



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2134587J (numéro interne 2021/233)
Date de signature	19/11/2021
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la cohésion sociale
Objet	Déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.
Commande	Coordonner le déploiement des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées.
Action à réaliser	Coordonner et suivre le déploiement, sur les territoires, des équipes mobiles de gériatrie hospitalières au travers d'un financement des établissements de santé porteurs de ces équipes.
Echéances	Action poursuivie en 2022 et les années suivantes.
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charges post-aigües pathologies chroniques et santé mentale Personne chargée du dossier : Anne-Noëlle MACHU Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées Personne chargée du dossier : Nassim LARFA Tél. : 01 40 56 86 80 Mél. : nassim.larfa@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	7 pages + 1 annexe de 6 pages ; Annexe : Cadre d'orientation des interventions des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées.
Résumé	La présente instruction vise à soutenir les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie des personnes âgées comme préconisé par le Ségur de la santé, en cohérence avec la réforme Grand âge et la stratégie de transformation du système de santé (STSS). Elle fournit un cadre d'orientation aux interventions des EMG en corollaire de nouveaux financements octroyés par le fonds d'intervention régional sur les années 2019-2022.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Personnes âgées, équipes mobiles de gériatrie, établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, parcours de santé.
Classement thématique	Etablissements de santé : organisation
Textes de référence	- CIRCULAIRE N° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ; - CIRCULAIRE N° SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en oeuvre du fonds d'intervention régional en 2020.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire/instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 26 novembre 2021 - Visa CNP 2021-144	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Le soutien au domicile et la diversification des lieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitent une adaptation du secteur sanitaire conjointement à celui du secteur médico-social. La structuration des soins de premier recours, le mouvement d'intégration des actions de l'aide et du soin et le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) participent de cette adaptation.

Afin de limiter les hospitalisations évitables et les hospitalisations en urgence des personnes âgées, la mesure 28 du Ségur de la santé portant sur « *une offre soins de ville-hôpital et médico-sociale des personnes âgées* » prévoit le développement de l'accès à l'expertise gériatrique hospitalière, au travers du déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur leur lieu de vie.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a montré l'intérêt que constitue leur expertise au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des autres établissements hébergeant des personnes âgées. Elles ont contribué également au soutien des professionnels intervenant auprès des personnes âgées au domicile.

La présente instruction a pour objet de fournir des éléments de cadrage pour appuyer le déploiement des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées. Les dotations des fonds d'intervention régional (FIR) aux agences régionales de santé (ARS) ont été construites en 2019, 2020 et 2021 en prenant en compte la perspective de montée en charge des EMG.

1. Les objectifs poursuivis par le déploiement des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées

En 2020, 355 établissements de santé disposaient d'équipes mobiles de gériatrie (EMG). Majoritairement tournées vers l'appui aux services hospitaliers, 164 d'entre elles déclaraient en 2019 une activité extrahospitalière, représentant 15 % de leur activité.

Au-delà de leur rôle d'interface déjà préexistant entre les établissements de santé de la filière gériatrique et les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, le déploiement des EMG sur leurs lieux de vie poursuit les principaux objectifs suivants :

1. Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées présentant des situations complexes sur leur lieu de vie aussi bien au domicile qu'en EHPAD (y compris rattaché à un établissement de santé) et les autres lieux de résidence collectifs de type résidence autonomie, résidence service, sénior ou autres futurs lieux (EHPAD hors les murs, habitats inclusifs) ;
2. Contribuer à la limitation des ruptures de parcours des personnes âgées en articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) et les équipes médico-sociales du département ;
3. Favoriser la limitation des passages aux urgences évitables des personnes âgées en aidant à anticiper les situations de crise (situation médico-sociale complexe, épuisement des aidants, etc) et en favorisant les admissions non programmées directes en service hospitalier ;
4. Renforcer la culture et les pratiques gériatriques des professionnels de premier recours et des acteurs du parcours de la personne âgée ;
5. Appuyer les professionnels des EHPAD dans la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques de soins, l'analyse des risques et la mise en place d'organisations favorisant ces bonnes pratiques. Cette mission s'articule avec les appuis territoriaux « personnes âgées » gériatriques sous la forme d'astreintes/plateformes personnes âgées, mises en place dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19 et sont pérennisées ; elles contribuent aux réponses en urgence lors de crises sanitaires exceptionnelles ;
6. Renforcer les interfaces et les liens entre les établissements de santé avec hébergement ou d'HAD, les membres de la filière gériatrique, les services d'urgence, l'offre de psychiatrie de proximité et les professionnels du soin de ville, du secteur social et médico-social (établissements et services), ainsi que les acteurs spécialisés intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées.

Les EMG utilisent notamment les moyens d'action suivants :

- Une évaluation, des conseils, un avis gériatrique pluridisciplinaires à la demande et à destination des médecins traitants et des professionnels et notamment des équipes de proximité ;
- Une facilitation de l'orientation dans la filière gériatrique hospitalière (hospitalisation de jour, accès à une consultation mémoire, unité cognitivo-comportementale) ; une diffusion de la culture gérontologique et un partage des connaissances avec les équipes des EHPAD et les professionnels des services médico-sociaux, sociaux en valorisant leurs compétences.

2. L'effectivité du déploiement des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées

Vous vous attacherez sur l'année 2022 sur la base des financements alloués, et les années suivantes, à poursuivre le renforcement des EMG dans votre région afin de permettre le recours à une intervention de ces équipes sur les lieux de vie des personnes âgées en couvrant l'ensemble du territoire.

Afin d'accompagner ce déploiement, vous pourrez vous appuyer sur un cadre d'orientation de ces interventions (annexe de la présente instruction élaborée avec un groupe de travail associant des représentants des EMG, des médecins généralistes, des acteurs du domicile, des représentants des structures médico-sociales et de l'Agence nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

2.1. Les conditions essentielles de ce déploiement

- *Assurer la pertinence des interventions des EMG :*
 - en déployant ces équipes en subsidiarité des acteurs du premier recours, des équipes des EHPAD, autres établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des autres intervenants au domicile (HAD notamment) ;
 - en articulant systématiquement les actions des EMG avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de la personne âgée et notamment les équipes des DAC existants ou en cours de construction (article L. 6327-1 et suivants du code de la santé publique) ;
 - en intégrant leur action comme levier des astreintes/platformes « personnes âgées » gériatriques territoriales en appui aux EHPAD (voire au domicile) dans le cadre de leur pérennisation.
- *Favoriser le caractère pluri professionnel des EMG, privilégier les synergies et la complémentarité des expertises hospitalières mobiles* susceptibles d'intervenir soit en EHPAD ou autres ESMS soit au domicile. Les missions des équipes mobiles de soins palliatifs, de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont complémentaires de celles des EMG (évaluation, conseil et formation).
- *Privilégier les équipes mobiles intervenant à la fois en intra-hospitalier et sur les lieux de vie* afin de maintenir les liens entre les EMG et la filière hospitalière.
- *Inscrire l'EMG dans l'organisation de la filière gériatrique territoriale et la contractualisation de l'ARS avec l'établissement de santé* (ou les établissements de santé) porteur de l'EMG et le coordonnateur de la filière lorsque celui-ci est distinct.

2.2. Les modalités de ce déploiement

Ce déploiement peut s'effectuer par la transformation d'équipes devenant mixtes intra et extrahospitalières, ou, lorsque les ressources le permettent, par la création d'EMG dédiées à cette activité sur les lieux de vie. Il peut s'agir également de renforcer des EMG intervenant déjà sur les lieux de vie pour étendre leur activité.

Le déploiement procède d'une analyse territoriale de l'offre d'expertise déjà existante à domicile et en EHPAD qu'elle soit médico-sociale, hospitalière ou interne aux DAC, qu'elle soit par ailleurs gériatrique, de soins palliatifs, de rééducation ou impliquant la psychiatrie, des besoins ou territoires à couvrir.

Les EMG n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des besoins exprimés par les acteurs de proximité qui peuvent être pris en charge par d'autres modalités (consultations gériatriques, ou consultations mémoire, HDJ...).

Il conviendra d'être attentif aux besoins émanant d'acteurs tels que le service d'aide médicale urgente (SAMU) afin de relayer les conduites à tenir d'appel au Centre 15, de recours aux services des urgences et de recours aux filières d'admissions directes non programmées au sein des établissements de santé du territoire.

Les modalités de déploiement :

Définition d'une zone d'intervention des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées :

La zone d'intervention est le territoire sur lequel l'EMG est susceptible d'intervenir. Elle est définie de manière cohérente avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé.

Ces territoires sont articulés, d'une part, avec les territoires de structuration des soins primaires et des DAC, d'autre part, avec la filière gériatrique hospitalière. Ils sont cohérents avec les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des établissements de santé indépendamment de leur statut.

Trois catégories de paramètres sont à prendre en compte pour la définition d'une zone d'intervention :

- Un paramètre populationnel (effectif de la population âgée de plus de 75 ans sur le territoire et nombre de places en EHPAD).
Il doit ainsi être tenu compte, pour estimer l'activité cible ainsi que le service attendu des EMG :
 - Pour les EHPAD :
Du nombre d'EHPAD pour estimer l'activité auprès des équipes ;
Du nombre de résidents (une partie seulement d'entre eux seront susceptibles de nécessiter l'intervention d'une EMG) ;
Sont intégrés le nombre d'autres ESMS collectifs hébergeant des personnes âgées ;
 - Pour le domicile : des personnes âgées présentant des risques particuliers (ex. : polymédication, dénutrition, etc), des personnes ne pouvant pas ou refusant d'accéder aux soins, ou en situation complexe (complexité médicale, avec perte d'autonomie, avec ou sans complexité sociale) et des équipes intervenant au domicile (croisement et accompagnement des pratiques) ;
- Les ressources humaines disponibles en gériatres, infirmiers dont infirmiers de pratiques avancées (IPA) notamment, mais également d'autres professionnels afin de constituer des équipes pluridisciplinaires (ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux etc.) ;
- Un paramètre de superficie à couvrir et de temps de déplacement pour réaliser des visites à domicile (éloignement, durée de transport).

Processus de déploiement ou de renforcement

Dès lors que le besoin d'intervention a été identifié, une progressivité du déploiement dans le temps des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées peut être définie par les régions et sur les territoires non pourvus :

- Soit en privilégiant une démarche d'extension territoriale progressive en fonction des besoins et ressources/territoires (déploiement territorial) ;

- Soit par une démarche d'extension en priorisant les interventions en EHPAD, puis en étendant au domicile en fonction des besoins identifiés notamment par les DAC et des capacités des EMG.
Concernant le déploiement au domicile, il est préférable, sauf activité déjà existante et reconnue, d'organiser ce recours expert lorsque les DAC ne sont pas en capacité de la réaliser et en la réservant à des situations très complexes. L'orientation vers des effecteurs de soins aigus au domicile, professionnels libéraux ou HAD est souhaitable.

Cette étape est contractualisée par l'établissement porteur avec l'ARS, éventuellement dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique, et s'inscrit dans le temps avec des indicateurs.

Facteurs de succès identifiés

- L'inclusion dans un projet de territoire ;
- Une communication de l'EMG portant notamment sur ses modalités d'intervention à l'égard des professionnels du premier recours, des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux du territoire ;
- Une formalisation par convention des conditions d'intervention entre l'EMG et l'EHPAD et une bonne articulation avec les autres partenaires conventionnels intervenant en EHPAD : professionnels libéraux ou HAD ;
- Une formalisation des sollicitations réciproques entre le DAC et l'EMG (signalement d'une situation ou mobilisation réciproques) ;
- Une filière gériatrique structurée, complète ancrée dans une démarche territoriale et articulée avec la ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que d'effecteurs de soins aigus du territoire tels que l'HAD ;
- Une réactivité et une personnalisation des interventions ainsi qu'un retour systématique vers le médecin traitant ;
- Le couplage avec une hotline (numéro dédié de la filière gériatrique ou du court séjour gériatrique de l'établissement siège d'implantation de l'EMG) à disposition des médecins traitants, des EHPAD ou des DAC ;
- Une diffusion de la culture gérontologique, une valorisation des acteurs de premier recours et des EHPAD et l'appui sur leurs connaissances et compétences ;
- L'intégration de l'EMG dans la démarche de déploiement des outils numérique d'appui au parcours ;
- Une optimisation des interventions des EMG en recourant à la télémédecine (télé-expertise/consultation) et au travers de certains modes d'organisation des déplacements d'un seul professionnel à côté de déplacements en binôme.

3. Un suivi de l'activité des EMG qui s'appuie sur un outil de pilotage

Il est important d'accompagner les EMG vers l'utilisation d'un outil de suivi de leur activité intégrant le déploiement vers les milieux de vie des personnes âgées. L'outil de l'ANAP dans sa version de 2019 est recommandé à cet effet afin de poursuivre un objectif d'homogénéisation au niveau national et permettre des comparaisons interrégionales, les régions pouvant ajouter des items : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/outil-de-suivi-de-lactivite-dune-emg/>.

Les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi de ce déploiement sont les suivants :

Indicateurs quantitatifs :

Pourcentage d'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées (nombre d'EMG intervenant en EHPAD et domicile/ nombre total d'EMG dans la région) - Indicateur du Ségur de la santé.

Activité annuelle des EMG sur les lieux de vie dans l'année de référence :

- Nombre d'interventions en EHPAD (distinction nombre d'interventions pour les résidents [évaluations/recommandations] et nombre de séances formations/appui aux pratiques/organisations) ;
- Nombre d'interventions en résidence autonomie et autres types d'hébergement collectifs ;
- Nombre d'interventions à domicile (distinction nombre d'évaluations des personnes et nombre de séances réunions de synthèse de coordination) ;
- Nombre d'interventions intrahospitalières (distinction par service, a minima urgences /médecine/chirurgie) ;
- Nombre de personnes âgées évaluées par les EMG (file active).

Indicateur d'intégration des EMG avec les autres outils de coordination des parcours :

- Nombre annuel de réunions des EMG dans le cadre de staffs organisés par les DAC.

Indicateurs qualitatifs (enquêtes périodiques) :

- Satisfaction des professionnels des EHPAD et médecins généralistes ayant sollicité une EMG (enquête) ;
- Délai moyen d'intervention des EMG en EHPAD et à domicile à partir de la date de la demande (enquête) ;
- Suivi par les EMG de leurs préconisations.

Un travail va être mené avec les ARS et des représentants des EMG sur les modalités de remontée des indicateurs quantitatifs au niveau national. Ce travail portera également sur un état des lieux national du déploiement des EMG sur les milieux de vie des personnes âgées qui serait réalisé fin 2022.

Le cadre sera accompagné en 2021 par d'autres outils visant à appuyer ce déploiement (outils de communication, projets de conventions, guide de bonnes pratiques, expériences réussies, etc.).

Je vous remercie de transmettre aux adresses suivantes : DGOS-R4@sante.gouv.fr et DGCS-SD3A@social.gouv.fr toute difficulté que cette instruction appellerait dans sa mise en œuvre.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,



Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Katia JULIENNE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,



Virginie LASSERRE

**Cadre d'orientation des interventions des équipes mobiles de gériatrie
sur les lieux de vie des personnes âgées**

**1. Les interventions de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie: pour qui ?
pour quoi ?**

1.1. Missions de l'EMG sur les lieux de vie

Missions socles

L'EMG intervient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autres établissements hébergeant des personnes âgées (y compris lorsqu'il est rattaché à un établissement de santé) ou à domicile en qualité d'équipe hospitalière experte et pluridisciplinaire de second recours en prévention secondaire des décompensations de pathologies chroniques et des hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées et des passages par les urgences.

Ce qu'elle peut apporter

Evaluation

Avis

Contribution au projet personnalisé de santé en ville ou au projet de soins en EHPAD

Facilitation de l'orientation dans filière/accès plateau technique hospitalier

Sensibilisation/formation

Ce qu'elle ne peut pas apporter/ce qu'elle n'est pas

Une équipe de prise en charge (1^{er} ou second recours)

Une équipe d'intervention d'urgence sauf situation sanitaire exceptionnelle

Un moyen de remplacer une démographie absente (médecin traitant ou médecin coordonnateur)

Missions communes dans le cadre des interventions sur les lieux de vie des personnes âgées

Interventions directes auprès des personnes :

- Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées sur leur lieu de vie, apporter des conseils thérapeutiques et des avis spécialisés pluridisciplinaires ;
- Aider à la construction du projet personnalisé de santé (projet thérapeutique, de prévention des crises et décompensations et projet de vie) dans des situations complexes ou des projets de soins en EHPAD ;
- Faciliter l'accès à un plateau technique hospitalier, à la filière gériatrique en évitant le passage aux urgences (accès direct) et en favorisant l'hospitalisation de jour et l'accès aux dispositifs dédiés aux troubles neurocognitifs (consultations mémoire, unité cognitivo-comportementale [UCC] par exemple), et aux ressources de la psychiatrie ;
- Sécuriser le retour à domicile en post-hospitalisation par des visites à domicile en lien avec les partenaires.

Interventions auprès des professionnels :

- Soutenir les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des aidants (médecins traitants, médecins coordonnateurs et professionnels en EHPAD et à domicile) ;
- Développer des échanges de pratiques (y compris éthiques), des formations et actions de sensibilisation et valoriser les professionnels ;
- Participer à la formation et l'acculturation des professionnels du territoire pour favoriser notamment le repérage des risques et créer des liens dans l'accompagnement ;
- Participer à l'acculturation conjointe et aux expertises croisées et favoriser les liens avec les secteurs de psychiatrie.

Interventions auprès des familles et des aidants :

Elle joue parfois un rôle de tiers / de regard extérieur entre la personne, sa famille et les professionnels intervenant au domicile et en EHPAD en cas d'avis divergents quant à la bonne prise en charge.

Missions spécifiques

✓ **EHPAD et autres ESMS**

Interventions au bénéfice des professionnels :

- Aider les professionnels de l'EHPAD et le médecin traitant dans le projet de soins (avis thérapeutique, conseils sur les conduites à tenir face à un risque...) ;
- Permettre un temps de réflexion en commun et donner un avis extérieur ;
- Valoriser, informer et sensibiliser les équipes sur certaines problématiques.

✓ **Domicile**

Interventions au bénéfice auprès des personnes :

- Aider à anticiper les situations de crise, sources d'hospitalisations en urgence (situations médico-sociales complexes, épuisement des aidants à domicile, refus de soins, absence de possibilité de déplacement...) ;
- Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation avec hébergement (prévention secondaire) ;
- Faciliter le recours aux soins et aux aides ;
- Prendre en compte la situation de l'aidant (épuisement, relations difficiles avec la personne aidée, besoin d'aide et de soins) et orienter vers les offres dédiées aux aidants notamment les plateformes de répit.

Interventions au bénéfice des professionnels :

- Apporter des conseils et des recommandations aux intervenants au domicile afin de permettre le maintien à domicile ;
- Informer et sensibiliser les professionnels de santé de premier recours pour améliorer les pratiques gériatriques de ces professionnels (évaluations, ...) et constituer un soutien pour ces professionnels.

1.2. Public concerné

✓ **EHPAD**

Les résidents présentant principalement des troubles psycho-comportementaux, des décompensations à répétition ou pour lesquels le médecin traitant et l'équipe de l'EHPAD, y compris le médecin coordonnateur et les familles, considèrent qu'ils ont besoin d'un avis tiers, y compris pour les résidents en situation de handicap vieillissants.

✓ Domicile

Les personnes âgées à domicile signalées par leur médecin traitant ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) présentant des situations complexes (ou selon l'appréciation des professionnels prenant en charge la personne âgée), avec intrication de problématiques somatiques, psychiques, neurocognitives et sociales qui nécessitent une approche globale.

En effet, peuvent être identifiés des troubles du comportement, une polypathologie à fort risque de décompensation, des troubles cognitifs, des troubles psychiatriques, une précarité sociale, chez des personnes âgées qui ne peuvent pas accéder aux soins ou qui présentent des refus de soins et nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels. Ces personnes ont pour certaines d'entre elles un aidant qui s'épuise.

Les interventions au domicile font l'objet d'une réflexion des EMG concernant le consentement de la personne âgée ou de son tuteur. Les visites de l'EMG permettent de favoriser ce rôle d'aller vers.

Il s'agit d'une complexité médico-psycho-sociale. La notion de complexité est définie comme celle ressentie par les acteurs.

2. Interventions des EMG sur les lieux de vie : à quelles conditions ?

➤ *Une intégration des EMG avec les soins de premier recours / CPTS et les DAC*

Des articulations spécifiques sont nécessaires afin d'assurer un recours pertinent aux EMG et un service rendu optimal.

- Une articulation entre les EMG, les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) et les structures d'exercice coordonné et les hospitalisations à domicile (HAD)

Un temps doit être consacré par l'EMG à se faire connaître et à établir et maintenir des relations de confiance avec les médecins généralistes et les professionnels intervenant au domicile sur le territoire.

L'intervention des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées, sur demande des médecins traitants et avec leur accord, doit s'appuyer sur un partenariat entre la filière gériatrique à laquelle appartiennent les EMG, les HAD, et les CPTS ou les structures d'exercice de soins coordonnés du territoire. Cette articulation organisée permet d'organiser le recours à l'expertise gériatrique dans toutes ses composantes, de la consultation jusqu'à l'hospitalisation.

- Une articulation entre EMG et dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les interventions extra-hospitalières des EMG sont à articuler étroitement avec les DAC. Les DAC peuvent mobiliser les EMG et réciproquement spécifiquement pour les personnes âgées à domicile. Les EMG doivent pouvoir faire appel à ces dispositifs, ce qui conforte le suivi des préconisations face aux situations complexes intriquant les problématiques de soins, d'aide et sociales (suivi par une gestion de cas par exemple).

Des interventions communes sont possibles pour certaines situations (gériatre de l'EMG et professionnel du DAC, par ex. en sortie d'hospitalisation ou pour préparer une hospitalisation).

Les EMG peuvent également être sollicitées pour participer aux concertations pluriprofessionnelles autour de situations complexes ou pour faciliter le recours à l'offre de soins gériatriques.

➤ **Une intégration dans la filière gériatrique et sa sollicitation via un numéro téléphonique gériatrique et une adresse mail de la filière**

Le déclenchement de l'intervention des EMG s'effectue suite à un appel au numéro de la filière gériatrique (ou un numéro d'appel de l'EMG) dédié aux professionnels extérieurs ou au DAC afin d'examiner la pertinence de l'intervention de l'EMG ou la capacité de recourir à une consultation (par télémedecine ou avec déplacement) ou une hospitalisation de jour.

Ce recours téléphonique peut suffire à apporter une réponse au médecin traitant des personnes âgées en EHPAD ou à domicile ou au médecin coordonnateur de l'EHPAD et permettre d'anticiper les crises ou d'organiser une hospitalisation.

➤ **Partage des outils du parcours entre les EMG et les acteurs du parcours**

L'EMG aura accès, au travers de la filière gériatrique, aux outils partagés du parcours de santé mis en place par l'ARS et évitera de se doter d'outils à part. En revanche, si l'existence d'un système d'information (SI) commun ne doit pas être une condition première de l'activité, l'EMG devra en bénéficier et l'utiliser lorsqu'il est présent.

Elle doit bénéficier d'un outil de télémedecine.

3. Interventions des EMG sur les lieux de vie : selon quelles modalités ?

Les EMG formalisent une demande d'intervention de la part des acteurs externes, la partagent avec les médecins traitants, les EHPAD ou autres ESMS hébergeant les personnes âgées, les dispositifs d'appui à la coordination et s'assurent de son adéquation avec les attentes et les besoins. Elles en assurent la diffusion via la filière.

Sont présentés ci-dessous des éléments cadre de ces interventions :

3.1. En EHPAD

▪ Cadre

- Une convention avec les EHPAD permettant de déterminer les conditions d'intervention de l'EMG (ces conditions ont vocation à être précisées dans une convention entre l'EHPAD et la filière gériatrique plutôt qu'avec la seule EMG). Elles peuvent faire partie d'une convention existante selon l'instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative aux démarches de coopérations renforcées entre EHPAD et établissements de santé ;
- Une sollicitation des EMG par les EHPAD via le numéro téléphonique et une adresse mail gériatrique dédiés ;
- Une communication sur l'intervention possible d'une EMG dans le cadre du livret d'accueil de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles ainsi qu'une présentation et des échanges au sein du conseil de la vie sociale de l'EHPAD ;
- Une incitation à une programmation d'interventions des EMG en EHPAD au travers de visites régulières ou surtout pour des actions de formation et sensibilisation. Les visites régulières programmées dans les EHPAD permettent de regrouper plusieurs entretiens avec des résidents, d'organiser des temps d'échanges sur des pratiques et les difficultés rencontrées par les professionnels des EHPAD. Cette pratique paraît à la fois plus pertinente pour l'EMG et pour l'EHPAD.

- Articulation avec le médecin coordonnateur et/ou l'infirmier de coordination de l'EHPAD

La concertation de l'EMG avec le médecin coordonnateur en amont de toute intervention permet de préparer et d'organiser les interventions de l'EMG. Cette organisation s'effectue avec les médecins traitants des personnes âgées des résidents en cas d'évaluation requise.

- Temps d'intervention

L'intervention inclut un temps important de préparation au travers du recueil d'informations sur les résidents transmis par l'EHPAD (ex : dossier de liaison d'urgence [DLU]), le médecin traitant et des services de la filière gériatrique.

- Accord du médecin traitant pour la visite et l'évaluation du résident

L'information du médecin traitant est un prérequis à l'intervention de l'EMG. Si le médecin traitant s'y oppose, l'EMG ne se déplace pas. Lorsque la personne n'a pas de médecin traitant, cette absence ne peut être un obstacle à une intervention de l'EMG.

- Consentement du résident et ou de son entourage et du tuteur

Le consentement du résident ou de son tuteur doit être recherché. Les visites de l'EMG au sein d'un EHPAD permettent de favoriser ce rôle d'aller vers.

- Restitution de leurs conclusions et recommandations

- Restitution au résident et le cas échéant à sa famille ;
- Compte rendu de synthèse et courrier ou compte rendu de télémédecine au médecin traitant et au médecin coordonnateur ;
- Retour au travers d'un contact téléphonique dès qu'il est nécessaire.

- Les actions d'informations, de sensibilisation ou d'appui aux pratiques auprès des personnels

Les actions de formation sont effectuées à l'issue de l'analyse de situations de résidents ou sont prévues sur des thématiques données (ex : formation à la prévention du risque suicidaire).

3.2. A domicile

- Articulation avec le médecin traitant pour la visite

La concertation de l'EMG avec le médecin traitant en amont de toute intervention, au travers d'un échange de médecin à médecin, est posée comme une condition. La présence du médecin traitant lors de la visite de l'EMG à domicile est à encourager sans être une obligation. Lorsque la personne n'a pas de médecin traitant, cette absence ne peut être un obstacle à une intervention de l'EMG.

- Temps d'intervention d'une EMG à domicile

L'intervention inclut un temps important de préparation au travers du recueil d'informations sur les personnes âgées à domicile transmises par le médecin traitant, les services sociaux, les services intervenant à domicile et les services de la filière gériatrique ou d'autres services de soins hospitaliers le cas échéant.

L'intervention en binôme au domicile vise à permettre de consacrer un temps à l'aidant (épuiement, relation aidant-aidé, ...). En fonction de besoins ciblés, cette intervention peut donner lieu à une visite effectuée seul.

- Restitution de l'intervention par l'EMG

- Restitution à la personne âgée et à son aidant /ou sa famille le cas échéant ;
- Au médecin traitant : le compte-rendu de synthèse des préconisations doit être pragmatique et opérationnel (inutile de donner tous les scores des tests sauf demande expresse) ;
- Retour au travers d'un contact téléphonique dès qu'il est nécessaire ;

- Restitution des problématiques sociales auprès du DAC ou des professionnels et conseils auprès des professionnels intervenant au domicile s'ils sont présents en tenant compte de leurs compétences (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile, professionnels libéraux notamment infirmier ou HAD).
- Les actions de conseils, sensibilisation ou de formations auprès des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD ou à domicile

Les actions de formation sont effectuées au moment de l'analyse de situations de résidents ou sont prévues sur des thématiques données.

4. Composition - organisation et fonctionnement

Composition

La composition de l'EMG a vocation à être pluriprofessionnelle afin de proposer une démarche globale somatique et psychique.

A minima, elle comporte un binôme composé de compétences de gériatre et d'infirmier. De manière spécifique, un autre professionnel pourra composer ce binôme avec le gériatre. Les EMG pourront faire appel aux futurs infirmiers en pratique avancée.

Il est recommandé que les EMG puissent faire appel à des compétences en psychiatrie/psychologie, en ergothérapie, voire à une compétence pharmaceutique internalisée ou avec des partenaires. Un temps de secrétariat est prévu, qui peut être mutualisé avec celui de l'équipe intra-hospitalière. Elles doivent pouvoir s'appuyer sur une ressource d'assistante sociale du service ou de l'hôpital. Elle peut accueillir des stagiaires.

Les compétences et les personnels correspondant à l'activité extrahospitalière de l'EMG doivent être identifiés, sans forcément être dédiés, dans la perspective d'équipes mixtes intra et extrahospitalières et de l'articulation ou la synergie entre plusieurs équipes mobiles. L'EMG peut s'appuyer sur des ressources du service et de l'établissement de santé ou des établissements de santé porteurs.

Les moyens sont adaptés en fonction du nombre d'interventions et de la file active prévisionnelle.

Les compétences requises en gériatrie d'une EMG intervenant au domicile sont celles d'un gériatre (nécessité d'une posture professionnelle spécifique faisant appel à des qualités de négociation et de conciliation et des capacités d'adaptation à l'environnement particulier du domicile).

Organisation et fonctionnement

L'EMG a vocation à répondre et à intervenir selon une organisation à définir dans son règlement de fonctionnement.

L'établissement de santé porteur organise la continuité de l'activité de l'EMG.

5. Outils

Les EMG intervenant auprès des personnes âgées à domicile ou en EHPAD sont inscrites dans les projets d'équipement en télémédecine sur la région (outillage et/ou utilisation de l'équipement de télémédecine de l'EHPAD). La télémédecine permet d'optimiser ces interventions tant au niveau de la préparation/restitution que de certaines interventions elles-mêmes.

6. Suivi de l'activité de l'EMG

L'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées assure le suivi de son activité au travers d'un rapport d'activité en référence à l'outil de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/outil-de-suivi-de-lactivite-dune-emg/> et renseigne les indicateurs socles nécessaires à l'évaluation nationale.