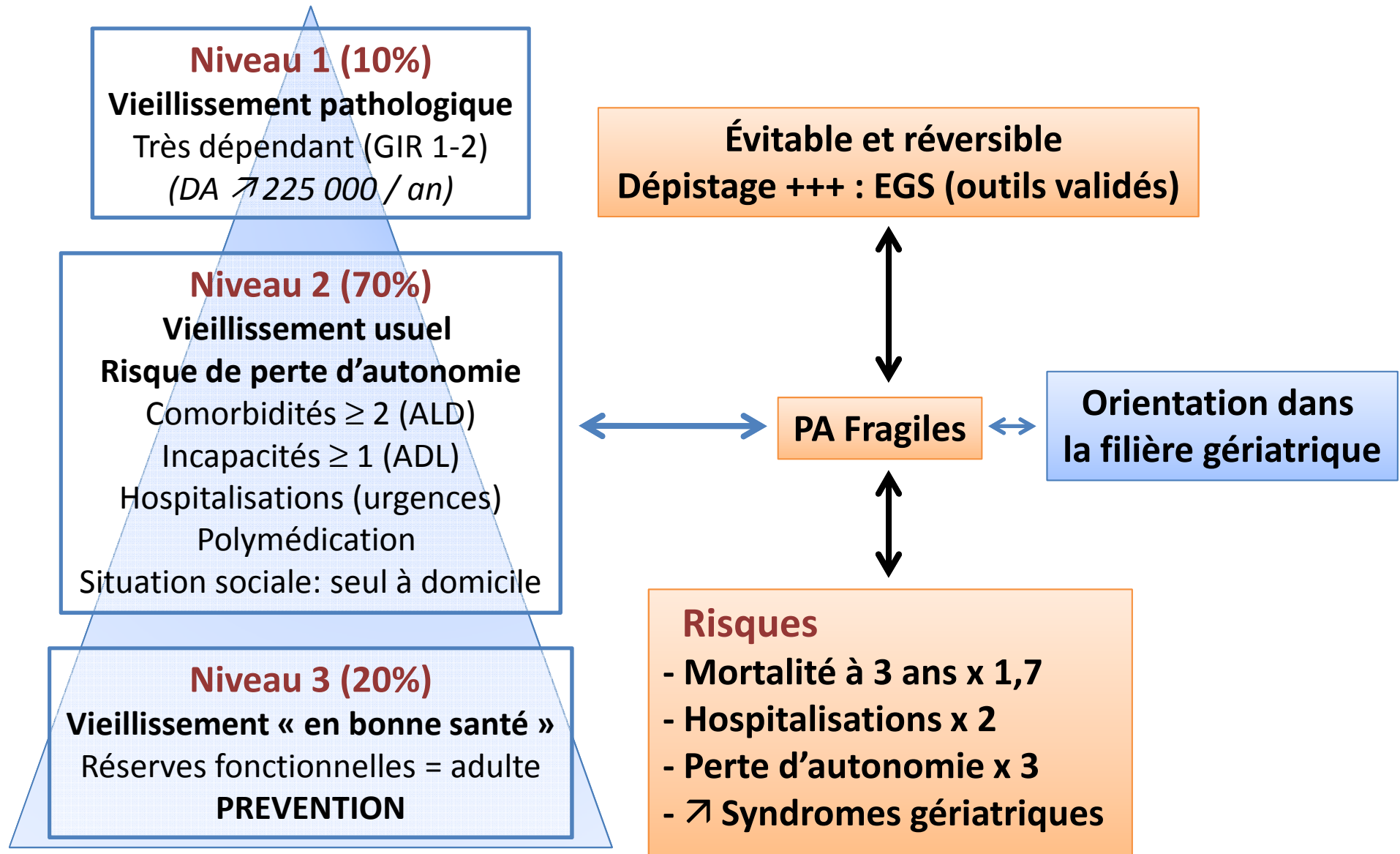
Espérance de vie à 60 ans – Insee 2011 (p)

- **22,5 ans chez les hommes et 27,3 ans chez les femmes**
 - Accroissement de la population (85 ans et +) : besoins sanitaires - sociaux

Vulnérabilité présente différentes dimensions

- **Vulnérabilité somatique**
 - Fragilité: plus d'1 personne sur 2 après 85 ans
 - Polypathologies (7 > 80 ans) – polymédication (5/j > 80 ans)
- **Vulnérabilité sociale**
 - Précarité des personnes âgées (minimum vieillesse)
 - Incapacités: 6 personnes dépendantes sur 10 vivent à domicile (Insee – 2005)
- **Vulnérabilité psychique**
 - Dépression (20% après 80 ans)
- **Vulnérabilité éthique**
 - Droits des personnes âgées (libre choix)

Vulnérabilité – Fragilité



Filière de soins gériatriques

Plan de solidarité Grand Age 2007-2012

Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins

Les équipes mobiles gériatriques dans la filière de soins (rapport IGAS-2005)

Un programme pour la gériatrie (2006)

Atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir

Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques



Créer **label «filière gériatrique»** (pour les ES siège d'un SAU)

Prendre en compte le vieillissement dans les services non gériatriques

Créer **une équipe mobile de gériatrie** au sein de chaque plate-forme gériatrique de référence

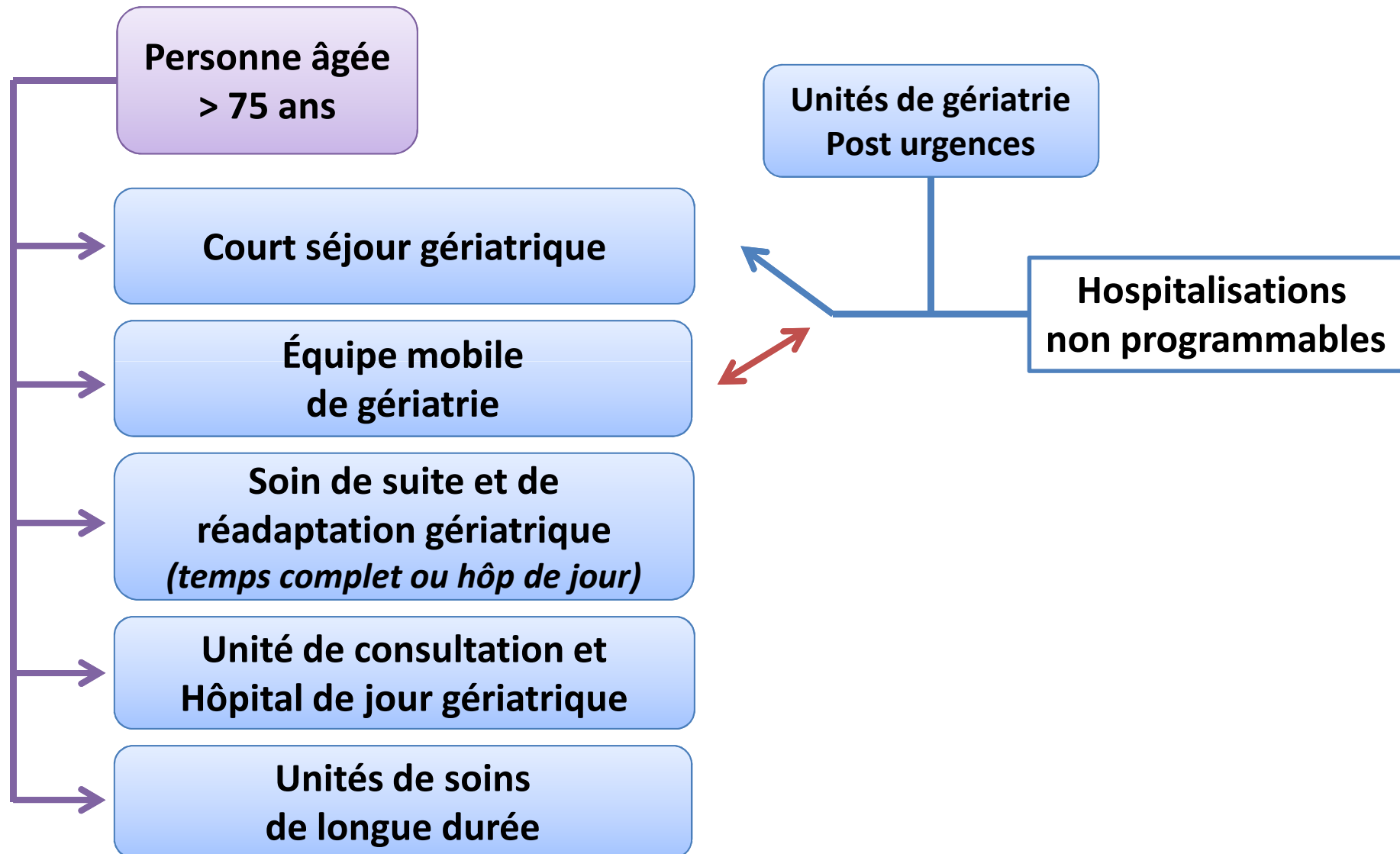
Equipe mobile extrahospitalière dans un cadre expérimental

La filière de soins gériatriques

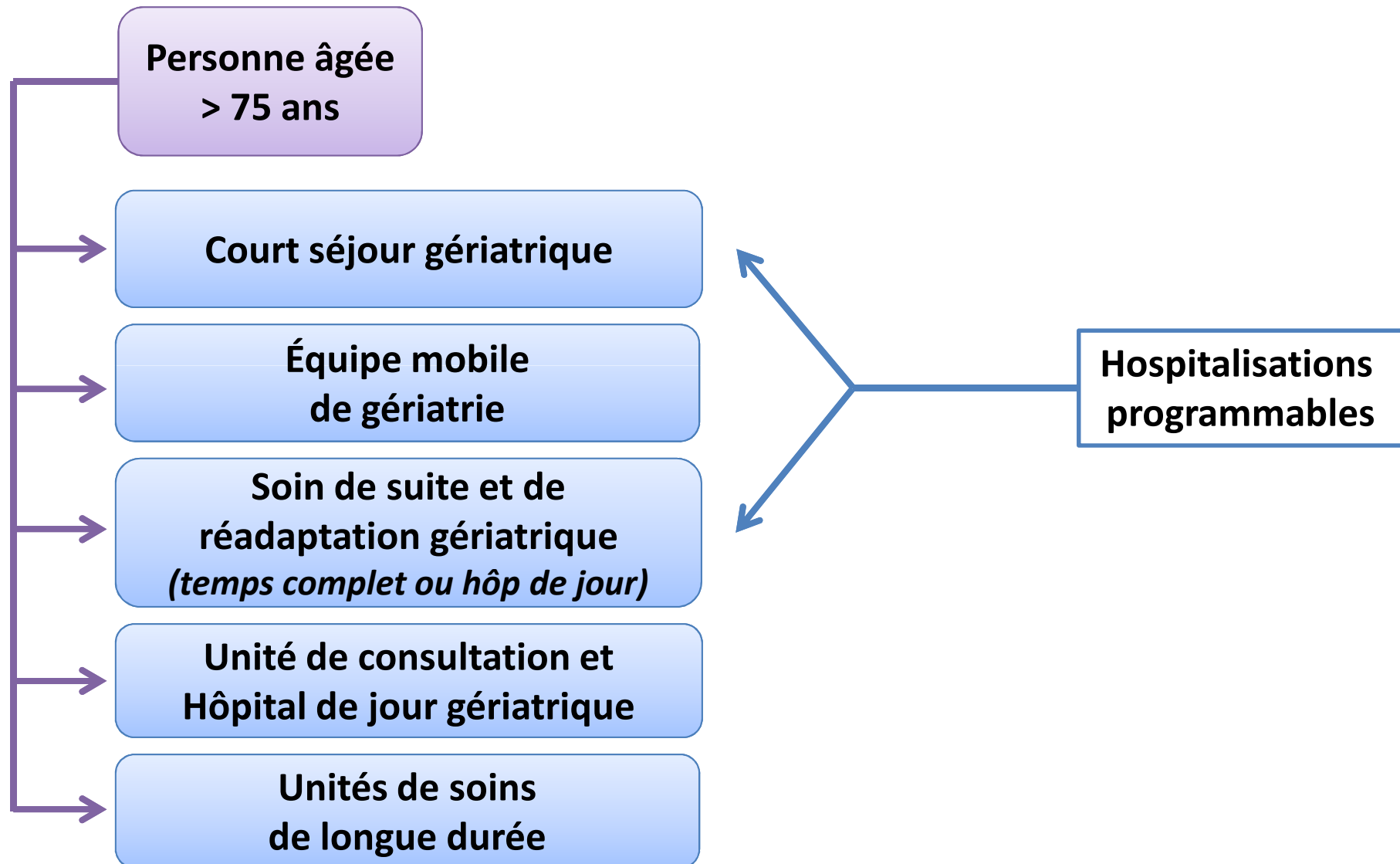
La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée l'accès à une prise en charge globale médico-psycho-sociale

- Palette complète de prise en charge spécifiques**
- Avis gériatrique dans tous les services MCO**
- Accès aux plateaux techniques**
- Accompagnement de la sortie d'hospitalisation**

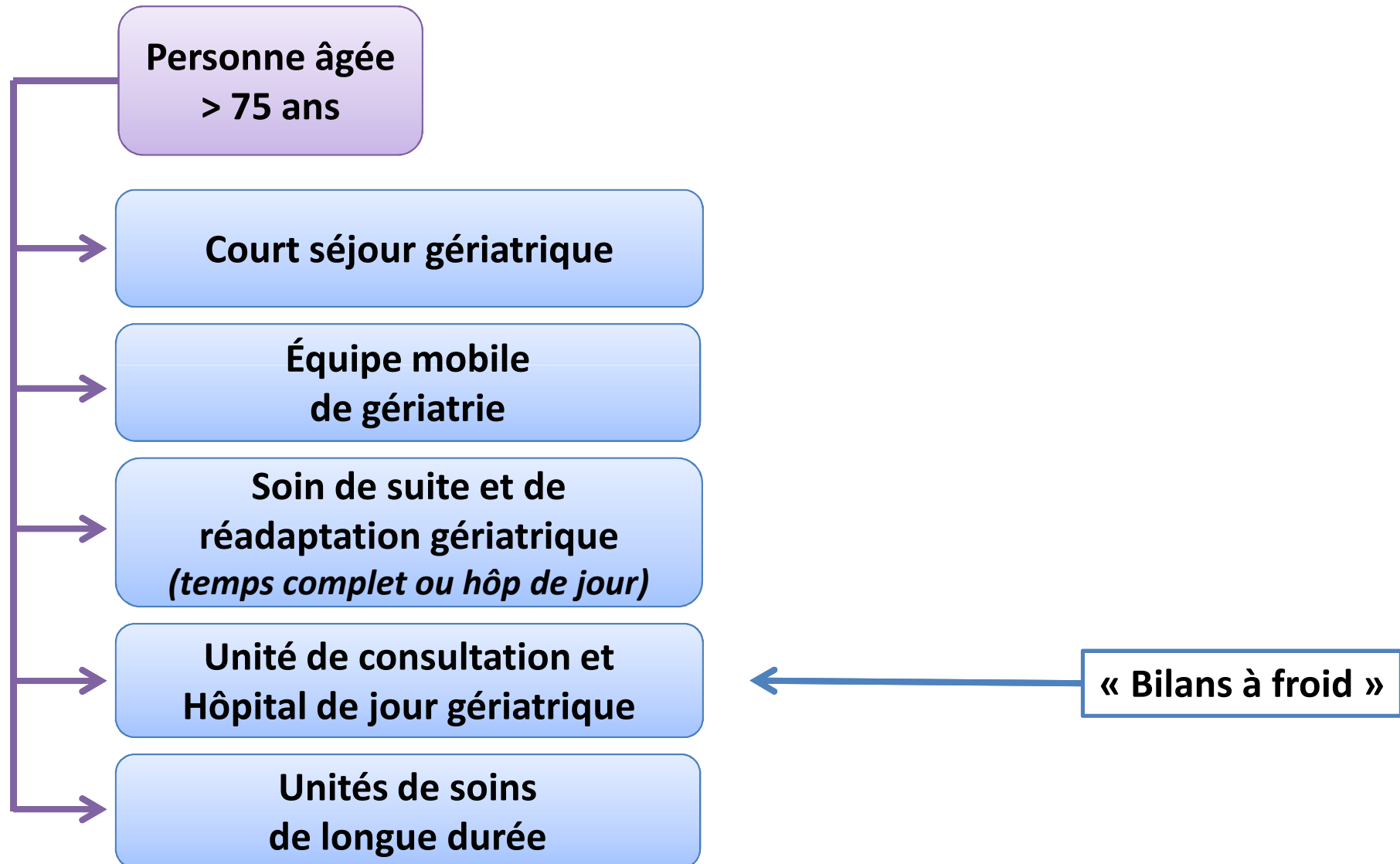
Filière de soins gériatriques



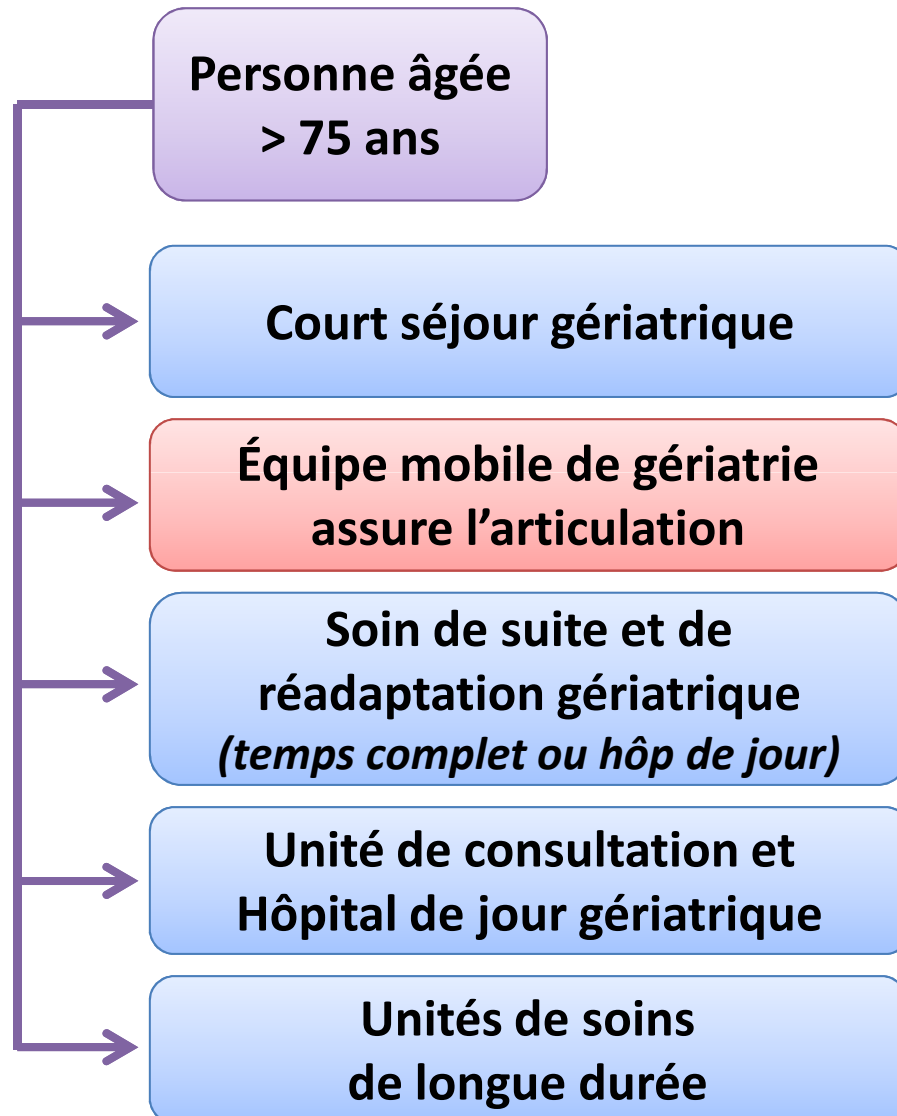
Filière de soins gériatriques



Filière de soins gériatriques



Filière de soins gériatriques



Partenariat avec :
Les médecins traitants
Acteurs médico-sociaux (EHPAD)
Structures coordination (CLIC ± SSIAD)
et l'HAD

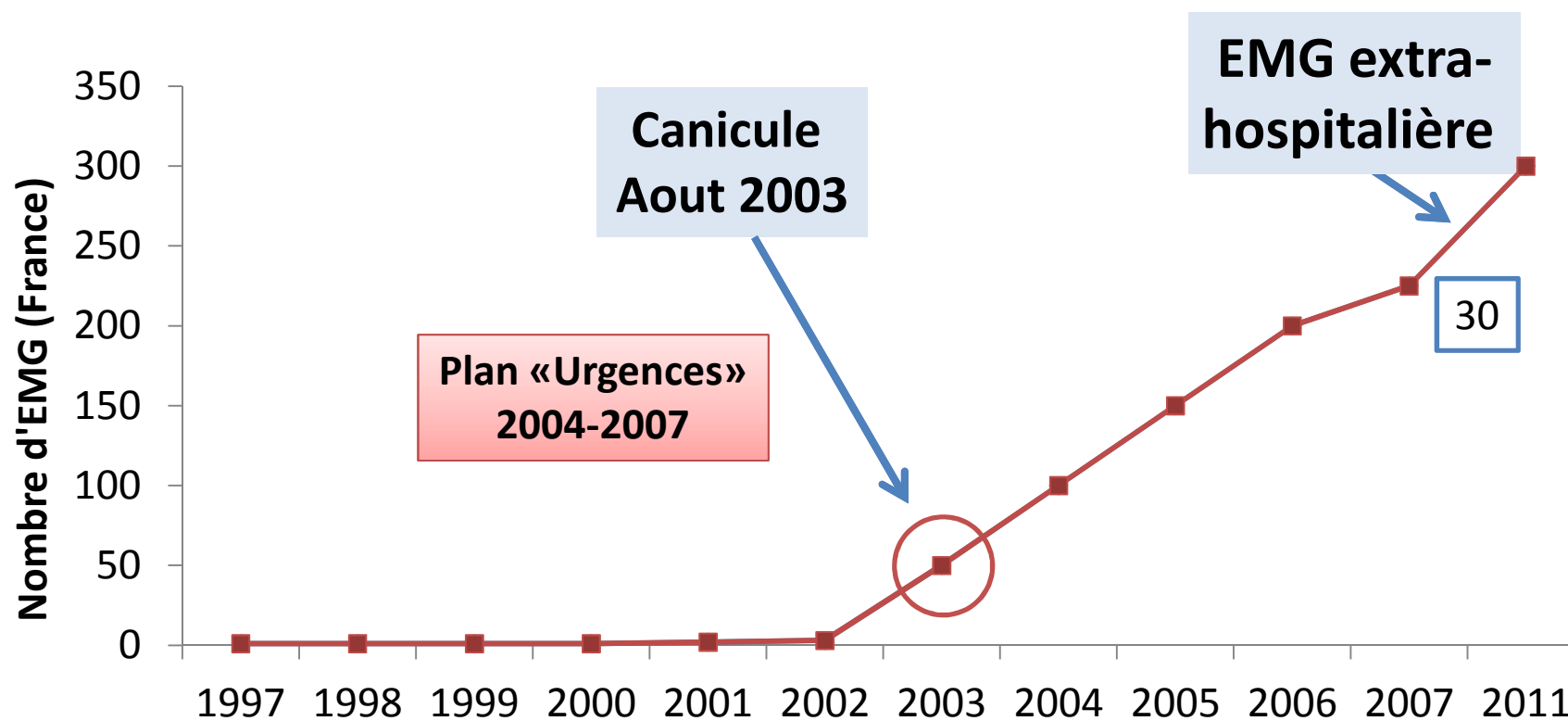
Définition des équipes mobiles de gériatrie

Dispositif qui permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées **FRAGILES** dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences

L'équipe mobile de gériatrie est avant tout **INTRA-HOSPITALIERE** en appui des dispositifs de ville

Définition des équipes mobiles de gériatrie

Dispositif qui permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées **FRAGILES** dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences



Financement des équipes mobiles de gériatrie

- **Périmètre du financement**
 - **Dotation MIGAC**
(Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation)
 - Financement du personnel de l'EMG
 - Frais de déplacement et frais de structure
- **Financement : critères d'éligibilité**
 - **Équipes mobiles rattachées à un ES (MCO)**
 - **Équipes mobiles répondant au cahier des charges**
 - **Annexé à la circulaire du 28 Mars 2007**

Place des EMG dans la filière gériatrique

Place des EMG dans la filière gériatrique

- Véritable **unité fonctionnelle**
- EMG adossée à l'unité de **Médecine Gériatrique**
- EMG constitue une **interface** entre :
 - La filière de soins gériatriques et les unités MCO / SAU
 - Établissements médicaux sociaux
 - Les intervenants à domicile

Missions des équipes mobiles

**Réduire l'incidence
des réhospitalisations
précoces
(mois suivant la sortie)**



- Conseil et formation des équipes soignantes
- Evaluation médico-psycho-sociale
- Elaboration du projet de soin et de vie
- Orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique
- Participation à l'organisation de la sortie

Avis consultatif à la demande des médecins hospitaliers

Quelles personnes âgées évaluer ?

Niveau 1 (10%)

Vieillesse pathologique

Très dépendant (GIR 1-2)

(DA \geq 225 000 / an)

Niveau 2 (70%)

Vieillesse usuel

Risque de perte d'autonomie

Comorbidités \geq 2 (ALD)

Incapacités \geq 1 (ADL)

Hospitalisations (urgences)

Polymédication

Situation sociale: seul à domicile

Niveau 3 (20%)

Vieillesse « en bonne santé »

Réserves fonctionnelles = adulte

PREVENTION

Quelles personnes âgées évaluer ?

Niveau 1 (10%)
Viellissement pathologique
Très dépendant (GIR 1-2)
(DA \nearrow 225 000 / an)

Pathologies en cascade - hospitalisations
Situations sociales complexes

Niveau 2 (70%)
Viellissement usuel
Risque de perte d'autonomie
Comorbidités \geq 2 (ALD)
Incapacités \geq 1 (ADL)
Hospitalisations (urgences)
Polymédication
Situation sociale: seul à domicile

Triage risk stratification tool (TRST) ?

1. Troubles cognitifs
2. Difficultés à la marche et transfert
3. Admission aux urgences le mois dernier ou hospitalisation ces 3 derniers mois
4. Polymédication (> 5 médicaments)

> 75 ans fragiles > 20% au SAU et en MCO

~~**Niveau 3 (20%)**
Viellissement « en bonne santé »
Réserves fonctionnelles = adulte
PREVENTION~~

Identification of senior at risk (ISAR) ?

1. Besoins d'aides au domicile ?
2. Perte d'autonomie ces dernières 24h
3. Hospitalisation répétée ces 6 derniers mois
4. Polymédication (> 6 médicaments)

Moyens de fonctionnement des EMG

- **Personnel médical et non médical : pluridisciplinarité**

- Un ETP de médecin gériatre
- Un ETP d'infirmier
- Un ETP d'assistante sociale
- Du temps de secrétaire
- Du temps de psychologue, ergothérapeute, diététicien

→ Il revient aux ARS de moduler l'effectif en fonction de la taille de l'établissement ou d'autres paramètres

→ L'ensemble de l'équipe doit être formée aux techniques d'évaluation gériatrique

Modalités d'intervention de l'EMG

Equipe mobile intra-hospitalière

- Intervention aux urgences dès l'entrée du patient âgé
- Intervention dans les unités médico-chirurgicales
- ⇒ Intervention sur appel du service hospitalier

Equipe mobile extrahospitalière

- **Cadre expérimental**
 - Sur appel de l'établissement médico-social
 - Des intervenants à domicile, médecin traitant, CLIC

Prise en charge médicale du patient

- Sous la responsabilité du service ou du médecin traitant

Indicateurs de suivi annuel

Indicateurs (ARS)

- **Nombre d'évaluations réalisées**
 - En intra et extra hospitalier
 - Évaluation complète, avis consultatif et suivi
- **Nombre d'ETP en place dans l'équipe**
- **Pourcentage de ré-hospitalisations non programmées**
 - Dans les 30 ou 60 jours suivant la sortie des patients évalués

Etude nationale (rétrospective)

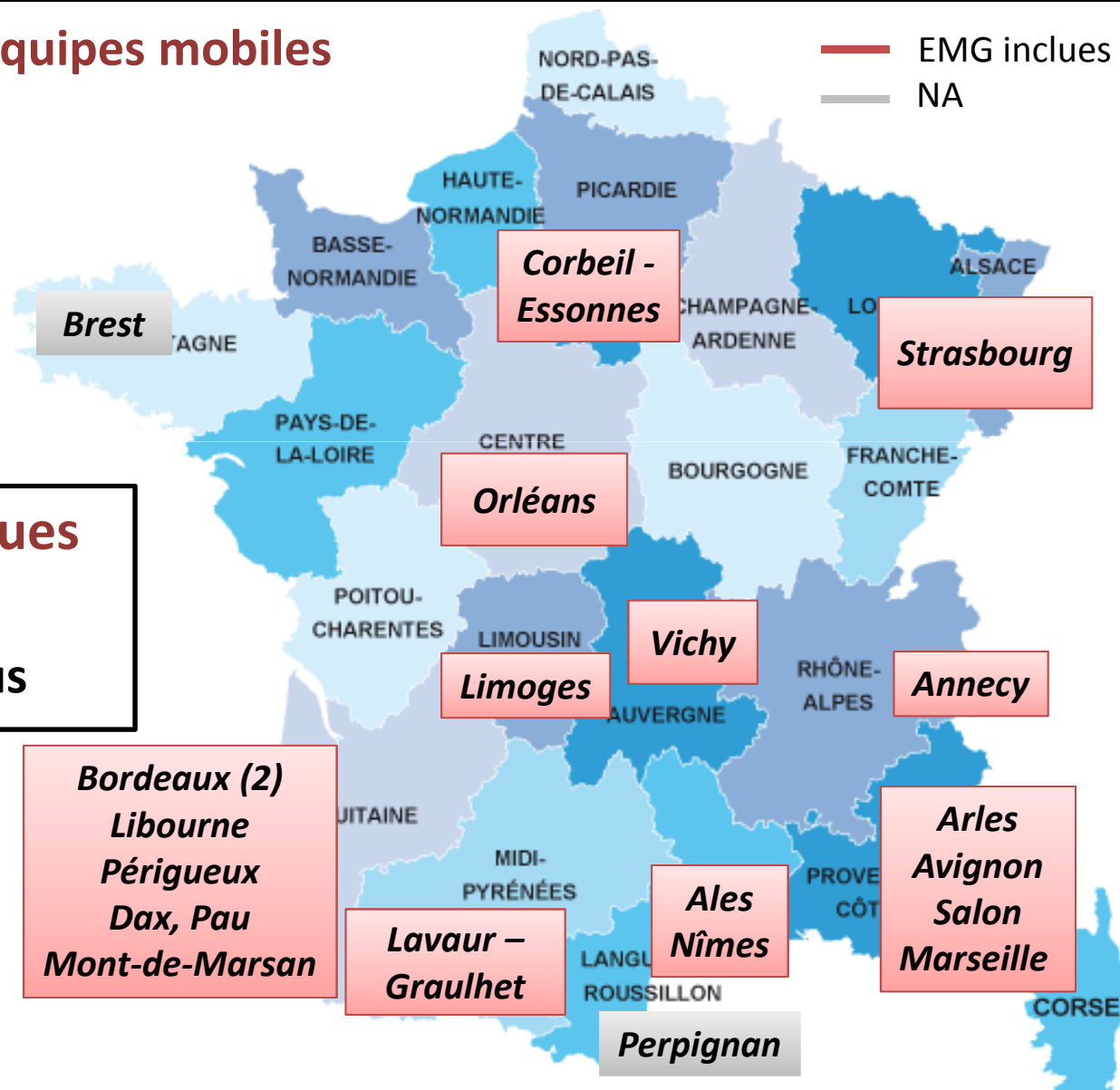
Critères d'inclusion des équipes mobiles

- EMG intra-hospitalières
- Composition de l'équipe
- Recueil informatisé des données

Janvier – Avril 2011 inclus

Total de 10 régions incluses

- 20 EMG évaluées
- 3894 patients inclus



Caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients inclus	
Age moyen	84,9 ± 6,3 ans
Hommes / Femmes	38% / 62%
Lieu de vie :	
- Domicile	85,3%
- EHPAD	13,5%
Patients seuls à domicile	39,7%
Autonomie: ADL moyen	3,7 ± 2,2
Nombre moyen de comorbidités	5,9 ± 2,1
Nombre moyen de médicaments / J	6,5 ± 3,3

Fonctionnement des EMG

Caractéristiques de fonctionnement des EMG

Intervention au SAU	52,1%
Intervention Unités MCO	47,9%
Délai moyen d'intervention de l'EMG	0,9 ± 2,3 jours
Délai moyen de signalement aux EMG	7,1 jours ± 14,3
Courrier (MG)	96,1%

Modes d'admission des PA

Modes d'admission	
MG	33,1%
SOS	6,1%
SAMU	10,4%
Pompiers	7,5%
IDE-EHPAD	2,4%
Famille-autre	7,5%
Ne sait pas	33,0%

Motifs d'admission	
<i>Chute</i>	24,8%
<i>Fracture</i>	9,8%
<i>Confusion</i>	8,4%
<i>Infection</i>	12,1%
<i>Cardio-vx</i>	10,1%
<i>Pneumo</i>	10,1%
<i>Neuro</i>	8,4%
<i>AEG</i>	9,6%
<i>Digestif</i>	4,3%
<i>Néphro</i>	5,4%
<i>Social</i>	1,9%
<i>Autres</i>	9%

Suivi des PA évaluées par l'EMG

Suivi EMG	Suivi à 1 mois (n=2820)	Suivi à 2 mois (n=2615)
Ré hospitalisation, n (%)	356 (12,6)	347 (13,3)
Taux de mortalité, n (%)	203 (7,2)	129 (4,9)

Conclusions de l'étude

Les EMG évaluent des patients âgés fragiles

- Admis le plus souvent par les médecins traitants
- Mais délai de signalement aux EMG > 7 jours
 - **Indicateur de qualité modifiable ?**
 - Actions d'information sur les bénéfices d'une intervention gériatrique
 - Mieux repérer les personnes âgées « fragiles »
 - » Afin que l'évaluation gériatrique prenne tout son sens
 - Importance de la diffusion des bonnes pratiques auprès des autres spécialités
- Ré-hospitalisation dans le mois : **12,6 %**
 - **Indicateur de qualité maitrisable ?**
 - Fragilité – vieillissement pathologique

EMG et continuité des soins

La continuité des soins +++



Diminue les admissions à l'hôpital
Diminue les hospitalisations évitables

Cheng SH et al. *A longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization*
Arch Intern Med. 2010;170(18):1671-1677

EMG et continuité des soins

La continuité des soins +++



Diminue les admissions à l'hôpital
Diminue les hospitalisations évitables

Hall des urgences (CHU)



Recours à l'hôpital (SAU) +++
⇒ Trop tardif : situations de crises

EMG et continuité des soins

La continuité des soins +++



Diminue les admissions à l'hôpital
Diminue les hospitalisations évitables



Missions des EMG

Hall des urgences (CHU)



20% des passages aux urgences: PA > 75 ans

Motif médical > 80% des cas

Situation de crise

- Evènement médical aigu
- Dégradation progressive de l'état de santé
- Rupture de l'entourage familial

EMG et continuité des soins

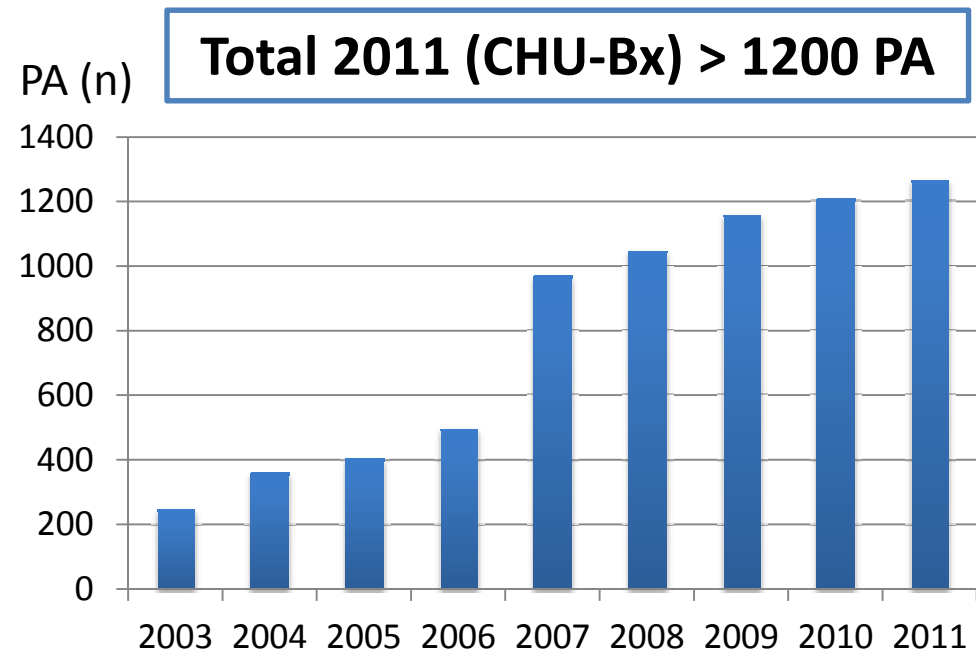
La continuité des soins +++



Diminue les admissions à l'hôpital
Diminue les hospitalisations évitables



Missions des EMG



Actions EMG

Retour lieu
de vie (45%)

Hospitalisation (55%)

EMG et continuité des soins

En fonction du contexte local

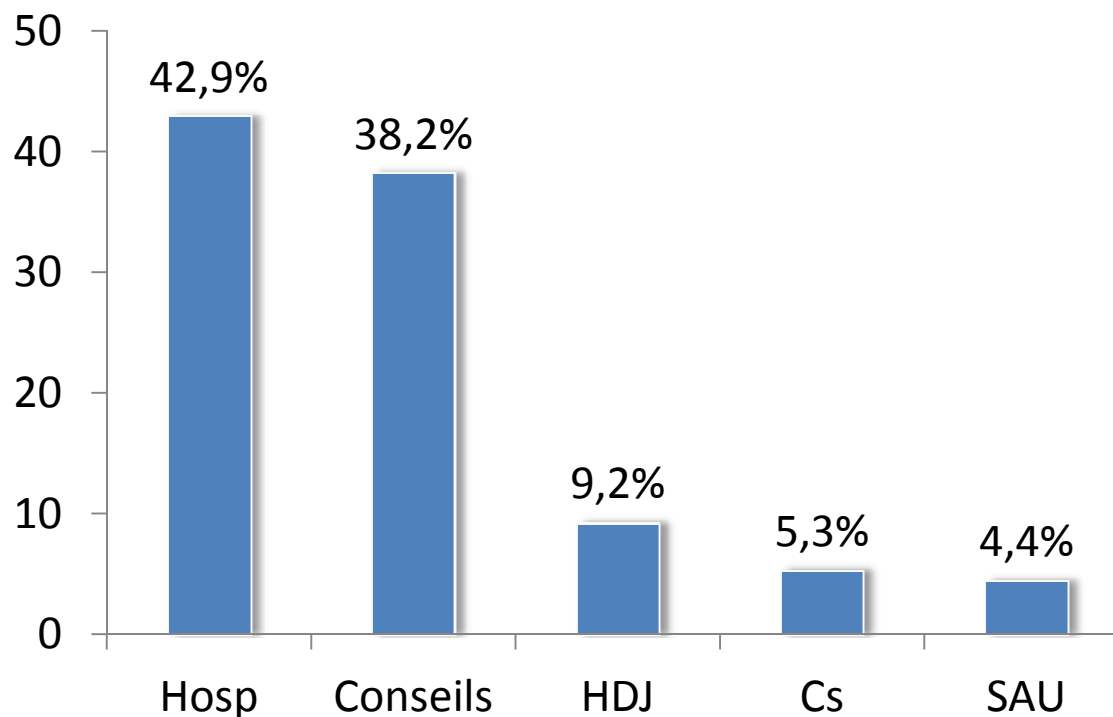
- Assurer des consultations avancées (hôpitaux locaux)
 - Première évaluation médico-psycho-sociale
 - Repérer les incapacités, ajuster les traitements en cours
 - Proposer un plan d'aide et de soins
 - Programmer une hospitalisation, hôpital de jour de gériatrie (...)
- Anticiper les limites du maintien à domicile

- Intervention dans un cadre expérimental
 - A la demande de l'établissement ou du médecin traitant
 - Articulation avec la psychiatrie
 - Equipes mobiles de géronto-psychiatrie : réel besoin
- Anticiper et gérer des situations de crise

EMG et continuité des soins

Autres expériences en fonction du contexte local

- **Assurer une permanence téléphonique**
 - Avec les médecins libéraux pour les personnes âgées
 - Exemple du CHU de Bordeaux (554 – année 2011)



**Passage aux urgences:
évité dans 65% des cas**
(publication en cours)

Vous souhaitez contacter
un gériatre pour :

- Un avis
- Une consultation
- Une hospitalisation

Le CHU met en place un
numéro unique dédié à la
médecine libérale

05 57 82 22 22

Du **lundi au vendredi**
de **9h à 19h**
un médecin sénior du pâte de
gérontologie clinique vous conseille

EMG et continuité des soins

Autres expériences en fonction du contexte local

- Utiliser les **moyens de l'e-santé : Télémédecine ?**
 - Palier les effets liés au cloisonnement des soins
 - Assurer la continuité dans les établissements médico-sociaux
 - Maintenir le niveau de compétences des professionnels intervenant en ambulatoire et secteur médico-social



Suivi des patients âgés avec pathologies chroniques nécessitant des allers et retours répétés à l'hôpital

EMG et continuité des soins

- Même si des ruptures persistent dans le parcours du patient âgé, il reste essentiel de **bien définir les limites aux différentes actions des équipes mobiles de gériatrie**
- Il est nécessaire de rester vigilant et d'éviter aux équipes mobiles de se substituer aux aides existantes, leurs activités devant **rester dans leur champ de compétence**

En conclusion,

Points communs à toutes les équipes mobiles

- Une intervention ciblée : patients bien identifiés
- Des outils communs et standardisés
- Compte-rendu de synthèse complet et rapide

Composition et fonctionnement hétérogènes

- Composition différente des préconisations ministérielles
 - 2 à 3 temps par équipe souvent mutualisés avec la filière gériatrie
- Missions extrahospitalières
 - Rôle de plus en plus important en amont du parcours de soin
 - Expertise gériatrique apportée aux soins primaires
 - Mais effectifs limités et limites des champs de compétence

ATTENTION au débordement des capacités des équipes

- Manque de dispositif intermédiaire entre l'hôpital et le secteur médico-social

Prospective ?

Actions en amont des ES en lien avec les soins primaires

- Créer des équipes mobiles en lien avec des maisons médicales générales en amont des urgences
- Étendre les expériences de permanence téléphonique
 - Via les outils de l'e-santé ?
 - Visioconférence : réunion concertation pluridisciplinaire
- Améliorer les liens avec la psychiatrie :
 - Géronto-psychiatrie (équipe mobile)
- Télémédecine ou autre outils en lien avec les EHPAD
 - EHPAD : centre recours en milieu rural

Pour les équipes mobiles de gériatrie

- Uniformiser les actions et fonctionnement des équipes
- Outil commun de repérage de la personne âgée à évaluer
 - En milieu intra-hospitalier

Facteurs de risque de réhospitalisation

Ré-hospitalisation (1 mois)	OUI (356)	NON (2523)	<i>p</i>
Comorbidités (my±DS)	3,3±2,1	2,6±1,9	0,001
Médicaments (my±DS)	6,9±3,5	6,3±3,3	0,01
Domicile (n, %)	317 (89)	2111 (83,6)	0,03
Ré-hospitalisation (2 mois)	OUI (347)	NON (2119)	<i>p</i>
Comorbidités (my±DS)	3,2±1,9	2,7±1,8	0,001

- Plus de 250 EMG recensées en France
 - Environ 30 EMG extrahospitalières
 - Les équipes extrahospitalières ont mis en place des activités tournées vers la ville, les CLICs, les EHPAD ou le domicile
 - Equipe mobile de Bretonneau (depuis 2008 dans 19 EHPAD)
 - Equipe mobile de l'hôpital de Lannemezan (depuis 2005 dans 11 EHPAD)
 - Equipe mobile de Lavour, du Tarn Ouest (depuis 2006 dans 8 EHPAD)
 - Equipe mobile de Colmar (2007), Mulhouse (2008) dans 20 EHPAD
 - Arrêt de l'activité à Reims, Dijon et Cahors
 - Sortir de l'hôpital peut s'accompagner de difficultés
 - Il convient de définir précisément les actions
 - Types d'activité, modes d'interpellation et de territoire d'action
 - Apporter la compétence pluridisciplinaire d'une équipe et non la compétence d'un professionnel (ergothérapie par exemple).
 - Les expériences restent encore insuffisantes et très disparates

Composition du groupe de travail



EMG participant au groupe de travail:

- **Aquitaine** (*N Salles – M Floccia – ML Fouillade*)
- **Rhône Alpes** (*P Couturier, B Moheb*)
- **Languedoc Roussillon** (*A Di Castri*)
- **Limousin** (*T Dantoine*)
- **Bretagne** (*L Ducastaing*)
- **Alsace** (*C Fernandez, P Baechler*)
- **Ile-de-France** (*F Bloch*)
- **Provence-Alpes-Côte d’Azur** (*S Tournier*)

Objectifs du groupe de travail



1. Redéfinir l'EMG et uniformiser les pratiques

- **Projet d'intégrer ces données dans le site SFGG – groupe de travail EMG**
 - **Définir la place de l'EMG au sein de la filière (UF)**
 - **Définir les modalités d'intervention de l'EMG**
 - **Définir les moyens de fonctionnement de l'EMG (fiches de poste)**
 - **Définir les indicateurs de suivi annuel**
 - Uniformisation nationale demandée par les ARS

2. Etat des lieux en France

- **Etude observationnelle sur le fonctionnement des EMG**
 - **Inclusion de 20 EMG au sein de 10 régions Françaises**
 - **Total de 3894 patients inclus**

EMG & Evaluation g erontologique

Syndromes identifiés par EMG

Chutes � répétition	35,9%
Troubles cognitifs	56,3%
Syndrome confusionnel	26,0%
Dénutrition	49,8%
Syndrome dépressif	30,5%
Escarres	14,1%

Evaluation faite par EMG

EGS globale	63,7%
�valuation cognitive	57,3%
�valuation nutritionnelle	60,4%
�valuation humeur	44,4%
�valuation douleur	65,2%
�valuation autonomie ADL	62,5%
�valuation autonomie IADL	56,8%