



**LES ÉQUIPES MOBILES
DE GÉRIATRIE,
UN MAILLON ESSENTIEL
AU SEIN DES FILIÈRES
GÉRIATRIQUES**

DE BRETAGNE

La prise en charge des pathologies liées au vieillissement et l'accompagnement de la perte d'autonomie sont un enjeu majeur du Projet Régional de Santé (PRS) de Bretagne. En effet, la part de personnes âgées de 75 ans et plus, est particulièrement importante en Bretagne : 10% contre 9 % au niveau national. De plus la croissance annuelle de 2,3 % de cette population est supérieure à celle de l'ensemble de la population.

Le volet du PRS « pathologies du vieillissement et prise en charge des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie » prévoit de territorialiser et de graduer l'offre de soins, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les actions envisagées impliquent l'ensemble des acteurs sur un territoire donné, quel que soit leur champ, sanitaire, social ou médico-social et nécessitent coordination et facilitation des liens. Pour ce faire, le PRS s'appuie essentiellement sur 2 dispositifs complémentaires que sont les méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et les filières gériatriques hospitalières.

La méthode d'intégration MAIA, nouveau modèle d'organisation, met en synergie les ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social au niveau d'un territoire de proximité.

La filière hospitalière de soins gériatriques est un dispositif de coordination intra-hospitalière dont les missions sont précisées par circulaire du 28 mars 2007 ; elle « doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique »¹.

Au sein des filières gériatriques, les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) constituent un maillon essentiel avec une mission forte de coordination : « 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.

En lien avec le déploiement des filières gériatriques et des MAIA, la Bretagne a souhaité avoir une vision actualisée du service rendu par les 19 EMG bretonnes afin d'adapter leur périmètre d'activité, leurs missions, ainsi que leur financement. L'évaluation des organisations a aussi conduit en 2014 à la rédaction concertée d'un cahier des charges commun, support d'une contractualisation pour les années à venir.

L'ARS s'engage aux côtés des établissements pour valoriser l'exercice des EMG. Le partage d'expériences contribuera à l'élaboration de référentiels régionaux. Le suivi de leur activité est désormais simplifié par la mise en place d'un rapport d'activité type à partir de 2015. L'appui financier sera sous-tendu par leur adhésion à une charte de fonctionnement et par leur niveau d'activité

Olivier de Cadeville
Directeur général de l'ARS Bretagne

¹ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

² Définition de l'équipe mobile gériatrique : annexe 3 de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Méthode de l'enquête « Équipes mobiles de gériatrie (EMG) 2014 »

L'ARS a conduit une enquête sur les années 2013 et 2014 auprès des **19 établissements supports d'EMG en Bretagne**. Il s'agit d'une enquête descriptive des moyens, des modes d'organisation, et de l'activité des EMG qui s'est déroulée en deux temps :

- un recueil **déclaratif** en ligne auprès des établissements en 2013 et 2014 sur les activités 2010 à 2013 ;
- un recueil **qualitatif** par une visite sur site qui a eu lieu de juillet à octobre 2013, auprès de chaque EMG, pour validation

du recueil et échange avec le gériatre coordinateur et la direction de l'établissement. Ces entretiens ont permis de restituer les résultats et de replacer chaque EMG dans un contexte plus large (filière-territoire-région).

Les 19 EMG interrogées ont renseigné l'information sur l'organisation et les missions. Sur la partie activité 2013, seules 18 EMG ont répondu, l'EMG du CHCB de Pontivy n'ayant été installée qu'au 31 mars 2014.

Des EMG adossées à des services de Court Séjour Gériatrique (CSG) dans des centres hospitaliers disposant d'un service d'urgence

En Bretagne, la première EMG a été créée en 2003 par le CHU de Brest. Les installations se sont échelonnées dans le temps, légitimées depuis 2007 par la circulaire concernant les filières gériatriques.

Les implantations sont quasi exclusivement rattachées à un établissement ayant un service d'urgence et des compétences gériatriques capables de porter la filière gériatrique dans son ensemble. En référence à la circulaire, l'EMG doit être installée dans un établissement siège d'un service de court séjour gériatrique.

Une exception à la règle : le territoire de filière gériatrique du Trégor-Goëlo regroupe 3 sites hospitaliers (Lannion, Tréguier et Paimpol) qui disposent chacun de moyens particuliers. Le CH de Tréguier, à forte compétence gériatrique, est financé pour que son EMG intervienne à domicile et en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Tableau 1 / Liste des 19 EMG installées en Bretagne au 1^{er} janvier 2015

Établissement support de l'EMG	Date d'installation de l'EMG
CHRU Brest *	01/09/2003
CHIC Quimper	05/01/2004
CH de Guingamp	01/02/2004
CH de St-Malo	01/11/2004
CHRU Rennes	01/11/2004
CHBS Lorient	01/01/2006
CHBA Vannes	04/09/2006
CH de Tréguier	01/01/2007
CH de Saint-Brieuc	01/01/2009
CH de Quimperlé	01/01/2009
CH des Pays de Morlaix	09/01/2009
CH de Redon	01/09/2009
CH de Dinan	01/02/2010
CH de Fougères	01/03/2010
CH de Lannion	03/05/2010
CH de Paimpol	01/05/2011
CH de Ploërmel-Clin Malestroit	01/03/2012
CH de Vitré	01/09/2013
CHCB de Pontivy	31/03/2014

* cette EMG intervient sur 2 sites à Brest et un site à Carhaix-Plouguer. Remarque : L'EMG partagée entre Hôtel Dieu Pont-l'Abbé et CH Douarnenez sera installée en octobre 2015.

En 2015, toute la population bretonne est couverte par une EMG

Les EMG font partie intégrante de la filière gériatrique et gérontologique dont elles constituent un maillon important.

En 2015, avec une nouvelle implantation sur le territoire de Douarnenez - Pont L'Abbé, l'ensemble de la région Bretagne est couverte par une offre EMG, chacune des EMG

intervenant sur un ou plusieurs territoires de projets intégrés au territoire de filière.

Carte 1 / Les EMG dans une organisation hospitalière de la gériatrie en filière - 2015



Source : FINESS au 01/01/2015, ARS Bretagne. Réalisation ARS Bretagne. Juillet 2015 - Carte réalisée avec Cartes & Données. © Articque

Des missions au sein des établissements conformes aux textes de référence

> Encadré 1 / Référentiel : Annexe 3 de la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007

Les EMG ont pour mission d'intervenir, à la demande, dans l'ensemble des services hospitaliers, et notamment la structure des urgences pour :

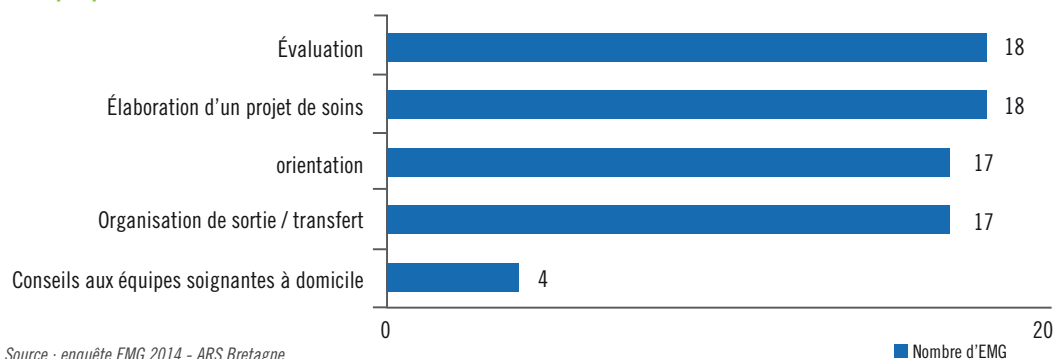
- dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière gériatrique, incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes ;

En fonction du contexte local, il est souhaitable que les EMG puissent :

- assurer des consultations avancées dans les ex-hôpitaux locaux ;
- intervenir, à la demande du médecin traitant, à titre expérimental, en EHPAD ou à domicile si le patient est pris en charge par un SSIAD ou inclus dans un réseau de santé.

Elles ont également pour mission de participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Graphique 1 / Missions des EMG



Source : enquête EMG 2014 - ARS Bretagne

Pour les 18 EMG qui interviennent en établissement, trois types d'intervention sont assurés par l'ensemble des EMG :

- l'évaluation au sein des services d'urgences avec une aide à l'orientation,
- l'apport d'une expertise gériatrique par l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

et l'élaboration d'un projet de soins, dans les services de spécialités,

- l'évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination ville-hôpital (organisation des sorties).

Si globalement, les missions au sein des établissements sont conformes aux textes de référence, **les missions de conseil et**

de formation mériteraient d'être mieux formalisées. En effet, la mission de formation des équipes soignantes n'est remplie que par 12 équipes sur 18. Même si l'enquête ne prend pas en compte la diffusion de la culture gériatrique réalisée au quotidien, au lit des patients, auprès des équipes soignantes des services demandeurs, il est important de mieux formaliser cette mission.

Des effectifs moyens médicaux et infirmiers proches de ceux préconisés par la circulaire avec des disparités territoriales

> Encadré 2 / Référentiel : Annexe 3 de la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007

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.

□ **Tableau 2 / Effectifs par EMG**

Établissement support de l'EMG	Médecin gériatre	infirmier	Psychologue	Ergothérapeute	Diététicien	Assistante sociale	Secrétaire
CH Tréguier	0,1	1	0	0,25	0	0,15	0,1
CH Lannion	0,5	1,21	0,1	0	0	1	1
CH Paimpol	0,1	1	0	0	0	0,25	0,3
Total Trégor Goëlo*	0,7	3,21	0,1	0,25	0	1,4	1,4
CH Ploërmel	0,4	0,5	0	0	0	0	0,5
CH Quimperlé	0,4	0,8	0	0	0	0,4	0,2
CH Dinan	0,5	1,2	0	0	0	0,3	0,5
CH Guingamp	0,5	1,8	0	0	0	1	0,8
CH Redon	0,5	1	0	0	0	0,4	0,4
CH Fougères	0,5	0,8	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
CH des Pays de Morlaix	0,7	2	0	0	0	0,5	0
CH Vitré	0,8	0,8	0	0	0	0	0
CH Saint Brieuc	1	1	0	0,2	0	0,1	0,5
CHIC Quimper	1	1	0	0	0	1,3	0,5
CH Saint Malo	1	1,3	0	0	0	1	0,5
CHBS Lorient	1	1	0	0	0	0	0,5
CHBA Vannes	1,1	0,8	0	0	0	1	0,2
CHRU Rennes	1,3	2	0	0	0	0	0,2
CHRU Brest (2 sites)*	1,7	2	0	0	0	0,5	1
Moyenne régionale	0,8	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5

Source : enquête EMG 2014 - ARS Bretagne

* Pour prendre en compte les modalités de financement, les effectifs ont été regroupés sur le Trégor-Goëlo entre Lannion, Paimpol et Tréguier ainsi que ceux de Carhaix et Brest.

Le temps moyen médical, comprenant la mission de coordination, est de 0,8 ETP.

En 2013, un ETP de gériatre a réalisé en moyenne 670 évaluations pour 816 patients.

Toutes les équipes disposent d'un temps d'infirmière diplômée d'état (IDE), en moyenne de 1,1 ETP (1,26 ETP si on regroupe les effectifs des établissements du Trégor-Goëlo). En 2013, un ETP d'IDE a réalisé en moyenne 407 évaluations pour 500 patients.

Ainsi, les effectifs médicaux et d'IDE sont en moyenne régionale proches de ceux retenus par la circulaire de mars 2007, mais avec des variations importantes d'une EMG à l'autre.

De fait, l'enquête met en évidence des choix organisationnels de partage d'activité ou de délégation de tâches entre médecin et IDE. Cela explique des différences en termes d'effectif d'où l'intérêt d'avoir une approche globale cumulée des temps de médecin gériatre et d'infirmier.

14 EMG disposent d'un temps d'assistante sociale, de 0,5 ETP en moyenne. À noter que l'enquête ne prévoyait pas de quantifier le temps « assistante sociale » propre ou mutualisé. Toutes les EMG, sauf une, disposent d'un temps de secrétariat, en moyenne de 0,5 ETP. Les temps de secrétariat sont très variables et sans rapport direct avec le nombre de patients évalués.

Enfin, il faut s'interroger sur le caractère pluridisciplinaire des interventions des EMG, puisque seules trois équipes déclarent disposer d'un temps d'ergothérapeute, deux d'un temps de psychologue, et une seule d'un temps de diététicien. Ces constats sont à tempérer par le fait que les professionnels des autres services peuvent être amenés à intervenir.

Ainsi, la constitution des équipes s'est faite avec des moyens contraints et un recours variable à des compétences hors EMG qui n'est pas recensé dans l'enquête (secrétaire, assistante sociale, ergothérapeute, psychologue).



Une activité globale en augmentation, avec des niveaux d'activité et des pratiques hétérogènes

Le volume d'activité est basé sur le nombre de patients et le nombre d'interventions réalisées selon le référentiel élaboré par la SFGG³ en 2014.

En 2013, sur l'ensemble de la région, 10 610 patients ont bénéficié de 12 352 interventions. La file active moyenne en 2013 (nombre de patients différents ayant bénéficié d'une ou plusieurs interventions de l'EMG) est

de 589 patients par EMG avec des extrêmes variant entre 47 et 1765 patients.

Le nombre de patients qui ont bénéficié du dispositif a augmenté de 6 % entre 2012 et 2013. En 2013, 76 % des patients sont des nouveaux patients (14 % de plus qu'en 2012).

En 2013, les 6 305 évaluations gériatriques standardisées représentent la moitié des interventions réalisées, soit une moyenne de 420 par équipe. Cette moyenne masque cependant de grandes disparités à mettre en lien avec les choix organisationnels décrits ci-dessus.

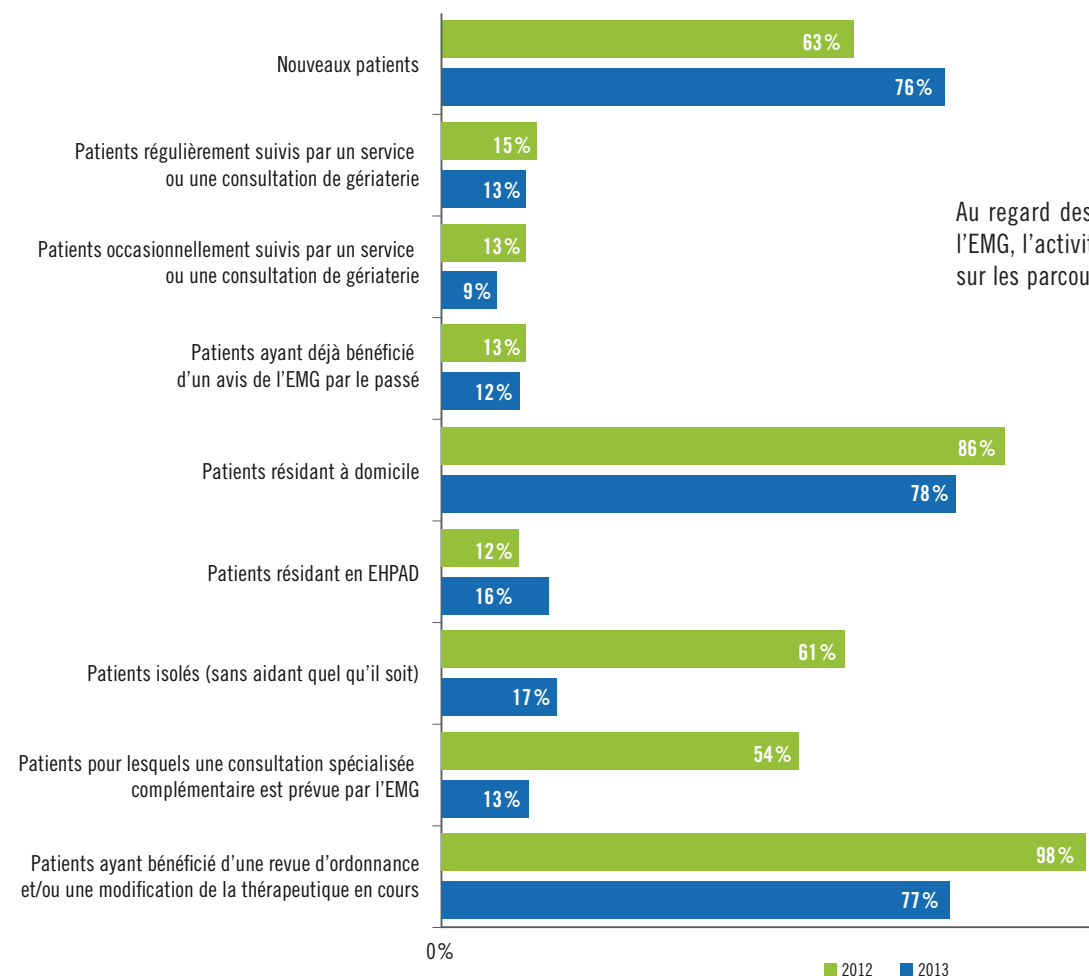
Les profils des patients ont évolué entre 2012 et 2013 du fait de définitions précisées. On retient cependant 3 profils stables et prégnants : les nouveaux patients, les patients résidant à domicile et les patients ayant bénéficié d'une revue d'ordonnance ou d'une modification de leur traitement.

Tableau 3 / Nombre d'interventions des EMG en 2013

	Total	Moyenne par EMG	Maximum observé
Évaluations gériatriques standardisées réalisées	6 305	420	1 716
Consultations gériatriques (binôme médecin-IDE)	2 338	195	620
Consultations gériatriques de liaison par IDE	1 568	157	856
Suivi post-hospitalisation	407	41	383
Consultations spécialisées en oncogériatrie	153	13	52
Avis gériatre seul	169	17	72
Conseils téléphoniques	1 412	128	306
Télémédecine	0	0	0
TOTAL	12 352	971	
Formations destinées aux équipes soignantes sur les bonnes pratiques gériatriques	44	4	10

Source : enquête EMG 2014 - ARS Bretagne

Graphique 3 / Caractéristiques des patients de la file active



Au regard des profils des patients vus par l'EMG, l'activité est majoritairement centrée sur les parcours ville-hôpital.

Très peu d'interventions en dehors de l'hôpital support

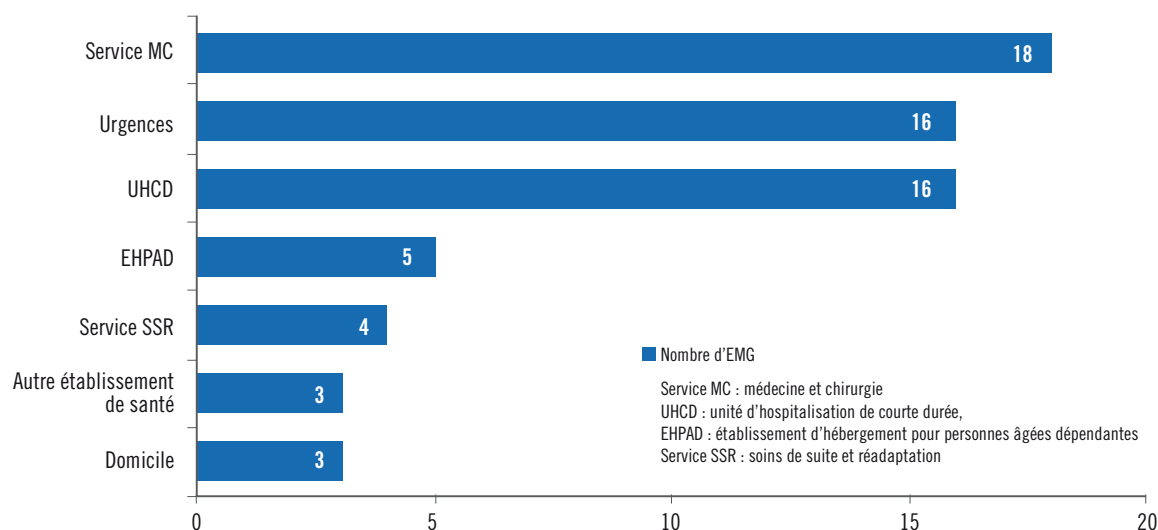
> Encadré 3 / Référentiel : Annexe 3 de la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007

Les EMG ont pour mission d'intervenir, à la demande, dans l'ensemble des services hospitaliers, et notamment la structure des urgences.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que les EMG puissent :

- assurer des consultations avancées dans les ex-hôpitaux locaux.
- intervenir, à la demande du médecin traitant, à titre expérimental, en EHPAD ou à domicile si le patient est pris en charge par un SSIAD ou inclus dans un réseau de santé.

Graphique 4 / Lieux d'intervention de l'EMG



Source : enquête EMG 2014 - ARS Bretagne

Les EMG respectent leur mission première de soutien aux urgences et dans les services de court séjour. Malgré l'ouverture du périmètre d'intervention prévue par la circulaire, moins d'un tiers des EMG est intervenu hors établissement, le plus souvent très ponctuellement et principalement en EHPAD.

Très peu d'EMG interviennent à domicile : Quimperlé, Saint-Brieuc et le cas particulier de Tréguier qui intervient exclusivement au domicile. S'il est regrettable que cette activité « hors les murs » ne soit pas plus

développée afin de faciliter la transversalité hôpital-ville, elle est jugée très chronophage par les équipes et difficile à mettre en place au regard des effectifs engagés. L'organisation des interventions à domicile devra, de plus, tenir compte de l'évolution attendue des réseaux de santé (personnes âgées et autres thématiques) vers un dispositif d'appui à la coordination auprès des professionnels de premier recours, et du maillage territorial par les MAIA.

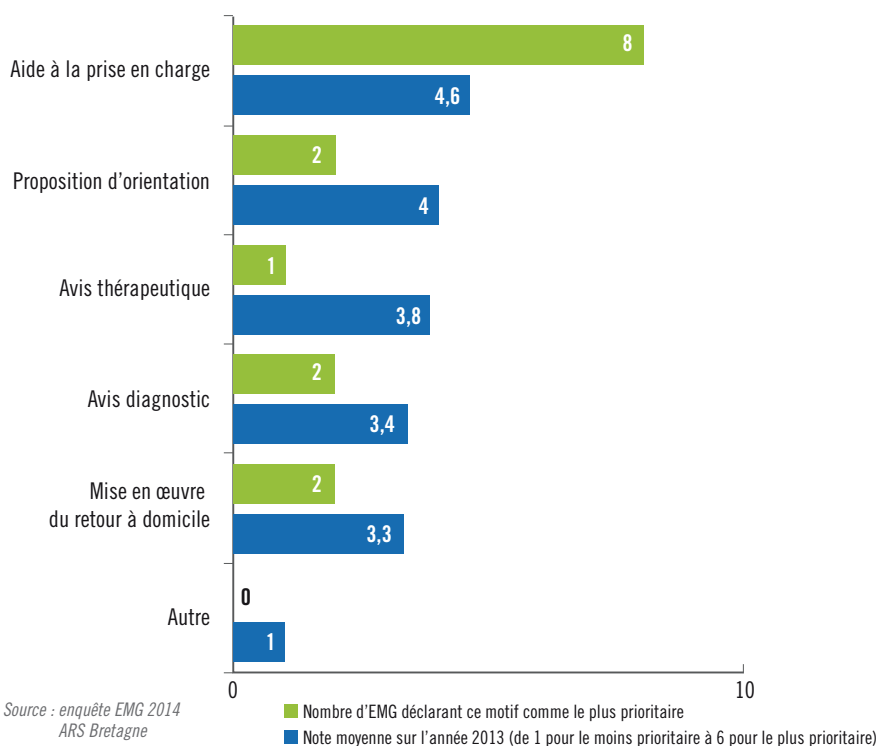
L'activité extrahospitalière pourra faire l'objet d'une réflexion régionale, avec ciblage de territoires ou d'actions spécifiques

(exemple : prévention des hospitalisations non programmées), et s'organiser avec les professionnels de soins primaires, notamment grâce au numéro d'appel unique de la filière gériatrique.

Par ailleurs, le périmètre d'action des EMG devra s'adapter aux évolutions de l'offre hospitalière, et des coopérations (GHT), sur leur territoire. Des liens plus étroits sont à tisser avec les centres hospitaliers de proximité, et les équipes de soins en santé mentale.

Une utilisation d'outils similaires pour des motifs de prise en charge comparables

Graphique 5 / Motifs de recours à l'EMG



Le questionnaire proposait 6 motifs de sollicitation des EMG

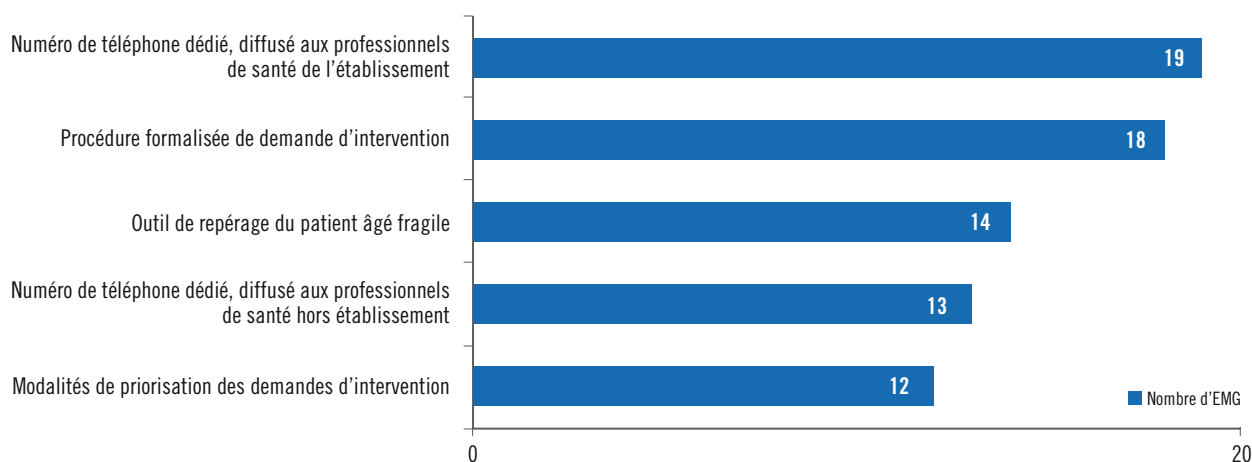
que les EMG devaient noter par ordre de priorité : 1 pour le motif jugé le moins prioritaire à 6 pour le motif jugé le plus prioritaire.

Le motif qui apparaît comme prioritaire est l'aide à la prise en soins. Viennent ensuite la proposition d'orientation, l'avis diagnostic, l'avis thérapeutique et la mise en œuvre du retour à domicile. L'orientation déclarée après prise en charge par l'EMG varie de 7 % vers une structure médico-sociale, à 40 % vers le domicile. 20 % des personnes sont orientées en SSR et 30 % en court séjour. L'orientation diffère logiquement selon le lieu d'intervention de l'EMG. Parmi les autres motifs, l'avis éthique est souvent mentionné.

La priorisation des motifs de sollicitation des EMG n'a pas évolué entre 2012 et 2013.

Toutes les EMG utilisent l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS).

Graphique 6 / Outils mis en place par les EMG



Toutes les équipes ont une procédure formalisée de demande d'intervention

à l'exception de l'EMG du CHIC de Quimper. 14 EMG ont un outil de repérage du patient âgé en situation de fragilité, et pour seulement 6 EMG cet outil est jugé satisfaisant. L'outil de repérage « ISAR » est l'outil de repérage de la fragilité le plus souvent cité (par 6 EMG) mais n'est

jugé satisfaisant par aucune d'entre elles (3 non satisfaites et 3 indifférentes/non répondantes).

Des outils plus spécifiques permettent d'affiner l'évaluation et l'orientation du patient lorsque le contexte particulier le nécessite : par exemple l'outil G8 lorsque l'EMG est amenée à intervenir dans les services d'oncologie.

Il conviendra de travailler avec les EMG un outil de ciblage des patients fragiles par les services demandeurs, ainsi que ses modalités d'usage. De tels travaux sont en cours au plan national sous l'égide de la SFGG et ont été expérimentés positivement dans les services de chirurgie.

> Encadré 4 / Les outils d'évaluation gériatrique

L'Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS) permet à partir de plusieurs échelles validées au plan international, d'appréhender le statut cognitif, nutritionnel, thymique, ou encore l'autonomie et le risque de chute... Les EGS sont réalisées par des médecins gériatres avec l'aide de paramédicaux (neuropsychologues, IDE...) formés à la gériatrie.

D'autres outils, comme ISAR, permettent de repérer chez les personnes âgées une fragilité qui peut conduire à une EGS. Le repérage est réalisable par tous les professionnels prenant en soins des personnes âgées, les urgentistes par exemple.

Score ISAR (identification of senior at risk)

Questions	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, aviez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non

*Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'événements indésirables
Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (décès fonctionnel/réadmission) avec plus de 2 réponses positives*

Les indicateurs de qualité des interventions ont été précisés avec les médecins coordonnateurs d'EMG

Ainsi, ont été retenus :

- le délai moyen d'intervention des EMG dans les services autres que les urgences de leur établissement de rattachement. Il est en 2013 de 1,7 jour et varie d'une demi-journée à 4,8 jours. Aux urgences il est de 2h variant de 0 à 12 h ;

- la part déclarée de revues d'ordonnances : elle est de 77 % mais varie de 25 à 100 % en fonction du lieu d'intervention de l'EMG ;

- la traçabilité des interventions dans le dossier médical : l'intervention de l'EMG ainsi que les résultats de l'évaluation gériatrique sont toujours tracés dans le dossier médical, informatisé ou non ;

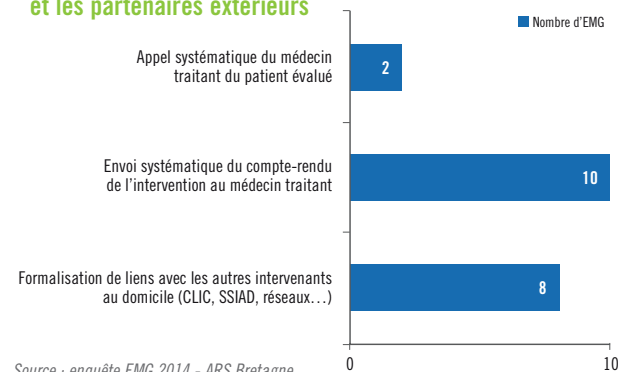
- l'information au médecin traitant : un des objectifs majeurs de l'évaluation par l'EMG est de contribuer à diminuer les hospitalisations, ou ré hospitalisations, évitables. La réponse à cet objectif passe non seulement par une évaluation globale et multi professionnelle, mais aussi par la qualité de la circulation de l'information au médecin traitant, puisque 86 % des patients pris en charge par une EMG résident à domicile. Or, seulement 9 équipes sur 18 adressent systématiquement un compte-rendu d'intervention au médecin traitant. Selon l'enquête nationale menée sur les pratiques des EMG en France (Revue de Gériatrie, tome 27, n°9 novembre 2012), l'absence de courrier au médecin traitant multiplie par 2 le risque de réadmission non programmée à 2 mois. Les choix organisationnels diffèrent selon les établissements en termes de circuit des compte-rendus, et

de temps de secrétariat. En effet, certaines équipes transmettent leurs évaluations au médecin responsable de l'unité d'hospitalisation demandeuse, charge à ce dernier de relayer l'avis dans son propre compte-rendu d'hospitalisation. Cette démarche peut se justifier si la transmission de l'information est garantie par une procédure coécrite. La

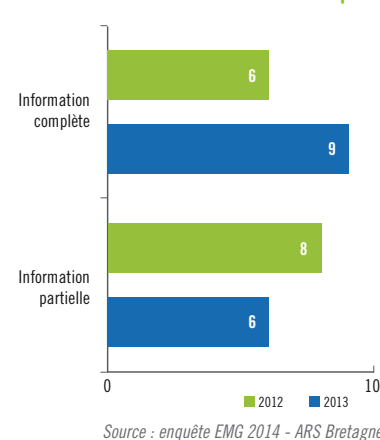
même attention est à porter en direction des médecins coordonnateurs d'EHPAD.

- Le suivi du devenir des recommandations émises par l'EMG des patients n'est systématique que pour la moitié des EMG. Il est le plus souvent téléphonique et intervient à 2 mois de l'évaluation initiale par l'EMG. Une amélioration est observée entre 2012 et 2013.

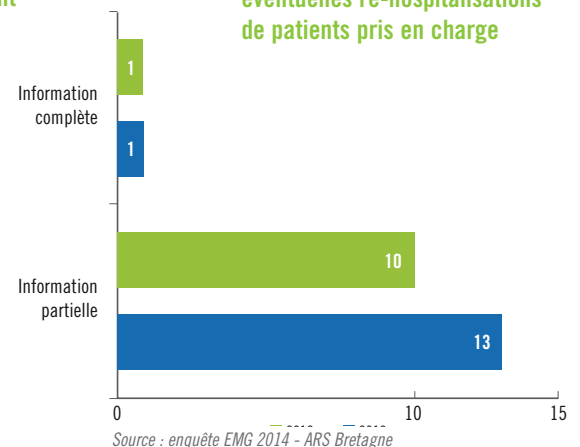
Graphique 7 / Liens avec le médecin traitant et les partenaires extérieurs



Graphique 8 / Nombre d'EMG informées sur le devenir du patient



Graphique 9 / Nombre d'EMG informées des éventuelles ré-hospitalisations de patients pris en charge



Une adaptation des financements du Fonds d'Intervention Régional (FIR) du périmètre d'intervention (territoire et champ couvert), et à l'activité de l'EMG.

 **Les 19 EMG ont été financées en 2013** à hauteur de 3 716 963 euros, soit 195 630 euros en moyenne par équipe.

Les modalités de financement ont été mises à plat en 2014 selon les critères suivants : une base forfaitaire adaptée au nombre de personnes âgées du territoire couvert (moins de

10 000, de 10 000 à 25 000 et plus de 25 000), et une marge complémentaire modulée entre les EMG en fonction de l'activité.

Perspectives

■ **Si les résultats de l'enquête réalisée auprès des EMG confirment le service attendu par la circulaire de 2007**, certains aspects doivent être confortés pour réduire l'hétérogénéité des organisations et renforcer leur rôle clé dans le parcours du patient «domicile/EHPAD - hôpital» :

- fiabiliser et renforcer la circulation de l'information avec le médecin traitant ;

- associer l'EMG aux travaux de coordination de son territoire (participation de l'EMG à l'intégration MAIA via les tables de concertation) ;

- conduire sur des objectifs d'amélioration du parcours (lui-même à prioriser), une réflexion territoriale afin d'ouvrir le périmètre d'intervention : l'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité (ex-hôpitaux

locaux), les EHPAD à défaut de médecin coordonnateur gériatre, le domicile à défaut de réseau. Dans ce cadre, il faudra définir les objectifs et les modalités. Le contenu de ces interventions sera à différencier des consultations gériatriques avancées, notamment en hôpital de proximité. Ainsi qu'étudier l'opportunité de faire intervenir l'EMG avant hospitalisation.

■ Une activité minimale attendue

Un seuil minimal d'activité de 500 patients évalués par an est requis.

■ Une optimisation des ressources

La valorisation du rôle des infirmiers fera l'objet de travaux par un groupe technique dans la continuité de ceux engagés en 2014 sur le rapport d'activité ; ces travaux porteront notamment sur un référentiel relatif

aux missions de coordination, évaluation, formation, prévention de l'IDE.

■ Une évaluation annuelle des EMG sur la base d'un rapport d'activité régionalisé

Le recueil de l'information a été fiabilisé par des définitions précises qui font consensus entre les EMG grâce à l'appui d'un groupe technique. Un rapport type d'activité a été élaboré au niveau régional pour le recueil de l'activité 2014. Les indicateurs de moyens seront centrés sur le nombre de patients évalués dans l'année, le nombre de séjours concernés et le nombre d'évaluations multi-professionnelles par patient. Les indicateurs de résultats le seront sur le taux de ré hospitalisations à 30 jours après passage aux urgences.





Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédaction : Anne Lecoq, Laurence Mariage,
Isabelle Romon, Anne Vivies
Contributeurs : les 19 EMG bretonnes
Conception graphique : 1440 Publishing
Crédits photo : C.H. de Vitré
Impression : Cloitre
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : 2256-7739

1440 publishing

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00
www.ars.bretagne.sante.fr

 www.facebook.com/arsbretagne