

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : BRAGA Prénom : Charlotte
Date et Lieu de naissance : 1^{er} Janvier 1986 à Mantes-la-Jolie

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2014

**Equipe Mobile Externe de Gériatrie de l'hôpital Bretonneau :
enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD**

Président de thèse : Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe

Directeur de thèse : Docteur CHANSIAUX Christine

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Raynaud-Simon, j'ai découvert la gériatrie dans votre service, merci de votre gentillesse, de votre disponibilité, merci pour tout

Au Docteur Chansiaux, merci pour cette thèse

A mes parents, mon frère et mes grands-parents, que j'aime de tout mon cœur et qui ont toujours été là pour moi

A ma grand-mère, qui malheureusement n'est plus là pour m'écouter

A ma tante adorée, elle se reconnaîtra

A Sasha, tu es la sœur que je n'ai jamais eue

A Anthony, merci de me supporter au quotidien

LISTE DES ABREVIATIONS

AMP : Aide Médico-Psychologique

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CAS : Centre d'Action Sociale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMGE : Equipe Mobile Externe de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation A Domicile

HdJ : Hôpital de Jour

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MEDEC : Médecin Coordonnateur

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
RAPPELS.....	9
A- Textes fondateurs.....	9
B- Description des EMGE.....	11
C- Résultats de l'activité 2008.....	14
D- Résultats sur 5 ans.....	27
E- Enquête de satisfaction auprès des EHPAD.....	30
POPULATION ET METHODE.....	32
A- Objectifs.....	32
B- Type d'étude.....	32
C- Population.....	32
D- Méthode d'intervention.....	32
E- Méthode d'évaluation.....	33
RESULTATS.....	34
A- Résultats du questionnaire.....	34
1) Connaissance de l'EMGE et de ses interventions.....	34
2) Motifs de recours à l'EMGE.....	35
3) Evaluation de la satisfaction des professionnels d'EHPAD.....	36
4) Suivi des propositions soumises par l'EMGE.....	37
5) Instigateur de la demande d'intervention.....	38
6) Ressenti des professionnels vis-à-vis des interventions de l'EMGE.....	39
7) Rôle prescripteur de l'EMGE.....	40
8) Bénéfice des formations.....	40
9) Pérennisation de l'EMGE.....	41
10) Profil des professionnels.....	42
B- Résultats des entretiens.....	43
1) Question n°1 : pour quelles raisons avez-vous/n'avez-vous pas recours à l'EMGE ?.....	43

2) Question n°2 : quel(s) professionnel(s) vous apporte(nt) le plus souvent du soutien dans votre prise en charge ? Quel(s) professionnel(s) manque-t-il ?.....	44
3) Question n°3 : quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?.....	46
4) Question n°4 : en quoi l'intervention de l'équipe mobile représente-t-elle une plus value par rapport à une consultation spécialisée ou une hospitalisation ?.....	48
5) Question n°5 : quels points devraient, selon vous, être améliorés ?.....	50
DISCUSSION	52
A- Synthèse des résultats et comparaison avec les résultats obtenus en 2010	52
1) Limites de l'étude.....	52
2) Connaissance de l'EMGE et de ses interventions.....	53
3) Motifs de recours à l'EMGE.....	54
4) Evaluation de la satisfaction des professionnels d'EHPAD.....	56
5) Suivi des propositions soumises par l'EMGE.....	59
6) Pérennisation de l'EMGE.....	60
7) Profils des professionnels.....	60
B- Intérêts de l'EMGE perçus par les EHPAD	60
1) Le recours à l'expertise.....	60
2) La création d'une collégialité dans la prise de décision.....	62
3) Améliorer le parcours de soins de la personne âgée dans la filière sanitaire.....	62
4) Légitimer les prises de décision vis-à-vis de tiers.....	63
C- Améliorations potentielles du fonctionnement de l'EMGE	64
1) Recruter un psychiatre.....	64
2) Pouvoir s'adapter aux besoins des EHPAD.....	64
3) Plus de communication autour de l'EMGE.....	65
4) Quel avenir pour les équipes mobiles ?.....	66
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	71
ANNEXE 1 : Enquête de satisfaction auprès des personnels d'EHPAD (2010).....	71
ANNEXE 2 : Résultats de l'enquête de satisfaction (2010).....	73

ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction 2013 sur l'équipe mobile gériatrique externe.....	75
ANNEXE 4 : Liste des EHPAD rencontrés.....	78
ANNEXE 5 : Liste de questions à poser lors des entretiens auprès des différentes catégories d'acteurs au sein de l'EHPAD.....	79
ANNEXE 6 : Résultats de l'enquête de satisfaction 2013.....	80
ANNEXE 7 : Retranscription des entretiens réalisés auprès des professionnels d'EHPAD.....	83

INTRODUCTION

En 2008, le Ministère de la Santé a soutenu le projet expérimental d'une Equipe Mobile Externe de Gériatrie (EMGE). L'objectif était de créer un lien entre l'hôpital (les services de gériatrie en particulier) et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). En effet, les personnes âgées en EHPAD sont particulièrement polypathologiques, dépendantes et susceptibles de présenter des problèmes médicaux aigus ou chroniques. L'objectif de l'EMGE est de former les équipes soignantes à la prise en charge des pathologies gériatriques (escarres, troubles du comportement etc...), de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques au cas par cas et d'orienter si nécessaire les personnes âgées dans la filière de gériatrie (hôpital de jour, hospitalisation en gériatrie aiguë...) ou vers les consultations ou hospitalisations des autres spécialités. Un des objectifs est la diminution des hospitalisations en urgence via le SAU de ces personnes âgées fragiles.

Trois sites pilote ont été retenus initialement : Bretonneau, Broca et HEGP. Un quatrième site à Rothschild est né en avril 2013. Chaque équipe est dotée d'un ETP médical et un ETP paramédical.

Pour le site Bretonneau, le temps médical était partagé entre un gériatre et un psychiatre compétent en psycho-gériatrie jusqu'en août 2012, date du départ de ce dernier, le poste étant toujours vacant à l'heure actuelle ; le temps paramédical est partagé entre une infirmière et une ergothérapeute.

Cette équipe travaille depuis maintenant presque six ans sur le territoire des 9^e, 10^e, 17^e, 18^e et 19^e arrondissements de Paris comportant 13 EHPAD. Le 20^e arrondissement faisait également partie du territoire couvert par l'EMGE de l'hôpital Bretonneau jusqu'à la mise en place de l'EMGE de l'hôpital Rothschild cette année, qui a alors récupéré le 20^e arrondissement.

Les EMGE se voient évaluer leur activité en termes quantitatifs autant que qualitatifs, la satisfaction des professionnels auxquels elles s'adressent constitue l'un de ces critères.

Une enquête de satisfaction a ainsi été réalisée il y a trois ans auprès des professionnels des EHPAD. Les réponses montraient alors un taux de satisfaction plutôt important. Nous avons donc souhaité renouveler cette enquête afin d'évaluer à plus long terme l'intérêt des EMGE perçu par les EHPAD et de réfléchir sur des axes d'amélioration potentielle du

fonctionnement des EMGE.

Ce travail a été réalisé après presque six ans de fonctionnement de l'EMGE de l'hôpital Bretonneau. Des questionnaires ont été envoyés, des entretiens ont été sollicités auprès des professionnels des EHPAD du territoire couvert par cette équipe entre octobre et décembre 2013, afin de dresser le bilan de ces (presque) six années de fonctionnement.

RAPPELS

A- Textes fondateurs :

Les équipes mobiles de gériatrie comme articulation entre le médico-social (EHPAD) et le sanitaire (HAD, hôpital, réseau de soins), font partie intégrante de la filière de soins gériatriques.

L'équipe mobile de gériatrie est une unité fonctionnelle hospitalière, pluridisciplinaire, qui intervient auprès de patients âgés polypathologiques et fragiles¹. La prise en charge de ces patients doit être globale, notamment médico-psycho-sociale. L'Evaluation Gériatrique Standardisée constitue ainsi un outil essentiel prenant en compte ces particularités.

Apparues au sein d'équipes pionnières dans les années 1990, telles que Grenoble, Orléans, Strasbourg ou Niort, elles ont été officialisées par la circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, qui précise à travers un cahier des charges assez simple leurs rôles et leurs missions. Cependant, le fonctionnement des équipes mobiles n'est initialement décrit qu'en intra-hospitalier, comme un 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 gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensembles des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue. Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans les CHU »*². Elle s'intègre dans un établissement de forte capacité ou un centre hospitalier doté d'une unité de court séjour gériatrique. Elle peut être rattachée à un pôle d'évaluation gériatrique dans sa mission d'évaluation.

Leur développement est ensuite accéléré par le plan « Urgences » 2004-2007 : plan de financement de 500 millions d'euros et un objectif de création de 160 EMG d'ici 2008³.

En avril 2006, un rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités, et Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, intitulé « Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », insiste sur

l'instauration d'un label filière de soins gériatriques avec la création au sein de chaque plateforme gériatrique de référence d'une équipe mobile de gériatrie⁴. Sa cinquième recommandation incite cette équipe à intervenir à l'extérieur de l'hôpital « *afin d'étendre sa mission au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD...).* »

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS, au sein de la mesure « Adapter l'hôpital aux personnes âgées », réaffirme l'importance de l'équipe mobile au sein de la filière gériatrique avec le projet de « *créer 86 équipes mobiles, à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile)* »⁵.

Enfin, la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vient renforcer les dispositions de la précédente circulaire et en particulier pose les bases de l'équipe mobile extra-hospitalière⁶ :

- Ses modalités d'intervention :

° « *dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, [...] afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux [...] dans la gestion des situations de crise.* »

° « *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.* » Concernant ce point, rappelons qu'un EHPAD peut être assimilé au domicile du patient.

- Ses missions :

° « *dispenser une évaluation gérontologique 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.* »

° « *conseiller, informer et former les équipes soignantes.* »

° « participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. »

- Ses moyens :

° « 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. »

B- Description des EMGE:

Ainsi, après une réflexion conjointe du CAS et de l'AP-HP dans le but de créer une synergie entre les hôpitaux et les EHPAD afin de faciliter les hospitalisations nécessaires et éviter les hospitalisations inadaptées, l'AP-HP et la ville de Paris ont décidé en 2008 de lancer conjointement, avec l'aval de différentes tutelles, et notamment le soutien financier de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), une expérimentation de deux ans visant à améliorer la prise en charge des personnes résidant en EHPAD, en mettant à disposition de ceux-ci les services d'équipes mobiles gériatriques externes (EMGE), basées dans trois hôpitaux de l'AP-HP : l'hôpital Bretonneau, l'hôpital Broca et l'hôpital Européen Georges Pompidou.

Plus précisément, les objectifs affichés au démarrage de l'expérimentation étaient les suivants :

- développer sur un territoire de proximité des liens forts entre le secteur médico-social et le sanitaire
- améliorer la connaissance réciproque
- partager une culture commune : permettre aux EHPAD de bénéficier des compétences gériatriques pluridisciplinaires développées dans le secteur sanitaire et aux hôpitaux de bénéficier du savoir-faire du secteur médico-social
- faciliter les liens entre l'hôpital, où se situe l'EMGE, et les EHPAD de son secteur
- faciliter l'accès aux plateaux techniques hospitaliers
- limiter le passage par les urgences de l'hôpital pour des hospitalisations de personnes âgées hébergées en EHPAD
- permettre sur un territoire des rencontres thématiques inter professionnelles et le partage de connaissances

- faciliter l'accès aux EHPAD des personnes hospitalisées qui le nécessitent
- éviter les hospitalisations inutiles.

Quatre grands types de missions, toutes en dehors de l'urgence vitale, sont ainsi dévolues aux EMGE :

1. Mission d'animation sur un territoire
2. Mission d'expertise et/ou d'intervention sur site
3. Mission de régulation
4. Mission de veille sanitaire et médico-sociale

Chacune de ces missions peut se décliner en un certain nombre d'actions.

Ainsi, parmi la mission d'animation sur un territoire, les actions consistent à :

- mettre en relation les acteurs
- organiser des échanges de pratiques
- proposer des partenariats
- développer une culture gériatrique et des formations communes
- analyser les freins aux partenariats.

Au sein de la mission d'expertise et/ou d'intervention sur site, l'EMGE est amenée, sur demande du médecin coordinateur ou du médecin traitant, à :

- donner un avis spécialisé sur demande
- réaliser une évaluation gériatrique conjointe
- apporter un soutien à l'équipe soignante de l'EHPAD
- donner un second avis pour des situations complexes
- apporter une aide en cas de difficultés relationnelles.

Parmi la mission de régulation, les actions consistent à :

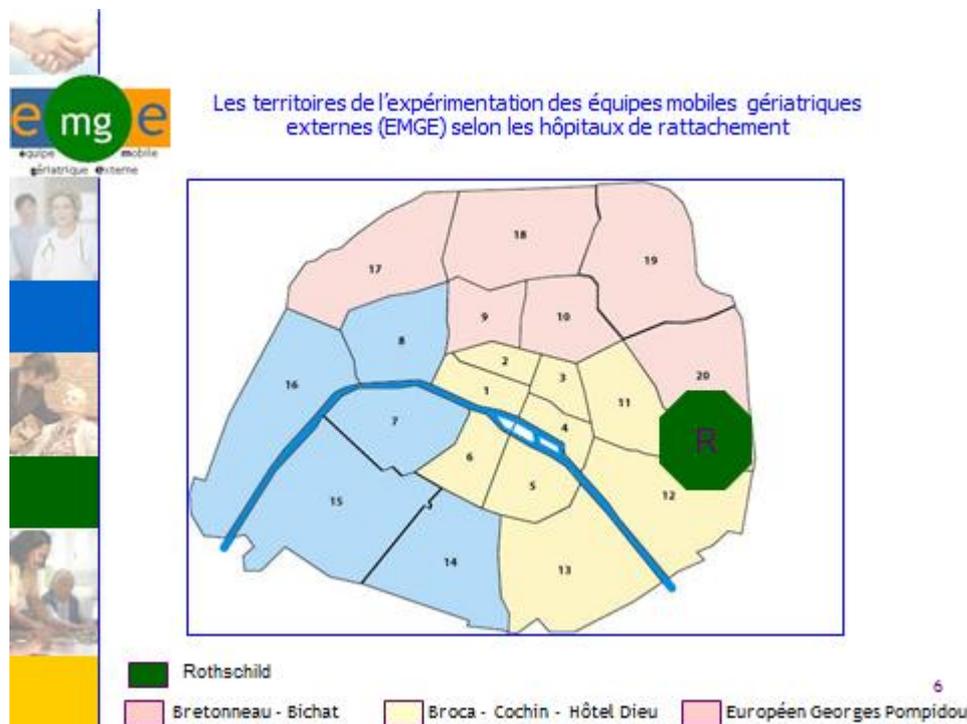
- offrir une aide à l'accompagnement et aux soins optimaux de la personne âgée
- faciliter l'accès aux services hospitaliers
- accompagner les sorties d'hospitalisation
- faciliter la création d'outils communs visant au partage des informations.

Enfin, la mission de veille sanitaire et médico-sociale se décline sous forme :

- d'une aide à la prévention et au traitement des infections nosocomiales

- d'une intervention en cas d'activation des plans de crise, ou de survenue de crise.

En fonction de la localisation des trois hôpitaux concernés, un découpage de l'espace parisien en trois territoires jugés de taille équivalente a été réalisé. Une quatrième EMGE a vu le jour cette année, rattachée à l'hôpital Rothschild :



Chaque territoire a été doté d'une équipe mobile, composée de personnels médicaux (gériatre ou psycho-gériatre) et paramédicaux (infirmière dans chaque équipe et, selon les équipes, ergothérapeute, nutritionniste, neuropsychologue ou orthophoniste) pour offrir différents services à la demande des EHPAD, sur site ou à distance. L'équipe mobile de Bretonneau a aussi été dotée d'une secrétaire médicale, qui assure le suivi administratif des quatre EMGE. Ainsi, chaque équipe mobile est composée comme suit :

- EMGE Nord : 0,5 ETP gériatre ;
0,5 ETP IDE ; 0,5 ETP ergothérapeute ;
1 ETP secrétaire.
- EMGE Est : 0,5 ETP gériatre ;
0,5 ETP paramédical.
- EMGE Sud Ouest : 1 ETP gériatre
0,5 ETP orthophoniste ; 0,5 ETP IDE.
- EMGE Sud Est : 0,5 ETP gériatre
1 ETP neuropsychologue.

Afin de cerner les effets de cette expérimentation, une évaluation scientifique lui a été adjointe.

Un premier rapport, remis en novembre 2008 et actualisé en février 2009, a permis de préciser l'état des lieux dans lequel l'expérimentation se mettait en place et d'identifier les principaux bénéfices qu'en attendaient les différents acteurs. Ce rapport avait aussi été l'occasion de mener une première analyse quantitative de l'activité qu'enregistraient les trois équipes mobiles après six mois de fonctionnement.

Le rapport, publié par Olivier LENAY⁷ en mai 2009, a permis de porter un regard sur l'activité des équipes mobiles à l'issue d'une année pleine de fonctionnement. Il s'agit d'un double regard : celui que les statistiques d'activité enregistrée par chaque équipe permettent d'offrir et celui que portent les différentes catégories d'acteurs du projet sur celle-ci, qu'il s'agisse des bénéficiaires d'EHPAD ou des prestataires hospitaliers des équipes mobiles.

C- Résultats de l'activité 2008 :

Par rapport à ce qui avait été constaté à l'issue des six premiers mois de fonctionnement, l'activité brute de l'ensemble de l'année 2008 enregistrait une progression importante. Celle-ci était liée d'une part à une augmentation de la demande des EHPAD vis-à-vis des EMGE, mais aussi au fait que les équipes n'étaient pas au complet au démarrage de l'expérimentation.

Pour l'ensemble de l'année 2008, l'activité brute enregistrée par les trois équipes est indiquée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Activité brute des trois équipes en 2008

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Évaluation	193 (36%)	85 (36%)	176 (63%)
Formation	103 (20%)	28 (12%)	12 (4%)
Régulation	230 (44%)	126 (53%)	91 (33%)
Sous-total	526 (100 %)	239 (100%)	279 (100%)
Ergothérapeute	217		
Total	743	239	279

Pour mémoire, le tableau 1bis montre l'activité enregistrée sur les six premiers mois de 2008.

Tableau 1bis : Activité brute des trois équipes sur les six premiers mois de 2008

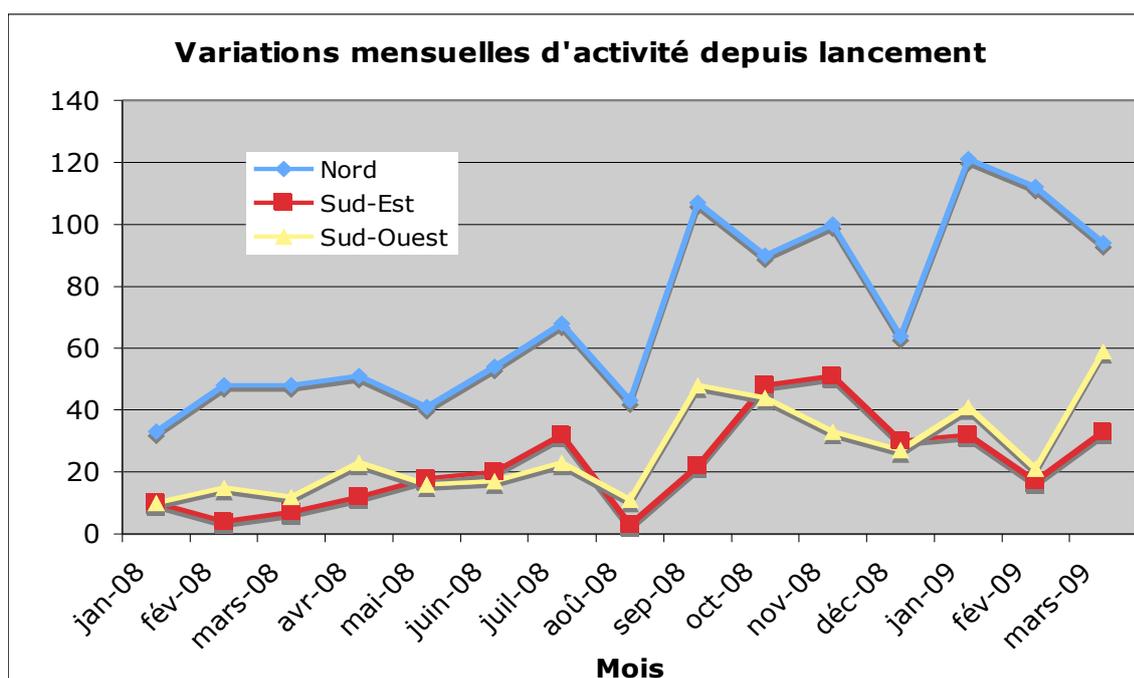
	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Activité totale	263	95	100

Il y a donc eu une augmentation importante de l'activité au cours des six derniers mois.

A noter également que perdurent des écarts importants entre les trois équipes, tant au niveau global que dans la répartition entre les trois types d'activité.

L'analyse des données globales en intégrant les trois premiers mois de l'année 2009, disponibles au moment de l'écriture du rapport, montrait que l'activité des trois équipes s'inscrivait dans une tendance croissante. Surtout, le graphique 1 montre que les six premiers mois de l'année 2008 correspondaient à un palier d'activité bas (allant de 1 à 2 actions par jour selon les équipes) traduisant bien la montée en capacité des équipes et l'expression progressive des besoins du côté des EHPAD. Sur les six derniers mois de l'année, le palier d'activité était plus haut (de 2 à 4 actions par jour selon les équipes), palier qui présumait peut-être mieux du régime permanent de fonctionnement des EMGE.

Graphique 1 : L'activité mensuelle des trois équipes depuis le lancement de l'expérimentation



En considérant maintenant cette même activité du point de vue des EHPAD (tableau 2), les commentaires suivants ont été faits :

- Certains EHPAD ont été très peu (voire pas du tout) touchés par le dispositif.
- À l'inverse, sur chaque territoire, plusieurs EHPAD ont eu massivement recours aux équipes mobiles.
- Ce n'est pas le statut qui semblait déterminer l'attrait des EHPAD pour le dispositif. En effet, parmi les établissements qui y ont le plus recours, tous les statuts étaient retrouvés : public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif.
- Généralement, les EHPAD ont eu recours à plusieurs services offerts par les équipes.

*Tableau 2 : Répartition de l'activité des EMGE par EHPAD**

EMGE	ETABLISSEMENT	Eval	Form	Régul	Total
Sud Est	Résidence du Marais	2	8	5	15
	Résidence Santé Jardin des Plantes	15		3	18
	Amitié et Partage (Jumilhac)	15	6	15	36
	Ma Maison Notre Dame des Champs	6		6	12
	Jeanne d'Arc OHF				0
	Mutuelle RATP Bastille			2	2
	Fondation Rothschild			1	1
	Résidence Dausmesnil	2	6	9	17
	Maison retraite Catherine Labouré				0
	Ma Maison Picpus				0
	Maison Protestante de la Muette				0
	ACPPA-Péan	11	1	9	21
	Résidence la Pirandelle	11		6	17
	Maison des Parents	13		11	24
	Résidence St Jacques (Orpéa)	4	2	2	8

* Ne sont pas comptabilisés ici : l'activité de l'ergothérapeute, qui rentre mal dans la distinction des trois activités communes aux trois équipes, l'activité de présentation des EMGE en EHPAD et toutes les activités dont le bénéficiaire n'est pas directement un EHPAD (par exemple participation à une réunion). Sont surlignées les lignes correspondant à des EHPAD exprimant une « demande » supérieure de 30% à la moyenne. Sur chaque territoire, ils représentent entre 72 et 80% de l'activité.

	Résidence Jardins d'Iroise (Inn 13)	1		4	5
	Maison retraite Soeurs Augustines	4	1	4	9
	Maison Marie-Thérèse			1	1
	Tiers Temps Paris		4	1	5
	<i>Total</i>	84	28	79	194
Sud Ouest	Ma Maison Breteuil				0
	Résidence Santé Furtado Heine	50	4	7	61
	Résidence Club Montsouris				0
	Résidence Santé Julie Siegfried	1		8	9
	Hotelia Paris Maine Alésia (sud-est)				0
	Résidence Brune	3		2	5
	Notre Dame de BS Sainte-Monique	2	1	2	5
	Hotelia Paris Champ de Mars	34	1	6	41
	Résidence Santé Anselme Payen	42		17	59
	Maison de retraite PSA Grenelle	12		1	13
	Villa Lecourbe	21	4	8	33
	La Source d'Auteuil	2	2		4
	Foyer des Israélites Réfugiés (FIR)	1			1
	Oeuvre de l'Hospitalité du Travail (pas ehpad ?)				0
	Almage Chaillot				0
Jeanne d'Arc	6		4	10	
	<i>total</i>	174	12	55	241
Nord	Résidence Magenta	2		3	5
	Hotelia Paris Parc Monceau	3	3	2	8
	Le Trèfle bleu Cardinet	12	5	4	21
	Résidence Santé L'Oasis			1	1
	Les Jardins de Montmartre				0
	Les Issambres	14	11	10	35
	Résidence Santé Hérold	29	15	26	70
	Amaraggi	1			0
	Les Musiciens	8	4	8	20

	Résidence Océane	4	20	2	26
	Résidence Edith Piaf	2	4	5	11
	Repotel Anadav Gambetta	1	13	3	17
	Résidence santé Alquier Debrousse	27	5	4	36
	Résidence Santé Belleville	31	6	4	41
	Les Airelles	37	14	6	57
	Les Parentèles	11			11
	MAPI - Les Amandiers	7			7
	MAPI Saint- Simon			1	1
	Total	189	100	79	367

Par ailleurs, il convient de souligner que les EMGE ont réalisé un certain nombre d'activités, essentiellement dans la catégorie « régulation », dont les EHPAD ne sont pas les bénéficiaires directs. Il pouvait s'agir d'actions transversales (participation à des réunions de type Copartage, PPE, etc.) ou d'une activité de back-office (recherche d'information, présentation de protocoles ou de techniques nouvelles).

Le médecin coordonnateur était, pour les établissements sollicitant les EMGE, le pivot des demandes d'évaluation. En effet, le médecin coordonnateur était principalement à l'origine d'une demande d'évaluation faite aux EMGE. De ce point de vue, les équipes mobiles nord et sud-est avaient des profils de demandeurs d'évaluation très proches puisque plus de 90% des demandes d'évaluation (cf. tableau 3) émanaient du médecin coordonnateur. Dans pratiquement tous les cas, les demandes émanant du médecin traitant, rares, étaient faites conjointement avec le médecin coordonnateur. Le même phénomène était observé pour le personnel soignant. Les statistiques de l'EMGE sud-ouest étaient perturbées par le mode d'organisation mis en place avec un EHPAD (Furtado Heine) qui conduisait, compte tenu d'une vacance prolongée de poste de médecin coordonnateur et de l'organisation programmée des évaluations, à faire apparaître l'EMGE comme étant à l'origine de la demande.

Tableau 3 : Origine de la demande

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Médecin coordonnateur	184 (95%)	79 (93%)	74 (39%)
Médecin traitant	20 (10%)	10 (12%)	39 (20%)
Personnel soignant	13 (7%)	10 (12%)	16 (8%)
Directeur	1	9 (11%)	4
Autres	3 dont : Médecin hosp. : 3	4 dont : EMGE : 3 Broca : 1	58 (30%) dont : EMGE : 53 Familles : 3

Les intervenants mobilisés pour réaliser les évaluations différaient d'une équipe à l'autre en raison de sa composition mais aussi de ses modes de fonctionnement (tableau 4). Ainsi, pour l'équipe mobile nord, l'intervention du gériatre et du psycho-gériatre était rarement concomitante, contrairement à celle des infirmières qui s'effectuait quasi-systématiquement en la présence d'un médecin. Pour l'équipe sud-ouest, 54% des évaluations étaient faites conjointement par le médecin et l'infirmière de l'équipe. Cette dernière réalisait seule 34% de l'activité d'évaluation, essentiellement lorsqu'il s'agissait d'une activité d'évaluation se déroulant à l'HEGP. Enfin, au sein de l'équipe sud-est, la neuropsychologue réalisait seule ses interventions.

Tableau 4 : Intervenants des EMGE en évaluation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Médecin gériatre	161	72	125
Psychogériatre	31		
IDE	84		146
Orthophoniste			2
Neuro-psychologue		13	
Autres	4	2	20

Les profils des résidents, selon l'âge, le sexe et le GIR (tableau 5) n'appelaient pas à ce stade de commentaire particulier.

Tableau 5 : Profils des résidents

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Age moyen	84,3	86,9	85,7
H/F	45/147	22/63	46/130
GIR 1	48	10	42
GIR 2	84	21	18
GIR 3	39	15	9
GIR 4	17	12	32
GIR 5	1	6	9
GIR 6	1	0	7

Du point de vue des motifs, les EHPAD faisaient appel aux EMGE pour une large gamme de motifs (tableau 6). Ceux-ci étaient assez souvent revus suite à l'intervention des EMGE, ce qui explique que dans le tableau suivant, les chiffres de motifs d'évaluation (demande de l'EHPAD) et de diagnostic de l'EMGE diffèrent sensiblement. Que l'on considère les motifs ou les diagnostics, on recensait quelques dominantes (grisées dans le tableau), notamment autour de cas de démence, de troubles du comportement, de douleurs, de plaies, etc. Certains écarts entre équipes s'expliquaient par leur hôpital de rattachement. Ainsi l'équipe sud-ouest enregistrerait des demandes d'évaluation correspondant à des hospitalisations réalisées à l'HEGP, dans le service d'orthopédie par exemple.

Tableau 6 : Motifs de la demande et diagnostics portés par l'EMGE

	EMGE Nord		EMGE sud-Est		EMGE Sud-ouest	
	Motif	Diag	Motif	Diag	Motif	Diag
Tb comportement	51	64	33	25	27	31
Démence	36	79	49	38	46	67
Douleurs	27	44	7	5	25	25

Plaie	16	16	2	2	18	31
Neuro	9	33	11	9	22	24
Infection	5	15	1	0	27	20
Anémie	4	5	5	3	4	8
Iatrogénie	2	30	1	0	10	11
Cardio	4	6	2	0	14	21
Imprécis	1	-	0	-	3	-
Avis traitement	22	3	0	5	2	2
Cancéro	4	11	0	1	4	5
Chir	4	6	0	1	11	15
Chute	8	3	1	0	5	5
Nutrition	9	8	0	0	5	11
Pneumo	4	5	0	0	3	5
Psy	5	15	8	6	1	4
Rhumato	1	1	2	2	1	1
Soins palliatifs	10	8	1	1	7	5
Suivi	6		4	0	11	0
Troubles déglutition	5	5	0		0	0
Bilan neuropsychologique	0		3		0	0
Eval gériatrique	0		3		0	0
Endocrino	0	1			3	11
Digestif	0	6			3	2

Le temps par intervention comprend aussi le temps passé dans les transports et à rédiger les comptes-rendus d'évaluation. Ce temps moyen est donc diminué lorsque les équipes réalisent plusieurs évaluations au cours d'une même visite. Le temps moyen pour l'équipe sud-ouest était réduit du fait d'évaluations qui se déroulaient fréquemment à l'HEGP. Pour cette équipe, le temps de compte-rendu n'a pas été isolé du temps d'évaluation.

Tableau 7 : Temps moyens d'intervention par équipe

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Temps évaluation	46'	61'	66'
Temps trajet AR	25'	24'	13'
Temps CR	17'	10'	0
Temps total	88'	95'	79'

À la différence de l'activité d'évaluation, la demande d'activité de formation pouvait fréquemment émaner de la direction de l'établissement ; c'était en tout cas pour l'activité de formation réalisée par l'équipe mobile nord (tableau 8).

Tableau 8 : Origine de la demande de formation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Médecin coordonnateur	53	4	8
Directeur	33	0	2
IDEC	14	1	2
Soignants	0	6	0
Médecin traitant	0	0	0
Autres	0	20 (EMGE) ¹	0

Contrairement à l'activité d'évaluation, celle de formation était le plus souvent réalisée séparément par chaque catégorie de personnel (tableau 9). Pour le territoire nord, l'activité était très concentrée dans la personne du médecin gériatre. À l'inverse, pour le territoire sud-est, pour ce que l'on peut en juger compte tenu des faibles effectifs, elle émanait essentiellement de la neuropsychologue

¹ Il s'agit des formations réalisées par la neuropsychologue.

Tableau 9 : Intervenants des EMGE en formation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Médecin gériatre	110	3	7
Psychogériatre	3		
IDE	23		0
Orthophoniste			5
Neuropsychologue		24	
Autres	4	0	0

S'agissant des thèmes (tableau 10), ils correspondaient pour une part aux domaines de compétence des personnels intervenus. *A contrario*, le thème des troubles de la déglutition a été fortement demandé dans le territoire nord bien que la compétence (orthophoniste spécialisée) soit localisée dans le territoire sud-ouest. Surtout, on retrouvait le thème général de la démence qui apparaissait déjà comme besoin révélé par les motifs et diagnostics de demandes d'évaluation.

Tableau 10 : Principaux thèmes de formation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Démence (modules 1, 2 et 3)	32	17	2
Troubles déglutition	11	0	5
Nutrition, déshydratation	11	0	0
Douleurs	10	0	2
Symptômes fin de vie	8	1	1
Escarres	6	1	0

Dans tous les cas, le public formé regroupait le plus souvent différentes catégories de personnels paramédicaux (aides-soignantes, infirmières, agents médico-psychologiques), voire personnels hôteliers et d'animation. Les effectifs par séance de formation étaient relativement importants (tableau 11), compte tenu notamment de la difficulté à trouver des créneaux pour rassembler les personnels. La plupart des formations sont organisées en plusieurs sessions pour un même thème afin que l'ensemble des personnels puisse les suivre.

Tableau 11 : Effectifs moyens des formations

EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
12	9	16

Compte tenu de leurs durées (tableau 12), mais aussi des contraintes dans leur déroulement (créneaux horaires pour que le personnel soit disponible), il est difficile aux EMGE de mener plusieurs actions de formation au cours d'une même visite. En conséquence, les temps de trajet par formation étaient pratiquement du double de ceux d'évaluation.

Tableau 12 : Temps moyens d'intervention

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Temps formation	92'	71'	87'
Temps trajet AR	46'	44'	28'
Temps total	138'	115'	115'

L'activité dite de régulation est bien plus vaste que les activités d'évaluation et de formation décrites ci-dessus. Elle se répartit en effet en trois catégories principales (tableau 13) :

- organisation (principalement pour faciliter l'accès à l'offre de soins, hospitalière notamment)
- avis à distance, médical ou paramédical,
- participation à des staffs, réunions, etc.

Seules les deux premières catégories ont comme bénéficiaires directs les EHPAD (cf. tableau 2).

Ces activités renvoient à différentes missions des EMGE décrites précédemment :

- mission d'animation du territoire (participation à des réunions de réseaux, de PPE, d'associations de médecins, etc.)

- la poursuite des actions d'évaluation (présentation de cas de résidents à un staff hospitalier par exemple, suivi téléphonique suite à une évaluation réalisée en EHPAD, etc.),
- mission de régulation au sens d'un accès facilité à l'offre de soins (informations ponctuelles données à un établissement, programmation d'un hôpital de jour, organisation de dispositifs collectifs tel que le projet de soins dentaires mis en place par l'EMGE nord, etc.)

S'y ajoutent aussi les actions de communication que les EMGE mettent en œuvre elles-mêmes (en sus de la communication institutionnelle de l'expérimentation) en allant présenter leurs activités dans les établissements de leur territoire. L'intensité de ces actions était très variable d'une EMGE à l'autre (allant du simple au triple), ce qui n'était peut-être pas sans conséquence sur l'activité finalement enregistrée.

Tableau 13 : Répartition des actions de régulation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Organisation (accès offre de soins)	17 dont : Organisation hospit : 14 Projet soins dentaires : 3 Accompt sortie SSR : 1	24 dont : Entretien médecin coordonnateur : 8 Program. hospit : 5 Program. HdJ : 5 Lien services hosp : 3	28 dont : Recherche Info : 9 Lien services hospit.: 6 Program. hospit : 5 Program.et suivi HdJ:5 Réunions : 2 Orga retour Ehpads : 1
Avis à distance	44 dont : Avis gériatrique ou psychogériatrique : 34 Informations : 9 Discussion entourage : 2	24 dont : Avis gériatrique : 17 Entretien médecin coordonnateur : 3 Informations : 2	12 dont : Avis gériatrique : 7 Entretien médecin coordonnateur : 2 Télé médecine : 2

Participation à des staffs, réunions, etc.	96 dont : Réunion : 38 Réunion synth. patient : 15 Congrès : 13 Convention Emge : 4	33 dont : CR formation : 2 Réunion méd trait : 1	22 dont : Réunion Copartage : 4 Réflex. sur outils travail communs : 4 Congrès : 3
Autres	72 dont : Présent. EMGE : 52 Travail salle : 7 Présent. techniques et protocoles : 7 Rech. informations (hors avis) : 5 Cours IFSI : 1	39 dont : Présent. EMGE : 27 Entretien médecin coordonnateur : 7 Entretien médecin : 5	29 dont : Présent. EMGE : 14 Présent. techniques et protocoles : 9 Rech. informations : 3

En termes d'intervenants, les actions de régulation étaient en très large proportion mises en œuvre par les médecins gériatres et dans une moindre mesure par les différents personnels paramédicaux qui composent les équipes (tableau 14).

Tableau 14 : Intervenants des actions de régulation

	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest
Médecin gériatre	231	105	63
Psychogériatre	4		
IDE	37		50
Orthophoniste			1
Neuropsychologue		31	
Autres			22

Compte tenu des résultats quantitatifs précédents, plusieurs entretiens ont été menés auprès des EHPAD afin de mieux saisir les raisons pour lesquelles ils avaient ou non sollicité les EMGE et, pour ceux qui les avaient fortement sollicitées, les effets que leur intervention avait

produits. Deux types de population ont été rencontrés : d'une part, la population des EHPAD gros consommateurs du dispositif et ceux qui, à l'inverse, y ont peu eu recours durant l'année 2008. Voici ce qu'il est ressorti de ces entretiens :

- certains établissements étaient caractérisés par un fonctionnement relativement autonome et donc, avaient peu recours aux EMGE. Cette autonomie pouvait provenir des qualifications des personnels, de la présence médicale dans l'établissement, de l'organisation des relations avec l'hôpital, de la capacité de la structure à mobiliser d'autres intervenants, libéraux ou hospitaliers, à faire face à certains événements, etc. La position de ces établissements vis-à-vis des EMGE n'était cependant pas définitive.
- pour d'autres établissements qui n'ont pas ou peu sollicité le dispositif, il semblerait que certains d'entre eux estimaient avoir été mal informés de l'existence même du dispositif. Dans ces cas, il semblerait donc que la communication conçue pour accompagner le dispositif ait été insuffisante.
- enfin, parmi les établissements qui ont peu sollicité les EMGE au cours de l'année 2008, certains acteurs déploraient de ne pas y recourir plus, du fait de leurs difficultés à intégrer l'EMGE dans un fonctionnement routinier, à établir le réflexe de faire appel à eux ; même s'ils reconnaissaient la grande qualité du service apporté par les équipes. Selon les établissements, les difficultés étaient d'origine différente : difficulté à « vendre » le dispositif auprès des médecins traitants, à caler l'intervention des EMGE dans des plannings très contraints, à disposer du temps nécessaire pour s'extraire d'une gestion routinière de l'activité, absence de personnel.

D- Résultats sur 5 ans :

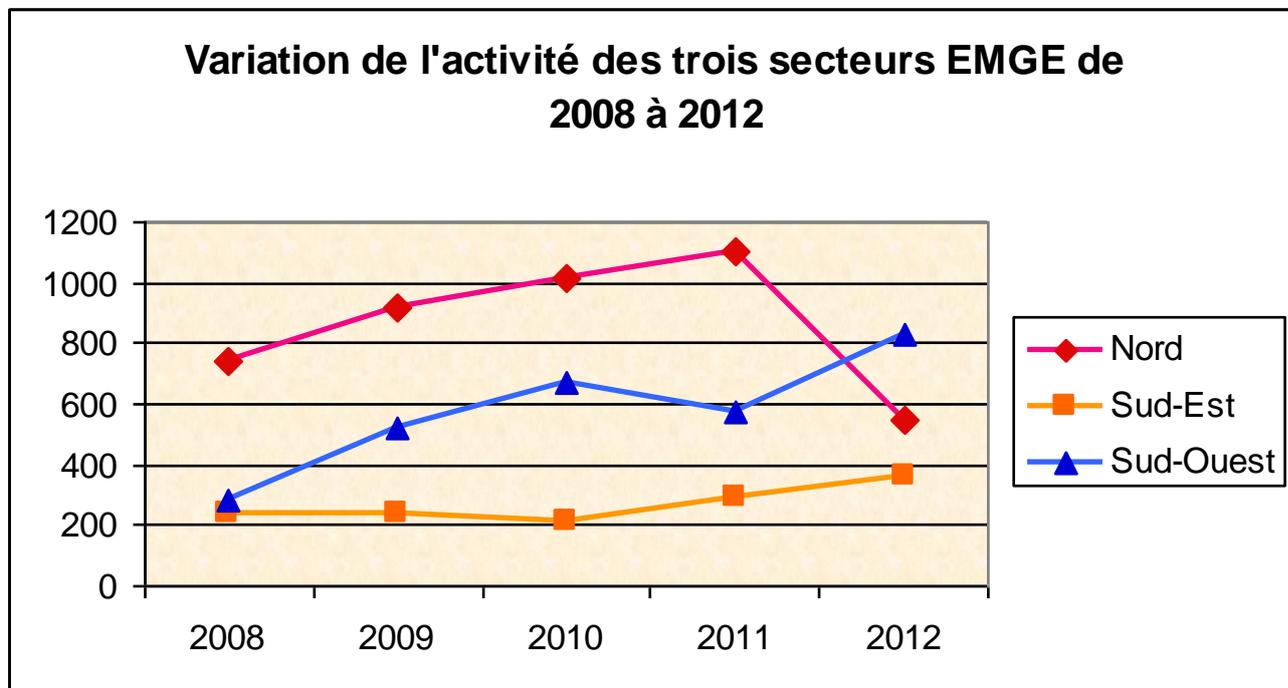
Le tableau 15 montre l'activité brute enregistrée par les trois équipes pour chaque année.

Tableau 15 : Activité brute des trois équipes sur 5 ans

	Total 2008	Total 2009	Total 2010	Total 2011	Total 2012
Evaluation	454	694	437	616	441
Formation	143	187	148	218	194
Régulation	447	671	1140	1023	1013
Ergo/ Psycho/Ortho	217	127	171	119	94
Total	1261	1679	1896	1976	1742

Le graphique 2 montre les variations de l'activité des trois EMGE d'une année sur l'autre.

Graphique 2 : L'activité annuelle des trois équipes depuis le lancement de l'expérimentation



Les tableaux 16 à 20 visualisent l'activité équipe par équipe d'une année sur l'autre.

Tableau 16 : Activité 2008

2008	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest	TOTAL
Évaluation	193 (36%)	85 (36%)	176 (63%)	454
Formation	103 (20%)	28 (12%)	12 (4%)	143
Régulation	230 (44%)	126 (53%)	91 (33%)	447
Sous-total	526 (100 %)	239 (100%)	279 (100%)	
Ergothérapeute	217			217
TOTAL	743	239	279	1261

Tableau 17 : Activité 2009⁸

2009	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest	TOTAL
Évaluation	408 (49,5%)	87 (39,5%)	199 (39,1%)	694
Formation	120 (14,5%)	41 (18,5%)	26 (5,2%)	187
Régulation	295 (36%)	93 (42%)	283 (55,7%)	671
Sous-total	823 (100 %)	221 (100%)	508 (100%)	
Ergo/Psycho/Ortho	93	18	16	127
TOTAL	916	239	524	1679

Tableau 18 : Activité 2010⁹

2010	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest	TOTAL
Évaluation	325 (36%)	77 (40%)	35 (5%)	437
Formation	107 (12%)	13 (7%)	28 (4%)	148
Régulation	464 (52%)	102 (53%)	574 (91%)	1140
Sous-total	896 (100%)	192 (100%)	637 (100%)	
Ergo/Psycho/Ortho	118	18	35	171
TOTAL	1014	210	672	1896

Tableau 19 : Activité 2011¹⁰

2011	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest	TOTAL
Évaluation	440 (43%)	128 (47%)	48 (9%)	616
Formation	153 (15%)	22 (8%)	43 (8%)	218
Régulation	437 (42%)	125 (45%)	461 (83%)	1023
Sous-total	1030 (100%)	275 (100%)	552 (100%)	
Ergo/Psycho/Ortho	73	21	25	119
TOTAL	1103	296	577	1976

Tableau 20 : Activité 2012

2012	EMGE Nord	EMGE Sud Est	EMGE Sud Ouest	TOTAL
Évaluation	261 (52%)	123 (36%)	57 (7%)	441
Formation	84 (17%)	26 (8%)	59 (8%)	169
Régulation	162 (31%)	192 (56%)	648 (85%)	1002
Sous-total	501 (100%)	341 (100%)	764 (100%)	
Ergo/Psycho/Ortho	47	24	32	103
TOTAL	554	365	796	1715

On observe donc une augmentation de l'activité au cours des quatre premières années pour l'équipe nord. Au cours de l'année 2012, ses activités ont diminué en raison de l'absence d'un mi-temps d'ergothérapeute les huit premiers mois de l'année et de l'absence de la psychogériatre pendant quatre mois, passant de 1103 actions en 2011 à 548 actions en 2012.

On constate aussi que perdurent des écarts importants entre les trois équipes, tant au niveau global que dans la répartition entre les trois types d'activité.

Il faut noter que sur l'équipe sud-ouest le médecin gériatre n'intervient plus depuis le mois de novembre 2009 et n'est remplacé que ponctuellement par les médecins de l'équipe mobile intra hospitalière ou le chef de service de gériatrie de l'HEGP, ce qui a réduit et modifié son activité en transformant les modalités de recours à l'EMGE (augmentation de l'activité de régulation).

L'activité de l'équipe sud-est reste globalement stable. En 2010, la psychologue de l'équipe a également été absente une partie de l'année.

E- Enquête de satisfaction auprès des EHPAD :

Il y a trois ans, une enquête de satisfaction auprès des personnels d'EHPAD a été menée à l'aide du questionnaire en annexe 1. Les réponses montrent un taux de satisfaction assez important (annexe 2). Cinquante-cinq questionnaires ont été retournés, intéressant seize EHPAD : huit rattachés à l'équipe nord, deux à l'équipe sud-est, quatre à l'équipe sud-ouest, et deux dont l'EMGE n'a pas été indiquée.

Ainsi, l'EMGE est connue des personnels d'EHPAD à 89%. Dans 74% des réponses, elle intervient au moins 5 fois par an dans l'EHPAD. Les principales motivations de recours à l'EMGE sont d'évaluer des patients à 31%, d'éviter des hospitalisations à 27% et pour de la formation dans 24% des cas. Les motifs d'évaluation concernent dans 37% des cas des troubles du comportement, des troubles psychiatriques ou des troubles cognitifs, dans 14% la douleur, la nutrition dans 11%, les soins palliatifs dans 9,5%, les plaies dans 8,5%, les évaluations spécifiques (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue) dans 8,5%, dans 6,5% des cas il s'agit d'une évaluation de l'autonomie du patient et du besoin d'aides (humaines et/ou techniques), et enfin dans 5% des cas il s'agit de la relation avec la famille.

La réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement est jugée très satisfaisante à 62%, satisfaisante à 31%. Le délai de visite dans l'EHPAD est très satisfaisant dans 42% des cas et satisfaisant dans 50% des cas. Le délai de retour de la visite par compte-rendu oral ou écrit est qualifié de très satisfaisant à 35% et de satisfaisant à 50%. Sa forme et sa clarté sont très satisfaisantes à 52%, satisfaisantes à 46%. La pertinence des propositions soumises par l'EMGE est jugée de très satisfaisantes dans 50% des cas, satisfaisantes dans 40%. La faisabilité des propositions est qualifiée de très satisfaisante dans 38% des cas, satisfaisantes dans 47%. Les propositions faites par l'EMGE sont suivies à 98%.

Pour finir, la pérennisation de l'EMGE est souhaitée par 98% des personnels d'EHPAD ayant retourné le questionnaire, et ceci à 95% sous sa forme actuelle.

Compte-tenu des réponses obtenues il y a trois ans, nous avons renouvelé ce questionnaire, auquel nous avons rajouté quelques questions (annexe 3), pour évaluer à plus long terme l'intérêt des EMGE perçu par les EHPAD. De plus, nous avons souhaité enrichir ces données par des entretiens en tête à tête avec les responsables d'EHPAD sur les améliorations potentielles du fonctionnement des EMGE.

POPULATION ET METHODE

A- Objectifs :

L'objectif du travail est de faire le bilan de presque six années de fonctionnement de l'Equipe Mobile Externe de Gériatrie de l'hôpital Bretonneau, de faire une enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD, et de comparer ces résultats à ceux obtenus avec le même questionnaire il y a trois ans, afin d'évaluer à plus long terme l'intérêt des EMGE perçu par les EHPAD et de réfléchir sur des axes potentiels d'amélioration du fonctionnement des EMGE.

B- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative.

C- Population :

Visite de treize EHPAD sur les vingt existant sur le territoire des 9^e, 10^e, 17^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements de Paris (territoire couvert par l'EMGE Nord jusqu'en avril 2013, le 20^e arrondissement étant rattaché à l'hôpital Rothschild depuis) ayant accepté une prise de rendez-vous entre fin octobre et mi décembre 2013. Cent cinq professionnels travaillant dans ces EHPAD ont rempli le questionnaire de satisfaction, parmi lesquels directeurs, directeurs adjoints, médecins coordonnateurs, médecins référents, infirmières de coordination (IDEC), cadres de santé, infirmières référentes, infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques (AMP), psychomotriciennes, psychologues, ergothérapeutes, responsables qualité. Cinquante et un professionnels ont été rencontrés en entretien individuel. La liste des EHPAD rencontrés ainsi que leurs adresses figurent dans l'annexe 4.

D- Méthode d'intervention :

Mi octobre 2013, un mail a été envoyé aux différents EHPAD afin de les informer de l'enquête de satisfaction concernant l'EMGE de l'hôpital Bretonneau dans le cadre de mon travail de thèse, pour laquelle je sollicitais des rendez-vous pour des entretiens individuels

auprès des différents professionnels d'EHPAD. Un questionnaire anonyme de satisfaction (annexe 3) était ajouté en pièce jointe afin d'être rempli préalablement à ma visite au sein de leur établissement. La liste des questions posées lors des entretiens était également ajoutée en pièce jointe (annexe 5).

Entre fin octobre et mi décembre 2013, les EHPAD ont été contactés par téléphone afin de solliciter un rendez-vous auprès des différents professionnels travaillant en leur sein, et visités sur rendez-vous. A chaque visite d'EHPAD, les questionnaires remplis au préalable étaient récupérés, des nouveaux étaient distribués afin d'être remplis le jour même, permettant d'obtenir cent cinq questionnaires exploitables. Les entretiens individuels se déroulaient sur place.

Le recueil des questionnaires et les entretiens ont été clôturés mi décembre.

E- Méthode d'évaluation :

Le questionnaire de satisfaction et la liste des questions posées en entretien ont été élaborés début octobre 2013 en collaboration avec le Docteur Chansiaux, médecin gériatre de l'EMGE Nord, et le Professeur Raynaud-Simon, chef de service de Gériatrie à l'hôpital Bichat.

Le questionnaire reprend celui de 2010 afin de pouvoir comparer les résultats, auquel ont été rajoutées de nouvelles questions. Il décrit la connaissance qu'ont les professionnels de l'EMGE (nombre d'interventions dans l'EHPAD, ses missions, son fonctionnement, motifs d'intervention), leur satisfaction (réactivité de l'équipe mobile, délai de visite dans l'EHPAD, délai de retour, forme/clarté, pertinence et faisabilité des propositions), le suivi des propositions soumises par l'EMGE, l'origine de la demande, le ressenti des interventions, la prescription, les formations, les attentes vis-à-vis de l'EMGE, sa pérennisation, et leur profil.

Les entretiens individuels reprenaient les raisons de recours ou de non recours à l'équipe mobile, la composition de l'équipe, les attentes vis-à-vis de l'EMGE, la plus value par rapport à une hospitalisation ou une consultation spécialisée, et les points à améliorer.

RESULTATS

A- Résultats du questionnaire :

105 questionnaires ont été récupérés.

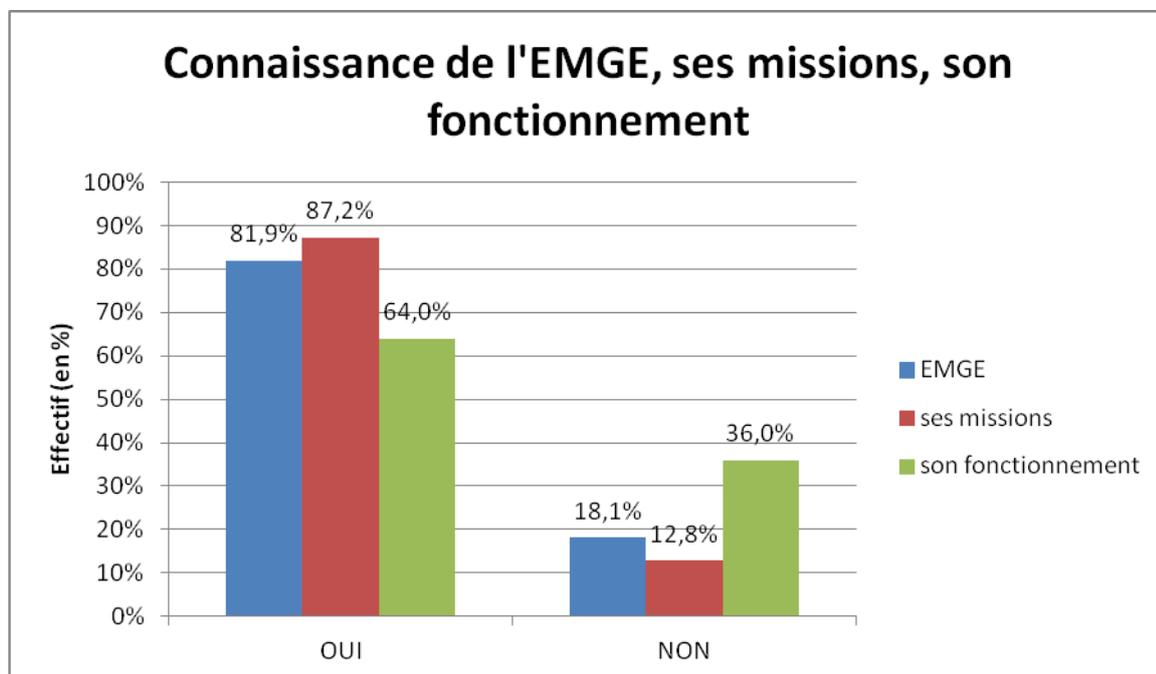
L'annexe 6 récapitule les réponses obtenues.

1) Connaissance de l'EMGE et de ses interventions :

Sur 105 personnes ayant répondu au questionnaire, 86 connaissaient l'Equipe Mobile Gériatrique Externe, ce qui représente 81,9%. Dans ce cas, les missions de l'EMGE étaient connues de 75 personnes sur 86, soit 87,2%. Quant à son fonctionnement, 64% (55) le connaissaient.

Le graphique 3 résume les réponses obtenues.

Graphique 3 : Connaissance de l'EMGE, ses missions, son fonctionnement



Le nombre d'interventions par l'EMGE dans l'EHPAD a été estimé entre une et cinq fois par an à 57% (49 réponses sur 86). 20% (17) ne se sont pas prononcés. Pour 16% d'entre eux (14), l'EMGE est intervenue dans leur EHPAD entre cinq et dix fois par an, et pour 7% (6) elle est intervenue plus de dix fois par an.

Le tableau 21 résume les réponses obtenues.

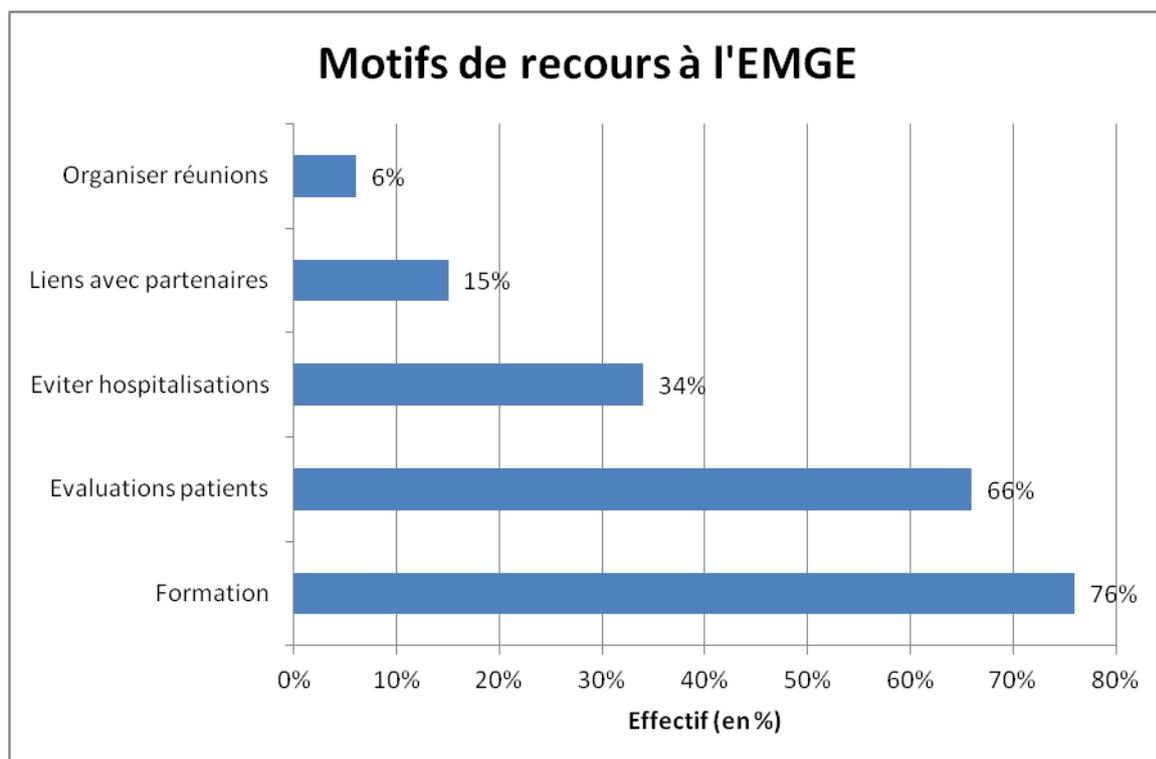
Tableau 21 : Nombre d'interventions de l'EMGE dans l'EHPAD

Nombre d'interventions dans l'EHPAD	Effectif (%)
Jamais	0
Entre 1 et 5 fois par an	49 (57%)
Entre 5 et 10 fois par an	14 (16%)
Plus de 10 fois par an	6 (7%)
Ne sait pas	17 (20%)

2) Motifs de recours à l'EMGE :

La formation et l'évaluation des patients représentaient les deux principales raisons de recours à l'EMGE. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question (choix multiple) répertoriées sur le graphique 4.

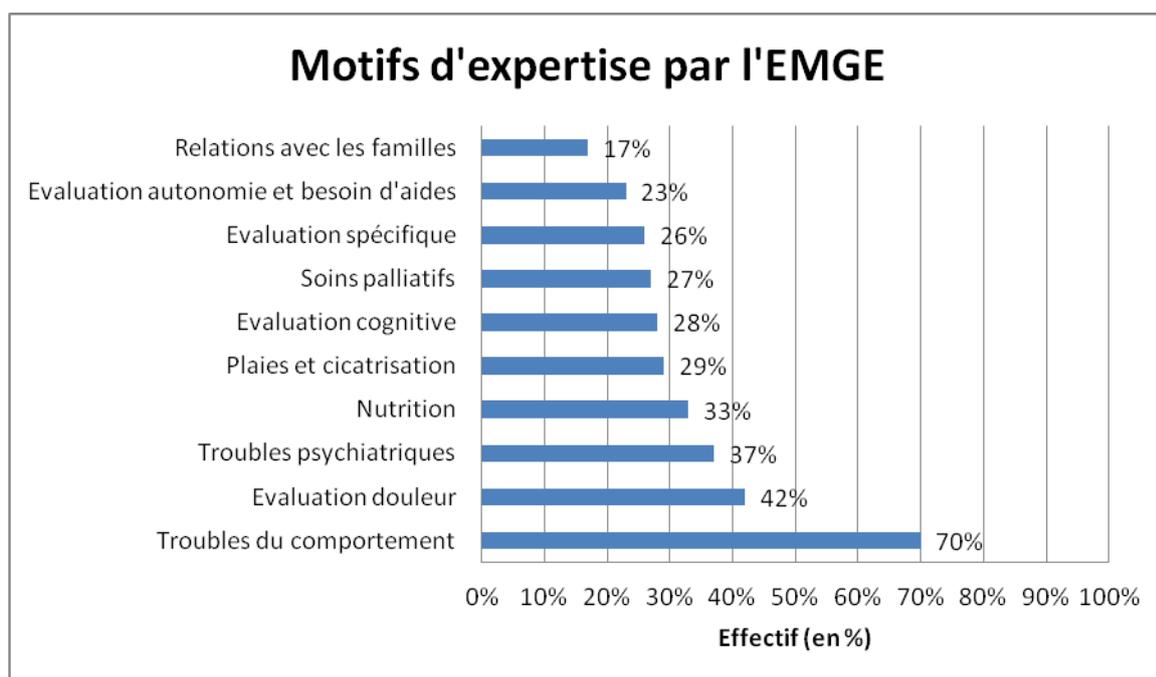
Graphique 4 : Motifs de recours à l'EMGE



Les troubles du comportement constituent le motif le plus fréquent de recours à l'EMGE. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question (choix multiple).

Le graphique 5 résume les motifs d'expertise selon leur fréquence.

Graphique 5 : Motifs d'expertise par l'EMGE



3) Evaluation de la satisfaction des professionnels d'EHPAD :

La réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement a été « très satisfaisante » dans 34,9% des cas (30 réponses sur 86) et « satisfaisante » dans 34,9% également (30). Elle n'a jamais été « insatisfaisante » ni « très insatisfaisante ». 26 personnes ne se sont pas prononcées quant à la réactivité de l'EMGE, soit 30,2%.

Le délai de visite dans l'EHPAD était « très satisfaisant » dans 25,6% des cas (22), « satisfaisant » dans 41,9% (36), « insatisfaisant » dans 2,3% (2). 26 personnes ne sont pas prononcées quant au délai de visite, soit 30,2%.

Le délai de retour, par compte-rendu écrit et/ou oral, de la visite était « très satisfaisant » dans 26,7% des cas (23), « satisfaisant » dans 36% (31), « insatisfaisant » dans 3,5% (3) et « très insatisfaisant » dans 1,2% (1). 28 personnes ne se sont pas prononcées quant au délai de retour, soit 32,6%.

La forme/clarté du compte-rendu était « très satisfaisante » dans 39,5% des cas (34) et « satisfaisante » dans 38,4% (33). 19 personnes ne sont pas prononcées quant à la forme/clarté, soit 22,1%.

La pertinence des propositions soumises par l'EMGE était « très satisfaisante » dans 32,6% des cas (28), « satisfaisante » dans 40,7% (35), « insatisfaisante » dans 3,5% (3). 20 personnes ne sont pas prononcées quant à la pertinence des propositions, soit 23,2%.

La faisabilité des propositions soumises par l'EMGE était « très satisfaisante » dans 24,4% des cas (21), « satisfaisante » dans 48,9% (42), « insatisfaisante » dans 3,5% (3). 20 personnes ne sont pas prononcées quant à la faisabilité des propositions.

Le tableau 22 résume les réponses obtenues.

Tableau 22 : Satisfaction des professionnels d'EHPAD

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Ne se prononce pas
Réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement	30 (34,9%)	30 (34,9%)			26 (30,2%)
Délai de la visite dans l'EHPAD	22 (25,6%)	36 (41,9%)	2 (2,3%)		26 (30,2%)
Délai du retour (compte-rendu oral/écrit) de la visite	23 (26,7%)	31 (36%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	28 (32,6%)
Forme/Clarté	34 (39,5%)	33 (38,4%)			19 (22,1%)
Pertinence des propositions	28 (32,6%)	35 (40,7%)	3 (3,5%)		20 (23,2%)
Faisabilité des propositions	21 (24,4%)	42 (48,9%)	3 (3,5%)		20 (23,2%)

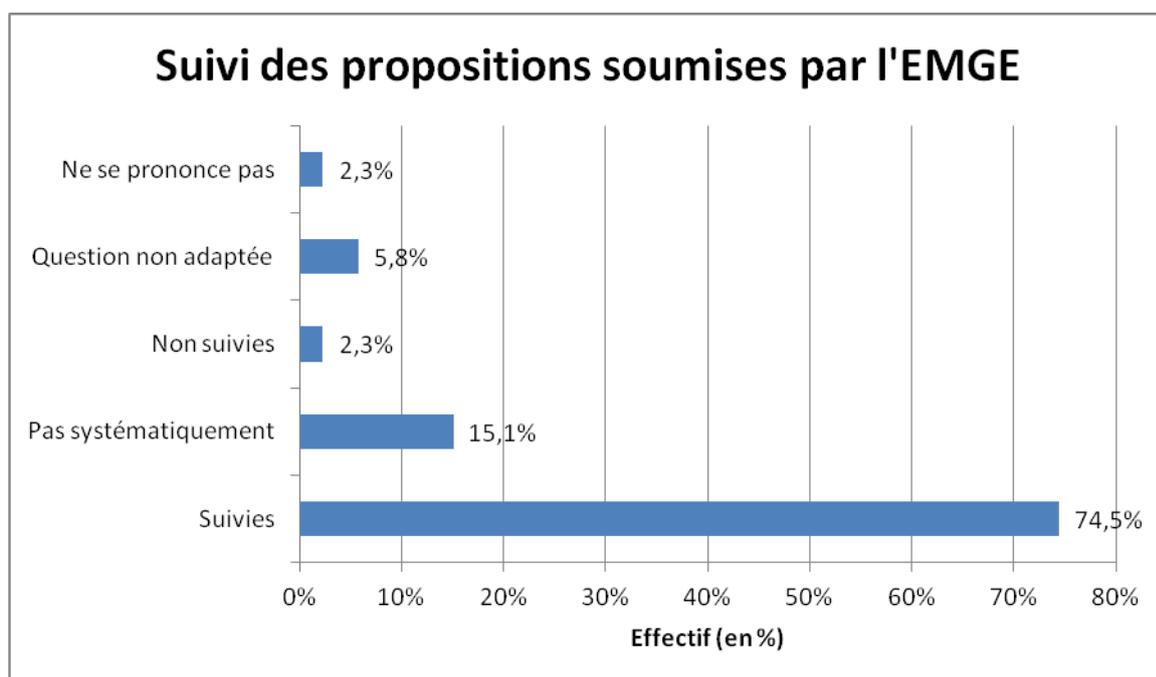
4) Suivi des propositions soumises par l'EMGE :

Les propositions soumises par l'équipe mobile étaient suivies dans 74,5% des cas (64 personnes sur 86). Au contraire, elles n'étaient pas suivies dans 2,3% (2). Elles n'étaient pas systématiquement suivies dans 15,1% (13). 5 personnes ont jugé que la question ne relevait

pas de leur compétence professionnelle, soit 5,8%. 2 personnes ne se sont pas prononcées quant au suivi des propositions, soit 2,3%.

Le graphique 6 résume les réponses obtenues.

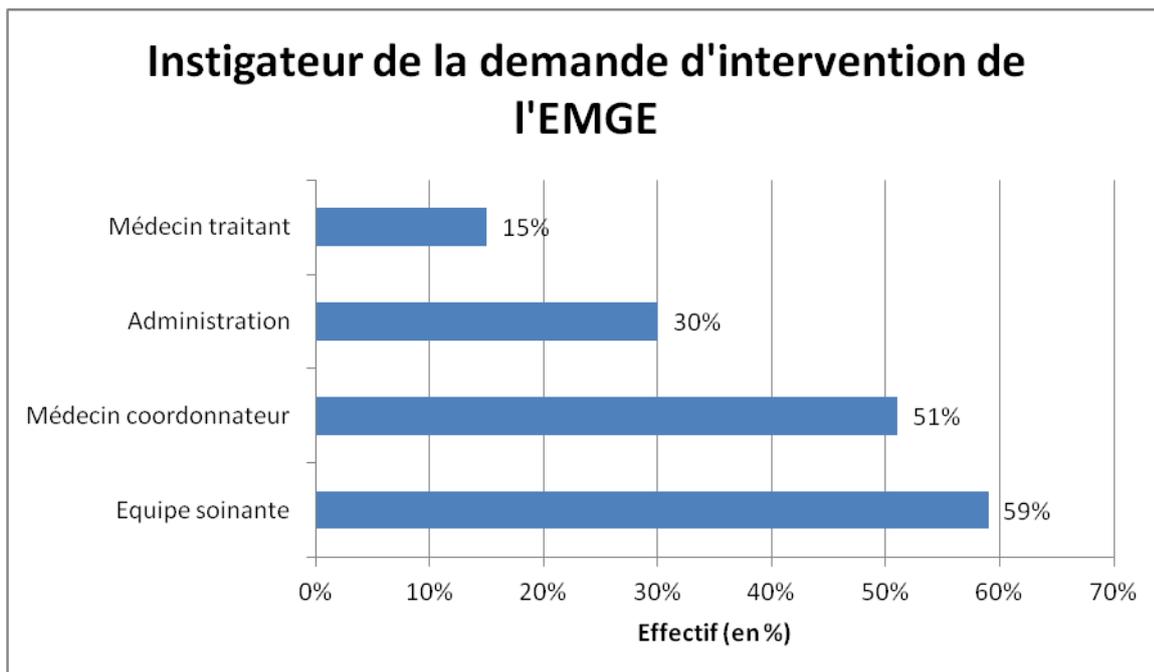
Graphique 6 : Suivi des propositions soumises par l'EMGE



5) Instigateur de la demande d'intervention :

Le graphique 7 résume de qui émanait la demande d'intervention de l'EMGE. Plusieurs réponses étaient accordées (choix multiple).

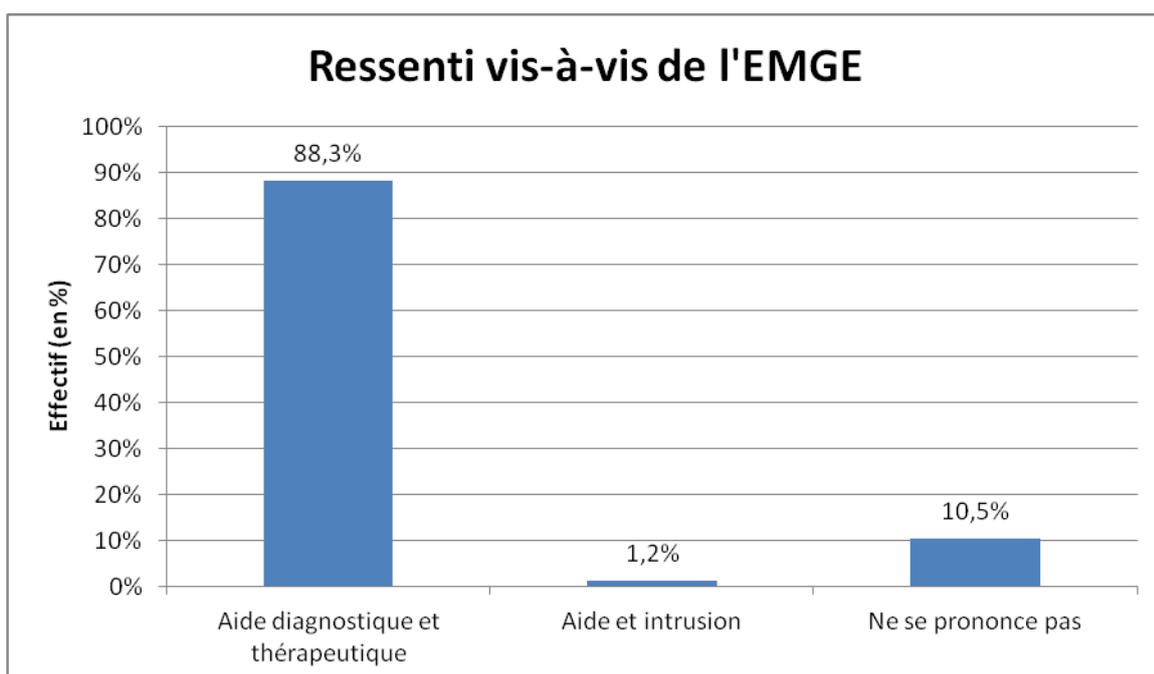
Graphique 7 : Instigateur de la demande d'intervention de l'EMGE



6) Ressenti des professionnels vis-à-vis des interventions de l'EMGE :

Comme le montre le graphique 8, 88,3% (76 personnes sur 86), déclarent ressentir l'intervention de l'EMGE comme une aide diagnostique et thérapeutique. Seuls 1,2% (1) la ressentent à la fois comme une aide et comme une intrusion. 10,5% (9) ne sont pas prononcés.

Graphique 8 : Ressenti des professionnels d'EHPAD vis-à-vis de l'EMGE



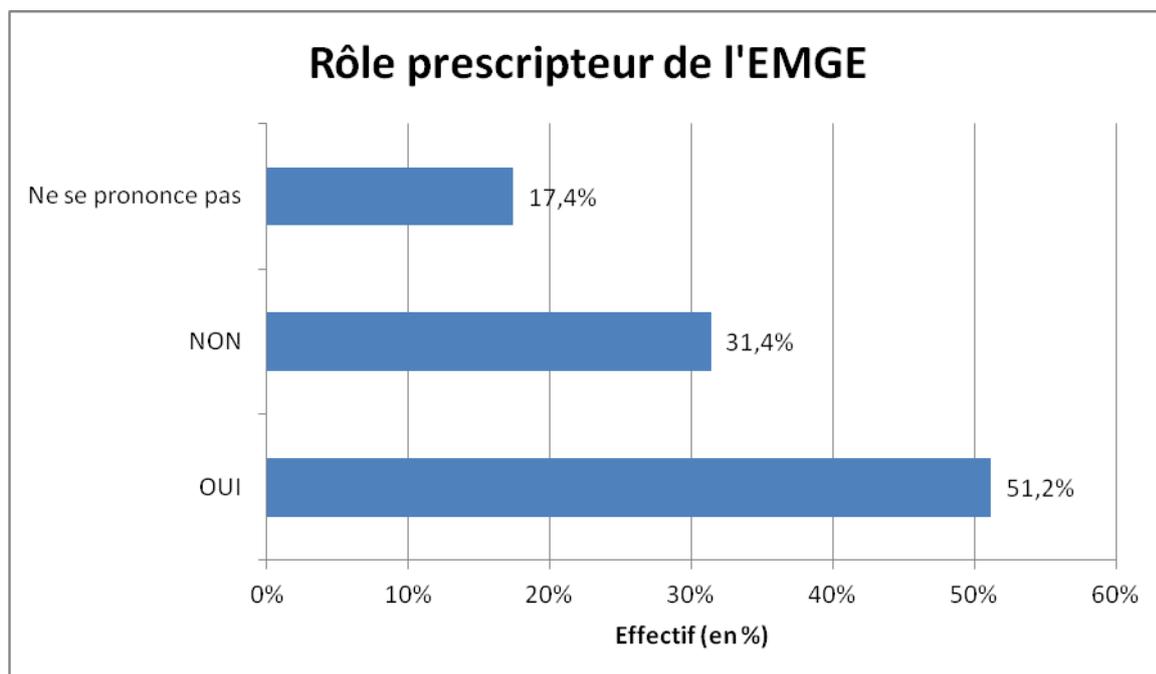
7) Rôle prescripteur de l'EMGE :

44 personnes sur 86, soit 51,2%, souhaitent que l'équipe mobile puisse avoir un rôle prescripteur, contre 31,4% (27) qui ne le souhaitent pas.

15 personnes ne sont pas prononcées sur cette question, soit 17,4%.

Le graphique 9 résume les réponses obtenues.

Graphique 9 : Rôle prescripteur de l'EMGE



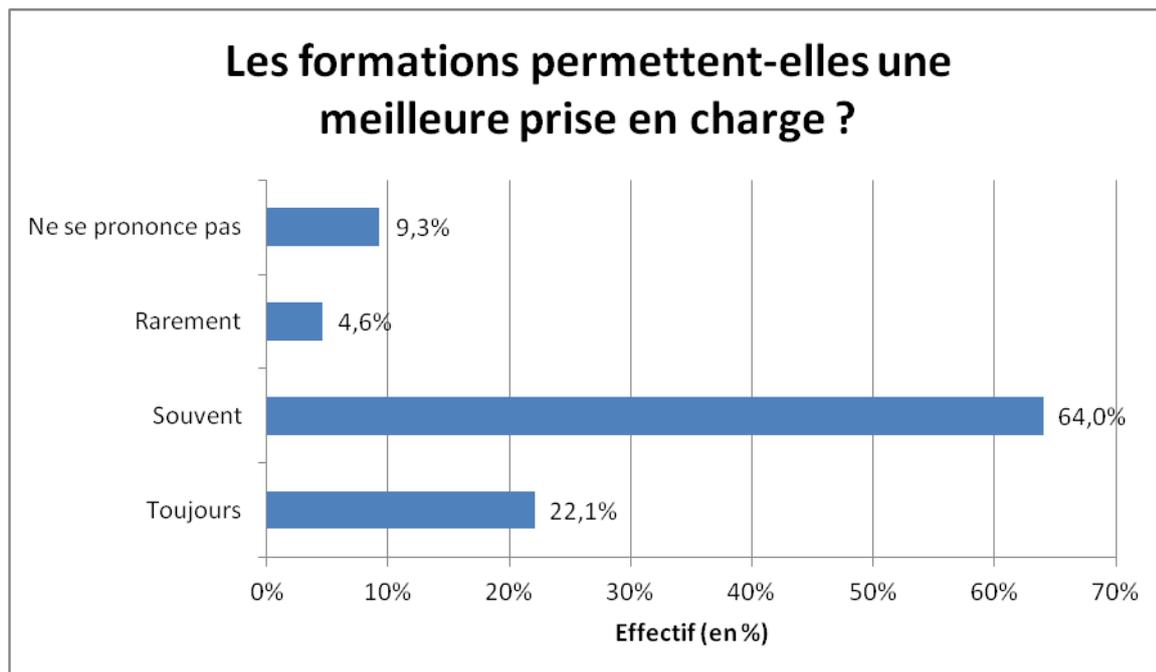
8) Bénéfice des formations :

Les formations dispensées par l'EMGE ont « toujours » permis une meilleure prise en charge des patients dans 22,1% des cas (19 personnes sur 86), « souvent » dans 64% (55), « rarement » dans 4,6% (4).

8 personnes ne se sont pas prononcées sur cette question, soit 9,3%.

Le graphique 10 résume les réponses obtenues.

Graphique 10 : Les formations permettent-elles une meilleure prise en charge ?



9) Pérennisation de l'EMGE :

La pérennisation de l'équipe mobile est souhaitée par 79 personnes sur 86 soit 91,9%, contre 1,1% (1) qui ne la souhaitent pas. 6 personnes ne se sont pas exprimées sur cette question, soit 7%.

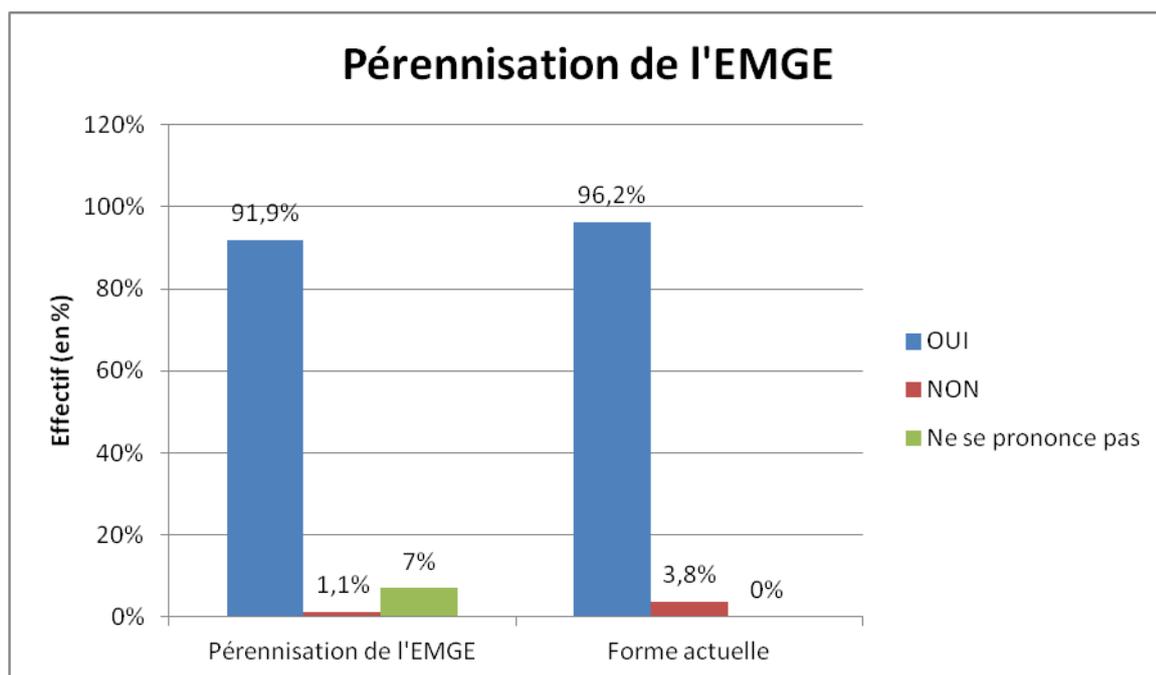
Sur les 79 personnes qui la souhaitent, 76 la souhaitent sous sa forme actuelle soit 96,2%, contre 3,8% (3) qui la souhaitent sous une autre forme.

Les 3 personnes qui souhaitent la pérennisation de l'EMGE sous une autre forme ont précisé leurs attentes en commentaires libres:

- Un suivi dans la prise en charge du patient,
- Des interventions plus régulières,
- Une aide dans les relations avec les médecins traitants.

Le graphique 11 reprend les réponses obtenues.

Graphique 11 : Pérennisation de l'EMGE



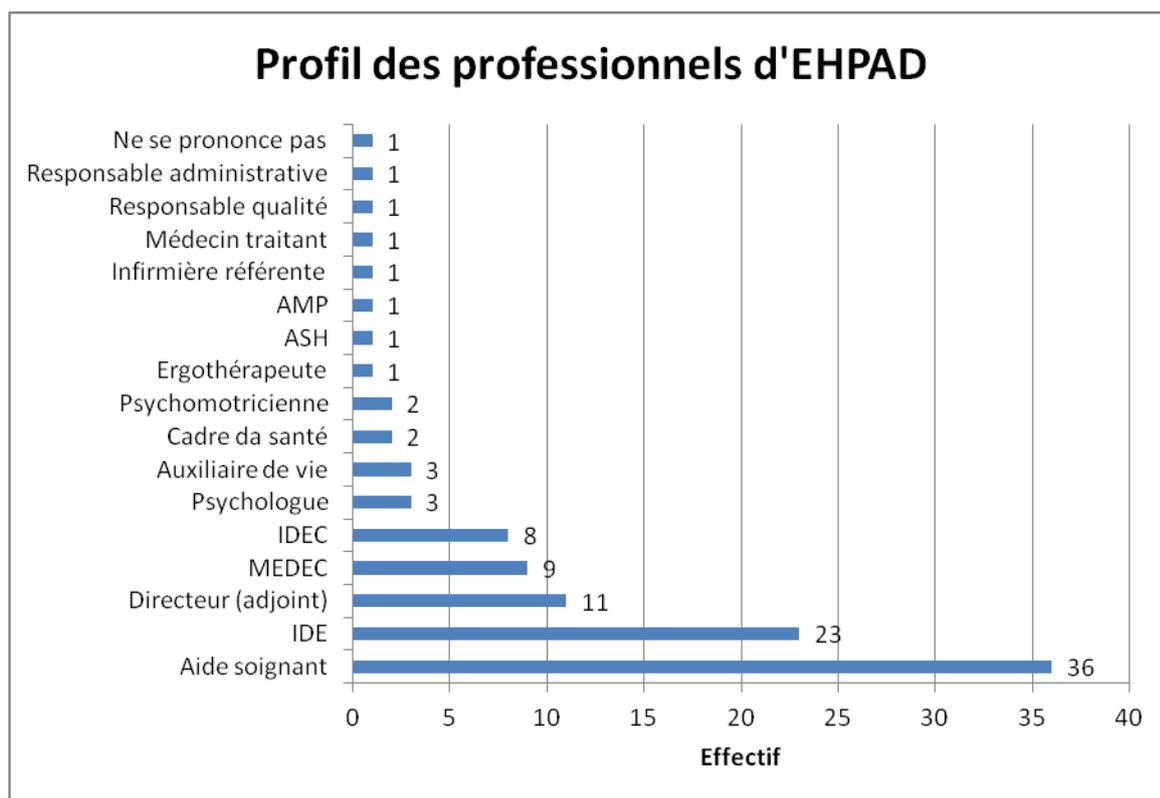
10) Profil des professionnels :

Parmi les professionnels d'EHPAD qui ont répondu au questionnaire, il y avait 11 directeurs (ices) ou directeurs (ices) adjoint(e)s, 9 médecins coordonnateurs, 1 médecin traitant, 8 infirmiers (ières) de coordination, 23 infirmiers (ières), 36 aides soignant(e)s, 1 AMP, 2 cadres de santé, 1 ergothérapeute, 2 psychomotriciennes, 1 ASH, 3 psychologues, 3 auxiliaires de vie, 1 infirmière référente, 1 responsable qualité, 1 responsable administrative.

Une personne ne s'est pas prononcée sur son profil.

Le graphique 12 montre la répartition des profils professionnels ayant répondu au questionnaire.

Graphique 12 : Profil des professionnels d'EHPAD



B- Résultats des entretiens :

51 entretiens ont été réalisés. Ils sont retranscrits dans l'annexe 7.

1) Question n°1 : pour quelles raisons avez-vous/n'avez-vous pas recours à l'EMGE ?

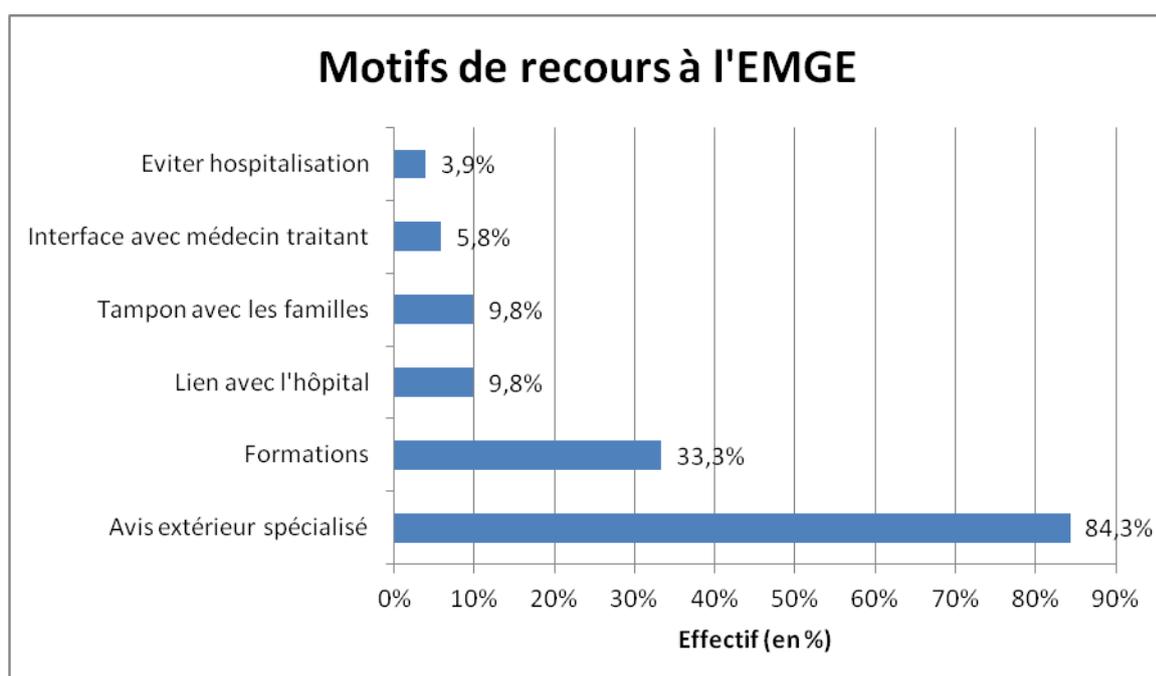
Les motifs de recours à l'EMGE peuvent être séparés en 6 items :

- Un avis spécialisé et extérieur pour des patients dont la prise en charge devient complexe au sein de la résidence : item cité par 43 personnes sur 51, soit 84,3%.
- Les formations : citées à 33,3% (17).
- Eviter l'hospitalisation : ce motif a été cité par 2 personnes, soit 3,9%.
- Faire le lien avec l'hôpital ou des consultations spécialisées : 5 personnes ont cité cet item, soit 9,8%.

- Désamorcer des situations conflictuelles avec les familles des résidents : item également cité à 9,8% (5).
- Faire l'interface entre le médecin traitant et l'EHPAD : motif cité à 5,8% (3).

Le graphique 13 reprend les différents motifs de recours à l'EMGE.

Graphique 13 : Motifs de recours à l'EMGE



Une personne a répondu ne pas savoir quelles étaient les raisons de recours ou de non recours à l'EMGE, soit 1,9%.

2 personnes sur 51 ont répondu ne pas avoir recours à l'EMGE par manque d'information, soit 3,9%.

- 2) Question n°2 : quel(s) professionnel(s) vous apporte(nt) le plus souvent du soutien dans votre prise en charge ? Quel(s) professionnel(s) manque-t-il ?

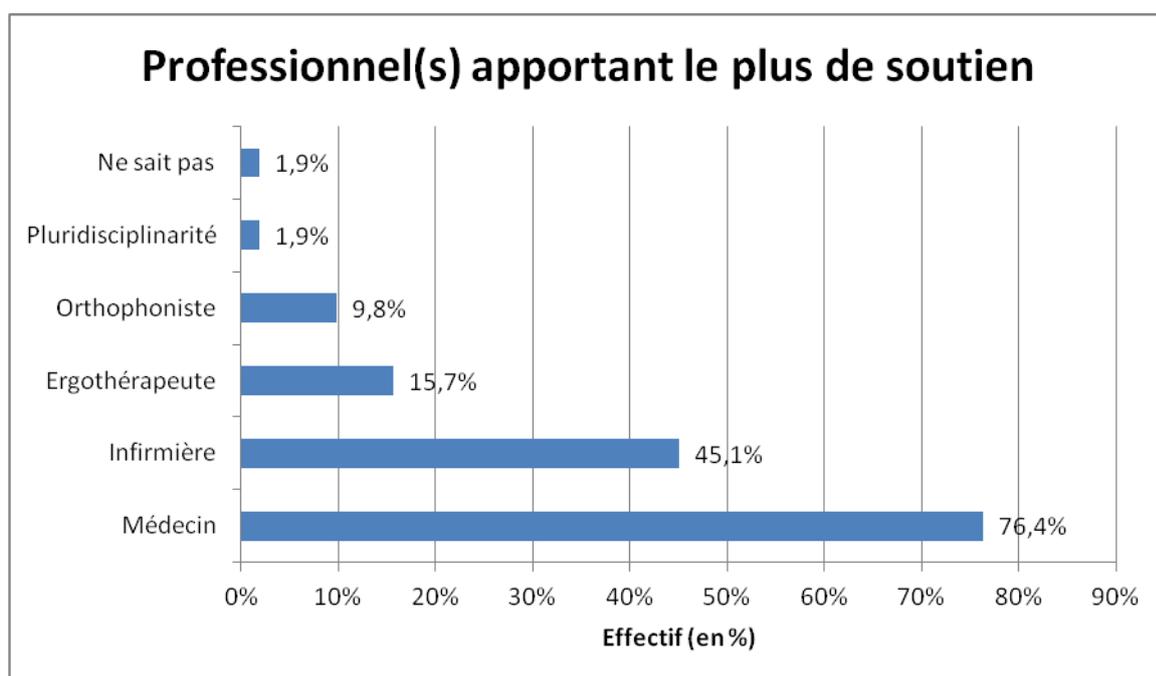
A la question « quel(s) professionnel(s) vous apporte(nt) le plus souvent du soutien dans votre prise en charge ? » (question à choix multiples), le médecin a été cité par 39 personnes sur 51 soit 76,4%, l'infirmière à 45,1%(23), l'ergothérapeute à 15,7%(8), l'orthophoniste à 9,8%(5).

La pluridisciplinarité de l'équipe mobile a été mentionnée par une personne, soit 1,9% : « *Un peu tout le monde... je dirais que c'est cette pluridisciplinarité qui est intéressante et que tous les professionnels qui interviennent sont une aide* ».

Une personne a répondu ne pas savoir, soit 1,9%.

Le graphique 14 résume les réponses obtenues.

Graphique 14 : Professionnel(s) apportant le plus de soutien



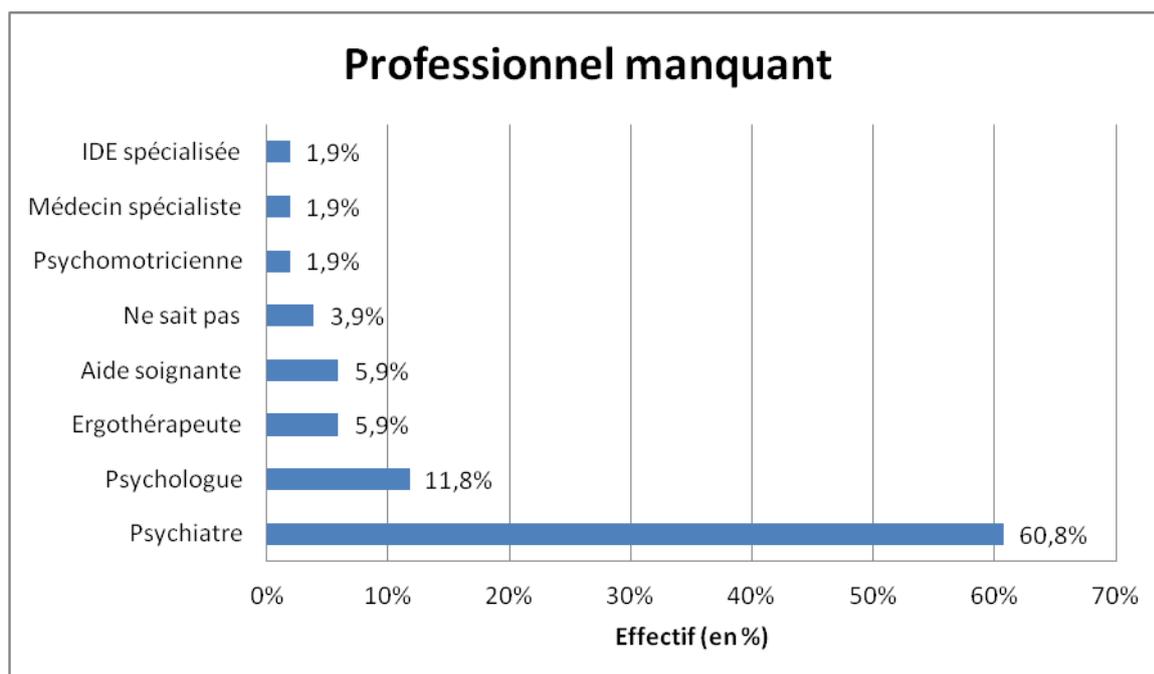
A la question « quel(s) professionnel(s) manque-t-il ? », 31 personnes sur 51 ont répondu un psychiatre, soit 60,8%. Une psychologue a été citée à 11,8% (6), une aide soignante à 5,9% (3), un ergothérapeute à 5,9% (3), une psychomotricienne à 1,9% (1). Une personne, soit 1,9%, a mentionné un médecin spécialiste : « *je pense qu'il faudrait que les équipes mobiles puissent de temps en temps s'enrichir de la visite des médecins généralistes, qui sont maintenant autant spécialistes que les autres, et aussi de spécialistes cardio, qui viennent de temps en temps avec eux, ou des pneumologues, ou des neurologues, parce que sur ces situations là en EHPAD on n'a jamais les spécialistes qui viennent [...]* ». Une personne (soit 1,9%) a, quant à elle, évoqué une infirmière avec un DU spécialisé : « *Il manquerait des infirmières, mais des infirmières avec des DU. Par exemple, [...] des infirmières qui ont le*

DU « soins palliatifs », [...] le DU « plaies et cicatrisation », des infirmières mais spécifiques qui, du coup, nous aideraient nous qui sommes infirmières générales en fait. »

3,9% (2) ont répondu ne pas savoir.

Le graphique 15 résume les réponses proposées.

Graphique 15 : Professionnel manquant



3) Question n°3 : quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?

Les différentes attentes des professionnels d'EHPAD vis-à-vis de l'équipe mobile peuvent être séparées en 19 items :

- Apporter un avis spécialisé pour des cas complexes : *« quand nous, on bloque et qu'on fait appel à eux, qu'elle nous apporte des solutions tout simplement », « nous aider dans la prise en charge de certains résidents, quand on est démuni, face à certains problèmes qu'on n'arrive pas à gérer ».* Telle est l'attente de 17 personnes sur 51, soit 33,3%.
- Apporter un regard, une parole extérieurs : *« [...] d'avoir un œil extérieur ça permet parfois d'avoir un regard peut-être plus objectif que le fait de*

partager le quotidien du résident. C'est la fonction tiers un peu. », « quand c'est une personne de l'extérieur qui porte une parole, je pense que ça a parfois plus d'impact que c'est des formations par nos cadres ou des agents de notre institution ». Ceci a été mentionné à 17,6% (9).

- Continuer à faire ce qu'elle fait : *« Qu'elle continue à faire ce qu'elle fait ! »* a été répondu à 17,9% (9).
- Assurer des formations régulières : *« qu'on nous donne un peu plus de formations afin de pouvoir mieux prendre en charge les résidents »*. Cette réponse a été citée à 11,8% (6).
- Assurer un suivi des résidents pour lesquels elle est intervenue : *« peut-être un vrai suivi parce que souvent ils font des évaluations, un compte-rendu, ils proposent des choses mais après ils ne viennent pas forcément vérifier si les choses ont été mises en place et si ça a été possible de les mettre en place, parce que ça n'a pas forcément été possible »*. Cet item a été soumis à 7,8% (4).
- Recruter un psychiatre : *« d'avoir de nouveau un psychiatre »* est une attente à 5,9% (3).
- Rassurer, apporter un soutien moral aux équipes soignantes des EHPAD : *« de soulager les équipes sur le terrain, surtout moralement », « surtout nous rassurer sur ce qu'on faisait »*. Cet item a été évoqué à 9,8% (5).
- Avoir un rôle pédagogique : *« on aime bien être mis à niveau de temps en temps et qu'on nous donne d'autres façons de faire pour nous améliorer, parce que c'est vrai que quand on rentre dans la routine, ce n'est pas très bon », « d'apprendre plein de nouvelles choses, d'avoir une nouvelle façon de penser, d'aborder la personne âgée »*. Cette réponse a été évoquée à 5,9% (3).
- De la disponibilité : *« La disponibilité, telle qu'elle la donne actuellement, me semble bien »*. Cet argument a été soumis à 3,9% (2).
- Que l'EMGE puisse avoir un rôle prescripteur : *« moi je pense que ça serait bien que l'équipe mobile puisse avoir un rôle prescripteur »*. Cet item a été soulevé à 1,9%(1).
- Une régularité des interventions : *« j'aimerais bien qu'il y ait une régularité qui s'installe dans le fait que le médecin vienne de façon un peu systématique »*. Ceci a été mentionné à 1,9% (1).

- Une aide pour faire hospitaliser les résidents plus facilement : « *une aide dans les difficultés qu'on peut avoir pour avoir des avis et faire hospitaliser nos résidents* ». Cet argument a été relevé à 1,9% (1).
- Plus de contacts avec l'EMGE : « *peut-être plus de contacts, qu'on se côtoie plus, qu'on se voit visuellement plus, pour faire le point sur, par exemple, tel ou tel résident, donc plus d'échanges* ». Cet item a été cité à 1,9% (1).
- Une complémentarité en comblant les limites atteintes par les différents professionnels de l'EHPAD ou par l'absence d'une catégorie professionnelle au sein de l'EHPAD : « *la complémentarité vis-à-vis de mon travail, combler les limites que moi j'atteins* », « *nos attentes, c'est vraiment le professionnel que nous n'avons ici, tel l'ergothérapeute, donc voilà c'est nous apporter ce plus* ». Cette réponse a été mentionnée à 3,9% (2).
- De répondre aux besoins de l'EHPAD : « *moi, j'aimerais bien qu'ils répondent à nos besoins* ». Cette attente a été évoquée à 1,9% (1).
- Faire gagner du temps aux professionnels des EHPAD : ceci a été cité à 1,9% (1).
- De la qualité : également citée à 1,9% (1).
- Apporter de la crédibilité à l'EHPAD vis-à-vis des familles : « *[...] et surtout parfois une plus grande crédibilité lorsqu'on demande le placement de certains patients dans certaines institutions, des placements qui sont souvent vraiment motivés par un défaut de notre capacité de prise en charge et c'est vraiment là-dessus que l'équipe mobile est pertinente* », « *d'avoir un avis qui va peut-être dans le sens de ce qu'on dit aussi, ça peut faciliter les relations un peu difficiles avec les familles, faire l'interface avec les familles* ». Cet argument a été avancé à 3,9% (2).
- Avoir un numéro et un interlocuteur directs pour les infirmières pour ne pas être obligées de passer par leur cadre : « *Avoir un numéro de téléphone et avoir des noms qu'on puisse joindre de nous-mêmes, qu'on ne soit pas toujours obligé de passer par la cadre, parce que parfois c'est long, [...], et donc les situations se dégradent* ». Ceci a été mentionné à 1,9% (1).

6 personnes sur 51, soit 11,8%, ont répondu que ce qui était proposé par l'EMGE correspondait à leurs attentes.

3 personnes, soit 5,9%, n'avaient aucune attente particulière.

4) Question n°4 : en quoi l'intervention de l'équipe mobile représente-t-elle une plus value par rapport à une consultation spécialisée ou une hospitalisation ?

Les réponses obtenues peuvent être regroupées en 12 items :

- Le confort de ne pas faire déplacer les résidents : *« on est quand même sur des personnes à mobilité réduite, fragiles, vulnérables, pour qui les déplacements peuvent être compliqués de temps en temps, tant de manière physique que psychique », « le résident n'est plus dans son univers, donc ça le perturbe beaucoup, ça dramatise », « en terme de coût, ça coûte moins cher en transport, c'est mille fois plus confortable pour la personne d'être sur place dans son milieu habituel »*. Cette plus value a été citée par 23 personnes sur 51, soit 45,1%.
- La facilité des échanges entre l'intervenant de l'EMGE et l'équipe soignante de l'EHPAD : *« la plus value c'est que quand l'équipe mobile se déplace, il y a un temps de discussion, on peut leur dire comment on trouve nos patients, on peut échanger, ça c'est chose qu'on ne peut pas faire en hospitalisation ou quand les gens partent en consultation », « il y a une réelle discussion, un réel échange »*. Cet argument a été avancé à 35,3%(18).
- Le fait d'évaluer le résident dans son lieu de vie avec les ressources dont dispose l'EHPAD : *« ça permet de voir comment est le résident dans son lieu de vie et les actions qu'on peut mettre en place vont de paire avec ce qu'on a, nous, nos moyens », « ils voient le résident dans son environnement et pas en situation de stress extérieur », « ça permet aussi à l'équipe de prendre connaissance du lieu de soins et d'adapter les propositions qu'elle peut faire »*. Cet item a été mentionné à 25,5% (13).
- Eviter l'hospitalisation, le passage aux urgences, les consultations inutiles : *« la plus value, c'est qu'elle peut nous éviter l'hospitalisation d'une part, [...] », « Le Dr Chansiaux [...] nous dit quand il vaudrait mieux que le résident consulte tel ou tel spécialiste, il faudrait d'abord qu'il fasse des examens [...] on n'est pas là à envoyer la personne inutilement dans des consultations qui n'ont pas lieu d'être, [...] ça évite aussi de les envoyer aux urgences. », « on évite la multiplication des consultations »*. Cette réponse a été évoquée à 17,6% (9).
- Apporter un regard extérieur : *« c'est aussi un œil extérieur, qui ne fait pas parti de la maison, ils ne voient pas les choses comme nous donc ils peuvent nous dire des choses que nous, on a du mal à voir », « un regard extérieur, ça*

fait du bien à l'équipe soignante, et aussi par rapport à la famille, qu'ils n'aient pas un seul avis quand il y a une difficulté qui est rencontrée sur la prise en charge ». Cette plus value a été citée à 9,8% (5).

- Un meilleur suivi du résident : *« quand un problème a été pris en charge par l'équipe mobile, c'est suivi par l'EMGE, et il y a un suivi »*. Ceci a été avancé à 5,9% (3).
- La rapidité de la réponse : *« pouvoir résoudre des problèmes très rapidement parce qu'en général, les consultations spécialisées il faut attendre », « ça nous permet aussi d'avoir un retour en direct des conclusions et du point de vue de l'équipe »*. Cet argument a été avancé à 7,8% (4).
- Une expertise pluridisciplinaire : *« on a l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire », « ils sont performants dans plusieurs domaines »*. Cet item a été mentionné 3,9% (2).
- Un gain de temps pour l'EHPAD : *« elle nous fait gagner un temps précieux pour faire hospitaliser notre résident dans le service adéquat sans faire le tour des services de Paris, disons une précision, une rapidité dans l'hospitalisation, et dans le diagnostic et le traitement »*. Ceci a été soumis à 1,9% (1).
- Un rapport privilégié du fait d'un partenariat : *« parce qu'il y a un partenariat qui s'est installé, donc comme dans tout partenariat qui s'installe, on a un rapport quand même, même si ce n'est pas suffisant, je dirais privilégié, [...]. Et puis, on sait qu'on peut compter sur, [...], c'est une plus value énorme »*. Cette réponse a été citée à 1,9% (1).
- D'être spécialisée en gériatrie : *« elle est spécialisée en gériatrie, du coup on sait qu'on va vraiment avoir une réponse ciblée à la population »*. Cet item a été avancé à 1,9% (1).
- De connaître les EHPAD et leur fonctionnement : *« le fait de bien connaître pas seulement les personnes âgées mais le monde des EHPAD, comment elles fonctionnent »*. Ceci a été mentionné à 1,9% (1).

Une personne sur 51, soit 1,9%, n'a pas su dire quelle était pour elle la plus value de l'EMGE par rapport à une hospitalisation ou une consultation spécialisée.

5) Question n°5 : quels points devraient, selon vous, être améliorés ?

Les différents points à améliorer cités peuvent être séparés en 14 items :

- Recruter un psychiatre au sein de l'EMGE : ce point a été cité par 12 personnes sur 51, soit 23,5%.
- Une plus grande régularité des interventions : souhaitée à 15,7% (8).
- Une plus grande rapidité d'intervention : voulue à 13,7% (7).
- Assurer le suivi des patients pour lesquels l'EMGE est intervenue : point cité à 7,8% (4).
- Faire plus de formations : a été évoqué à 7,8% (4).
- Faire plus d'information sur l'EMGE pour se faire connaître : a été demandé à 7,8% (4).
- Renforcer l'EMGE en termes de moyens humains : a été souhaité à 3,9% (2).
- Que l'EMGE puisse avoir un rôle prescripteur : a été soumis à 3,9% (2).
- Plus d'échanges, de communication : sont jugés nécessaires à 1,9% (1).
- Se servir de supports pédagogiques lors des formations : a été évoqué à 1,9% (1).
- Elaborer des travaux communs : a été cité à 1,9% (1).
- Développer ce type de structure sur tout le territoire : a été mentionné à 1,9% (1).
- Intervenir au domicile des patients au-delà des EHPAD : a été suggéré à 1,9% (1).
- Avoir un espace technique dédié à l'équipe mobile, « *pour nous faire des explorations localement, avoir du matériel radio portable pour faire des radios au lit, avoir un appareil d'écho* » : a été évoqué à 1,9% (1).

10 personnes sur 51, soit 19,6%, ont répondu ne pas voir de point à améliorer car se sont dites satisfaites par ce qui est proposé actuellement par l'EMGE.

Enfin, 6 personnes ont répondu ne pas savoir car elles n'ont « *pas eu assez de contact avec l'équipe mobile pour savoir ce qui devrait être amélioré* », soit 11,8%.

DISCUSSION

A- Synthèse des résultats et comparaison avec les résultats obtenus en 2010 :

Lors de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des professionnels d'EHPAD en 2010, 55 questionnaires ont été récupérés. Sur les 55, 32 concernaient l'EMGE Nord.

La comparaison suivante est donc basée sur les 32 questionnaires retournés en 2010 et les 105 retournés cette année. Elle intéresse les questions communes aux 2 années.

1) Limites de l'étude :

Notre enquête a concerné 13 EHPAD sur les 20 existants sur le territoire couvert par l'EMGE Nord jusqu'en avril 2013, soit 65%. Le recueil des questionnaires et les entretiens ayant eu lieu sur une période déterminée, tous les EHPAD n'ont pas pu être rencontrés. La visite des établissements se faisant sur rendez-vous, il a été plus facile d'entrer en contact avec les professionnels qui sollicitent l'équipe mobile, ce qui a pu créer un biais de recrutement.

L'enquête de satisfaction permet d'apprécier la qualité d'un service rendu. Il existe pourtant de nombreuses limites à ce type d'étude. En effet, elle ne permet de donner qu'une tendance générale à savoir si les « usagers » sont satisfaits ou non : on ne retrouve dans les questionnaires que des avis souvent extrêmes.

D'autre part, concernant la qualité, les réponses sont nécessairement subjectives, ce qui empêche une reproductibilité du questionnaire. Il avait d'ailleurs été choisi de donner une tendance globale à la satisfaction en préférant des choix multiples tels que « très satisfaisant », « satisfaisant », « insatisfaisant » et « très insatisfaisant », plutôt que « oui » et « non », afin de tenir compte de l'avis général des professionnels d'EHPAD. Par contre, nous sommes ensuite revenus à un schéma dichotomique « oui-non » pour simplifier l'analyse.

La satisfaction ne fait d'ailleurs pas partie à proprement parler des indicateurs proposés par l'IGAS dans son rapport de 2005 pour évaluer la qualité du service rendu. Ils doivent être plus précis même si la satisfaction reste un marqueur très fort de la perception de l'efficacité.

En revanche, certaines questions telles que le délai d'intervention, le délai de retour, le suivi des propositions font elles, partie des indicateurs « *qui paraissent les plus pertinents, ou prioritaires, pour évaluer en interne les EMG* » selon ce même rapport.

Enfin, le principe des EMGE étant un projet expérimental, aucune comparaison avec la littérature n'a été possible.

2) Connaissance de l'EMGE et de ses interventions :

L'EMGE est aujourd'hui moins connue par les professionnels d'EHPAD puisque, en 2010, 87,5% ont déclaré connaître l'équipe mobile gériatrique externe, contre 81,9% en 2013. Cependant, l'échantillon de personnes interrogées cette année était plus de trois fois plus important, donc plus représentatif, qu'il y a trois ans. Ses missions et son fonctionnement restent, eux, connus dans les mêmes proportions.

Ainsi, lorsque les professionnels d'EHPAD ont répondu connaître l'équipe mobile, 85,7% en connaissaient les missions il y a trois ans, contre 87,2% aujourd'hui. Quant à son fonctionnement, il était connu de ces professionnels à 67,9% en 2010, contre 64% en 2013.

En 2010, 7,1% des personnes disant connaître l'EMGE n'en connaissaient pas les missions et 7,1% ne se sont pas prononcés. En 2013, 12,8% n'en connaissent pas les missions mais personne ne s'est pas prononcé.

Il y a trois ans, 21,4% des personnes ayant répondu connaître l'EMGE n'en connaissait pas le fonctionnement et 10,7% ne se sont pas prononcés. Aujourd'hui, 36% n'en connaissent pas le fonctionnement mais personne ne s'est pas prononcé.

En revanche, le nombre d'interventions de l'EMGE estimé par les professionnels d'EHPAD diffère beaucoup de 2010 à 2013. Il a été estimé :

- entre une et cinq fois par an : à 7,1% en 2010 contre 57% en 2013.
- entre cinq et dix fois par an : à 28,6% en 2010 contre 16% en 2013.
- plus de dix fois par an : à 50% en 2010 contre 7% en 2013.
- 14,3% ne savaient pas estimer le nombre d'interventions de l'EMGE en 2010 contre 20% en 2013.

Donc, l'équipe mobile se déplace beaucoup moins dans les EHPAD aujourd'hui qu'il y a trois ans, ce qu'on pourrait expliquer par son rôle pédagogique, c'est-à-dire que les EHPAD sont

devenues plus autonomes à force de contacts avec l'EMGE. De plus, depuis le départ de la psycho-gériatre en août 2012, il n'y a plus qu'un demi-ETP médical et donc 200 évaluations par an de moins, qui étaient auparavant réalisées par la psycho-gériatre. Ce départ non remplacé a modifié l'activité de l'EMGE : il y a moins d'évaluations et plus d'activité de régulation.

Néanmoins, l'équipe mobile intervient encore majoritairement entre une et cinq fois par an dans les différents EHPAD interrogés. Cela témoigne de la reconnaissance de l'utilité et de l'efficacité de l'EMGE, ainsi que de la confiance qu'ils lui accordent mais également le besoin évident d'un recours à une expertise gériatrique pour optimiser la prise en charge des résidents, que ce soit à travers l'évaluation de résidents ou la formation des personnels.

Les demandes d'intervention de l'EMGE émanent principalement de l'équipe soignante (l'infirmière de coordination étant incluse dans l'équipe soignante) et du médecin coordonnateur, quasiment à même hauteur. Vient ensuite l'administration, citée deux fois plus souvent que le médecin traitant. Ce résultat présage-t-il de l'implication des médecins traitants dans la prise en charge gériatrique de leurs résidents ? Et se pose surtout la question du suivi des propositions soumises par l'EMGE : si le médecin traitant n'a pas demandé l'intervention de l'équipe mobile, applique-t-il derrière leurs propositions puisque la prescription lui revient ? Cependant, même si le médecin traitant n'appelle pas l'équipe mobile, il est toujours mis au courant de son intervention. La collaboration entre l'EMGE et le médecin traitant est en effet essentielle pour le bon fonctionnement de l'équipe mobile afin d'optimiser la prise en charge des résidents.

3) Motifs de recours à l'EMGE :

Les motifs de recours à l'EMGE ont également évolué entre 2010 et 2013. La proportion de chaque motif a été revue à la baisse. Ceci s'explique par le fait que l'équipe mobile intervient moins régulièrement dans les EHPAD maintenant qu'il y a trois ans, puisqu'en 2010, le nombre d'interventions était évalué à plus de dix fois par an à 50%, alors qu'actuellement, il est évalué entre une et cinq fois par an à 57%. Cependant, on note que l'ordre de priorité des motifs de recours à l'EMGE reste le même :

- La formation était mentionnée à 86,2% en 2010 contre 76% en 2013.
- L'évaluation de patients était citée à 67,9% en 2010 contre 66% en 2013.

- Eviter des hospitalisations était un motif de recours à l'EMGE à 53,6% en 2010 contre 34% en 2013.
- Améliorer le lien avec les partenaires était avancé à 32,1% en 2010 contre 15% en 2013.
- Et enfin, organiser des réunions n'était cité qu'à 17,9% en 2010 contre 6% en 2013.

Les pathologies pour lesquelles les EHPAD font appel à l'EMGE ont également évolué entre 2010 et 2013, toujours pour la même raison. Néanmoins, la tête de liste reste la même :

- Les troubles du comportement restent cités à 70% contre 75,9% en 2010.
- Vient ensuite l'évaluation de la douleur à 42% contre 71,4% en 2010.
- Puis les troubles psychiatriques à 37% contre 58,6% en 2010.
- Et la nutrition à 33% contre 57,1% en 2010.

Les autres items suivent mais plus dans le même ordre qu'il y a trois ans :

- L'évaluation des plaies et cicatrisation à 29% contre 25% en 2010,
- Les évaluations cognitives à 28% contre 50% en 2010,
- Les soins palliatifs à 27% contre 39,3% en 2010,
- Les évaluations spécifiques (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue) à 26% contre 46,4% en 2010,
- L'évaluation de l'autonomie et du besoin d'aides (humaines et techniques) à 23% contre 46,4% en 2010,
- Les relations avec les familles à 17% contre 10,7% en 2010.

Les troubles du comportement et les troubles psychiatriques restent le principal motif d'appel. Les professionnels d'EHPAD n'hésitent pas à s'avouer souvent démunis aussi bien face aux troubles du comportement liés aux démences qu'aux troubles psychiatriques de la personne âgée. Actuellement, le manque de moyens et l'organisation de la psychiatrie font que les psychiatres se sont désinvestis des résidents en EHPAD au profit de la ville. L'EMGE prend alors toute sa place avec un rôle à la fois de conseils et de formation. Cependant, on peut remarquer que leurs proportions n'ont pas augmenté aujourd'hui, par rapport à 2010, malgré le départ de la psycho-gériatre de l'équipe mobile en août 2012. Ceci peut s'expliquer par le rôle pédagogique de l'EMGE au fil du temps et au fait que le gériatre doive pallier à l'absence du psycho-gériatre face à ces troubles.

4) Evaluation de la satisfaction des professionnels d'EHPAD :

La réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement était jugée « très satisfaisante » à 57,1%, « satisfaisante » à 21,4%, « insatisfaisante » à 3,6% en 2010 ; contre « très satisfaisante » à 34,9%, « satisfaisante » à 34,9% et jamais « insatisfaisante » en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était plus importante en 2013 qu'il y a trois ans (30,2% contre 17,9%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisante + satisfaisante) et NON (insatisfaisante + très insatisfaisante), la réactivité de l'équipe mobile était plus satisfaisante en 2010 (78,5%) qu'en 2013 (69,8%). Ceci s'explique toujours par le départ de la psychogériatre, non remplacée.

Le délai de visite dans l'EHPAD était qualifié de « très satisfaisant » à 32,1%, « satisfaisant » à 35,7%, « insatisfaisant » à 3,6% en 2010 ; contre « très satisfaisant » à 25,6%, « satisfaisant » à 41,9% et « insatisfaisant » à 2,3% en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était semblable en 2010 et en 2013 (respectivement 28,6% et 30,2%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisant + satisfaisant) et NON (insatisfaisant + très insatisfaisant), le délai de visite dans l'EHPAD était identiquement satisfaisant en 2010 (67,8%) et en 2013 (67,5%), et identiquement insatisfaisant (3,6% contre 2,3%).

Le délai de retour (compte-rendu écrit ou oral) de la visite était jugé « très satisfaisant » à 28,6%, « satisfaisant » à 35,7%, « insatisfaisant » à 3,6% en 2010 ; contre « très satisfaisant » à 26,7%, « satisfaisant » à 36%, « insatisfaisant » à 3,5% et « très insatisfaisant » à 1,2% en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était identique en 2010 et en 2013 (respectivement 32,1% et 32,6%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisant + satisfaisant) et NON (insatisfaisant + très insatisfaisant), le délai de retour de la visite était identiquement satisfaisant en 2010 (64,3%) et en 2013 (62,7%), et identiquement insatisfaisant (3,6% contre 4,7%).

La forme/clarté du compte-rendu de la visite était jugée « très satisfaisante » à 42,9%, « satisfaisante » à 32,1% en 2010 ; contre « très satisfaisante » à 39,5%, « satisfaisante » à 38,4% en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était identique en 2010 et en 2013 (respectivement 25% et 22,1%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisante + satisfaisante) et NON (insatisfaisante + très insatisfaisante), la forme/clarté du compte-rendu était identiquement satisfaisante en 2010 (75%) et en 2013 (77,9%), et n'était jamais insatisfaisante.

La pertinence des propositions soumises par l'équipe mobile était qualifiée de « très satisfaisante » à 32,1%, « satisfaisante » à 28,6%, « insatisfaisante » à 3,6% en 2010 ; contre « très satisfaisante » à 32,6%, « satisfaisante » à 40,7% et « insatisfaisante » à 3,5% en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était plus importante en 2010 qu'aujourd'hui (respectivement 35,7% contre 23,2%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisante + satisfaisante) et NON (insatisfaisante + très insatisfaisante), la pertinence des propositions était plus satisfaisante en 2013 (73,3%) qu'il y a trois ans (60,7%), mais était identiquement insatisfaisante (respectivement 3,5% et 3,6%). La différence provient du nombre de personnes ne s'étant pas prononcées plus important en 2010 qu'en 2013.

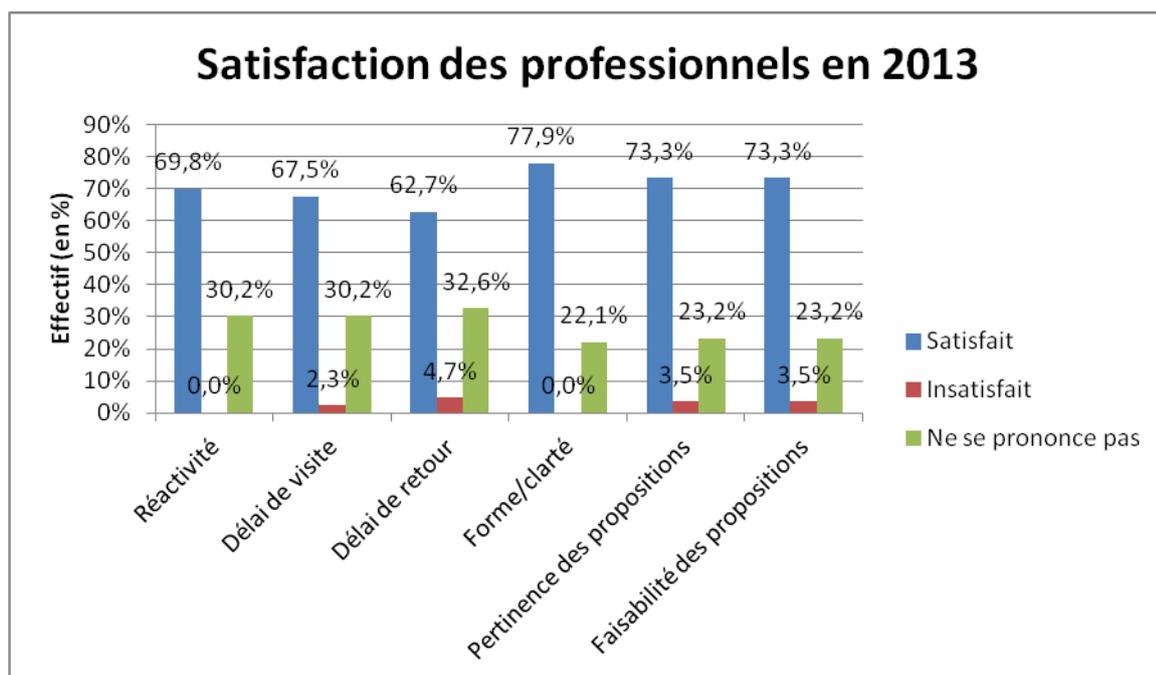
La faisabilité des propositions soumises par l'équipe mobile était qualifiée de « très satisfaisante » à 21,4%, « satisfaisante » à 35,7%, « insatisfaisante » à 3,6% en 2010 ; contre « très satisfaisante » à 24,4%, « satisfaisante » à 48,9% et « insatisfaisante » à 3,5% en 2013. La proportion de personnes ne se prononçant pas était plus importante en 2010 qu'aujourd'hui (respectivement 39,3% contre 23,2%).

Si on dichotomise la réponse en OUI (très satisfaisante + satisfaisante) et NON (insatisfaisante + très insatisfaisante), la faisabilité des propositions était plus satisfaisante en 2013 (73,3%) qu'il y a trois ans (57,1%), mais était identiquement insatisfaisante (respectivement 3,5% et 3,6%). La différence provient du nombre de personnes ne s'étant pas prononcées plus important en 2010 qu'en 2013.

Ainsi, l'enquête révèle aujourd'hui une satisfaction globale (cf graphique 16) des professionnels d'EHPAD ayant côtoyé l'EMGE puisque :

- 69,8% s'estiment satisfaits de la réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement.
- 67,5% s'estiment satisfaits du délai de visite dans l'EHPAD.
- 62,7% s'estiment satisfaits du délai de retour de la visite.
- 77,9% s'estiment satisfaits de la forme/clarté du compte-rendu.
- 73,3% d'estiment satisfaits de la pertinence des propositions soumises par l'EMGE.
- 73,3% s'estiment satisfaits de la faisabilité des propositions soumises par l'EMGE.

Graphique 16 : Satisfaction des professionnels d'EHPAD en 2013



Cependant, une minorité de professionnels, moins de 5%, se dit insatisfaite pour chacun des items. L'écart provient donc des professionnels ne s'étant pas prononcés sur ces items. A ce moment là, il s'agit majoritairement d'aides soignants ou apparentés (ASH, auxiliaires de vie) car souvent ils ne sont pas au courant que l'EHPAD a sollicité l'EMGE, et n'ont de retour de la visite que s'ils sont présents au moment du passage de l'EMGE.

L'EMGE semble conforter son rôle d'expertise et de diffusion de bonnes pratiques auprès des professionnels d'EHPAD puisque 88,4% des professionnels plébiscitent son aide diagnostique et thérapeutique. Une réponse n'a pas été comptabilisée comme une aide puisque la personne a considéré l'intervention de l'EMGE comme étant à la fois une aide et une intrusion (question à choix simple normalement), ce qui peut paraître paradoxal. De même, les formations dispensées par l'équipe mobile permettent une meilleure prise en charge des résidents pour 86,1% des professionnels, soit 22,1% « toujours » et 64% « souvent ».

L'interrogation sur une extension du champ de compétence de l'EMGE au domaine de la prescription était intéressante car nous sortions du cadre légal des équipes mobiles et cet acte de prescription n'est pas à l'ordre du jour. En effet, l'équipe mobile ne doit avoir qu'un rôle consultatif et d'avis. Il est clairement défini par la circulaire DHOS de mars 2007 que « 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 ». Néanmoins, 51,2% des professionnels d'EHPAD souhaiteraient que l'EMGE puisse avoir un rôle prescripteur. Le profil des professionnels ayant répondu positivement à cette question est large, allant de la direction à l'équipe soignante (incluant infirmiers de coordination, infirmiers et aides soignants), en passant par les médecins coordonnateurs. En revanche, il existe un biais à ce résultat du fait qu'il n'y ait eu qu'un seul médecin traitant ayant participé à l'enquête (sur les 105 questionnaires retournés). En effet, il aurait été intéressant d'avoir l'avis des médecins traitants puisque ce sont eux qui disposent du pouvoir de prescription. Enfin, lors des entretiens, des professionnels ont précisé qu'ils souhaiteraient que l'EMGE puisse avoir un rôle prescripteur, en accord avec les médecins traitants, afin de ne pas les « déposséder » de leurs patients et d'éviter toute sorte de relation conflictuelle entre les médecins traitants, les professionnels de l'EHPAD et l'EMGE. Au contraire, le risque d'une telle pratique serait d'entraîner un désinvestissement des médecins.

5) Suivi des propositions soumises par l'EMGE :

Les propositions soumises par l'équipe mobile sont autant suivies en 2013 (74,5%) qu'elles l'étaient en 2010 (75%). Elles n'étaient pas suivies à 3,6% en 2010, et le reste à 2,3% en 2013. Ce qui diffère, c'est que, cette année, 15,1% ont déclaré ne pas suivre systématiquement les propositions de l'EMGE, alors que ce n'était pas le cas en 2010. Une autre distinction a également été faite : en 2010, 21,4% ne se sont pas prononcés alors qu'en 2013, 2,3% ne se sont pas prononcés non plus mais 5,8% ont jugé que la question ne relevait pas de leur compétence professionnelle (il s'agissait alors de 4 directeurs et d'une psychologue).

Que ce soit d'une façon systématique ou non, les propositions sont ainsi suivies à 89,6%. Cela révèle une grande qualité du service rendu, le suivi des propositions étant un marqueur pertinent de la qualité du service rendu.

La question subsidiaire à celle du suivi des propositions était malheureusement mal posée. En effet, il aurait fallu demander les raisons précises de non application des propositions pour les professionnels qui ne répondaient pas « oui ». En effet, seuls quelques uns ont répondu : le refus de la famille a été cité à 4 reprises, le désaccord du médecin à 3 reprises, le refus de l'équipe soignante et le refus du patient ont été cités une fois chacun (question à choix multiple). De plus, le fait de ne proposer que des refus (du médecin, de l'équipe soignante, de la famille ou du patient) en cas de non suivi des propositions, n'était pas pertinent non plus.

En effet, au cours des entretiens, il est ressorti que les principales raisons pour lesquelles elles n'étaient pas suivies étaient la non faisabilité dans l'organisation de la résidence et la non prescription par le médecin traitant après le passage de l'équipe mobile mais pas forcément par refus (parce qu'il n'a pas vu le compte-rendu de l'EMGE, parce qu'il a oublié, etc).

6) Pérennisation de l'EMGE :

La pérennisation de l'équipe mobile est encore plus souhaitée aujourd'hui qu'il y a trois ans : respectivement 91,9% contre 85,7%. Il y a également moins de non-réponse (7%) sur cette question qu'en 2010 (14,3%). Les professionnels d'EHPAD reconnaissent par là même la qualité du service apporté.

Parmi ceux qui souhaitaient sa pérennisation, 96,2% ont répondu « sous sa forme actuelle » et 3,8% sous une autre forme, qu'ils ont précisée, en 2013, contre 91,7% pour la forme actuelle en 2010 alors que 8,3% ne s'étaient pas prononcés sur la forme de pérennisation. En réalité, ce sont des améliorations à apporter à l'équipe mobile qui ont été citées, plutôt qu'une réelle volonté de modifier le fonctionnement de l'EMGE : assurer un suivi des patients, des interventions plus régulières, une aide dans les relations avec les médecins traitants.

7) Profils des professionnels :

Le profil des professionnels ayant retourné le questionnaire cette année est beaucoup plus vaste que celui de 2010. Ainsi sont apparus des personnels paramédicaux tels que psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciennes. Un responsable qualité, professionnel rare dans les EHPAD (le seul sur les 13 EHPAD rencontrés) a également retourné le questionnaire et accepté un entretien. On compte ainsi 16 catégories professionnelles différentes, permettant d'obtenir un échantillon représentatif des professionnels travaillant en EHPAD et donc amenés à faire appel à l'EMGE.

B- Intérêts de l'EMGE perçus par les EHPAD :

1) Le recours à l'expertise :

Les deux principaux motifs de recours à l'EMGE sont l'évaluation de résidents et la formation. Aussi bien pour l'un que pour l'autre de ces motifs, l'équipe mobile est vue par

une large majorité des professionnels d'EHPAD qui la sollicitent avant tout comme un expert hospitalier, qu'il s'agisse d'une expertise médicale ou paramédicale. Et c'est d'ailleurs ce qui est recherché lorsque les EHPAD font appel à l'EMGE.

Tout d'abord, la demande d'expertise porte sur des questions médicales, qu'il s'agisse de questions gériatriques ou psycho-gériatriques. Ainsi, les professionnels d'EHPAD, aussi bien les médecins coordonnateurs que les soignants, n'hésitent pas à dire qu'ils se sentent parfois démunis face à des prises en charge de résidents qui deviennent complexes. Les principales pathologies concernées par ces demandes sont les troubles du comportement et les troubles psychiatriques, l'évaluation de la douleur et l'évaluation des plaies. A travers le recours à l'équipe mobile, ce que les professionnels d'EHPAD recherchent également, c'est un regard extérieur, un regard neuf, lorsqu'ils se sentent dépassés dans la prise en charge d'un résident qui pose problème. En effet, ils avouent facilement se sentir dans une routine en partageant le quotidien de leurs résidents et « ne plus voir ce qui pourrait crever l'œil à quelqu'un d'autre ».

C'est également le cas pour les formations : les professionnels d'EHPAD, et principalement les soignants, sont demandeurs d'apprendre de nouvelles choses, de nouvelles techniques, pour les « sortir de leur routine ». Ce qui ressort du point de vue des médecins coordonnateurs, des infirmières de coordination, mais également de certains directeurs, c'est qu'une parole apportée par quelqu'un d'extérieur à l'EHPAD, est souvent mieux assimilée par les équipes soignantes que lorsqu'elle est dispensée par un membre de la résidence.

Le recours à un intervenant spécialisé extérieur a aussi souvent la vertu d'apporter un soutien moral aux professionnels des EHPAD lorsqu'ils se sentent en échec dans la prise en charge de leurs résidents, de les déculpabiliser.

En ce qui concerne les activités de l'ergothérapeute et de l'orthophoniste, les EHPAD ont recours à cette compétence externe lorsqu'ils n'ont pas ce professionnel au sein de leur établissement. Ils attendent alors de l'équipe mobile de pouvoir leur apporter cette expertise de plus.

Dire que l'expertise de l'EMGE est reconnue par les professionnels des EHPAD n'implique pas que les propositions qui sont soumises soient immédiatement et systématiquement suivies de faits. En effet, certaines restent sans suite. La principale raison évoquée est un défaut de prescription par le médecin traitant, pas forcément par refus d'ailleurs, mais il se trouve que si le médecin traitant ne fait pas de prescription après le passage de l'équipe mobile, les équipes

soignantes ne peuvent pas appliquer les propositions. Se pose alors la question du rôle prescripteur de l'EMGE, comme nous l'avons vu précédemment.

2) La création d'une collégialité dans la prise de décision :

Pour beaucoup des personnels médicaux et paramédicaux d'EHPAD rencontrés, l'intervention de l'EMGE est une occasion rare et privilégiée de créer une collégialité dans la prise de décision concernant leurs résidents, et plus largement de pouvoir discuter, échanger autour de la prise en charge de leurs résidents. Ils peuvent ainsi s'exprimer, donner leur avis, argumenter, participer à la prise de décision, chose impossible lorsque le résident part en hospitalisation ou en consultation spécialisée.

3) Améliorer le parcours de soins de la personne âgée dans la filière sanitaire :

Du point de vue de leurs relations avec l'hôpital, les EHPAD expriment principalement des attentes vis-à-vis de l'EMGE pour assurer la coordination des ressources hospitalières. Dans ce cas, l'équipe mobile joue le rôle de guichet unique de l'hôpital auquel l'EHPAD (en général, il s'agit du médecin coordonnateur) peut s'adresser afin de réaliser des opérations diverses : ciblage des consultations, programmation d'hospitalisation, organisation d'un hôpital de jour, etc.

Même si une des attentes des EHPAD vis-à-vis de l'équipe mobile est de limiter les hospitalisations, le passage aux urgences, la multiplication des consultations, etc, ils attendent également de l'EMGE qu'elle fasse le lien avec l'hôpital afin de fluidifier le parcours de soins de leurs résidents dans la filière sanitaire lorsque le recours à la structure hospitalière est nécessaire.

Il est noté tout de même à l'issue des entretiens que les professionnels d'EHPAD préfèrent éviter le recours à l'hôpital autant que possible. Les principales raisons évoquées sont le manque de communication avec l'hôpital (ils ne sont pas tenus au courant de l'état du patient, parfois même ils ne sont pas tenus informés de la date de retour dans la résidence, l'absence de courrier) et les complications du type escarres, perte d'autonomie, etc.

Ainsi, dans ce travail d'accompagnement du recours à l'hôpital, la compétence de l'EMGE est véritablement une compétence d'interface. Et c'est la connaissance de ces deux

environnements institutionnels, celui de l'hôpital et celui de l'EHPAD, qui lui permet d'ajuster au mieux la trajectoire du patient/résident.

4) Légitimer les prises de décision vis-à-vis de tiers :

Le recours à l'équipe mobile vue comme expert hospitalier peut aussi s'exercer dans le cadre de relations triangulaires entre le demandeur, l'EMGE et des tiers. Il peut aussi bien s'agir des familles, que des personnels de l'EHPAD, ou encore des médecins traitants. Ce qui est alors mis en avant, c'est la capacité qu'a l'équipe mobile à légitimer une stratégie de l'EHPAD qui, sans son intervention risquerait de paraître injustifiée, à conforter par un deuxième avis, voire à compléter une expertise, et ainsi à faciliter des relations, à en diminuer le caractère conflictuel ou dramatique.

En matière de relations avec les familles, le médecin coordonnateur peut avoir recours à l'EMGE afin de l'appuyer dans ses prises de décision, lorsque sa parole est amenuisée auprès des familles, du simple fait d'être salarié de la résidence et ainsi, congloméré à l'établissement. Il peut s'agir, par exemple, de décisions liées à une hospitalisation, des décisions médicales de fin de vie, de diagnostic de troubles cognitifs. Dans ces cas, l'EMGE vient davantage valider un avis médical déjà exprimé, mais leur statut hospitalier peut permettre de débloquer certaines situations avec les familles. Pour certains établissements, la relation aux familles constitue la perspective centrale de recours à l'EMGE. C'est le cas par exemple de la résidence Korian Magenta, où le médecin coordonnateur est gériatre et autonome dans la prise en charge de cas un peu complexes et dans l'organisation des formations.

Vis-à-vis des personnels des établissements, l'intervention de l'EMGE peut permettre de déculpabiliser des personnels qui, face à certaines situations difficiles, ont l'impression collective et individuelle de mal faire leur travail.

Enfin, vis-à-vis des médecins traitants, il s'agit principalement de légitimer des réorientations thérapeutiques (par exemple révision de prescription). Le médecin coordonnateur n'étant pas toujours entendu par les médecins traitants et n'ayant pas de pouvoir prescripteur, il peut être amené à appeler l'EMGE afin de faire l'interface avec les médecins traitants.

Ainsi, l'intervention de l'EMGE se limite souvent à une simple reformulation de propos ou d'avis déjà émis par le médecin coordonnateur. Il s'agit à ce moment moins d'apporter une

expertise nouvelle que de soutenir une expertise déjà présente grâce à une crédibilité liée au statut externe et hospitalier.

C- Améliorations potentielles du fonctionnement de l'EMGE :

1) Recruter un psychiatre :

La plus grande demande des professionnels d'EHPAD, et commune à tous les EHPAD rencontrés, est de remettre en place un psychiatre au sein de l'équipe mobile. En effet, ils avouent se sentir démunis face aux troubles comportementaux et aux troubles psychiatriques de la personne âgée. En l'absence de psychiatre au sein de l'EMGE depuis août 2012, il est difficile pour eux de trouver un interlocuteur pour la psycho-gériatrie. D'une part, parce que très peu de psychiatres libéraux acceptent de se déplacer dans les EHPAD, d'autre part parce qu'il est difficile de trouver un psychiatre libéral spécialisé chez la personne âgée.

Rappelons que les troubles du comportement représentent le motif le plus fréquent de recours à l'EMGE. De plus, le manque se fait d'autant plus sentir pour les professionnels d'EHPAD qu'ils ont eu la possibilité d'avoir recours à un psycho-gériatre à travers l'EMGE et qu'ils ne l'ont plus.

2) Pouvoir s'adapter aux besoins des EHPAD :

De l'un à l'autre, les besoins des EHPAD diffèrent. Certains sont par exemple demandeurs d'interventions programmées, tandis que pour d'autres, il est préférable que les interventions se fassent sur demande de l'EHPAD.

Certains EHPAD souhaiteraient des interventions plus régulières, notamment par absence ou défaut de médecin coordonnateur ou du fait de difficultés de mobilisation des médecins traitants. Il y a également une demande de réévaluation, quelque chose autour d'un suivi du résident pour lequel l'équipe mobile est intervenue, le but n'étant pas non plus de se substituer ni au médecin coordonnateur ni au médecin traitant.

D'autres préfèrent privilégier la rapidité d'intervention. Ils ne sont pas demandeurs de plus d'interventions mais souhaiteraient que l'EMGE puisse intervenir plus rapidement lorsqu'ils ont recours à elle.

Cependant, pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des EHPAD, il serait nécessaire de renforcer l'EMGE en termes de moyens humains.

3) Plus de communication autour de l'EMGE :

D'après les résultats des questionnaires, il a encore 18,1% des professionnels d'EHPAD qui ne connaissent pas l'équipe mobile. Et même lorsqu'ils déclarent connaître l'EMGE, 12,8% reconnaissent ne pas en connaître les missions et 36% ne pas en connaître le fonctionnement.

On peut s'apercevoir que la majorité des personnes qui ne connaissent pas l'équipe mobile sont des soignants, et plus des aides soignants que des infirmiers. Ceci s'explique à la fois par une rotation des personnels importante, et par le fait que lorsque l'EMGE se déplace, l'équipe soignante n'est pas forcément disponible à ce moment là pour être présente et donc ne côtoie pas l'EMGE.

Lors des entretiens, il est également ressorti que, certains professionnels, même s'ils savent que l'équipe mobile existe, n'en connaissent pas tout le champ d'intervention possible et ne savent donc pas à quelles occasions l'EMGE pourrait intervenir.

Dans l'avenir, il serait sans doute opportun que soient menées des campagnes d'information régulières sur l'existence et les missions précises de l'EMGE à destination des EHPAD, préférentiellement aux établissements les sollicitant peu. Cette communication pourrait emprunter des voies institutionnelles mais aussi passer par des actions entreprises directement par l'équipe mobile elle-même. Ces actions auraient sans doute intérêt à présenter la gamme des actions entreprises par l'EMGE dans les autres établissements afin d'illustrer concrètement le potentiel d'adaptation du dispositif.

Ces campagnes d'information auraient également pour but de rappeler l'existence de l'EMGE aux EHPAD, qui dans leur fonctionnement routinier auraient tendance à oublier l'existence du dispositif. Certains professionnels déplorent en effet de ne pas y recourir plus, reconnaissant par là même la grande qualité du service rendu par l'équipe mobile, du fait de difficultés à intégrer l'EMGE dans leur fonctionnement routinier, à avoir le réflexe d'y faire appel.

4) Quel avenir pour les équipes mobiles ?

Tout d'abord, il semble nécessaire de pérenniser ce type de structure et de l'étendre sur l'ensemble du territoire au vu du service rendu auprès des EHPAD et devant le vieillissement croissant de la population. Le principe des équipes mobiles représente ainsi la médecine au chevet du patient avec une valorisation et une mutualisation des pratiques du domicile, une mutualisation des savoirs pour une efficacité la plus adaptée possible face aux situations rencontrées.

Sur ce principe, il semblerait alors pertinent que les équipes mobiles puissent de temps en temps s'enrichir de la visite de spécialistes, tels que des cardiologues, des pneumologues, des neurologues, etc, parce qu'en EHPAD les spécialistes ne se déplacent pas pour les situations qui requièrent d'avoir recours à eux ; ceci pour une pluridisciplinarité au chevet du patient.

Par ailleurs, il est intéressant d'envisager que les équipes mobiles de gériatrie aillent aussi à domicile, afin d'apporter un soutien aux médecins traitants pour la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans en situation médico-sociale complexe et chronophage, telle que :

- L'aggravation rapide d'une ou des pathologies chroniques
- Un déclin moteur rapide et des chutes à répétition
- Des troubles psycho-comportementaux
- Une insuffisance d'aide ou de soutien à domicile
- Des hospitalisations itératives.

En accompagnant les médecins traitants, le but est de réaliser une évaluation gériatrique au domicile et, ainsi, de pouvoir former les médecins généralistes aux spécificités gériatriques compte-tenu du pourcentage de personnes âgées dans la population, ce qui représente un facteur de maintien à domicile. Plusieurs équipes mobiles extrahospitalières expérimentent déjà ce fonctionnement dans plusieurs villes de France.

De même, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt et le bénéfice de la télémédecine au sein des équipes mobiles. L'objectif de la télémédecine est de permettre l'accès pour les résidents des EHPAD à des consultations ou des avis spécialisés ainsi qu'un décroisement de ces structures. L'intérêt serait de réduire les déplacements des personnes âgées à l'hôpital et les transferts en urgence sources de traumatismes et souvent d'aggravation des facteurs de fragilité lors d'hospitalisations qui auraient pu être évitées. A Hong Kong, une étude montre une réduction de 9% du taux d'admission des résidents aux urgences et de 11% de la durée

d'hospitalisation grâce au recours à des vidéoconférences pour solliciter des avis spécialisés¹¹. La régulation téléphonique proposée par les équipes mobiles de gériatrie est un premier pas vers ce mode de pratique et démontre que certaines situations peuvent ainsi être gérées. Elle permet aux équipes soignantes de l'EMGE d'éviter ou de temporiser des déplacements, et de prévoir des hospitalisations directement au sein de la filière sans passer par les urgences. Certains EHPAD ont déjà pris le pli en photographiant des plaies. Il paraît alors possible d'envisager une consultation gériatrique d'un résident à distance en présence de sa famille ou d'un soignant référent de l'EHPAD. Cependant, ne perdons pas de vue que la consultation gériatrique est avant tout humaine et que l'outil informatique ne peut pallier à tout.

CONCLUSION

L'Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE) Nord est fonctionnelle depuis 2008, à la suite d'un projet expérimental soutenu par le Ministère de la Santé. Elle est rattachée à l'hôpital Bretonneau et travaille sur le territoire des 9^e, 10^e, 17^e, 18^e, 19^e arrondissements de Paris (le 20^e arrondissement étant rattaché à l'hôpital Rothschild depuis avril 2013) comportant 13 EHPAD.

Son objectif est de former les équipes soignantes à la prise en charge des pathologies gériatriques, de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques et d'orienter si nécessaire les personnes âgées dans la filière de gériatrie.

L'objectif de notre travail a été de faire le bilan de presque six années de fonctionnement de ce dispositif, de faire une enquête de satisfaction des EHPAD, et de comparer ces résultats à ceux obtenus avec le même questionnaire il y a trois ans, afin d'évaluer à plus long terme l'intérêt des EMGE perçu par les EHPAD et de réfléchir sur des axes potentiels d'amélioration du fonctionnement des EMGE. L'enquête de satisfaction a été réalisée auprès de 105 professionnels de 13 EHPAD au moyen d'un questionnaire ; ces données ont été enrichies par 51 entretiens individuels auprès de ces professionnels.

Les réponses montrent un taux de satisfaction plutôt important puisque 69,8% s'estiment satisfaits de la réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement, 67,5% s'estiment satisfaits du délai de visite dans l'EHPAD, 62,7% s'estiment satisfaits du délai de retour de la visite, 77,9% s'estiment satisfaits de la forme/clarté du compte-rendu, 73,3% d'estiment satisfaits de la pertinence des propositions soumises par l'EMGE et 73,3% s'estiment satisfaits de la faisabilité de ces propositions. L'équipe soignante (59%) et le médecin coordonnateur (51%) sont les principaux instigateurs des demandes. L'équipe mobile intervient majoritairement dans les EHPAD pour assurer des formations (76%) et évaluer des résidents (66%), notamment pour les difficultés de prise en charge des troubles du comportement (70%). L'EMGE conforte son rôle d'expertise et de diffusion de bonnes pratiques auprès des professionnels. Ainsi, les expertises apparaissent avant tout comme une aide diagnostique et thérapeutique (88,4%), les formations permettent une meilleure prise en charge des résidents (86,1%). Les propositions soumises par l'EMGE sont suivies à 89,6%, révélant une grande qualité du service rendu. Un rôle prescripteur est souhaité à 51,2% alors que l'équipe mobile n'a qu'un rôle consultatif. Même si le nombre d'interventions de l'EMGE dans les EHPAD a

diminué entre 2010 et 2013, témoignant de l'autonomie acquise par les EHPAD au contact de l'équipe mobile, il apparaît une volonté manifeste (91,9%) des professionnels de pérenniser leur collaboration avec l'EMGE.

Les principales requêtes des professionnels d'EHPAD sont le recrutement d'un psychogéiatre (poste non pourvu depuis plus d'un an), une plus grande flexibilité face à des besoins différents selon les établissements (le facteur limitant étant toujours le manque de moyens humains avec seulement un demi-ETP médical), et une plus grande communication autour de l'existence de l'EMGE et de ses missions afin d'intégrer le dispositif dans leur fonctionnement routinier.

Le retour très positif de ce projet expérimental en place depuis 2008 conforte la nécessité de pérenniser ce type de structure et de l'étendre sur l'ensemble du territoire. Devant le vieillissement croissant de la population, et au vu de la qualité du service rendu auprès des EHPAD, l'EMGE trouve ici sa place comme un des piliers du parcours de soins de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

¹ COUTURIER, P. Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. *La revue de gériatrie*, 2004, 29, p. 703-712.

² Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Plan « Urgences » [en ligne]. 30 septembre 2003. Disponible sur <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf>.

⁴ JEANDEL, C., PFITZENMEYER, P., VIGOUROUX, P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Rapport commandé par Xavier Bertrand, ministre chargé de la santé et Philippe Bas, ministre délégué chargé des personnes âgées, La Documentation française, Avril 2006.

⁵ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan solidarité Grand Age [en ligne]. 27 juin 2006. Disponible sur <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf>.

⁶ Circulaire DHOS/02/n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

⁷ LENAY, O. *Evaluation de l'expérimentation Equipes Mobiles Gériatriques Externes (EMGE), Rapport intermédiaire : analyse de la première année de fonctionnement*. Rapport. Mai 2009. 39 f.

⁸ CHANSIAUX, C. *Pré rapport d'activité des EMGE parisiennes pour l'année 2009*.

⁹ CHANSIAUX, C. *Pré rapport d'activité des EMGE parisiennes pour l'année 2010*.

¹⁰ CHANSIAUX, C. *Pré rapport d'activité des EMGE parisiennes pour l'année 2011*.

¹¹ HUI, E., WOO, J. Telehealth for older patients : the Hong Kong experience. *J Telemed Telecare*, 2002, 8, suppl. 3, p. S39-41.

ANNEXE 1:

EHPAD		<p>EMGE NORD – Bretonneau EMGE SUD-EST – Broca EMGE SUD-OUEST – HEGP</p>
-------	--	---

Enquête de satisfaction auprès des Personnels EHPAD (2010)

Afin d’améliorer nos pratiques et mieux répondre à vos attentes, nous souhaitons recueillir votre avis sur notre fonctionnement. Merci de nous retourner ce questionnaire **avant le 14 juillet 2010**.
 Merci de votre collaboration.

Connaissez-vous l’équipe mobile gériatrique externe ?

- Oui Non

1- Si oui, vient elle souvent dans votre EHPAD

- Jamais 5 à 10 fois par an Ne sait pas
 1 à 5 fois par an Plus de 10 fois par an

2- Connaissez-vous ses missions ?

- Oui Non

3- Connaissez-vous son fonctionnement ?

- Oui Non

4- Vous faites appel à l’équipe mobile :

- Pour évaluer des patients Pour éviter des hospitalisations
 Pour de la formation Pour organiser des réunions
 Pour améliorer le lien avec vos partenaires

5- Faites-vous appel à l’équipe mobile pour :

- Troubles du comportement Evaluations spécifiques
 Troubles psychiatriques (orthophoniste, ergo, psychologue)
 Evaluation Douleur Evaluation cognitive
 Evaluation Plaies et Cicatrisation Soins Palliatifs
 Evaluation de l’autonomie et du besoin d’aides (humaines et techniques) Nutrition
 Relation avec les familles

L’équipe mobile :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Ne se prononce pas
Réactivité de l’équipe mobile lors d’un signalement					

Délai de la Visite dans l'EHPAD					
Délai du retour (compte-rendu oral/écrit) de la Visite					
Forme/Clarté					
Pertinence des propositions					
Faisabilité des propositions					

Suivez-vous les propositions ?

Oui

Non

Propositions : Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?

.....

Souhaitez-vous la pérennisation de l'EMGE ? Oui Non

Sous sa forme actuelle ? Oui Non

Si non sous quelle forme :

Votre profil :

Vous êtes :

- Directeur
- Médecin coordonnateur
- Infirmier (ière) de coordination
- Médecin traitant
- Infirmier (ère)
- AS
- AMP
- Psychologue
- Autre, préciser :

Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations sur les équipes mobiles gériatriques externes EMGE, vous pouvez, si vous le souhaitez, nous laisser vos coordonnées ou appeler l'équipe au 01 53 11 18 21.

Merci de nous retourner ce questionnaire avant le 14 juillet 2010 à l'adresse suivante :

*Hôpital Bretonneau
 EMGE (Equipe Mobile Gériatrique Externe)
 23 rue Joseph de Maistre
 75018 PARIS
 Tél. 01 53 11 18 21 – Fax 01 53 11 16 99
 michele.muggenburg@brt.aphp.fr*

ANNEXE 2

<p>16 EHPAD</p> <p>EMGE NORD : 8</p> <p>EMGE SUD-EST : 2</p> <p>EMGE SUD-OUEST : 4</p> <p>2 non indiqué.</p>		<p>EMGE NORD – Bretonneau</p> <p>EMGE SUD-EST – Broca</p> <p>EMGE SUD-OUEST – HEGP</p>
---	--	--

Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des Personnels EHPAD (2010)

55 Questionnaires ont été retournés :

Connaissez-vous l'équipe mobile gériatrique externe ?

Oui : 50

Non : 6

6- Si oui, vient elle souvent dans votre EHPAD

■ 1 à 5 fois par an : 9	■ Plus de 10 fois par an : 19
■ 5 à 10 fois par an : 16	■ Ne sait pas : 3

7- Connaissez-vous ses missions ?

Oui : 46

Non : 6

8- Connaissez-vous son fonctionnement ?

Oui : 35

Non : 15

9- Vous faites appel à l'équipe mobile :

■ Pour évaluer des patients : 39	■ Pour éviter des hospitalisations : 34
■ Pour de la formation : 31	■ Pour organiser des réunions : 6
■ Pour améliorer le lien avec vos partenaires : 17	

10-Faites-vous appel à l'équipe mobile pour :

■ Troubles du comportement : 32	■ Evaluation cognitive : 20
■ Troubles psychiatriques : 22	■ Soins Palliatifs : 19
■ Evaluation Douleur : 29	■ Nutrition : 23
■ Evaluation Plaies et Cicatrisation : 17	■ Relation avec les familles : 10
■ Evaluation de l'autonomie et du besoin d'aides (humaines et techniques) : 13	■ Evaluations spécifiques (orthophoniste, ergo, psychologue) : 17

L'équipe mobile :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Ne se prononce pas
Réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement	26	13	1	/	2

Délai de la Visite dans l'EHPAD	16	19	2		1
Délai du retour (compte-rendu oral/écrit) de la Visite	12	17	3		2
Forme/Clarté	19	17			1
Pertinence des propositions	20	16	1		3
Faisabilité des propositions	14	18	1		4

Suivez-vous les propositions ?

Oui : **41**

Non : **1**

Souhaitez-vous la pérennisation de l'EMGE ?

Oui : **47**

Non : **1**

Sous sa forme actuelle ?

Oui : **42**

Non : **2**

Votre profil

Vous êtes : ■ Directeur (ice) :

5

■ Médecin coordonnateur :

5

■ Infirmier (ière) de coordination :

5

■ Infirmier (ère) :

10

■ AS :

8

■ AMP :

5

■ Psychologue :

1

■ Autre, préciser :

11

(2 Cadres supérieurs de santé – 1 Cadre hôtelier – 1 Lingerie – 4 ASH
– 1 ASK – 1 AVS – 1 Agent soins)

Questionnaire de satisfaction 2013 sur l'équipe mobile gériatrique externe

Connaissez-vous l'équipe mobile gériatrique externe ?

oui non

1- Si oui, vient-elle dans votre EHPAD :

jamais 5 à 10 fois par an ne sait pas
 1 à 5 fois par an plus de 10 fois par an

2- Connaissez-vous ses missions ?

oui non

3- Connaissez-vous son fonctionnement ?

oui non

4- Vous faites appel à l'équipe mobile pour :

évaluer des patients éviter des hospitalisations
 de la formation organiser des réunions
 améliorer le lien avec vos partenaires

5- Faites-vous appel à l'équipe mobile pour :

troubles du comportement évaluations spécifiques
 troubles psychiatriques orthophoniste, ergo, psychologue)
 évaluation douleur évaluation cognitive
 évaluation plaies et cicatrisation soins palliatifs
 évaluation de l'autonomie et du besoin nutrition
 d'aides (humaines et techniques) relation avec les familles

L'équipe mobile :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Ne se prononce pas
Réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement					
Délai de visite dans l'EHPAD					
Délai de retour (compte-rendu oral/écrit) de la visite					
Forme/ clarté					
Pertinence des propositions					
Faisabilité des propositions					

1- Suivez-vous les propositions soumises par l'équipe mobile ?

- oui non pas systématiquement

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- le médecin n'est pas d'accord avec les propositions faites
 refus de l'équipe soignante
 refus de la famille
 refus du patient

2- Qui a le plus souvent souhaité l'intervention de l'équipe mobile ?

- l'équipe soignante de l'EHPAD le médecin coordonnateur de l'EHPAD
 l'administration de l'EHPAD le médecin traitant

3- Comment ressentez-vous l'intervention de l'équipe mobile ?

- comme une aide diagnostique et thérapeutique non adaptée
 une intrusion dans votre prise en charge ne se prononce pas

4- Souhaiteriez-vous que l'équipe mobile puisse avoir un rôle prescripteur ?

- oui non

5- Les formations réalisées par l'équipe mobile permettent-elles une meilleure prise en charge des patients ?

- toujours souvent rarement jamais

Propositions :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?

.....
.....
.....

Souhaitez-vous la pérennisation de l'équipe mobile ? oui non

Sous sa forme actuelle ? oui non

Si non, sous quelle forme ?

.....
.....

Votre profil : Vous êtes :

- directeur (rice)
 médecin coordinateur
 médecin traitant
 infirmière de coordination
 infirmière
 aide-soignante

Souhaitez-vous qu'un membre de l'EMGE de votre territoire vienne vous rencontrer ?

oui

non

Si oui, précisez :

Nom de votre EHPAD :

Vos coordonnées :

ANNEXE 4

LISTE DES EHPAD RENCONTRES

Résidence Magenta : 54/60, rue des Vinaigriers 75010 Paris

Hotelia Paris Parc Monceau : 26, rue Médéric 75017 Paris

Le Trèfle Bleu Cardinet : 152/154, rue Cardinet 75017 Paris

Le Trèfle Bleu Désirade : 26, rue des Epinettes 75017 Paris

Résidence Santé L'Oasis : 11, rue Laghouat 75018 Paris

Les Jardins de Montmartre : 18, rue Pierre Picard 75018 Paris

Les Issambres : 111, boulevard Ney 75018 Paris

Résidence Santé Hérold : 60-78, rue du Général Brunet 75019 Paris

Amaraggi : 11, boulevard Sérurier 75019 Paris

Les Musiciens : 7/9, rue Germaine Tailleferre 75019 Paris

Résidence Océane : 23, rue Wallenberg 75019 Paris

Résidence Edith Piaf : 151ter-155, rue Haxo 75019 Paris

MAPI- Les Amandiers : 5/7, rue des Cendriers 75020 Paris

ANNEXE 5

Liste de questions à poser lors des entretiens auprès des différentes catégories d'acteurs au sein de l'EHPAD :

- 1- Pour quelles raisons avez-vous / n'avez-vous pas recours à l'équipe mobile ?
- 2- Quelle(s) catégorie(s) professionnelle(s) vous apporte(nt) le plus souvent du soutien dans votre prise en charge ? Quel(s) professionnel(s) manque-t-il ?
- 3- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?
- 4- En quoi l'intervention de l'équipe mobile représente-t-elle une plus value par rapport à une consultation spécialisée ou une hospitalisation ?
- 5- Quels points devraient, selon vous, être améliorés dans le futur ?
- 6- Commentaires libres

ANNEXE 6

13 EHPAD		EMGE NORD - Bretonneau
----------	--	------------------------

Résultats de l'enquête de satisfaction 2013 auprès des personnels d'EHPAD

105 questionnaires ont été remplis :

Connaissez-vous l'équipe mobile gériatrique externe ?

Oui : 86

Non : 19

1- Si oui, vient-elle souvent dans votre EHPAD :

■ 1 à 5 fois par an : 49	■ Plus de 10 fois par an : 6
■ 5 à 10 fois par an : 14	■ Ne sait pas : 17

2- Connaissez-vous ses missions ?

Oui : 75

Non : 11

3- Connaissez-vous son fonctionnement ?

Oui : 55

Non : 31

4- Vous faites appel à l'équipe mobile :

■ Pour évaluer des patients : 57	■ Pour éviter des hospitalisations : 29
■ Pour de la formation : 65	■ Pour organiser des réunions : 5
■ Pour améliorer le lien avec vos partenaires : 13	

5- Faites-vous appel à l'équipe mobile pour :

■ Troubles du comportement : 60	■ Evaluation cognitive : 24
■ Troubles psychiatriques : 32	■ Soins Palliatifs : 23
■ Evaluation Douleur : 36	■ Nutrition : 28
■ Evaluation Plaies et Cicatrisation : 25	■ Relation avec les familles : 15
■ Evaluation de l'autonomie et du besoin d'aides (humaines et techniques) : 20	■ Evaluations spécifiques (orthophoniste, ergo, psychologue) : 22

L'équipe mobile :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Ne se prononce pas
Réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement	30	30			26

Délai de la Visite dans l'EHPAD	22	36	2		26
Délai du retour (compte-rendu oral/écrit) de la Visite	23	31	3	1	28
Forme/Clarté	34	33			19
Pertinence des propositions	28	35	3		20
Faisabilité des propositions	21	42	3		20

1- Suivez-vous les propositions ?
 Oui : **64** Non : **2** pas systématiquement : **13**
 Question non adaptée au professionnel : **5** ne se prononce pas : **2**

2- Qui a le plus souvent souhaité l'intervention de l'équipe mobile ?
 L'équipe soignante de l'EHPAD : **51** Le médecin coordonnateur : **44**
 L'administration de l'EHPAD : **26** Le médecin traitant : **13**

3- Comment ressentez-vous l'intervention de l'équipe mobile ?
 Comme une aide diagnostique et thérapeutique : **77** Non adaptée : **0**
 Une intrusion dans votre prise en charge : **1** Ne se prononce pas : **9**

4- Souhaiteriez-vous que l'équipe mobile puisse avoir un rôle prescripteur ?
 Oui : **44** Non : **27** Ne se prononce pas : **15**

5- Les formations réalisées par l'équipe mobile permettent-elles une meilleure prise en charge de patients ?
 Toujours : **19** Souvent : **55** Rarement : **4** Jamais : **0**
 Ne se prononce pas : **8**

Souhaitez-vous la pérennisation de l'EMGE ?
 Oui : **79** Non : **1** Ne se prononce pas : **6**
 Sous sa forme actuelle ?
 Oui : **76** Non : **3** Ne se prononce pas : **6**

Votre profil : Vous êtes :

- Directeur (ice), directeur (ice) adjoint(e) : **11**
- Médecin coordonnateur : **9**
- Médecin traitant : **1**
- Infirmier (ière) de coordination : **8**
- Infirmier (ère) : **23**

- Aide soignante : **36**
- Autre, préciser : **16**
(1 AMP – 2 Cadres de santé – 1 Ergothérapeute – 2 Psychomotriciennes – 1 ASH – 3 Psychologues – 3 Auxiliaires de vie – 1 Infirmière référente – 1 Responsable Qualité – 1 Responsable administrative – 1 Ne se prononce pas)

**RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS REALISES AUPRES DES
PROFESSIONNELS D'EHPAD**

➤ **AMARAGGI**

Entretien n°1 : Directrice adjointe

- 1) Je suis la directrice adjointe en vue de prendre le poste de direction, je suis arrivée le 18 mars 2013 donc ça va faire 8 mois. J'ai connu l'équipe mobile en arrivant à la résidence. Le Dr Chansiaux intervient pour des résidents dont la prise en charge est un peu difficile, compliquée, pour lesquels on n'a pas forcément de réponse ou on n'a pas la réponse adaptée, du coup elle est déjà venue pour des résidents pour lesquels on avait des vraies problématiques concernant la contention, l'hydratation, la fin de vie. L'équipe mobile intervient également pour des formations. C'est le Dr Chansiaux elle-même qui était intervenue, très claire, très pragmatique.
- 2) C'est surtout le Dr Chansiaux. Moi mon interlocutrice c'est le Dr Chansiaux. La partie qui manque c'est le psychiatre, d'autant qu'on n'a pas forcément la formation pour la prise en charge quand on est face à des troubles du comportement, on est démuni. Etant donné que c'est une vraie difficulté d'avoir un psychiatre qui veuille se déplacer en maison de retraite, c'est dommage parce que c'est quelque chose qui apportait vraiment un plus avant et qui n'existe plus aujourd'hui. Donc je profite de l'enregistrement pour dire que ça serait peut-être l'occasion de recruter un psychiatre qui soit un partenaire, parce que ça ça manque.
- 3) D'avoir des réponses quand on a des situations compliquées, des prises en charge difficiles. C'est le cas parce que le Dr Chansiaux a toujours répondu à nos demandes quelques soient, quand on a eu des difficultés. Les formations... ça fait 3 ans qu'il n'y a pas de directeur sur place, il y a eu une direction par intérim mais de manière permanente non, donc tout ce qui est formation et autre, c'est quelque chose que je remets en route. L'EMGE c'est un plus parce que le financement pour les formations, on ne les a pas forcément, ça coute cher, et l'EME nous fait bénéficier de ces formations non seulement qui ne sont pas payantes, ça c'est la directrice qui parle, mais surtout des formations de qualité et appréciées du personnel.
- 4) Le fait qu'elle se déplace au domicile, ça c'est un plus. Certains de nos résidents peuvent se déplacer, d'autres pas du tout. Parfois on ne peut pas prendre le risque de fatiguer le résident et de prendre le risque que ça détériore d'autant plus sa santé, donc il y a des choix à faire dans la prise en charge. Ça permet de voir son résident dans son lieu de vie, et de voir le tout. C'est beaucoup plus sécurisant pour lui, ça évite de lui faire perdre ses repères. Et puis d'apporter un point de vue extérieur, de pouvoir

échanger avec des personnes qui ont une vraie expertise dans ce domaine et qui peuvent nous apporter un éclairage, des conseils, et nous rassurer. On espère que ça continue encore longtemps parce que le partenariat est positif pour la maison.

- 5) Le psychiatre c'est vraiment le point à améliorer.
- 6) Ça fait 8 mois que je suis là, mais les quelques rapports ou échanges que j'ai pu avoir avec l'équipe mobile ont été plutôt satisfaisants donc je n'ai pas de remarque à faire. Je prévois de faire encore d'autres formations l'année prochaine. On ne peut pas travailler seul dans son coin, on réfléchit ensemble quand il y a une situation difficile et on n'hésite pas à faire appel à nos partenaires quelques qu'ils soient, dans les cas où on est en difficulté, on essaie de travailler en réseau et c'est tout l'intérêt de développer ces partenariats, de les maintenir quand ça se passe bien, de les renforcer. En tout cas, pour l'EMGE, j'espère vraiment qu'on va encore renforcer ce partenariat, faire plus de formations.

Entretien n°2 : Médecin coordonnateur

- 1) J'ai recours à l'équipe mobile lorsque je suis en difficulté avec un patient, dont la prise en charge ne me satisfait pas. Il y a des pathologies, en particulier psychiatriques, qui me dérangent et qui dérangent les autres résidents donc je fais appel à l'équipe mobile.
- 2) Le psychiatre n'est plus là et c'est vraiment la spécialité qui nous manque le plus. Lorsque je suis en difficulté avec un problème de gériatrie, soit je me débrouille tout seul, soit quand j'appelle le Dr Chansiaux, on arrive à des solutions, mais c'est vrai qu'en psychiatrie, là on est coincé, donc c'est vraiment les troubles du comportement qui me posent beaucoup de problèmes.
- 3) Je suis satisfait. Quand j'ai besoin d'eux, je n'ai pas besoin d'eux tous les jours, mais quand on arrive à des situations un petit peu limites sur lesquelles je butte, je les appelle, alors peut-être qu'une intervention plus rapide serait souhaitable mais ça dépend des disponibilités du médecin intervenant, mais ça serait peut-être une réponse plus rapide.
- 4) Le malade n'a pas à se déplacer, ce qui chaque fois est compliqué parce qu'il faut prendre une ambulance, l'emmener à l'hôpital, il traîne aux urgences pendant des heures, il n'y a pas toujours quelqu'un pour l'accompagner, donc il est certain que pour nous si quelqu'un peut venir à domicile pour le voir, c'est beaucoup plus pratique, plus simple. L'idée c'est qu'on n'a pas à transporter le malade et à lui faire subir toutes les difficultés liées à l'hôpital et aux urgences.
- 5) La disponibilité c'est tout, mais lorsqu'on a besoin de l'équipe mobile, elle se présente, au bout d'un certain temps, mais elle répond. Nous avons une convention pour faire des séances d'enseignement pour le personnel, c'est organisé, ça roule. Donc non, je suis satisfait du service.

Entretien n°3 : Infirmière

- 1) Pour de la formation, pour nous remettre à niveau, et pour évaluer certains traitements de certains résidents qu'on n'arrive pas à prendre en charge.
- 2) La plupart du temps, c'est le médecin qui nous fait les formations. Il y a eu au début une infirmière pour la nutrition, la dénutrition et la canicule. Je dirais qu'il manque un ergothérapeute parce qu'on a souvent du mal à faire des manipulations avec les

résidents, à savoir ce qui bon, ce qui n'est pas bien. J'aimerais bien qu'on nous montre quelques gestes qui seraient bénéfiques aux résidents.

- 3) On a, à force de s'occuper de personnes âgées, on rentre dans une certaine routine et je pense qu'il y a certaines choses qu'on fait mal et donc on aime bien être mis à niveau de temps en temps et qu'on nous donne d'autres façons de faire pour améliorer, parce que c'est vrai que quand on rentre dans la routine, ce n'est pas très bon.
- 4) Quand ils viennent pour évaluer un résident, moi j'aime bien être là parce que comme ça, on peut leur dire exactement ce qu'il y a, quels sont les attitudes du résident, qu'est-ce qui nous pose problème, il vaut mieux qu'on le dise au médecin qui vient directement, parce qu'en consultation, il va voir peut-être quelqu'un de la famille, qui ne va pas avoir les mêmes approches que nous, donc on préfère que ça soit ici.
- 5) Je pense qu'il faudrait qu'ils viennent un peu plus souvent. Et, parce que là quand ils viennent, on reprend très souvent les mêmes points, donc élargir un peu plus le champ des sujets de formations.

Entretien n°4 : Aide soignante

- 1) Pour des formations.
- 2) Le médecin et l'infirmière. Il manque un psychologue et un ergothérapeute.
- 3) Qu'on nous donne un peu plus de formation afin de pouvoir mieux prendre en charge les résidents.
- 4) Moi déjà, en tant qu'aide soignante, je ne sais pas quand est-ce que l'équipe mobile vient. Moi je les vois quand il y a des formations, c'est à ce moment là que je les vois mais quand ils viennent pour évaluer des résidents, nous ne sommes pas informés, ce sont les infirmières qui sont informées. C'est mieux qu'ils viennent ici parce que les résidents sont chez eux, ils trouvent le résident dans son environnement.
- 5) Plus de formations pour le personnel, sur plusieurs sujets, sur tout.

Entretien n°5 : IDEC

- 1) Moi je trouve que c'est stimulant pour les équipes déjà, le fait d'avoir des formations, d'être en groupe, de rencontrer des professionnels, et en même temps elles apprennent plein de nouvelles informations, des nouvelles techniques, le médecin peut leur proposer plein de nouvelles choses à mettre en place, donc c'est bien pour la stimulation et pour l'apprentissage.
- 2) On a connu que le médecin donc le médecin. L'infirmière, on ne l'a pas encore vue nous faire un petit topo. Mais l'intervention du médecin était très bien. Un psychiatre, ça serait bien, parce qu'on a pas mal de troubles du comportement. Une ergothérapeute, ça serait pas mal parce qu'on n'en a pas dans la maison, donc ça ça peut être un manque. Le reste c'est toujours un plus, même si c'est des professionnels qu'on a dans la maison, c'est toujours un plus d'avoir, même un médecin généraliste, quelque soit la profession, je trouve que c'est toujours intéressant et que ça apporte toujours un plus.
- 3) D'apprendre... de nouvelles techniques, de nouvelles informations, s'il y a de nouvelles publications, des études, moi je trouve que c'est intéressant d'apprendre plein de nouvelles choses, d'avoir une nouvelle façon de penser, d'aborder la personne âgée. Tout ce qui peut être nouveau...

- 4) Parce qu'on peut parler de plusieurs cas déjà, on peut poser des questions, c'est plus vivant, il y a toute l'équipe qui participe, on peut discuter, chacun peut apporter son point de vue, c'est interactif. Alors qu'en consultation, le patient revient avec un courrier, on applique ce qu'il y a écrit sur le courrier.
- 5) Il y a des petits manques par rapport aux supports, je trouve que ça manque de supports, ou documents, ou films, des photos. Par rapport à la disponibilité, c'est sûr que c'est pas évident, on arrive à avoir 2 rendez-vous par mois, je trouve ça déjà très bien, mais là on a un trou parce qu'on n'a pas pu honorer notre dernière réunion et on n'a pas pu la reporter parce qu'apparemment vous êtes assez sollicités, donc voilà par rapport à la disponibilité.

➤ **MAPI – LES AMANDIERS**

Entretien n°1 : Médecin coordonnateur

- 1) Sur énormément de situations, notamment les situations complexes, les situations qui demandent une réflexion et un point de vue spécialisé.
- 2) Ça va dépendre des situations qu'on rencontre. On a eu la chance d'avoir une orthophoniste dans l'équipe mobile, spécialisée dans les troubles de la déglutition, qui a pu faire des formations, qui est venue faire des évaluations initiales, qui a formé nos orthophonistes qui venaient déjà sur la résidence et qui les a rendues autonomes, c'est vraiment extraordinaire. On l'appelle beaucoup parce qu'elle a formé nos orthophonistes et les soignants. On va bientôt la recontacter pour qu'elle vienne refaire des formations spécifiques, comme elle sait le faire, parce qu'elle a trouvé le langage qu'il faut pour que les soignants puissent la comprendre, ça c'est assez unique. Ça nous est arrivé de faire appel à l'infirmière aussi pour des plaies complexes, pour avoir un avis, parce que les soignants le demandaient, ou avant une indication d'HAD. Si on considère le principe des équipes mobiles, il faudrait qu'il y ait une ossature particulière, avec une équipe pluridisciplinaire qui est habituée au déplacement, je pense qu'il faudrait que les équipes mobiles puissent de temps en temps s'enrichir de la visite des médecins généralistes, qui sont maintenant autant spécialistes que les autres, et aussi de spécialistes de cardio, qui viennent de temps en temps avec eux, ou des pneumologues, ou des neurologues, parce que sur ces situations là en EHPAD on n'a jamais les spécialistes qui viennent, et ça serait intéressant d'avoir de temps en temps un spécialiste de cardio, de neuro, de psychiatrie... enfin la psychiatrie, on l'avait avec Laurence, on l'a plus. C'est très utile bien sûr parce qu'à un moment donné sur une situation aiguë, on est au lit du malade, presque dans la situation idyllique puisque c'est plus un malade, il est chez lui, on est à son chevet, c'est une équipe à son chevet et ça c'est vraiment la médecine telle qu'on pourrait la penser au 21ème siècle, c'est-à-dire qu'il y a une mutualisation des savoirs, des moyens, pour une efficacité la plus adaptée possible à la situation qu'on rencontre. On a besoin de ce regard croisé, c'est pareil sur les situations quand le médecin traitant est sur place et que l'équipe mobile le rencontre, c'est génial, il y a des échanges qui sont très

intéressants. Je me rappelle d'une discussion entre Christine et une infirmière justement sur le fait d'hydrater ou de mettre une perfusion, la réticence initiale de l'infirmière vis-à-vis d'enlever la perfusion alors qu'ils ne faisaient pas les soins de bouche, avec cette discussion autour de la sensation de soif, et qui a basculé à un moment donné dans l'éthique et dans le philosophique, sous forme d'échange et non pas de combat de savoirs, ça c'était super.

- 3) Moi je suis comblé. Ils correspondent aux besoins quand on les appelle et derrière ils font une prestation très délicate et très respectueuse, non seulement du résident, des familles que des intervenants libéraux qui viennent. Et en même temps c'est des moteurs, on a participé à plein de projets pilotes, on a fait rentrer plein de projets pilotes dans l'EHPAD parce que l'équipe mobile était là, sinon ça serait jamais fait. Ça s'est fait justement parce que l'esprit de l'équipe mobile de gériatrie était, et je pense que c'est un des points forts de ce type d'équipe mobile, la valorisation des soignants de terrain, des soignants de proximité, et encore plus, peut-être qu'en soins palliatifs. En soins palliatifs, on demande à un expert de venir, alors que là il y a vraiment ce retour, comme on voit sur les journées de Bretonneau, d'une valorisation et d'une mutualisation des pratiques du domicile avec une reconnaissance du travail qui est fait et puis surtout, l'expression du travail qui est fait par les...c'est pas la peinture du service qui vient faire le compte-rendu, c'est des fois des équipes pluridisciplinaires. Moi je suis déjà venu ici avec une aide soignante pour parler des troubles du comportement en unité de vie protégée, j'ai en moyenne 3 à 5 personnes de l'EHPAD qui viennent sur les journées de Bretonneau, dont l'IDEC, des infirmières, des aides soignants, c'est super. A continuer, voilà !
- 4) Leur mobilité, le fait qu'ils viennent au chevet, qu'ils viennent rencontrer les acteurs, qu'ils aient les interlocuteurs qui connaissent parfaitement le résident autour d'eux et avec eux, et ça c'est une plus value extraordinaire. On a de temps en temps des soignants qui accompagnent des résidents pour aller voir des spécialistes, mais ils sont tendus parce que derrière ils font ça sur leur temps de travail donc ça veut dire que quand ils sont partis, les autres éventuellement vont faire leur travail et il n'y a pas une bonne, c'est quand même compliqué dans les rapports des tâches, et dans le rapport des pouvoirs. A l'inverse, quand l'équipe mobile vient sur l'EHPAD, en terme de coût, ça coûte moins cher en transport, c'est mille fois plus confortable pour la personne d'être sur place dans son milieu habituel, et surtout il y a une formation in situ avec les données environnementales dans lesquelles évolue le résident.
- 5) On les a vus, que ce type de structure se pérennise sur tout le territoire et vite, parce que c'est une nécessité. On a vu les effets d'une équipe mobile de soins palliatifs qui ont aidé sur l'accompagnement des médecins traitants sur les prescriptions d'antalgiques de palier 3 mais aussi sur les réflexions éthiques et pluridisciplinaires, et je pense que les équipes mobiles de gériatrie ont tout à fait leur place, sachant le pourcentage de la population que ça représente et que c'est un des facteurs aussi plus tard du maintien à domicile. Et je pense qu'il faudrait des équipes mobile de gériatrie qui aillent aussi à domicile, ce que c'est un peu en train de devenir, donc d'augmenter les effectifs, ou plutôt que d'augmenter les effectifs de former les effectifs déjà existants, dans des structures type EHPAD, type CLIC ou autre, et de temps en temps, sur le principe de ce que je disais tout à l'heure, qu'ils viennent faire des tours avec

pour des situations singulières ou pour étoffer de temps en temps l'équipe mobile de gériatrie. Il est fondamental pour un praticien de changer de temps en temps son environnement, parce que ça l'oblige à changer son optique et sa prise en charge, ça le dérange, c'est pas très confortable au début mais après quand il prend goût à ça et à l'échange qu'il a, c'est extraordinaire.

➤ RESIDENCE MAGENTA

Entretien n°1 : Directeur

- 1) Surtout quand on est confronté à une difficulté de prise en charge d'un patient, et quand on est confronté à une impasse dans l'accompagnement et qui généralement est liée à un désaccord entre les différents intervenants que ce soit le médecin traitant, la famille, l'équipe.
- 2) Essentiellement le Dr Chansiaux. Il manque le psychiatre.
- 3) La pérennisation de l'équipe qui nous apporte beaucoup, quand on fait appel à l'équipe mobile, généralement ça débloque pas mal la situation.
- 4) Ça permet déjà d'éviter bien souvent l'hospitalisation et ça permet d'essayer de trouver un consensus dans la prise en charge, et d'être présent au moment où l'équipe mobile vient, et pouvoir discuter avec les différents intervenants et notamment la famille, en général on demande à ce que la famille soit présente pour qu'elle puisse entendre aussi le point de vue de l'équipe, et ça nous permet aussi d'avoir un retour en direct des conclusions et du point de vue de l'équipe, et de pouvoir facilement retranscrire l'information aux intervenants qui ne peuvent pas être présents à ce moment là.
- 5) En dehors de l'intérêt d'avoir une possibilité de consultation par un psychiatre, pour le reste ça me paraît très bien.

Entretien n° 2 : IDEC

- 1) Nous avons recours à l'équipe mobile de gériatrie pour surtout gérer des patients dont les troubles sortent de l'ordinaire entre guillemets, c'est-à-dire tous les troubles que nous avons du mal à prendre en charge dans l'EHPAD, que ce soit les problèmes de douleur mal gérée, les problèmes de troubles du comportement difficiles à prendre en charge, ou parfois des plaies complexes, ainsi que des soins palliatifs compliqués.
- 2) Nous avons souvent la visite du médecin et quelque fois de l'ergothérapeute, je me souviens d'une formation de l'ergothérapeute pour l'installation au fauteuil et l'utilisation des aides techniques qui nous avait été salutaire et qu'il faudrait remettre en place. Il manque un psychiatre.
- 3) Un avis extérieur, un avis éclairé, et surtout parfois une plus grande crédibilité lorsqu'on demande le placement de certains patients dans certaines institutions, des placements qui sont souvent vraiment motivés par un défaut de notre capacité de prise en charge et c'est vraiment là-dessus que l'EMGE est pertinente. C'est aussi l'apport

et la promotion de nouvelles techniques ou de nouvelles thérapeutiques pour la prise en charge de problèmes complexes.

- 4) La plus value de l'EMGE, elle est simple, une consultation ou une hospitalisation ça implique un déplacement, ça implique la constitution d'un dossier, donc ça pose un problème de communication aussi puisque quand on fait un dossier, les données sont écrites mais on peut difficilement les affiner, et le fait que l'équipe se déplace permet de rencontrer les intervenants, permet d'affiner la communication puisqu'on peut en discuter, argumenter, et ça permet aussi à l'équipe de prendre connaissance du lieu de soins et d'adapter les propositions qu'elle peut faire, ça c'est quelque chose qui est absolument impossible en consultation ou en hospitalisation, pour les problèmes compliqués qu'on gère avec l'EMGE.
- 5) Je n'ai pas de suggestion à ce niveau là.

Entretien n°3 : Médecin coordonnateur

- 1) Personnellement j'ai essentiellement recours à l'équipe mobile quand je veux qu'un œil extérieur vienne sur l'établissement et que la majorité du temps, en tout cas l'œil extérieur, c'est pour gérer des espèces de conflits entre la famille et l'établissement sur des diagnostics qu'ils n'entendent pas, dans la mesure où le médecin coordonnateur même s'il est gériatre comme moi, quand il va donner son expertise, il va être suspect pour les familles d'être congloméré à l'établissement, et du coup la parole de gériatre est amenuisée, est largement diminuée du simple fait que je sois salariée de l'établissement. J'aurais exactement le même discours sur un résident ou un malade à l'hôpital avec une blouse blanche, je n'aurais pas du tout les mêmes effets. Donc lutter contre le déni des familles et les prises de décision de la prise en charge des résidents qui arrivent, qui sont souvent pas diagnostiqués ou alors qui sont diagnostiqués mais dans un espèce de flou artistique médical, qui arrivent avec des troubles du comportement majeurs pour lesquels je dis, j'acte le bilan gériatrique, je leur dis « il y a ça, il y a une démence sévère... » Les familles ne l'entendent pas, ne le comprennent pas, le médecin traitant généralement il n'est pas tellement dans le bilan des troubles cognitifs, des troubles comportementaux, ça le dépasse complètement, lui si on l'appelle, il va nous dire « on met des neuroleptiques, on met ceci, on met cela », donc moi je dis surtout pas et ça me fait perdre un temps fou, alors que si le médecin coordonnateur était prescripteur, je gagnerais à peu près je pense vingt heures par mois. Donc tout le but pour moi en tant que non prescripteur, c'est de faire une expertise gériatrique, de le communiquer à la famille et de mettre en œuvre toutes les mesures au sein de l'établissement qui peuvent aller jusqu'au changement de chambre vers l'unité sécurisée, ce qui est très mal vécu, c'est vécu comme une punition pour les familles. Malgré nos entretiens, parfois les familles ne l'entendent pas et vont très vite à la maltraitance donc là je dis, le médecin traitant ne s'investissant pas dans le diagnostic, la famille ne m'entendant pas en tant que gériatre, faisons venir quelqu'un d'autre, et EMGE, de l'hôpital Bretonneau surtout, et c'est l'hôpital qu'ils entendent, c'est pas mobile, c'est l'hôpital qu'ils comprennent. Ici le medec, il est médecin conseil médical, technique de l'établissement, il n'est pas prescripteur mais je passe mon temps à gérer ce genre de choses. Bon j'ai aussi le souci parfois des médecins généralistes qui ne prennent pas l'ampleur d'un problème gériatrique, que je sais moi

être catastrophique par exemple. Le médecin va venir pour la dixième chute de la semaine, à aucun moment il ne va se dire « tiens c'est bizarre qu'il tombe dix fois de suite », il va s'assurer qu'il n'y a pas de fracture, que la tension est bonne, un petit bilan éventuellement mais il ne va pas se dire il est en syndrome de mort imminente, parce que les dix chutes dans la semaine ça ne laisse rien présager de bon, donc moi j'arrive, je leur dis « est-ce bien normal qu'il tombasse dix fois de suite », « ah oui, vu comme ça... ». Alors qu'est-ce qu'on fait, c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs sévérißsimes, qui commence à avoir des impulsivités de déambulation, d'agitation, peut-être une douleur, je leur dis « peut-être a-t-il mal, peut-être a-t-il un fécalome ». Les soignants ici savent très bien qu'il y a tout un processus que je leur demande, une agitation, un repli sur soi bizarre, des chutes à répétition, c'est recherche de la douleur, toujours envisager la douleur d'expression variable chez le dément, éventuellement globe urinaire, fécalome, le classique de la gériatrie, qui ne vient même pas à l'idée du médecin généraliste, quoi que je leur dise, et je leur fais des formations vraiment permanentes. Donc à un moment donné, je dis ce malade, sincèrement je ne veux pas qu'il aille à l'hôpital ou aux urgences, je préfère qu'on fasse un bilan et que l'équipe mobile, donc le médecin éventuellement, vienne et dise au médecin il y a une anomalie, peut-être faut-il se positionner différemment, mais elle comme moi, nous n'avons pas de rôle de prescription. Donc le but c'est d'éviter l'hospitalisation, quand même c'est pas un but qui est anodin, là où l'équipe mobile m'a beaucoup aidée, c'est sur la psychiatrie, par exemple quand on a du mal à trouver des places d'hospitalisations, et que j'essaie de ne pas toujours faire passer les gens par les urgences, quand là je dis il y a un problème qui couve, elle vient même pas Christine, elle me fait confiance quand à l'évaluation de ce que je constate, et je lui dis là on est dans une galère noire, dis mois qui j'appelle pour une place, généralement à chaque fois qu'elle m'a pistée, les gens ont été pris et ça m'a fait gagner un temps monumental, parce qu'elle est le lien avec l'hôpital. Alors moi aussi, je suis gériatre depuis 20-25 ans, mais tous mes liens à l'hôpital, ils sont morts ou grabataires maintenant parce que j'ai trop d'ancienneté ; grâce à Christine, je réactualise le champ des correspondants, que je ne suis pas, donc c'est en ça que ça m'est très utile.

- 2) Le médecin dans la prise en charge, parce que les infirmières, les formations sur les escarres, tout ça, c'est pas le plus souvent mais elles sont venues faire des formations, mais dans la prise en charge réelle c'est le psycho-gériatre, et c'est celui qui manque le plus pour nous à notre avis, quand le Dr Petit est partie, je lui ai dit « non, ne nous laisse pas » parce que je faisais très souvent appel à elle, dans la mesure où notre psychiatre libéral est mort et qu'on a pas retrouvé quelqu'un, je ne trouve aucun psychiatre de ville qui intervienne. Et le problème, c'est que sur les troubles comportementaux importants, non gérés par le médecin, ou gérés de manière trop médicamenteuse, le Dr Petit venait, on en parlait, et pareil c'était un avis extérieur, qui aidait à appuyer le diagnostic de troubles cognitifs sévères, de troubles comportementaux et de gestion des équipes, donc elle m'aidait beaucoup, et maintenant je n'en ai plus. Donc je fais appel au CMP, qui est d'une totale inefficacité, puisqu'ils ne se déplacent pas pour les déments, ils ont bien une équipe mobile mais pour les psychiatriques vieilliss et certainement pas pour les gens qui ont des démences. Donc c'est ça qui me manque le plus.

- 3) Qu'elle continue d'exister. A chaque fois que je vais à des réunions, je mets en avant ça. Il faut qu'elle continue d'exister pour plusieurs raisons. Moi j'ai 25 ans d'expérience en EHPAD, et je suis devenue une super contre-procédurière parce qu'en EHPAD, le problème c'est qu'il y a des familles, mais même dans les services hospitaliers, les parano-procédurières. On en a toujours 3% dans l'établissement, moi ça fait 25 ans que j'en ai toujours eu 3%. Je me dis un médecin tout jeune qui arrive en EHPAD, qui n'a pas d'expérience de gériatrie parce qu'il y en a pas mal qui sont des médecins libéraux et qui ont passé leur diplôme de coordination, six mois quelques après-midis en gros, c'est ça la formation de medec, ils ne font pas de la gériatrie donc déjà pour commencer il n'y a pas la partie médicale... et ils font du pur administratif, c'est une partie qu'on demande au medec, mais arrivé balancé chef d'équipe de cent résidents avec des médecins libéraux dont t'es un espèce de pseudo chef de service, au lieu d'avoir des internes t'as des médecins généralistes qui ont leurs idées, tu dois gérer les conflits de management, gérer les familles, tu te dis mais s'ils ont des professionnels expérimentés qui les aident, à qui ils peuvent faire appel, moi je n'ai eu pas cette chance là quand j'ai commencé en EHPAD, mes débuts je m'en rappelle encore et pourtant je sortais de la gériatrie en internat. Aucune formation préalable en réalité, qui te met devant autant de responsabilités et autant de prises de décisions, et alors avec un risque de plaintes ordinaires, c'est un métier à risque, bon les médecins aussi, mais quand t'es à l'hôpital, et que t'es protégé par une équipe et par le système juridique de l'hôpital... en EHPAD t'es tout seul. Moi je dis l'EMGE leur apporte ce que moi je n'ai pas eu à mon démarrage, une aide d'expérience qui vient t'aider sur le terrain. Je dis à l'ARS « vous ne pouvez pas laisser ces jeunes medecs qui débarquent dans cette merde », c'est pour ça qu'il y a un tel turn-over, ils sont totalement dépassés, ils se disent « moi je ne reste pas », des dépressions... tu ne peux pas laisser les gens comme ça, donc l'EMGE pour moi c'est vraiment un soutien essentiel, logistique, d'expérience et qui aidera peut-être les médecins à se former rapidement sur le terrain grâce à eux et à rester, moi c'est ce que j'ai dit à l'ARS. Et éviter les hospitalisations bien sûr. Vu mon expérience, je ne suis pas dans l'attente des formations et tout, ça je le fais tous les jours depuis 25 ans les formations, bon qu'on vienne m'aider aux formations parce que j'en ai marre au bout de 25 ans, ça m'aide que l'EMGE me dise « tiens j'ai des infirmières qui font des formations », je dis ok, don c'est aidant en énergie.
- 4) Ca se passe ici et ça se met sur le terrain, ça évalue dans les conditions internes, un dément ici et à l'hôpital, il n'est plus le même, tout à coup il est calme, il est au garde à vous presque sentant la différence d'environnement, c'est le principe des visites à domicile, t'es sur le terrain, t'es dans les conditions, et tu entends les difficultés de l'ensemble de l'équipe, pas que de la famille, t'as les aides soignants qui vont s'exprimer, moi qui vais faire le lien, les infirmiers, voilà en quoi c'est important, c'est qu'elle substitue une consultation qui est une grosse galère de toute façon, la consultation ne va pas appréhender tout le problème, le médecin va voir le problème médical, « c'est la démence », et il n'y a pas l'ergo... c'est un ensemble qui à mon avis apporte, valorise vraiment cette fonction là. Donc pour moi, c'est une plus value, oui bien sûr.

- 5) La psychiatrie, c'est toujours pareil, la psycho-gériatrie. Alors les formations de l'EMGE dont je reçois les listes... je ne sais pas... moi mon équipe, à chaque fois que je les affiche, personne ne s'inscrit parce qu'ils considèrent qu'ils les ont ici, moi je leur dis c'est bien d'avoir la formation de quelqu'un d'autre parce que mon contact vous y êtes habitués, des phrases différentes, des choses différentes peuvent faire comprendre que ce qui se dit ailleurs c'est pratiquement la même chose, peut-être dit différemment mais ça vous conforte dans le fait que vous savez les choses. Moi j'ai une équipe très stable, quand je dis l'équipe c'est les infirmières et un noyau d'aides soignants très stables. En plus, Korian fait des formations en interne, pas assez à mon goût. Il y a un noyau dur d'aides soignants très stables, très expérimentés et il y a les nouveaux qui arrivent, qui arrivent, alors là c'est les suivre qui est compliqué, t'as à peine le temps de les former qu'ils s'en vont. Il y a des migrants des soins, et il y en a pas mal qui sont comme ça. Le noyau ici, ce sont les plus anciens en fait. On les forme et c'est assez épuisant puisque de toute façon ils s'en vont.

Entretien n°4 : Infirmière

- 1) Quand on a des difficultés à évaluer des patients ou quand on a des difficultés de prise en charge avec la famille, pour l'évaluation cognitive, pour les soins palliatifs. Ça nous est déjà arrivé aussi de faire venir l'équipe mobile pour des soins d'escarres, des pansements.
- 2) On a eu à faire au médecin et à l'infirmière, je trouve que les deux sont aussi importants. Il manque un psychiatre.
- 3) Déjà ce qu'ils font, ça nous aide beaucoup. Je n'ai pas d'attente particulière, après c'est au cas par cas, selon les problèmes pour lesquels on les fait venir, la plupart du temps ils répondent à ce qu'on demande.
- 4) Déjà ça évite un traumatisme pour le patient, il y en a qui sont très traumatisés par l'hospitalisation, surtout quand ils ont des troubles cognitifs. Ça peut traumatiser les familles aussi. C'est mieux parce que sur place, ils nous explique la marche à suivre, les recommandations. Donc bien sûr que c'est plus intéressant.
- 5) Je n'ai rien qui me vient à l'idée. Déjà si vous pouviez avoir un psychiatre ça serait bien, ça nous aiderait beaucoup, parce que on a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques et on n'a pas de psychiatre qui intervient à la résidence, on n'en a plus, et le CMP ne veut pas toujours prendre en charge des personnes âgées avec des troubles psychiatriques, ça pose un gros problème.

➤ HOTELIA PARIS PARC MONCEAU

Entretien n°1 : Infirmière

- 1) Moi ça ne fait pas très longtemps que je suis ici, je constate aussi que mes collègues, on est tous à moins d'un an dans cette structure, donc ça peut aussi être un frein à la mise en relation avec votre structure. Moi je n'ai pas vos coordonnées sous les yeux, avec aussi les différents champs d'intervention sur lesquels vous pouvez intervenir. Si

j'avais ça, je pense que ça pourrait être un réflexe ou ça pourrait être plus spontané. Il y a la mise en place de l'IDEC, qui est arrivée il y a une semaine, donc je pense que ça va débloquent des choses. Pourquoi on n'y a pas forcément recours ? Parce qu'il y a le médecin coordonnateur et tous les médecins traitants, qui sont multiples, du coup on n'a pas tout le temps un interlocuteur pour tous les résidents. Je n'ai pas le réflexe, je ne connais pas spécialement les missions ni les prérogatives, mais apparemment le champ d'action est assez vaste donc ça serait intéressant qu'on puisse collaborer ensemble dans l'optique du mieux vivre, du mieux être du résident, en fonction des problématiques rencontrées.

- 2) Moi j'ai eu à faire une fois à l'équipe mobile, dans la prise en soins d'une résidente pour des pansements. On a eu la visite du médecin qui a pris des photos, qui a noté des protocoles, qui a fait des prescriptions, et là on voit une nette amélioration. Bon, il y a eu un petit manquement parce qu'elle avait prescrit des bas de contention et ils n'ont jamais été mis, du coup ça ne favorise pas la cicatrisation de ses ulcères. Ça fait un mois que je suis ici, c'était la seule fois en un mois, j'ai vu une fois une personne. C'est la seule expérience ici, et je sais que ça a été d'une grande aide, on a un protocole à suivre, elle nous a dit de ne pas hésiter à l'appeler. Moi j'avais l'intention mais je repousse à chaque fois le fait de le faire, mais ce que je souhaiterais c'est reprendre en photo ces plaies, lui envoyer, elle m'a laissé ses coordonnées, donc ça c'est un vrai partenariat pour la résidente. Peut-être qu'un géronto-psy serait utile, parfois pour les syndromes de glissement ou les pathologies psy propres aux personnes âgées, pour avoir des conseils pour la prise en charge, ça serait un plus.
- 3) Des conseils, la mise en place de thérapeutiques, un travail de partenariat, de collaboration. Même de médiateur à certains moments d'un professionnel de l'extérieur. Parfois les personnes âgées se braquent vis-à-vis de nous, ils nous voient tout le temps, ils se braquent vis-à-vis du médecin, pourquoi pas une aide extérieure. C'est toujours bien dans l'intérêt du résident, parce que parfois on est noyé dans le fait de se voir tout le temps, il y a des choses qu'on ne voit plus, ça peut être une solution parce qu'il y a des choses qu'on ne voit plus à force d'être à côté du résident, on a tous nos mécanismes de défense.
- 4) Pas de déplacement, pour la sécu, pour le résident. Et on a l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire aussi, c'est intéressant pour ça aussi. Un meilleur suivi aussi puisque après l'intervention elle se fait dans le cadre d'un partenariat plutôt qu'une consultation avec un médecin extérieur, externe, qu'on va nous conseiller, parfois on n'a pas forcément de retour aussi. Alors que moi avec l'expérience que j'ai eue par rapport à ces fameux ulcères, je sentais bien qu'on pouvait mettre en place plein de choses, elle m'a dit « n'hésiter pas nous rappeler », elle était venue ici, on n'avait pas sorti la résidente, tout ça ce sont des points positifs.
- 5) Peut-être déjà plus de « campagne de pub », que ce soit plus connu finalement. Après je n'ai pas suffisamment de recul ni d'expérience avec votre équipe pour critiquer quoi que ce soit finalement.

Entretien n°2 : Ergothérapeute

- 1) En général c'est pour des interventions surtout pour des troubles du comportement, pour des bilans approfondis. Alors moi pas, mais notre équipe l'appelle pour des

évaluations des plaies et cicatrisation, des pansements qui sont faits par l'équipe mobile. Et pour les soins palliatifs et les relations avec les familles. Ils peuvent débloquent des situations conflictuelles avec les familles. Quand on les appelle, c'est qu'on a nos limites aussi. Moi quand je sens mes limites, soit de temps ou de spécificité, ou humblement je ne connais pas du tout ou je connais peu, là je fais appel au spécialiste, c'est quand même une aide pour nous, c'est une aide de temps. Et après quand j'ai des incapacités, quand je ne maîtrise pas bien, je préfère les appeler. Surtout pour les relations avec les familles avec les soins palliatifs, le fait qu'ils soient là ça temporise beaucoup avec les familles. On appelle plus par spécificité et nous, on a un gain de temps et en plus, on a des compétences qui sont disponibles.

- 2) Ca dépend, en général ça va être plus l'infirmière, parce qu'elle sera entre la théorie et la pratique. Quand on a des besoins techniques, savoir pour certains types de pansements, on a plus de relations avec l'infirmière parce qu'elle est entre la technique et le pratico-pratique. On est tellement touché à tout qu'on doit avoir de temps en temps des avis de spécialistes pour des spécificités. L'équipe mobile c'est un gain de temps et surtout des compétences, une valeur ajoutée par rapport à nous, c'est ça qui est important. Parce que nous on touche à tout mais on n'est pas spécifique dans certains domaines. En général, l'infirmier et le médecin, ça nous suffit. Dans ce que je fais ici, je n'ai pas le besoin d'appeler l'ergothérapeute, mais par contre si un jour j'ai un patient spécifique ou que je suis moins fort dans certaines spécificités, là je ferais appel à l'ergothérapeute mais pour l'instant c'est très basique ce qu'on fait ici. Il y a des cas où j'aurais pu appeler mais comme ça fait 2 ans que je suis là...
- 3) C'est surtout de nous rassurer dans ce qu'on va faire et de nous apporter des informations complémentaires, des formations. Et toujours le gain de temps, et la qualité.
- 4) En général on fonctionne jusqu'au dernier retranchement, on essaie d'aller jusqu'au dernier retranchement de nos compétences. Ca nous permet de pouvoir garder le résident, d'une part pour les familles, et c'est vrai que quand on perd le patient, quand il revient, pour nous c'est une double entrée, on ne sait pas dans quel état il va revenir, il revient avec plein d'escarres. Donc on préfère les garder nous, d'une part pour les familles parce qu'elles paient très cher ici, ils mettent un certain prix pour les garder à proximité, ça perturbe énormément les familles et on n'est plus dans la qualité commerciale, relationnelle. Pour nous, ça nous apporte d'avoir le patient ici, on maîtrise ce qu'on fait, par rapport aux familles, c'est important qu'elles gardent le contact avec lui, la plupart des gens viennent ici parce que leurs familles vivent dans le quartier. La plus value, c'est de le garder ici, de maîtriser le patient et surtout par rapport aux familles. Après quand on ne peut pas, on délègue, si on envoie aux urgences, c'est que nous on délègue parce qu'on n'a pas le matériel adéquat.
- 5) Comme je ne connais pas tout, que je n'ai pas accès à tout, je ne vois pas. Simplement peut-être dans le futur, c'est le marketing. Il manque un peu de marketing je pense parce qu'on sait que ça existe mais on ne va pas nécessairement le chercher, on n'en parle pas assez. De faire venir l'équipe dans tous les EHPAD, se présenter et leurs fonctions, c'est plus parlant que le prospectus parce qu'on en reçoit des tonnes et des tonnes. C'est de rappeler aux gens qu'ils sont présents parce que le personnel

soignant, le personnel paramédical ne connaît pas trop parce qu'ils peuvent demander aussi.

- 6) C'est bien d'avoir des spécialistes qui se déplacent à domicile. Toujours la même chose, formation, gain de temps, qualité, spécificité. Ils répondent aux besoins qu'on a, maintenant je ne connais pas la liste exhaustive.

➤ **LE TREFLE BLEU DESIRADE**

Entretien n°1 : Médecin coordinateur

- 1) Souvent, soit c'est des problèmes de prise en charge de patients, souvent sur des troubles du comportement par exemple, ou des évaluations cognitives, des choses comme ça. Après on s'en sert aussi beaucoup pour faire le lien avec certains spécialistes, je pense par exemple si un chirurgien ne veut pas opérer un patient parce qu'il est âgé, on passe par l'équipe mobile qui va aller discuter avec lui et essayer de voir quelle est la meilleure prise en charge possible. Et puis pour la formation.
- 2) C'est le médecin qui vient le plus souvent, qui nous soutient le plus souvent. Sinon aussi l'orthophoniste qui fait des bilans troubles de la déglutition. Et ce qu'on avait avant et qu'on n'a plus mais qui nous serait bien utile c'est la psychiatre, c'était vraiment très bien parce que, les déplacer c'est très compliqué, aller chez un psychiatre, faut les accompagner, c'est très compliqué et ils ne sont pas très bien formés en gériatrie en général, donc c'est vrai que c'était précieux.
- 3) D'avoir de nouveau un psychiatre. Sinon, que le reste continue parce que c'est quand même bien d'avoir un interlocuteur privilégié de l'hôpital, parce que parfois sinon avec les personnes âgées c'est compliqué. Pour éviter les urgences aussi, c'est bien pratique. Je pense à une dame, elle avait 6 g/dl d'hémoglobine, on a organisé l'hospitaliser sans passer par les urgences.
- 4) C'est dans la capacité à communiquer simplement par téléphone, sans justement déplacer le patient, et de pouvoir résoudre des problèmes très rapidement parce qu'en général, les consultations spécialisées il faut attendre, l'hospitalisation faut passer par les urgences donc pour les gens c'est pas très agréable. Donc ça c'est précieux, éviter le déplacement des gens et la rapidité de la réponse, c'est vraiment ça qui prime.
- 5) De nous remettre un psychiatre, je me répète mais c'est vraiment ça qui manque parce que c'est quand même une grosse partie du recrutement en maison de retraite. Peut-être que par rapport au début où on avait... avant les possibilités de formation étaient importantes et puis comme l'activité s'est développée, elle ne peut plus en faire autant qu'elle pouvait en faire auparavant, par manque de temps parce qu'elle a beaucoup de choses à faire. Cela dit, moi j'en fais aussi pas mal des formations donc on n'est pas non plus pauvres de ce côté-là. Mais plus on forme les soignants, mieux c'est, ils sont tous en demande, tout le temps. Surtout que ça ne s'arrête pas, parce que sinon la communication avec l'hôpital n'est pas toujours évidente donc...

Entretien n°2 : AMP

- 1) On a recours à l'équipe mobile quand on rencontre des difficultés, avec certaines personnes, sur certains points, quand on a des choses à approfondir.
- 2) Le médecin et l'infirmière principalement. Il manquerait un psychologue je dirais, par rapport à l'écoute, à la prise en charge de certaines personnes.
- 3) Une certaine approche avec certaines personnes qu'on a un petit peu de mal à cerner parfois, quand on est en difficulté avec certaines personnes et du coup ils peuvent nous aider à avoir une approche différente, à trouver des solutions.
- 4) Déjà pour la personne, ça évite un chamboulement, de sortir ça peut être difficile pour certains résidents. Et en même temps, je pense que ça permet quand on est en équipe de discuter, de poser des questions, de trouver des réponses ensemble, une façon de travailler en équipe.
- 5) Je ne vois pas trop. Peut être qu'ils interviennent plus, plus de formations.
- 6) Pour nous, c'est que du positif, ça nous apporte beaucoup.

Entretien n°3 : Aide soignante

- 1) Parce que parfois on ne sait pas comment s'y prendre, avec des personnes très douloureuses par exemple, une personne en fin de vie on va faire appel à eux pour savoir comment faire.
- 2) Le médecin et l'infirmière. Une psychologue peut-être que ça serait bien.
- 3) Une aide, un soutien quand on n'arrive plus à gérer la situation.
- 4) Il y a des résidents qui ne veulent pas, qui veulent rester ici, qui ne veulent aller à l'hôpital, et parfois c'est les familles qui ne veulent pas. On est obligé de respecter l'avis du patient. Donc on préfère qu'ils viennent, c'est mieux.
- 5) Je ne sais pas.

Entretien n°4 : Directrice

- 1) Quand on a connu l'équipe mobile, c'était en 2010, et en fait à ce moment là on n'avait pas de médecin coordonnateur donc c'est vrai qu'à ce moment là on a eu beaucoup recours à l'équipe mobile, pour faire des bilans cognitifs, quand on avait des soucis avec des patients un peu difficiles, des pathologies où le médecin patageait un petit peu. Le fait de les avoir connus, ça s'est toujours très bien passé, on a un super bon relationnel avec eux, c'est pour ça qu'on a continué à avoir recours à eux. Maintenant tout ce qui est bilan cognitif, on ne fait plus parce qu'on a le médecin coordonnateur, mais on continue les formations, des formations que ne peut pas dispenser le médecin coordonnateur. Sinon on les appelle quand on a un souci, une personne par exemple qui a des troubles du comportement qu'on n'arrive plus à gérer, ou pour avoir des conseils pour une prise en charge quelconque quand le médecin traitant, quand le médecin coordonnateur ont besoin d'autres avis aussi en fait.
- 2) Pas mal le médecin, qui vient souvent, surtout pour organiser des hospitalisations de jour ou pour éviter les urgences, par exemple on a eu le cas d'une transfusion qui a été organisée par l'EMGE sans passer par les urgences, on sait bien que les urgences c'est toujours quelque chose de traumatisant pour les personnes âgées. L'orthophoniste est venue aussi faire des bilans à toutes les personnes qui avaient des problèmes de

fausses routes et nous a trouvé des solutions, depuis on a introduit aussi les eaux gazeuses. On travaille pas mal avec eux, c'est vrai qu'on travaille un peu moins avec eux depuis cette année mais pas pour des raisons particulières, on a eu moins besoin. Enfin si, on a travaillé avec eux, mais plus par téléphone. Quand aux formations, c'est vrai qu'il faudrait qu'on en refasse, il y a un peu de laisser aller de notre part, on a été un peu surchargé cette année pour d'autres raisons, des problèmes d'infrastructure, de renouvellement de conventions, j'ai été très débordée cette année, c'était un peu difficile, sinon on fait appel à eux sans problème. Le professionnel manquant, le psychiatre, il y a eu le départ du psychiatre et c'est vrai que c'est dommage donc j'espère qu'ils vont en trouver.

- 3) Toujours la même chose, des attentes de... éviter des hospitalisations inutiles, programmer des journées d'hospitalisation à Bretonneau où ils ont le temps de faire un bilan sur toute la journée donc c'est programmé, il n'y a pas de souci, on ne va pas dans l'urgence. Et puis, pour la formation aussi.
- 4) Ça évite déjà de faire déplacer les résidents et en plus, il y a souvent un suivi, donc ça c'est quand même intéressant, le compte-rendu, un suivi qui est relativement important je dirais.
- 5) Recruter un psychiatre, je crois que ça serait pas mal.
- 6) On espère que ça va continuer, en tout cas je trouve que c'est une super chose, c'est rassurant de les avoir. Même moi en tant que directrice, je n'hésite pas à passer un petit coup de fil au Dr Chansiaux si je n'ai pas mon médecin coordonnateur, s'il est en vacances, si je ne peux joindre personne, avant de partir à droite, à gauche, les urgences, j'appelle, si je peux lui demander conseil, donc c'est une épaulement en plus.

Entretien n°5 : IDEC

- 1) On a recours à l'équipe mobile quand on est devant un cas et qu'on ne trouve pas de solution, ni le médecin traitant ni le médecin coordonnateur, ou que l'équipe est dépassée par une situation. Et pour les formations naturellement, que le médecin coordonnateur ne peut pas faire.
- 2) En général c'est l'infirmière, puis le médecin. Il y a une orthophoniste mais je pense qu'elle n'est pas assez disponible.
- 3) Ce qu'elle fait déjà, c'est pas mal, est-ce qu'elle pourrait faire plus ? Non, pas plus, c'est déjà bien qu'elle puisse nous aider quand on a des cas difficiles.
- 4) Pour des personnes âgées, si on peut éviter l'hospitalisation et un transport, quand ils sont fatigués ou difficilement mobilisables, c'est un bénéfice pour eux, ça fait un confort supplémentaire quand l'équipe mobile peut se déplacer et les voir dans leur chambre. Et surtout on évite la multiplication des consultations, c'est-à-dire qu'elle vient, elle fait le diagnostic, elle pense à un professionnel et on ne sera pas passé par plusieurs professionnels, donc ça évite des transports, des dérangements surtout pour la personne en plus.
- 5) Peut-être au niveau de la disponibilité, peut-être que parfois ils sont... ils ont un territoire qui est assez grand et ils ne sont pas beaucoup. Le délai d'intervention, à chaque fois il a quand même été assez correct mais je pense qu'ils sont insuffisamment. Mais bon, ça dépend, parfois on a souvent besoin d'eux, là cette année c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup fait appel au Dr Chansiaux, à l'équipe mobile

en général, parce qu'on a eu moins de cas difficiles. Le médecin coordonnateur y est pour beaucoup, ça fait la différence, mais quand même on a eu des patients qui demandent moins qu'on fasse appel à l'équipe mobile. C'est tout ce que je vois.

➤ **LES ISSAMBRES**

Entretien n°1 : Médecin coordonnateur

- 1) On a le plus souvent recours à l'équipe mobile de gériatrie avec laquelle on travaille beaucoup, souvent, nous avons beaucoup travaillé avec le Dr Laurence Petit qui était psycho-gériatre pour des troubles du comportement, pour avoir un œil extérieur si le traitement mis en place par le médecin souvent après discussion avec moi-même est à la hauteur ou pas, en cas d'agitation, une évaluation, et parfois justement souvent l'équipe mobile que ce soit en psychiatrie ou en gériatrie générale nous aide à trouver des places aussi pour des hospitalisations, les prévoir ou parfois avoir un avis sur le lieu, sur le terrain pour éviter les hospitalisations. L'équipe mobile est intervenue pour des formations, même si c'est pas ici, j'ai travaillé par le passé dans un autre établissement dans lequel l'équipe mobile est beaucoup intervenue pour des formations de l'équipe. Ici pour l'instant ils ne sont pas intervenus, il y a eu une restructuration qui a fait que non, mais peut-être dans l'avenir. Dans la réalité la formation, ou c'est nous qui l'assurons ou c'est quelqu'un d'autre. Ce que j'attends de l'équipe mobile, c'est que quand elle assure une formation, il faut des formations bien plus pratiques que toute la littérature qui a été faite par le passé. Il m'était arrivé d'assister à des formations à l'époque et je voyais que les aides soignantes somnolent. Il faut adapter, leur montrer des choses très pratiques. Ça c'est avantageux et ça serait très bien qu'on continue dans ce sens les formations. Sinon, des avis ponctuels, que ce soit dans la prise en charge du somatique, des escarres, comme on n'a pas d'ergothérapeute parfois on fait appel à la votre qui donne un coup de main même si ça ne remplace pas une ergothérapeute à temps plein. Il y a cette aide sur le terrain, ça nous aide dans la fluidité des hospitalisations, que ce soit d'une façon préventive ou dans l'urgence, et c'est terrible d'avoir une personne âgée qui nécessite une hospitalisation et de ne pas lui trouver une place. Et quand on peut leur éviter une hospitalisation, c'est ça notre but. Parfois même par rapport aux familles, l'équipe mobile nous sert de tampon quand il y a un conflit, on fait venir un intervenant extérieur spécialisé, ça désamorce le conflit, c'est déjà arrivé.
- 2) On travaillait beaucoup avec la psychiatre, qui est partie, donc ce qui nous manque actuellement c'est la psychiatre, même si on fait appel parfois à Christine Chansiaux.
- 3) Continuer à travailler comme par le passé, à savoir des avis ponctuels, pour éviter des hospitalisations, nous aider à trouver des lits en gériatrie et en psycho-gériatrie, les évaluations en hôpital de jour, et essentiellement des avis ponctuels quand on les sollicite.
- 4) C'est essentiellement le fait de ne pas perturber nos résidents, c'est pour assurer une qualité de vie, si on peut éviter de les envoyer aux urgences. C'est pour la qualité de la

prise en charge d'une part, et éviter l'hospitalisation, c'est éviter un surcoût. Ceci dit l'EHPAD ne remplace pas l'hospitalisation étant donné le manque de moyens qu'on a.

- 5) Avoir un espace technique peut-être approprié à l'équipe mobile tel que nous faire des explorations localement, avoir du matériel radio portable pour faire des radios au lit, avoir un écho. Je pense qu'on aurait une qualité de vie pour la personne et une qualité du diagnostic et de la prise en charge. Et que vous ayez une réponse pour nous pour les problèmes de troubles du comportement de la personne âgée assez rapidement, que vous ayez un psychiatre qui puisse les prendre en charge, faire des évaluations.

Entretien n°2 : IDEC

- 1) Pour deux raisons. On a fait appel à l'infirmière pour des pansements parce que mes infirmiers me disaient qu'ils ne savaient pas trop ce qu'ils pouvaient mettre comme produit. Une fois également, elle en a profité pour voir un résident pour lequel on avait du mal avec la gestion de sa douleur. On a fait appel aussi à l'ergothérapeute, parce que nous n'avons pas d'ergothérapeute ici, pour des questions d'installation dans les fauteuils.
- 2) L'infirmière et l'ergothérapeute. Mais vraiment vraiment, c'est l'ergothérapeute parce que nous n'en avons pas du tout. Il manquerait pourquoi pas un psychiatre, je pense que ça serait pas mal.
- 3) Nos attentes, c'est vraiment le professionnel que nous n'avons pas ici, tel l'ergothérapeute, donc voilà c'est nous apporter ce plus. L'infirmière, c'était vraiment une demande des infirmiers parce que nous ne savions plus si ce que nous faisons était bien ou pas, on attendait des conseils et surtout nous rassurer sur ce qu'on faisait. Nous n'avons pas encore fait appel pour des soins palliatifs, une fois on s'est posé la question mais on ne l'a pas fait. C'est plus à notre niveau, on n'a pas encore la démarche de vous appeler pour des évaluations. Peut-être parce que moi, je ne sais pas tout ce que vous pouvez nous apporter.
- 4) Ça nous évite l'hospitalisation parce que l'équipe se déplace, elle vient voir les résidents sur place, ça c'est bien. Souvent l'hospitalisation pour les résidents ça peut être traumatisant, parce qu'ils attendent aux urgences, et après les urgences les envoient un peu partout, nous on ne sait pas forcément. La plus value ça serait ça, d'éviter l'hospitalisation, pour que justement les résidents ne changent pas de milieu. Le fait que l'équipe mobile vienne, on a aussi un contact plus facile ; quand ils partent à l'hôpital, on n'arrive pas toujours à avoir quelqu'un au téléphone, on n'a pas toujours des comptes-rendus, c'est difficile pour nous d'avoir des informations. Tandis qu'avec l'équipe mobile, on se voit, on se parle, on a tout de suite un retour. Donc la facilité des échanges.
- 5) Je ne sais pas, peut-être avoir un petit document pour savoir les missions, parce que moi quand je suis arrivée ici, on ne m'a pas parlé de l'équipe mobile, j'ai su qu'elle existait par une infirmière qui m'a dit pourquoi pas faire appel à l'équipe mobile pour des pansements, donc j'ai su qu'une infirmière de l'équipe mobile pouvait venir. Je ne sais pas tout ce que peut faire l'équipe mobile. Moi ici, il me manque des informations, je n'ai pas été présentée à l'équipe mobile, on ne m'a pas présenté l'équipe mobile, je ne sais pas ce que vous pouvez faire. Ce qui pourrait m'aider, ça serait ça, de l'information sur l'équipe mobile. Donc ça serait plus que l'équipe mobile

se fasse connaître, parce que si on n'a pas cette information, on ne pense pas à vous appeler. Peut-être que je pourrais plus facilement faire appel à vous si je connaissais mieux vos missions, comment vous appeler, la composition de l'équipe. Moi ça, ça me manque, plus d'information. Mais sinon quand l'infirmière et l'ergothérapeute sont venues, ça c'est très bien passé, ça a été vraiment une aide supplémentaire, les infirmières étaient contentes parce qu'elles étaient rassurées sur ce qu'elles faisaient, ça a rassuré l'équipe. C'est elles qui l'ont demandé donc il y avait vraiment une demande des infirmières. En tout cas, ça nous a apporté un plus, je trouve que c'est très utile.

➤ LES JARDINS DE MONTMARTRE

Entretien n°1 : Cadre de santé

- 1) Pour les formations, on a recours à l'équipe mobile. Après si c'est des interventions par rapport à des résidents, je vois ça avec le médecin coordinateur, et pour l'instant on n'a pas eu besoin parce qu'on a réussi à palier sans intervention. Après s'il y a besoin, je pense que le Dr Lapeyre appellerait. On n'est pas contre, on n'en a pas eu le besoin.
- 2) On a eu affaire au Dr Chansiaux et à l'infirmière qui travaille avec elle ; donc l'une ou l'autre, il n'y a pas de souci au niveau des formations, c'est pareil. Un psychiatre au sein de l'équipe mobile, ça serait bien. Une psychologue, on en a une, mais c'est sûr que quand on est confronté à des problèmes psychiatriques sur nos résidents, on n'a pas beaucoup de résidents psychiatriques, on en a peut être 2 ou 3 sur les 98, c'est pas beaucoup, et qui sont stables, mais si on devait avoir des problèmes avec ces résidents, là actuellement on est carrément obligé de les envoyer sur Bretonneau, on ne peut pas faire autrement puisqu'il n'y a pas de psychiatre, donc ça serait bien que vous en ayez un .
- 3) Qu'elle continue à faire ce qu'elle fait ! Pour les formations, c'est bon. Et puis qu'on puisse, si jamais j'avais besoin de l'équipe mobile, je pense que de toute façon on les appelle, qu'ils puissent nous donner leur aide, leur savoir et avoir une vue extérieure, même pour voir si ce qu'on fait est bien, ça peut aussi avoir une idée de soutien par rapport à ce qu'on fait, si on est bien dans la bonne direction.
- 4) Par rapport à une hospitalisation, parce que pour nous en tous cas, moins on les hospitalise mieux c'est, parce qu'ils sont dans leur environnement ici, et que vous vous déplacez donc vous œuvrez avec ce qu'on a. Donc voilà, c'est ça qui peut être véritablement un plus, on voit comment en plus de ça, ça nous permet de voir comment est le résident dans son environnement et ce que les actions qu'on peut mettre en place vont de paire avec ce qu'on a nous, nos moyens, et en règle générale ça peut suffire.
- 5) La psychiatre, ça c'est certain ! Après je ne sais pas si vous êtes beaucoup sollicités parce que je vous dis je n'ai pas eu l'occasion de faire appel à vous sur des interventions autres que la formation mais en tous cas si vous êtes sollicités, est-ce que

vous avez le temps de venir rapidement ou pas, et si ce n'est pas le cas à ce moment-là faire en sorte qu'il y ait plus de monde pour vous puissiez intervenir plus rapidement.

Entretien n°2 : Médecin coordonnateur et soignant

- 1) Nous, on y a recours essentiellement pour les formations parce que je suis médecin coordonnateur et médecin soignant, donc j'ai pas le temps de faire tout ce que me demande le travail de médecin coordonnateur et c'est vrai que je pense aussi que l'intervention d'une équipe autre que sur la résidence est tout à fait bénéfique. D'autre part, Christine Chansiaux fait des formations supers donc..., elle vient faire des formations qui sont très intéressantes. Tout était déjà mis en place ici, cette maison a 16 ans, j'y suis depuis qu'elle a été créée donc ce qu'il y avait à mettre en place, on l'a déjà mis en place même si c'est pas la perfection, loin de là mais c'était fait déjà quoi, donc je ne suis plus toute jeune et j'ai une expérience gériatrique je vais dire qui fait que bon bah voilà, j'avais pas besoin en dehors ..., enfin on a toujours besoin de choses, si bien sûr, mais disons que c'était pas essentiel, je pense qu'il y avait des EHPAD à aider beaucoup plus, où il y avait de jeunes médecins qui arrivaient, qui connaissaient pas encore le monde gériatrique et qui avaient surement beaucoup plus besoin de Christine, ça c'est sur.
- 2) C'est le médecin, et aussi la psychiatre. Il y avait une psycho-gériatre il y a quelques temps, qui est venue 2 fois dans la résidence pour des personnes qui étaient suivies par le Dr Darrau à l'époque qui est parti de Bretonneau, et qui nous a aidés aussi. Sinon une infirmière qui faisait les formations est venue également. Là actuellement, il manque le psychiatre c'est clair. Ils ont une ergothérapeute mais nous on en a une aussi sur place donc on n'a pas besoin, ça serait des relations entre ergo-ergo, à la limite pourquoi pas. Mais c'est vrai que la psychiatrie c'est toujours un souci d'une façon générale de toute façon.
- 3) Ça serait un petit peu ça, ça serait effectivement d'avoir, ce que voulait faire Christine c'est-à-dire trouver un psychiatre de secteur qui puisse se déplacer au sein de notre résidence et donner un coup de main dans le cas de situations psychiatriques lourdes, ce qui arrive.
- 4) D'abord c'est une équipe qui vient sur place donc c'est toujours bien de voir la personne âgée dans son milieu de vie plutôt que de la déranger, la faire perdre ses repères, c'est un plus. Et puis, ils ont des compétences indéniables. C'est l'idéal en fait. Et puis, ils sont performants dans plusieurs domaines puisqu'on peut appeler l'infirmière pour des pansements, on peut appeler l'ergo, bon nous non mais sinon, et Christine ou Claire qui sont des professionnelles.
- 5) J'en sais trop rien, j'ai pas trop réfléchi à ça. Vu que nous si vous voulez, on fait appel à eux essentiellement pour des formations, c'est vrai que je n'ai pas de problème par rapport au temps, que ce soit pour une intervention plus rapide par exemple pour des évaluations ou des avis médicaux, ça jusqu'à maintenant je n'ai pas eu besoin ou ça s'est fait par téléphone avec Christine une fois où j'avais une patiente hospitalisée, on a eu des rapports pour la conduite à tenir, c'était un petit peu particulier. Moi, ça me paraît quelque chose qui roule bien, qui marche bien.
- 6) Que ça continue surtout, que ça se perpétue, c'est quelque chose de très intéressant.

Entretien n°3 : Aide soignante

- 1) En fait on n'est pas forcément au courant des possibilités, c'est-à-dire est-ce qu'on peut avoir accès, quelles sont les disponibilités, comment ça se passe pour vous contacter, pour que vous nous aidiez, qu'il y ait une prise en charge, un suivi, un travail commun, donc je dirais c'est plutôt un manque d'information je pense.
- 2) Ca serait plutôt l'infirmière. J'avais vu aussi un médecin quand même, mais donc surtout le médecin et l'infirmière. Un psychologue je pense que ça serait bien, parce que ça fait toujours une autre vision des choses, autre que ce qui est médical ou paramédical. Le psychologue a un point de vue différent, plus ancré sur la personne. Un psychologue, je pense que c'est très important même pour les résidents. Il apporte toujours des éléments différents qu'on n'a pas forcément vu au départ.
- 3) Je n'ai pas forcément d'attente spécifique mais c'est vrai que si vous pouvez apporter une aide notamment pour les résidents ou même pour nous ou même une entre-aide au niveau des médecins pourquoi pas, c'est toujours une aide. Les aides sont toujours les bienvenues.
- 4) Je pense que parfois les résidents n'ont pas forcément envie d'aller à l'hôpital, ils sont souvent réticents parce que l'hôpital pour eux c'est synonyme de beaucoup de choses, ils se sentent ici à l'EHPAD chez eux, donc ils sont très réticents à y aller, donc je pense que si c'est une équipe externe ou différente qui vient à leur rencontre, ça les rassure, c'est-à-dire qu'ils sont chez eux, ils sont entourés, il y a les gens qui les connaissent, je pense que c'est plus rassurant pour eux, donc c'est important.
- 5) Je ne peux pas trop vous répondre... L'information auprès des soignants, parce que moi je ne sais pas par exemple comment ça se passe, comment vous contacter, si c'est le médecin qui doit s'en charger, peut être que eux ils sont au courant, et même au niveau de ce que vous pouvez faire, les aides que vous pouvez apporter, je ne suis pas trop au courant du fonctionnement.

Entretien n°4 : Auxiliaire de vie

- 1) Dans le cadre de la maison, c'est eux qui décident, au niveau de certaines maladies.
- 2) Le Dr Chansiaux. On a eu affaire à l'infirmière que dernièrement. Il manquerait peut être un psychiatre.
- 3) D'avoir des réponses en dehors de la maison.
- 4) Pour nous aider, nous, l'équipe à comprendre comment on peut fonctionner avec lui. Ca évite parfois des hospitalisations.
- 5) Que le temps des formations soit plus long, une heure c'est un peu juste, parce qu'en fait elle passe deux heures sur le site mais la formation dure une heure. On est quand même huit, si on a envie de poser des questions, ça va très vite.

Entretien n°5 : Responsable qualité

- 1) On a recours à l'équipe mobile juste dans le cadre des formations, et pas dans le cadre d'interventions dans les étages. La raison : parce qu'on n'y pense pas forcément.
- 2) Médecin et infirmière dans le cadre des formations. Il manquerait des soignants, s'ils faisaient des formations, ça serait vraiment pas mal.
- 3) De soulager les équipes sur le terrain, surtout moralement.

- 4) Ca serait de continuer à garder nos résidents sur place, qu'ils aient leurs repères, ça soulage les familles, ça fait toujours un peu peur l'hospitalisation. Pour le moral des soignants, le fait de ne pas voir ce qu'il en est de leurs résidents, c'est toujours un peu compliqué, c'est douloureux.
- 5) Nous, c'est en interne, de plus se servir de ce soutien.

Entretien n°6 : Directeur

- 1) On a principalement recours à l'équipe mobile, de mon point de vue à moi, pour des questions de formation du personnel, de sensibilisation à différentes thématiques. Je sais par ailleurs, que le médecin fait appel à vos services pour des sujets plus directement médicaux, sur des cas particuliers.
- 2) A ma connaissance, le médecin a le plus souvent fait appel au géronto-psychiatre, et je crois que le poste a dû être vacant pendant un petit moment et ça a posé problème, mais c'est réparé donc tout va bien ! A ma connaissance, il ne manque plus de professionnel au sein de l'équipe mobile puisque le poste est à nouveau pourvu. Si, je n'ai pas fait appel à l'équipe mobile pour ça quand je n'avais pas d'ergothérapeute à un moment donné, c'est un poste que j'ai eu du mal à pourvoir, je ne sais pas si on peut faire appel à l'équipe mobile pour ce genre de prestations, donc ça ça peut être très important pour beaucoup d'EHPAD, ce n'est plus le cas ici chez nous car on en a recruté une mais je sais que c'est une denrée rare.
- 3) Que ça continue. C'est quand même un apport qui est précieux. On y fait relativement peu appel en dehors de la formation, plusieurs fois par an, mais pour autant c'est un soutien au moins moral quand on sait qu'on peut avoir affaire à des spécialistes pointus pour nous épauler, notamment sur les soins palliatifs. On s'est posé la question plusieurs fois de les appeler, on ne l'a pas fait.
- 4) La réponse est dans la question ! C'est quand même souvent délicat les retours d'hospitalisations, ça peut être un petit peu long d'après ce que j'en sais en tous cas. Donc si ça peut éviter les hospitalisations, c'est une bonne chose.
- 5) Je ne vois pas, je ne saurais pas vous dire.
- 6) Le seul point pour lequel je me retrouve un peu vindicatif, enfin mitigé disons, c'est sur des préconisations qu'on m'avait faites en terme d'aménagement de plannings que je n'ai pas trouvées pertinentes de mettre en place dans l'établissement même si les difficultés que ça soulevait sont réelles. Néanmoins dans le rapport bénéfices-risques, j'ai trouvé plus pertinent de ne pas bouger mais bon, c'est anecdotique presque.

➤ **LES MUSICIENS**

Entretien n°1 : Psychomotricienne

- 1) On a eu recours à l'équipe mobile pour la mise en place de contention chez certaines personnes, là c'était l'ergo qui était venue. Et sinon en général, on fait recours à l'équipe mobile quand on en parle en réunion médicale avec tout le staff médical pour

des personnes qui nous posent problème et pour lesquelles on a besoin d'une évaluation.

- 2) Pour moi, c'est l'ergo, on n'en a pas ici en plus. C'est intéressant de voir ce qu'elle apporte de plus de la psychomotricienne, ce qui est totalement différent d'ailleurs, du coup l'équipe mobile nous apporte les connaissances de l'ergo, que l'on n'a pas ici. Il manquerait une psychomotricienne pour moi.
- 3) Qu'elle réponde à des questions auxquelles moi je ne peux pas répondre. Et des attentes plutôt complémentaires aussi, même quand on a un avis, parfois c'est bien d'avoir confirmation ou non confirmation de cet avis mais avoir un autre avis. Et c'est souvent pour ça qu'on appelle l'équipe mobile, pour avoir un autre avis, ou un avis qu'on ne peut pas donner nous, mais que l'équipe mobile peut.
- 4) Elle est spécialisée en gériatrie, du coup on sait qu'on va vraiment avoir une réponse ciblée à la population. On se connaît aussi, ils connaissent bien la maison parce que ça fait longtemps qu'ils viennent. Et c'est interne, ils viennent ici, ce n'est pas le résident qui sort, c'est un plus quand même, ils voient le résident dans son environnement et pas en situation de stress extérieur, enfin avec d'autres facteurs qui entrent en jeu, c'est quand même un luxe d'avoir une équipe qui se déplace à domicile.
- 5) Je n'en sais rien, je n'ai pas eu assez de contact avec l'équipe mobile pour savoir ce qui devrait être amélioré. A chaque fois que j'ai demandé la venue de l'ergo, il y a eu donc c'était top. Je n'ai pas de critique, je ne vais en trouver.
- 6) A chaque fois qu'on s'est posé des questions, on a toujours eu des réponses. Ca serait bien qu'on se voie plus souvent avec l'ergo de l'équipe mobile.

Entretien n°2 : Infirmier

- 1) Quand on a à faire à des résidents qui posent des problèmes spécifiques, du coup on est en difficulté et on a besoin d'avoir un avis médical autre que la résidence. Des gens qui ont des problèmes d'ordre psychiatrique par exemple, pour avoir un avis, une conduite à tenir. Pour des pansements aussi, on demande un avis auprès de soignants qui ont l'habitude de faire des pansements et voir si le protocole est bien adapté ou pas. Pour les formations auprès des soignants, on fait aussi appel à l'équipe mobile.
- 2) L'infirmière pour les pansements. Ce qui peut manquer, c'est pour les gens qui ont un suivi psychiatrique, qui ont des troubles du comportement, on a besoin de faire appel à des gens spécialisés pour ça.
- 3) Un suivi, des formations régulières au sein de l'établissement pour les équipes soignantes.
- 4) Il y a peut-être un meilleur suivi. Quand un problème a été pris en charge par l'équipe mobile, c'est suivi par l'EMGE, et il y a un suivi. Donc ça peut éviter une hospitalisation à ce moment là.
- 5) Je n'en vois pas.

Entretien n°3 : IDEC

- 1) Pour pouvoir améliorer la prise en charge, avoir un avis extérieur face aux difficultés qu'on rencontre et optimiser la prise en charge du résident.
- 2) Le gériatre, l'infirmière et l'ergo. Ce qui manque, c'est le psychiatre.
- 3) Maintenir la formation, les évaluations cognitives.

- 4) Un regard extérieur, ça fait du bien à l'équipe soignante, et aussi par rapport à la famille, qu'ils n'aient pas un seul avis quand il y a une difficulté qui est rencontrée sur la prise en charge. En plus, ils donnent des choses pratiques, auxquelles on ne pense pas forcément quand on est face à un résident qu'on connaît.
- 5) Un psychiatre. Je n'ai rien d'autre à dire, ça ne fait pas longtemps que je connais l'équipe mobile, moi j'apprécie.

Entretien n°4 : Médecin coordonnateur

- 1) Dans un but d'avoir une expertise médicale sur des cas qui nous posent problème au sein de l'équipe soignante en EHPAD. Pour des problèmes aigus, ou des problèmes de troubles du comportement souvent, quand on est en impasse thérapeutique au sein de la résidence et des problèmes de prise en charge globale du résident.
- 2) C'est le gériatre. Ce qui est bien mais qui n'existe plus, c'est pour les troubles du comportement, une expertise psychiatrique, qui existait avant et qui n'existe plus et ça c'est vrai que c'est un gros problème. Souvent on est confronté à des troubles du comportement, bien évidemment on a un panel traitements médicamenteux, non médicamenteux, mais souvent on a un peu une impasse, et un avis psychiatrique est indéniablement important.
- 3) Les formations c'est intéressant aussi. Le suivi aussi au niveau des pansements, prise en charge de la douleur.
- 4) Elle vient à domicile, donc ça évite le déplacement des personnes âgées, des transferts, donc ça c'est un plus.
- 5) Mettre en place un psy, une expertise psychiatrique c'est important. Pour tout ce qui est intervention du gériatre, c'est rodé, il n'y a pas de problème.

➤ **LE TREFLE BLEU CARDINET**

Entretien conjoint Directrice et Infirmière Référente :

- 1) A chaque qu'on avait un souci, il y avait une réponse adaptée. Ca permet de trouver des solutions pour évaluer nos patients plutôt que des les envoyer à l'hôpital. Avec un regard bénéfique, c'est un regard très complet. Voilà il y avait un gériatre, on pouvait avoir un psychiatre, il pouvait y avoir une ergothérapeute. Le Dr Chansiaux trouvait des solutions, même par des systèmes D, elle cherchait la solution, elle la trouvait. Elle nous a beaucoup aidées, elle nous a aidées à prendre des décisions. Une intervention judicieuse, adaptée, je ne sais pas quoi vous dire c'était génial, qui a vraiment apporté un plus, évité des hospitalisations. Et puis quand on avait un souci, ça nous a aussi déculpabilisées sur un comportement, par exemple on avait une personne qui était en fin de vie qu'on faisait manger, on passait un temps énorme, on est passé à l'alimentation plaisir, elle nous a déculpabilisées sur le fait de prolonger une personne, de la perfuser. On a eu plein de formations aussi, du coup on était plus sereines par rapport aux situations. Quand on est formé, on a des réponses, des protocoles, on sait quoi faire. Sereines parce que soutenues par une équipe hospitalière, parce que

Christine elle nous ouvrait les portes de beaucoup de choses, de l'hôpital, aussi bien même pour les urgences, on disait qu'on travaillait avec l'EMGE, tout ça ça allait plus vite, on nous trouvait une chambre. Du coup, le réseau fonctionne mieux, elle a fait fonctionner le réseau. Une réponse immédiate, hospitalière, chez nous. Et qui évite l'hospitalisation ou alors elle organisait une hospitalisation. Voilà ce qu'elle nous a apporté, l'ouverture à plein de services, à plein de possibilités à l'hôpital, à une bonne prise en charge. En tout cas, on a des réponses à nos questionnements tout le temps. Et puis elle était très disponible, on avait un problème, on avait son portable, un coup de téléphone et... alors ça je crois, la disponibilité c'était le... mais ce que je crois c'est que c'est lié à Christine Chansiaux tout simplement. Elle est disponible même sur son lieu de vacances, on l'appelle, elle décroche. C'est l'esprit du Dr Chansiaux qui est bien, sa façon de trouver la solution, elle aime son travail, elle le fait bien, ce n'est pas une donneuse de leçons. Elle nous donnait des conseils et pas des... des conseils qu'on écoutait ou pas, mais en général qu'on écoutait, mais en tout cas ce n'était pas des injonctions. Là on va voir parce qu'il y a un autre médecin pendant six mois. Alors pourquoi on ne l'appelle plus ? Parce que d'abord on est une équipe stable donc tout le monde a fait les formations, parce qu'on a été mis sur des rails qui fonctionnent, et aussi parce qu'on a peur de déranger, d'abuser, sinon nous on l'appellerait sans arrêt. D'autant plus, qu'à un moment donné, on était entre deux médecins coordonnateurs, comme on n'en avait pas, on appelait Christine plus souvent en fait. Maintenant on a un médecin coordonnateur qui est bien posé ici donc du coup, ce n'est plus ça. On a un excellent gériatre aujourd'hui, du coup on est plus apaisé aussi, il s'implique, comme Christine. Il ressort quand même que la qualité des médecins, traitants et coordonnateurs... là on se rend compte qu'avec un bon médecin coordonnateur, on a moins besoin de l'équipe mobile. Et aussi parce qu'on a que vingt résidents, quand on a un médecin coordonnateur pour vingt, et un médecin coordonnateur pour quatre-vingt, le médecin c'est sûr qu'il n'a pas le temps. Maintenant en tout cas, même le médecin coordonnateur nous dit « demandez au Dr Chansiaux », les médecins traitants nous disent « téléphonez au Dr Chansiaux », elle est devenue le référent pour tout le monde, même pour les médecins traitants, ils la vivent vraiment comme un conseil, pas comme un contrôle, pas comme une intrusion à leur pratique. On n'ose pas la déranger mais on va le refaire, on va trouver une formation. Nous, on ferait davantage appel mais on n'ose pas les déranger, même pour une formation, on se dit ils ont autre chose à faire.

- 2) C'est le gériatre et l'infirmière, elle était bien aussi l'infirmière. L'ergo, on n'a pas eu trop besoin, elle est venue au début pour le matériel. L'orthophoniste qui a fait des bilans pour les fausses routes... une fois. En fait, on a fait appel surtout au gériatre et au psychiatre, le Dr Petit, qui n'est plus là. Il manque maintenant un psychiatre parce qu'on en a vraiment besoin, on a de plus en plus de personnes âgées psychiatriques. Ici, on en a quatre, quatre sur vingt ça fait quand même 20%. Donc ça, ça serait vraiment un confort pour nous.
- 3) Que ça perdure en fait, on voudrait que ça continue nous. C'est un énorme avantage d'avoir une équipe mobile qui vient sur place, avec tant de disponibilité, tant d'écoute, et de cette façon là, ne s'imposant pas mais donnant les conseils... alors est-ce que c'est Christine, je ne sais pas, on va voir justement avec le nouveau médecin. C'est ce

côté j'arrive, j'ai un problème, c'est comme une équipe à l'hôpital, on règle ce problème, c'est comme si l'équipe mobile faisait partie de notre équipe en fait. Nous, on est bien parce qu'on sait qu'on peut l'appeler à tout moment. Elle nous donne des conseils au téléphone, ou elle nous dit « appelez tel service pour qu'il le prenne, il y a un lit dans trois jours ». Les conseils par téléphone, il faut que ça dure.

- 4) En fait, elle a une connaissance du résident et il y a un suivi du dossier, une connaissance de ce qu'on peut faire ici, de nos moyens. Et puis, un gériatre à l'extérieur, il n'y a pas de possibilité d'hospitalisation, de consultation ; elle, elle nous ouvrait les portes des consultations. Christine, elle voit le résident dans son environnement, elle voit ce qu'on fait ici, et « est-ce qu'on l'hospitalise ? Oui, parce qu'ici, on ne pourra pas faire ceci, cela ; au contraire non, parce qu'ici, on peut quand même continuer à le faire marcher, alors que là-bas non ». Elle le voit dans son environnement, alors qu'à l'extérieur le psychiatre ça va être médicamenteux. Le psychiatre, il n'est jamais là quand on a besoin de lui, et il n'y a pas de coordination avec les psychiatres extérieurs, le CMP, tout ça. Ils font chacun leur boulot dans leur coin, ils ne savent même pas ce qui se passe ici, ils nous interrogent même pas. Avec l'équipe mobile, on a toujours un retour, sur tout ce qu'on a demandé. Mais c'est vrai que la prise en charge psychiatrique revient beaucoup dans nos propos quand même, c'est un gros souci quand même, on n'en a jamais eu autant, on aurait besoin de formation là-dessus, on va les appeler, d'une formation de soutien presque sur les troubles du comportement, ce qu'on peut faire, ce qu'on ne peut pas faire. Donc c'est que la personne reste chez nous, en pleine forme, il ne faut pas cacher non plus que... bref, nous on s'en occupe bien, ils n'ont pas d'escarre, ils mangent, bien, c'est énorme... c'est comme entre à domicile et l'hospitalisation, il n'y a pas photo. C'est l'idéal ce qu'elle fait Christine. Parce qu'au fait, ça ne marche pas cette histoire d'accueil privilégié des personnes âgées aux urgences, ça ne s'est jamais bien passé, soit disant on signe des conventions, je n'ai jamais eu un accueil privilégié à l'hôpital, ils passent tous par les urgences, brancard, nuit, orientés quelques fois sans même qu'on sache alors qu'on écrit en gros « n'hésitez pas à nous les renvoyer, on les reprend immédiatement », on appelle, ils sont à Villiers-Le-Bel ou je ne sais pas où, tout ce qu'ils veulent c'est vider les urgences, qu'ils nous rappellent, c'est marqué dessus qu'on les reprend. Souvent, quand on hospitalise, c'est pour avoir un diagnostic immédiat, qu'on ne peut pas avoir ici, on veut le diagnostic immédiat, on veut juste une radio, un bilan en urgence, tout ce qu'on ne peut pas avoir, et qu'ils nous les renvoient immédiatement, c'est tout ce qu'on veut, alors que là c'est parti pour 3-4 jours, quitte à nous les renvoyer et à nous dire renvoyez-le nous en consultation ou en hospitalisation programmée.
- 5) Pour nous c'est génial. La chance qu'on a eue, c'est de ne pas avoir de médecin coordonnateur pendant tout ce temps, du coup on a beaucoup profité de Christine. Il faudrait remettre un psychiatre. Mais si on peut améliorer et avoir une équipe mobile qui intervienne la nuit pour éviter que... après tout, qui ferait qu'on n'amène pas forcément les résidents aux urgences. En fin de compte ce dont on aurait besoin la nuit de l'équipe mobile, c'est un radiologue de nuit en fait, attaché à l'équipe mobile. Avec la radio la nuit, c'est fini l'hôpital. Et une infirmière de nuit, pour faire les pansements, les points de suture, et là c'est fini, on n'envoie plus à l'hôpital.

➤ **RESIDENCE EDITH PIAF**

Entretien n°1 : Aide soignante

- 1) Pour différents problèmes rencontrés dans l'établissement, tout ce qui est évaluation de la douleur, soins palliatifs, les troubles psychiatriques, les troubles du comportement beaucoup. Avant on travaillait énormément avec l'équipe mobile de Bretonneau sauf que depuis un an à peu près, on n'est plus vraiment en contact avec eux, alors il y a différents facteurs qui sont rentrés en compte : l'IDEC qu'on avait par ailleurs est partie et on a un nouveau médecin coordonnateur qui est vraiment beaucoup plus présent que l'ancien, beaucoup plus sur le terrain que l'ancien, donc ça compense le manque qu'on avait avant et qui était comblé par l'équipe mobile, alors que là il y a le médecin qui répond à nos demandes. Mais c'est vrai qu'on a fait énormément de formations avant qui ont été très constructives et très intéressantes, mais plus depuis un an.
- 2) Beaucoup le médecin gériatre. Le Dr Petit était également très présente, c'était un soutien par rapport aux résidents qui posaient problème par rapport à leur prise en charge. Maintenant il manque un psychiatre parce qu'elle apportait énormément. En fait les deux médecins, gériatre et psy, étaient complémentaires dans la prise en charge du patient.
- 3) Qu'elle nous trouve des solutions et qu'elle réponde aux besoins du résident, quand nous on bloque, et qu'on fait appel eux, qu'elle nous apporte des solutions tout simplement.
- 4) C'est déjà beaucoup mieux, on sait très bien comment ça se passe, envoyer à l'hôpital en passant par les urgences, entre 4 et 8 heures d'attente au niveau des urgences, on ne sait pas comment la prise en charge est faite, même s'il y a un courrier de confrère à confrère. Alors que quand elle se déplace ici, la prise en charge est faite comme à leur domicile en fait, dans leur environnement, on peut partager avec le médecin de l'équipe mobile de vive voix et en direct les difficultés qu'on rencontre, le problème qui se pose et une meilleure prise en charge. Si c'est pour les déplacer et les changer d'environnement, ce sont des personnes fragiles, une hospitalisation c'est jamais bon, ni pour leur moral ni pour leur prise en charge, on sait très bien qu'à l'hôpital, voilà...
- 5) Je ne sais pas. Avoir de nouveau un psychiatre dans l'équipe, comme avant, pour avoir une équipe pluridisciplinaire, qui travaille ensemble et qui répond aux besoins du patient ensemble.

Entretien n°2 : Infirmière

- 1) Les seules fois où j'ai eu recours à l'équipe mobile c'était pour une évaluation de plaies, une résidente qui avait beaucoup d'escarres, ils sont venus nous voir pour nous aider dans la prise en charge, plusieurs fois d'ailleurs, pour d'autres plaies, pour d'autres résidents.
- 2) C'était une infirmière. Il manquerait un psychiatre. Une psychomotricienne, on en a une à temps plein, psychologue aussi, mais psychiatre ça manque.

- 3) Nous aider dans la prise en charge de certains résidents, quand on est démuni, face à certains problèmes qu'on n'arrive pas à gérer. C'est vrai qu'on n'a pas forcément le réflexe d'appeler mais... à chaque fois qu'on l'a fait, c'était bien, ça s'est bien passé, ça nous a bien aidés.
- 4) Déjà envoyer en hospitalisation, c'est souvent délétère pour le patient, donc c'est bien qu'il n'ait pas à sortir, qu'il ne soit pas hospitalisé, c'est mieux de toute façon.
- 5) Je ne connais pas assez pour savoir ce qui pourrait être amélioré. Je pense que ce qui pourrait s'améliorer, c'est nous, qu'on ait le réflexe de faire appel plus souvent à l'équipe mobile peut être.

Entretien n°3 : Directrice

- 1) Je ne peux pas répondre, je ne sais pas si on a fait appel à l'équipe mobile depuis que je suis là (juillet 2012).
- 2) Je ne sais pas parce que je ne m'en occupe pas.
- 3) Celles du médecin coordonnateur et de l'IDEC.
- 4) Je ne sais pas, peut-être la rapidité.
- 5) Je ne peux pas porter de jugement sur ce qui a été fait avant parce que je ne m'occupe pas de ça, donc je n'ai ni critique ni amélioration à apporter.

Entretien n°4 : Médecin

- 1) Je pense que ça peut aider, parfois il y a des messages qui ne passent pas forcément auprès des médecins traitants, c'est vrai que nous on n'a pas une liberté de prescription absolue donc ça peut nous aider aussi à débloquer certaines situations, notamment sur les troubles du comportement où ils ne sont pas forcément très à l'aise, où les conseils que nous on leur donne sont pas toujours acceptés ou vus comme ça devrait l'être, donc ça je pense que ça nous aide pas mal d'avoir un autre avis aussi, un autre regard, je crois qu'au bout d'un moment, en institution il y a une espèce de routine aussi où il y a certaines choses qu'on a tendance à ne plus prendre en considération. Donc voilà, pour faire l'interface avec les médecins traitants et la gestion des cas un peu compliqués, sur les troubles du comportement, moi c'est surtout ça, je trouve que ça peut m'aider quoi.
- 2) Avant que j'arrive il ya 6 mois, c'était partagé entre le Dr Chansiaux et l'infirmière, il y avait pas mal de formations, elles alternaient toutes les deux. Il y a pas mal d'avis aussi qui ont été demandés, que j'ai lus dans les dossiers. Moi je l'ai pas encore sollicitée mais bon, en arrivant il faut découvrir un peu tout le monde, donc ça ne me paraissait pas forcément une priorité. Mais je viens de rencontrer le Dr Patry, elle verra 3 résidents la prochaine fois. Je pense que petit à petit, ça va se mettre en place. Ma demande c'est surtout sur la géronto-psy je trouve, je pense que c'est ce qui nous pose le plus de difficultés. Le géronto-psychiatre serait plus utile, cette compétence-là en tous cas.
- 3) La gestion des cas difficiles, la nécessité d'un deuxième avis. Souvent le médecin coordonnateur est parfois perçu comme l'institution, c'est-à-dire que notre discours auprès des familles est assimilé à la résidence donc les familles ont parfois un peu de mal à nous détacher de l'institution. D'avoir un avis qui va peut-être dans le sens de ce

qu'on dit aussi, ça peut faciliter les relations un peu difficiles avec les familles, faire l'interface avec les familles.

- 4) Les médecins traitants rechignent beaucoup à orienter vers des spécialistes donc ça peut les motiver aussi à enclencher autre chose derrière le passage de l'équipe mobile. Le fait qu'il y ait derrière quelqu'un qui a une certaine expertise et qui demande de pousser un peu les choses, ça peut déverrouiller des situations aussi.
- 5) Je ne sais pas, je n'ai pas encore trop fonctionné avec l'équipe mobile, je ne peux pas trop m'exprimer là-dessus.

➤ **RESIDENCE SANTE HEROLD**

Entretien n°1 : Médecin référent

- 1) Je fais souvent appel à l'équipe mobile d'abord parce que je les connais bien, j'ai travaillé à Bretonneau et à Bichat donc c'est un petit peu mon ancienne maison donc j'aime bien avoir des contacts avec l'équipe mobile, j'y ai fait des stages aussi dans le cadre de ma capacité de gériatrie donc je connais bien Catherine, l'infirmière, Christine évidemment puisque j'ai travaillé avec elle, je connaissais aussi Laurence, malheureusement elle est partie. Pour quelles raisons je fais appel à l'équipe mobile ? Pour avoir des conseils, ou des confirmations de conduite à tenir pour des patients, et parfois c'est vrai que les résidents aiment bien aussi, si je fais appel à quelqu'un, ça veut dire que je prends en compte leur demande et je demande conseil donc ils aiment bien aussi avoir une confirmation de ce que j'ai proposé comme conduite à tenir, ça c'est pour les patients qui n'ont pas de trouble cognitif. Pour les patients qui ont des troubles cognitifs, effectivement on a besoin aussi de conseils, d'un regard extérieur aussi pour notre prise en charge.
- 2) C'est à la fois le médecin et l'infirmière. En ce moment, on est souvent en contact avec Agnès, notamment pour les patients du 4^{ème} avec de gros troubles du comportement, son regard extérieur nous permet de mieux les prendre en charge je trouve. C'est des prises en charge ciblées sur deux résidents notamment. Il manque un psychiatre évidemment, bien que là on a une perspective d'avoir un psychiatre mais ses fonctions ne sont pas encore très claires, donc je dirais le psychiatre. Parce qu'en plus, c'est pas dans mes compétences, je ne suis pas psychiatre, j'ai une formation de gériatre, je n'ai pas fait beaucoup de psycho-gériatrie, pour dire pas du tout, donc effectivement psychiatre.
- 3) Des conseils, une référence aussi, et puis un regard extérieur c'est bien parce que quand on est tout le temps plongé, on a le problème un petit peu du médecin généraliste qui voit ses patients vieillir petit à petit, c'est bien d'avoir quelques fois un regard extérieur sans avoir recours à l'hospitalisation, parce que c'est lourd, c'est pénible pour le résident, donc là c'est quelqu'un qui vient chez nous et ça c'est très appréciable.
- 4) Ça reprend en fait ce que j'ai dit à la question 3. Bon, l'hospitalisation, on y a recours aussi avec des gens qu'on connaît mais en hospitalisation le problème c'est que le

résident n'est plus dans son univers, donc ça le perturbe beaucoup, ça dramatise parce que le fait d'être hospitalisé c'est jamais agréable pour personne, et puis c'est tellement coupé de notre quotidien finalement qu'on se demande si ça a autant de valeur. C'est vrai qu'en hospitalisation, on peut faire des examens, pour nous c'est très difficile de faire des examens, ça oblige à les emmener quelque part en ambulance, les ramener, enfin quand c'est un seul examen c'est possible mais quand il y a une batterie d'examen, là ce n'est plus possible, il faut absolument avoir recours à une hospitalisation.

- 5) Qu'elle reste aussi présente qu'elle l'est pour le moment et qu'elle ne disparaisse pas surtout. Parce que pour nous, c'est vraiment une référence et une grande aide.

Entretien n°2 : Infirmière

- 1) Nous appelons l'équipe mobile quand nous nous trouvons dans une impasse, un échec de prise en charge, que ce soit au niveau thérapeutique ou au niveau de la prise en charge soignant-soigné.
- 2) Sur le plan médical, c'est le médecin. Et sur le plan de la prise en charge pure sur le terrain, c'est-à-dire dans la relation soignant-soigné, c'est l'infirmière. Il manquerait des aides soignantes au sein de l'équipe mobile, puisque le médecin et l'infirmière viennent déjà.
- 3) Que l'équipe mobile arrive à surmonter cet échec que nous présentons au sein de notre équipe dans l'EHPAD, donc quand elle vient, on se dit qu'il y a une solution qui se présente à nous donc on la prend vraiment de bon escient.
- 4) Parfois c'est juste la présence d'une personne étrangère qui va favoriser la prise en charge donc avant l'hospitalisation ou la consultation, il vaut commencer d'abord par la prise en charge surtout pour des résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée parce que parfois, comme eux ils ont un autre regard par rapport au résident, il suffit de faire autre chose que nous on n'a pas l'habitude de faire au quotidien pour démarrer les choses. C'est mieux que d'envoyer les résidents à l'hôpital, sur le plan prise en charge déjà, le résident est mieux chez lui, l'équipe vient sur place apporter une solution au lieu de l'emmener ailleurs avec le transport, les accompagnements, les frais de la sécu et tout ça, donc globalement c'est mieux que l'équipe se déplace sur place.
- 5) Ce qui doit être amélioré dans le futur, c'est que quand l'équipe mobile vient pour quelqu'un, il faudrait qu'ils puissent continuer un petit peu dans le temps, à le suivre pour voir quel a été le résultat, parce que souvent c'est vrai... bon c'est à nous aussi parfois, nous n'allons pas au devant de l'information, nous devons aussi faire appel, par exemple Agnès est venue plusieurs fois... donc c'est à nous aussi de les appeler que ce soit dans la crise ou dans l'amélioration, pour qu'ils reviennent voir la prise en charge qu'ils ont mis en place.

Entretien n°3 : IDEC

- 1) Bon c'est vrai que je suis arrivée dans une équipe qui connaissait bien Bretonneau et il y a des liens assez forts avec le médecin coordonnateur et un des médecins traitants avec Bretonneau donc c'est vrai qu'on a recours à cette équipe mobile à la fois par connaissance mais aussi pour le contenu qu'elle nous apporte, c'est-à-dire qu'on a un

médecin qui nous apporte des formations, et d'autre part on a aussi l'infirmière récemment qui est venue et qui a apporté à l'équipe un éclairage intéressant auprès des résidents pris en charge dans la maison.

- 2) On n'a pas fait appel à une psychologue parce qu'on a une psychologue mais il me semble qu'une fois l'infirmière est arrivée avec une psychologue. Bon, l'infirmière peut apporter mais le médecin, c'est vrai que ça va dépendre de la problématique. Si c'est plus effectivement dans une prise en charge très pratique, très pragmatique, l'infirmière pourra apporter son éclairage. Lorsque c'est donc plus médical, plus thérapeutique, c'est vrai qu'à ce moment là c'est plus le médecin. Mais quelque fois, l'un et l'autre peuvent apporter sur ces deux terrains, ce n'est pas exclusif. Peut-être qu'une psychologue quelques fois pourrait être intéressante parce qu'elle nous... même si nous avons sur place des professionnels qui travaillent en psychologie, on pourrait avoir un éclairage, ça ça pourrait être intéressant et enrichissant il me semble.
- 3) La disponibilité, telle qu'elle la donne actuellement me semble bien. C'est vrai qu'on ne fait appel non plus toutes les semaines mais il y a quelque chose autour d'un suivi aussi qui me semble plutôt favorable.
- 4) Ils interviennent là où la personne vit, le lieu de vie, moi il me semble qu'il y a des informations qui transparaissent, qui sont pas utiles d'être transmises forcément et qui donc permettent à la personne qui vient en tant d'expert d'apporter son éclairage, avec un regard neuf. La tête dans le guidon nous tous, nous ne pouvons pas toujours voir ce qui peut peut-être « crever les yeux » à celui qui vient d'une façon ponctuelle.
- 5) Je crois que de toute façon ça doit ramener à la responsabilité des professionnels sur le terrain et non empêcher que ça se travaille, donc en fait c'est bien comme ça. Améliorer dans le futur, le plus ça serait en quantité, moi je crois qu'on a de la qualité, le quantitatif n'est pas forcément... enfin moi je crois que c'est à la demande, et ça ne doit pas être... Les demandes que nous pouvons faire sont toujours honorées et ça me va comme ça, et je crois que ça ne peut pas se substituer à l'équipe elle-même et bien renvoyer à la responsabilité de l'équipe en place. A améliorer, peut-être dans les relations inter professionnelles, peut-être travailler sur des thématiques, sur l'éthique par exemple, voilà des travaux qui enrichiraient les uns les autres. Peut-être que les professionnels qui viennent comme ça, lorsqu'ils perçoivent des choses inhérentes à nos fonctionnements et à nos organisations et qui pourraient nous apporter un éclairage, ça pourrait être dit pas à l'équipe mais au responsable, le responsable de soins ou le médecin, je crois qu'il y a une liberté de parole assez intéressante, bon voilà on pourrait aller jusque là, d'avoir ce retour de quelque chose qu'on ne perçoit plus nous quand on est, selon l'image, la tête dans le guidon.

Entretien n°4 : Infirmière

- 1) C'est surtout par rapport au traitement. Et pour les pansements, il y a une infirmière qui passe pour faire des pansements. Aussi par rapport à la prise en charge des résidents avec des troubles du comportement.
- 2) Le médecin et l'infirmière. L'orthophoniste quand elle vient, on ne travaille pas vraiment ensemble parce que nous on est trop sollicité, donc quand elle vient, elle va faire son travail et après elle nous donne le compte-rendu. Souvent c'est l'infirmière parce que moi je suis infirmière donc le courant passe mieux. Le médecin quand il

vient c'est souvent entre médecins et après on nous fait le compte-rendu. Moi j'aimerais bien qu'il puisse y avoir aussi des aides soignantes au sein de l'équipe mobile parce qu'elles viennent pour un soin, je pense que pour un soin il faut que la personne soit propre, on commence le soin du début à la fin, on fait la toilette, s'il y a un pansement on fait, s'il y a des traitements à mettre en place, on met les traitements en place. Je trouve qu'une équipe, comme nous on travaille ici, c'est comme ça qu'on travaille, notre rôle n'est pas seulement prescrit, surtout quand ils viennent faire un pansement, ça serait bien que la personne soit lavée, c'est évident.

- 3) Moi j'aimerais bien qu'ils répondent à nos besoins, parce que, eux, ils trient les soins : ça on va faire, ça on ne va pas faire. Moi j'aimerais bien une prise en charge globale. Quand ils viennent, par exemple ils viennent faire un pansement sur la peau sale, sur une personne qui n'est pas lavée, moi je ne trouve pas ça correct. Donc il faut qu'on s'entende par rapport aux besoins parce qu'ils viennent nous porter de l'aide, si nous on ne le sent pas, ce n'est vraiment de l'aide, faut qu'on le sente. Parce que, eux, ils trient, ils choisissent quels soins ils vont mettre en place, nous c'est pas ça, s'ils viennent nous aider, ils doivent nous écouter et répondre à nos attentes.
- 4) Nos résidents, quand ils sont hospitalisés, souvent l'état cutané n'est pas... ça se dégrade, ils reviennent souvent avec des constipations. Quand on les envoie à l'hôpital, ils prennent soin par rapport au problème qu'il y avait mais après le reste, ça ne suit pas. Les résidents ne vont plus bouger, ils restent alités longtemps, nous après il faut du temps pour réapprendre les habitudes d'ici. Si les résidents ne bougent pas pour les prendre en charge, c'est beaucoup mieux puisque nous on est là. Et c'est aussi un œil extérieur, qui ne fait pas parti de la maison, ils ne voient pas les choses comme nous donc ils peuvent nous dire des choses que nous on a du mal à voir, ça c'est bien. On aimerait bien aussi qu'ils passent à des heures un peu plus ponctuelles... ils viennent souvent le soir, c'est par rapport à leurs disponibilités. Par exemple les pansements, on le fait pas le soir, on le fait le matin. Moi par exemple, je suis l'infirmière du matin, et j'ai l'habitude de faire les pansements, j'aimerais aussi jeter un coup d'œil pour voir dans quel état il est, tout est couvert, je ne vois rien. Moi je ne les ai pas rencontrés beaucoup de fois comme je suis du matin, j'ai les transmissions de mes collègues. J'aimerais qu'ils passent le matin qu'on puisse avoir une idée, c'est vrai qu'ils font leur travail mais nous qui sommes sur place, on devrait avoir une idée. Par exemple si la famille m'appelle, qu'est-ce que je vais répondre, parce que la famille ne va pas appeler l'équipe mobile, ils vont appeler ici, ça c'est compliqué pour moi, parfois je ne sais pas quoi répondre, c'est vrai les transmissions sont là mais quelque chose que tu as vu ou un pansement que tu as fait, c'est différent.
- 5) C'est surtout venir quand on leur demande, parce que souvent ils ne sont pas assez disponibles, et surtout ils trient les soins, moi je ne trouve pas ça normal.

➤ RESIDENCE SANTE L'OASIS

Entretien n°1 : Directrice

- 1) On a recours à l'équipe mobile soit pour des évaluations de résidents pour que l'équipe mobile puisse nous faire des préconisations sur des prises en charge à adopter, pour la formation aussi, et organiser le parcours de prise en charge dans la filière sanitaire, s'il y a besoin d'hospitalisation, l'équipe mobile fait le lien.
- 2) En premier lieu, le médecin. Je sais que l'infirmière intervient aussi pour des suivis de plaies. L'orthophoniste est intervenue aussi pour des troubles de la déglutition. Une intervention assez complète, mais c'est vrai que le plus fréquemment c'est le médecin jusqu'à présent. Un psychiatre, ça serait bien, ça serait très utile parce qu'on accueille de plus en plus de personnes qui ont...soit qui présentaient déjà des troubles psychiatriques avant l'admission soit qui développent des troubles psychiatriques une fois admis chez nous, et on est vraiment très démuni par rapport à ça, donc c'est vrai qu'un psychiatre ça serait vraiment bien.
- 3) Des conseils, par rapport à des prises en charge. Les modules de formation qui sont faits, c'est très bien aussi parce que c'est fait sur des courtes périodes, par des personnes qui sont extérieures, et c'est vrai que quand c'est une personne de l'extérieur qui porte une parole, je pense que ça a parfois plus d'impact que quand c'est des formations par nos cadres ou des agents de notre institution. Continuer à être force de conseils et de propositions pour des cas un petit peu complexes. Une question intéressante dans le questionnaire, c'était par rapport à la prescription, moi je pense que ça serait bien que l'équipe mobile puisse être prescripteur. Bon après ça suppose quand même une entente vis-à-vis des médecins traitants et une coordination avec les médecins traitants, bon ça c'est propre à chaque établissement mais je pense que nous on a deux médecins traitants libéraux qui, je pense, sont dans cette dynamique là, qui ont d'ailleurs fait part de leur souhait de pouvoir être parfois aiguillés ou épaulés dans les prises en charge, parce que ce sont des médecins généralistes et ils ne sont ni gériatres ni psychiatres, ils pensent que ça serait bien parfois d'avoir l'appui de médecins spécialistes. En tout cas, le fonctionnement et ce qui est proposé par l'équipe mobile répond à mes attentes.
- 4) Parce que déjà le résident n'a pas à se déplacer, or on est quand même sur des personnes à mobilité réduite, fragiles, vulnérables, pour qui les déplacements peuvent être compliqués de temps en temps, tant de manière physique que psychique, donc le fait d'éviter le déplacement pour la personne âgée. Et deuxième chose importante, c'est que sur place, ça permet d'avoir l'avis de plusieurs professionnels qui travaillent ici. Quand le patient va en hospitalisation, il est seul ou accompagné d'une personne, or là quand l'équipe mobile se déplace, déjà il y a le dossier médical et le dossier de soins sur place, et il y a aussi l'équipe soignante qui est là et qui peut parler du comportement du patient, de son évolution, des derniers faits marquants, il y a les infirmiers, les aides soignants, les psychologues, les cadres, tout le monde est sur place donc ça permet une prise en charge beaucoup plus globale, et du coup je pense beaucoup plus adaptée et on vise beaucoup plus juste quand on a toutes les données à

propos du patient. Donc voilà, à la fois le fait de ne pas déplacer et le fait d'avoir tous les professionnels qui permettent à l'équipe mobile de bien cerner le contexte du patient, et du coup de faire des propositions adaptées.

- 5) Le nombre de passages, la fréquence de passage de l'équipe mobile, plus de disponibilité, qu'elle puisse intervenir plus souvent, ça serait bien.

Entretien n°2 : Cadre de santé (après-midi)

- 1) Je tiens à préciser que je suis cadre de santé ici que depuis un an, donc je n'ai pas un recul énorme sur le partenariat avec l'équipe mobile. On a recours à l'équipe mobile essentiellement pour des troubles du comportement, ou alors avoir un avis médical extérieur quand nous-mêmes on n'arrive pas à trouver de solutions en terme de prise en charge.
- 2) Un petit peu tout le monde...le médecin oui, l'orthophoniste oui, justement je dirais que c'est cette pluridisciplinarité qui est intéressante et que tous les professionnels qui interviennent sont une aide. Il manque un psychiatre, sans hésiter, parce qu'on est très très démuné par rapport à ça.
- 3) Peut-être qu'un jour il y aura un psychiatre ! Peut-être plus de contacts, qu'on se côtoie plus, qu'on se voit visuellement plus, pour faire le point sur, par exemple tel ou tel résident, donc plus d'échanges.
- 4) Parce qu'il y a un partenariat qui s'est installé, donc comme tout partenariat qui s'installe, on a un rapport quand même, même si ce n'est pas suffisant, je dirais privilégié, alors que si on envoie aux urgences, en terme d'échange c'est très limité, voire absent totalement. Alors que là, il s'installe quand même quelque chose, donc c'est quand même totalement différent. Dans tout partenariat, il y a cette espèce de solidarité autour d'une prise en charge, donc c'est largement la plus value je pense, moi je ressens ça comme ça. Et puis, on sait qu'on peut compter sur, on sait que si on a un problème, on peut compter sur quelqu'un. Donc le fait de pouvoir compter sur, c'est une plus value énorme.
- 5) L'échange, la communication. Et le psychiatre !

Entretien n°3 : Infirmière

- 1) On appelle l'équipe mobile quand on a un souci de prise en charge.
- 2) Jusqu'à maintenant, depuis que je travaille ici, je n'ai pas vu beaucoup l'équipe mobile parce qu'ils sont passés plutôt le matin et moi je suis de l'après-midi, donc j'ai eu peu de fois contact avec l'équipe mobile. Par contre, j'ai vu le Dr Chansiaux et une infirmière qui vient pour l'évaluation des plaies, des escarres. Je sais qu'à chaque intervention, on a pu mettre des choses en place, ce qui a amélioré l'état de santé ou qui a fait avancer les choses. Il manquerait peut-être un psychiatre, ça serait bien.
- 3) De nous aider quand on a des difficultés, on a des connaissances mais on ne sait pas tout, d'avoir un avis extérieur ça peut nous aider.
- 4) Ce qui est mieux, c'est qu'on peut voir la personne, discuter justement des difficultés qu'on a. Il y a un échange avec l'équipe mobile, c'est quand même mieux. On voit aussi plus tout de suite ce qui ne va pas et on arrive tout de suite à mettre en place des choses, plutôt que d'aller en consultation, revenir, parfois c'est pas toujours très clair,

parfois il manque des éléments, c'est mieux d'avoir une personne qui se déplace qui voit vraiment la personne.

- 5) Moi j'aimerais qu'il y ait plus d'interventions, sans vous solliciter mais que vous veniez régulièrement, même voir des personnes avec lesquelles on n'a pas forcément de problèmes de prise en charge. Vous voir un peu plus.

Entretien n°4 : Psychologue

- 1) Il y a eu des formations dispensées par le médecin. Et pour des avis diagnostiques par rapport à des patients dont la prise en charge était difficile.
- 2) Le médecin. Je pense que des psychiatres, il en manque toujours, les professionnels soignants sont souvent en difficultés avec les patients qui présentent des troubles psychiatriques. Après, est-ce que ça relève de l'équipe mobile ? Je ne sais pas bien. Est-ce que c'est au sein de l'équipe mobile qu'il manque un psychiatre ou est-ce que c'est au sein d'une équipe plus présente ?
- 3) Je n'ai pas d'attente particulière, je trouve que c'est intéressant d'avoir un avis extérieur, parfois on est un peu pris dans une relation un peu pathologique avec les résidents, et d'avoir un œil extérieur ça permet parfois d'avoir un regard peut-être plus objectif que le fait de partager le quotidien du résident. C'est la fonction tiers un peu. Pareil, les formations sont assez intéressantes. Parler en termes d'attente après, ça me paraît un peu difficile de mon point de vue.
- 4) Le fait de pouvoir parler à un interlocuteur, plutôt que d'attendre le compte-rendu, de savoir est-ce qu'il vient, est-ce qu'il ne vient pas, longtemps après ou même parfois on oublie, le résident ne revient pas toujours avec le compte-rendu. Le fait d'avoir un interlocuteur avec qui discuter de la situation. Après, le fait de bien connaître pas seulement les personnes âgées mais le monde des EHPAD, comment elles fonctionnent ; parfois en hospitalisation, on a l'impression qu'il se passe autre chose que lors du lieu de vie de la personne. Donc de ce point de vue là aussi, ça peut être une plus value.
- 5) Je ne sais pas, je pense qu'il y a trop de choses qui m'échappent en termes de fonctionnement de l'équipe mobile. Je pense qu'on n'a jamais trop de formations, ou en tout cas de points d'information donc c'est pas mal quand l'équipe peut se libérer.

Entretien n°5 : Cadre de santé (matin)

- 1) A chaque fois qu'on est en difficulté, maintenant qu'on connaît depuis trois ans son fonctionnement et qu'à chaque fois que j'ai demandé de l'aide j'ai eu une réponse, un soutien, c'est vrai qu'on a un recours de façon un peu plus systématique à l'équipe mobile, à Christine entre autre. Le téléphone le premier qu'on fait, c'est Christine.
- 2) Le médecin, c'est celui qu'on demande en premier. Et là, depuis septembre, on a l'intervention de l'orthophoniste qui est très bien maîtriser avec un retour bien détaillé, donc ça devient une demande là des équipes. Avant, Christine c'était plus une demande de ma part, maintenant c'est les équipes qui viennent me dire est-ce que l'orthophoniste pourrait voir untel, untel, pour ses troubles de la déglutition, donc je pense qu'elle a bien fait comprendre son travail. Peut-être qu'il manquerait un psychiatre, on avait le Dr Petit qui était intervenue, c'était très bien aussi. On a le besoin des choses qu'on connaît, qui sont déjà intervenus, comme c'est satisfaisant

quand ça ne vient plus, on sent le manque. Si on est dans le brouillard et qu'on ne s'en rend pas compte, on ne s'imagine pas qu'on peut être un peu plus au clair, on ne ressent pas le manque.

- 3) Les mêmes que ce qu'on a actuellement, beaucoup de disponibilité, un rôle pédagogique très important, ça c'est vraiment important, surtout de médecin à médecin. Lorsque le médecin vient, qu'il fait des préconisations et qu'après il y a une démarche pédagogique derrière, qu'il va expliquer à l'équipe, au cadre, ça c'est le minimum et le maximum en même temps, c'est vraiment ce qu'il faut. Donc j'attends ça.
- 4) Le patient ne se déplace pas, l'équipe est présente. Deux fois j'ai fait partir un résident en consultation avec un infirmier pour justement avoir un retour qui corresponde à ce qu'on voulait avoir comme explication ; effectivement quand on a un soignant qui accompagne, il a les explications, il peut faire le retour à l'équipe mais bon, le résident se déplace, ce n'est pas toujours possible, et le retour c'est sur une personne qui ensuite va retransmettre à l'équipe, donc s'il n'a pas bien compris, la retransmission sera un peu médiocre. Alors que quand l'équipe mobile vient et qu'elle fait sa retransmission à l'ensemble de l'équipe, ou au moins une partie de cet ensemble, on a plus de chance que les gens comprennent et que ça diffuse, surtout quand c'est des préconisations de prise en charge derrière, c'est mieux quand c'est sur place.
- 5) Un transfert de cerveau donc Christine si elle est donneuse, et qu'on trouve un neurochirurgien pour me le greffer, je suis preneuse ! Je ne sais pas, pour moi, déjà c'est super bien, on communique super facilement avec eux. L'infirmière donne de bonnes explications. Que ce soit Aurélie qui venait avant, Mme Chevalier qui vient, Christine, l'orthophoniste, Dr Petit quand elle venait, tous ont ce point commun de bien donner des explications à l'équipe, d'être très doux dans leurs propos et dans leur façon d'aborder les gens, les résidents, les soignants. Je n'ai jamais eu de commentaire désagréable sur un dossier, ils prennent les informations qu'ils ont, ils font avec, ils vont voir les gens, et ça c'est vraiment super. Donc à améliorer, je ne vois pas, à faire perdurer oui.
- 6) Le mot de la fin c'est merci, et merci pour l'enquête aussi, ça permet aussi de faire un retour positif pour ceux qui bossent, qui se sont investis, parce qu'ils l'ont peut-être jamais.

Entretien n°6 : Infirmière

- 1) Ici les raisons principales, c'est le fait que les personnes âgées ont une altération de l'état général et qu'on a besoin de faire un bilan. Nous, on remonte à notre cadre de santé, qui appelle le Dr Chansiaux, et après elle se déplace et elle voit la personne. C'est surtout quand les personnes commencent à se dégrader et qu'on n'a pas de solution, ou alors qu'elles ont des troubles du comportement qui deviennent très gênants soit envers eux-mêmes, soit envers les autres résidents, soit envers le personnel.
- 2) On a beaucoup à faire au Dr Chansiaux, c'est surtout elle en fait. Et il y a une orthophoniste aussi, qui est venue dernièrement pour faire un bilan par rapport à des fausses routes. Ça nous aide bien parce que comme nous on n'est pas toujours pas là, on peut se référer au dossier médical parce que le Dr Chansiaux retranscrit bien toutes

les étapes et elle dit ce qu'il faut faire et pas faire, les bilans à envisager, les choses comme ça. On peut facilement se référer à ce qu'elle marque en fait. Les infirmières sont venues aussi, mais il y a un petit moment déjà. Peut-être qu'il manquerait des infirmières, ce qui nous manque c'est un interlocuteur qu'on puisse joindre en fait. Si on a un problème x ou y, parfois le cheminement est un peu long, passer par la cadre, après elle appelle le Dr Chansiaux, et parfois il y a un laps de temps qui se passe avant qu'elle puisse venir, et donc ce qui nous manque, c'est d'avoir un numéro de téléphone et une personne qu'on puisse joindre directement. On sait qu'il y a l'équipe mobile mais on ne sait pas qui joindre. Un psychiatre, ça serait bien, parce qu'on a pas mal de troubles du comportement, de maladies psychiatriques, et on est très démuni, et on en a de plus en plus. Ca, ça pourrait bien nous aider, déjà pour nous expliquer un peu la pathologie et nous expliquer ce qu'on peut faire, ce qu'il ne faut pas faire au contraire.

- 3) Avoir un numéro de téléphone et avoir des noms qu'on puisse joindre de nous-mêmes, qu'on ne soit pas toujours obligé de passer par la cadre, parce que parfois c'est long, quand le Dr Chansiaux ne peut pas venir tout de suite, et donc les situations se dégradent.
- 4) Parfois ça évite l'hospitalisation. Et souvent, ça évite des conflits dans les équipes quand on n'arrive pas à prendre en charge quelqu'un, ça donne une explication. Le Dr Chansiaux aiguille, elle balise le terrain, elle nous dit quand il vaudrait mieux que le résident consulte tel ou tel spécialiste, il faudrait d'abord qu'il fasse des examens, elle prépare bien le terrain pour nous, après on n'est pas là à envoyer la personne inutilement dans des consultations qui n'ont pas lieu d'être, en plus on a un mal fou à avoir des rendez-vous, ça évite aussi de les envoyer aux urgences.
- 5) Que les visites soient plus régulières, pas par à-coup. Qu'il y ait un suivi en fait. Quand il y a un problème, elle vient, mais qu'elle revienne voir l'évolution, qu'elle réévalue.
- 6) Pour nous, c'est un plus, parce que parfois on est vraiment face à un mur et on se sent seul, donc on a besoin comme ça d'avoir des interlocuteurs externes, on a besoin d'être en lien avec des personnes spécialisées qui peuvent se déplacer, qu'on ne soit pas trop dans notre vase clos, c'est très important. Et ça permet, quand il y a besoin d'une hospitalisation par exemple, le Dr Chansiaux prépare déjà le terrain, elle trouve une place, donc ça nous facilite le travail, ça évite de passer par les urgences. Il faut continuer et renforcer ce genre de partenariat parce que c'est hyper important pour nous, parce que nous, on est dans notre EHPAD, on est vite isolé.

➤ **RESIDENCE OCEANE**

Entretien n°1 : Psychologue

- 1) On a recours à l'équipe mobile quand on a des difficultés avec des résidents, la prise en charge de certains résidents qui nous pose question, l'idée c'est aussi d'avoir un avis extérieur à la résidence, pour des personnes qui ont des troubles du

comportement, de l'agressivité ou qui passent en soins palliatifs, qui sont en fin de vie, d'avoir un soutien supplémentaire ou des propositions auxquelles on n'aurait pas forcément pensé, voilà ça c'est intéressant.

- 2) Les infirmières, elles viennent faire des formations. Le médecin aussi fait des formations, elle fait des évaluations donc moi c'est vrai que je travaille peut être un peu plus avec le médecin, qui elle, a un regard professionnel, on sent qu'elle connaît bien, elle nous apporte vraiment des éléments supplémentaires, moi j'aime bien travailler avec elle parce qu'elle a souvent des remarques pertinentes, des propositions qui sont pertinentes. Après, l'ergo, moi je ne travaille pas beaucoup avec elle, c'est surtout la psychomotricienne qui travaille avec elle, mais je sais qu'elle fait de bonnes interventions, elle met en place des choses qui sont assez ponctuelles mais pertinentes, ça nous aide vraiment, à des moments où on a vraiment besoin. Je sais que la psychomotricienne, dès qu'elle réclame l'ergo, elle vient très rapidement et elle solutionne les difficultés. Peut-être qu'il manquerait un psychiatre, parce que nous, on en a un, mais qui vient une fois par semaine le lundi mais comme il a énormément de personnes à voir, on ne se réunit jamais en fait pour discuter, etc, donc il fait ses petits entretiens et on n'a pas vraiment le temps de se réunir pour discuter, de voir qu'est-ce qu'il pourrait nous apporter aussi, à l'équipe entièrement, donc il apporte aux résidents mais de manière ponctuelle sans vraiment après faire un vrai travail d'équipe, donc il manquerait peut-être ça, d'avoir ce regard d'un psychiatre.
- 3) De continuer. Quand on en a besoin, qu'elle puisse être présente pour nous et ce que j'avais marqué dans le questionnaire, peut être un vrai suivi parce que souvent ils font des évaluations, un compte-rendu, ils proposent des choses mais après ils ne viennent pas forcément vérifier si les choses ont été mises en place et si ça a été possible de les mettre en place, parce que ça a pas forcément été possible, pas parce que les équipes auraient refusé ou parce que les familles auraient refusé, etc, mais plutôt parce que dans l'organisation, c'est pas faisable en fait. Parfois, il y a des choses qui sont pas faisables, par exemple je ne sais pas, bon c'est pas forcément le cas, mais si dans le projet c'est faire marcher la personne tous les jours, c'est pas forcément faisable. Donc qu'il y ait après un suivi de ce qui a été proposé, si on peut peut-être le réajuster, voir si ça a été fait, questionner même si ça n'a pas été fait, parce que juste faire un compte-rendu pour faire un compte-rendu et qu'après derrière il ne se passe rien, ça ne sert pas à grand-chose.
- 4) Déjà on a les personnes en vrai, parce que souvent les consultations se passent à l'extérieur, après on a un compte-rendu et puis voilà c'est tout, il n'y a pas d'échange entre professionnels. Ce qui est intéressant, c'est d'aider la personne sur son lieu de vie, l'équipe vient au contact de la personne et de son environnement, alors que quand elles sont hospitalisées, ils vont régler des problèmes qui sont vraiment de la personne, mais peut-être que l'environnement aussi peut être pathogène, c'est-à-dire que c'est peut-être l'environnement qui crée des troubles, si on l'hospitalise, on va régler certains problèmes mais si on la remet à l'endroit qui pose problème, les troubles vont revenir, faut aussi travailler sur l'environnement, en plus.
- 5) Cette question du suivi, c'est-à-dire que quand le médecin vient évaluer, c'est très très bien ce qu'elle fait, souvent elle apporte des choses, c'est pertinent, mais peut-être derrière de revenir, je ne sais pas, deux, trois mois après et de faire le point sur ce

qu'elle a proposé, ce qui a pu être mis en place et de se questionner sur est-ce que ça a marché, est-ce que ça n'a pas marché et pourquoi ça n'a pas été mis en place, quels ont été les problèmes, c'est pas forcément des refus.

Entretien n°2 : Infirmière

- 1) On a recours à l'équipe mobile surtout pour la prise en charge des résidents pour lesquels on a des difficultés, que ce soit au niveau psy ou au niveau somatique, ou au niveau douleur, quand on n'arrive pas nous, à gérer ces patients-là, on passe un peu la relève à l'équipe mobile.
- 2) Le médecin gériatre. Il manquerait des infirmières, mais des infirmières avec des DU. Par exemple, si on a des patients en fin de vie, des infirmières qui ont le DU « soins palliatifs » pourraient nous apporter à nous IDE, ou quand on a des plaies, qu'on est un peu démuni avec les médecins, une infirmière avec le DU « plaies et cicatrisation », des infirmières mais spécifiques qui du coup nous aideraient nous qui sommes infirmières générales en fait.
- 3) Moi, j'attends qu'il y ait vraiment un suivi, parce qu'en fait, pour moi le fait de venir voir un patient un jour parce qu'on a fait appel à l'équipe mobile, donc l'équipe mobile va nous donner une conduite à tenir entre guillemets, ce qu'il faut faire, etc, mais moi j'aimerais bien qu'ensuite le médecin vienne pour réévaluer en fait ce qui a été fait ou pas, et non pas passer à un second patient parce qu'on a déjà vu le premier. Faut qu'il y ait du suivi dans la prise en charge, sinon je trouve que ça n'a ni queue ni tête.
- 4) Déjà, c'est le fait que le patient n'a pas à se déplacer donc il a quelqu'un qui vient directement. Et pour nous, infirmiers, la plus value c'est que quand l'équipe mobile se déplace, il y a un temps de discussion, on peut leur dire comment on trouve nos patients, on peut échanger, ça c'est chose qu'on ne peut pas faire en hospitalisation ou quand les gens partent en consultation. Quand ils partent en consultation, ou on a un retour ou on n'en a pas, si on l'a pas, on doit attendre le compte-rendu, qui peut arriver des mois après, donc nous on se souvient même plus pourquoi on avait envoyé le patient. Et parfois, on veut des réponses maintenant, de suite, et en consultation on ne les aura pas de suite, maintenant, et en hospitalisation c'est pareil. Par contre, quand l'équipe mobile se déplace, ils viennent nous voir pour nous dire on a vu tel patient, il faudrait faire ça, donc on arrive à échanger. Qu'en hospitalisation et en consultation, il n'y a pas du tout d'échange.
- 5) Pour moi, les points à améliorer, c'est surtout le suivi du patient. J'ai l'impression en fait que l'équipe mobile vient, c'est super sur le moment, c'est super sympa, on arrive à avoir une démarche à suivre, une conduite à tenir, modifier le traitement, mais le médecin ne peut pas prescrire, donc il faut attendre que le médecin traitant arrive, si le médecin traitant n'est pas d'accord donc ça reste en suspens, et au final ça reste en suspens ad vitam aeternam, et on ne sait toujours pas quoi faire et ça ne résout pas forcément le problème. Alors c'est vrai que si le médecin gériatre avait un pouvoir de prescription, déjà le problème ne se poserait pas, donc bien sûr je pense qu'après c'est un accord avec le médecin traitant, mais c'est vrai que le fait de faire un rapport, de le soumettre au médecin traitant, le médecin traitant n'est pas forcément d'accord avec le médecin gériatre, donc du coup ils sont peut-être pas d'accord tous les deux, et en fait

ça reste un peu en suspens, et nous, on n'a pas le suivi qu'il faut. Donc c'est vrai que si le médecin gériatre pouvait prescrire, du coup on prendrait la prescription en route et ça réglerait je pense le problème, au lieu d'attendre le médecin traitant. Je pars du principe où si un patient part en consultation ophtalmo, l'ophtalmo change la prescription, ou met ce qu'il a à mettre, et nous, infirmiers, on va suivre la prescription de l'ophtalmo, donc pourquoi pas le médecin gériatre quand il se déplace, s'il juge bon de modifier le traitement du médecin généraliste, voilà c'est un travail de coordination entre eux. S'il l'a modifié, c'est pour le bien être du patient, c'est pas pour faillir à la prescription du médecin généraliste. Donc c'est ça qui pose le plus problème quand l'équipe mobile vient. Je trouve que c'est super bien ce qu'ils font, mais le problème c'est que si le médecin traitant n'est pas d'accord, nous, infirmières, on est foutu, on ne sait plus sur quel pied danser, et il faudrait que la fois d'après où le médecin gériatre vient, il faudrait qu'il vienne demander à l'infirmière qu'est-ce qui a été décidé avec le médecin, est-ce que vous avez mis en place ce que je vous avais dit, qu'il y ait un autre suivi par rapport au patient et non pas se dire « ce patient, c'est bon, on l'a vu, on leur a dit ce qu'il fallait faire, ils l'ont fait, ils ne l'ont pas fait, on ne sait pas, mais on passe à un autre patient ». Il faudrait qu'ils se renseignent pour savoir ce qui a vraiment été fait, pas été fait, dans ce cas-là, voir avec le médecin, parce que les trois quarts du temps, c'est le médecin généraliste qui ne veut pas prendre en compte ce que le gériatre a dit, pour telle ou telle raison et nous, on se retrouve confronté à ça et on en sait pas du tout comment réagir.

Entretien n°3 : Psychomotricienne

- 1) Comme nous, on n'a pas d'ergothérapeute ici, j'ai recours pour contacter l'ergothérapeute quand j'ai besoin avec des résidents, beaucoup pour l'installation, le positionnement au lit, les choses où moi j'atteins les limites de mon métier.
- 2) C'est l'ergothérapeute. Non, moi vraiment c'est l'ergothérapeute qui me manque donc voilà, j'y trouve mon compte.
- 3) La complémentarité vis-à-vis de mon travail, combler les limites que moi j'atteins, quand justement j'ai besoin, je fais appel à l'ergothérapeute.
- 4) C'est une évaluation de la personne dans son milieu de vie en fait. Moi, c'est pas des hospitalisations ou les envoyer en consultation spécialisée, ça servirait à rien, moi j'ai vraiment de l'évaluation dans leur chambre ou dans leur lit, j'ai besoin que la personne vienne se déplacer et évaluer au quotidien la personne.
- 5) Je ne sais pas... pour moi, ça va, je suis en bon contact avec l'ergothérapeute. Quand j'ai besoin, elle vient assez rapidement, elle répond à mes attentes donc ça va. Peut-être un échange où moi je pourrais me déplacer, voir elle comment elle travaille dans son milieu, que ça puisse me former d'aller observer ailleurs, voir ce qui se fait autre part.

Entretien n°4 : IDEC

- 1) On a recours à l'équipe mobile pour les personnes qui souffrent et dont on n'arrive pas à gérer la douleur parce que absence de médecin traitant donc absence de prescripteur, généralement c'est par absence de médecin, quand on n'arrive pas à gérer. On a fait appel à l'infirmière pour les plaies, pareil quand on n'a pas de médecin, quand les

infirmières font ce qu'elles peuvent en fonction de leurs connaissances mais quand il n'y a pas de directive et de protocole mis en place réel, on fait appel à l'équipe mobile. Pour les formations, sur la douleur, les soins palliatifs, l'hygiène des mains... Et on a fait venir l'ergothérapeute aussi pour faire des formations pour le personnel et pour voir les gens qui nous paraissent mal installés dans leur lit ou leur fauteuil.

- 2) L'ergothérapeute depuis qu'on l'a connue, parce qu'ici nous n'en avons pas et elle est vraiment très bien, elle travaille pas mal avec la psychomotricienne d'ici, du coup elles travaillent toutes les deux ensemble. Moi, c'est le médecin avec qui je travaille le plus et que j'interpelle le plus. Et les infirmières pour les pansements mais comme on a très peu de plaies, en fait elle vient peu, je la sollicite peu. Une psychologue dans l'équipe, ça serait pas mal, pour le personnel face à des situations compliquées, parce que la psychologue qu'on a ici, elle travaille plus avec les résidents et les familles, et il y a des difficultés relationnelles entre l'équipe et elle. C'est vrai que dans certaines situations, que ce soit dans la prise en charge de la douleur par exemple, je pense qu'une psychologue aurait été la bienvenue à ce moment-là. Et après mais ça c'est très personnel, j'aurais aimé que le médecin de l'EMGE soit un peu le médiateur entre les médecins traitants et nous, mais ça c'est un peu illusoire... comme on a d'énormes problèmes avec les médecins traitants, ou alors que l'EMGE puisse mais ne peut pas se substituer au médecin traitant, ça c'est pas possible mais qu'il fasse un peu le lien, qu'il explique et qu'il ait un peu plus de poids dans les prescriptions que de simplement proposer puisque les médecins ne viennent pas derrière, si moi je ne force pas ou que le médecin coordonnateur ne fait pas les ordonnances, ça tombe un peu à l'eau.
- 3) Déjà ce qu'elle fait, moi ça me va bien, c'est déjà plutôt pas mal. Après c'est vrai que moi, j'aimerais bien qu'il y ait une régularité qui s'installe dans le fait que le médecin vienne de façon un peu systématique, ça serait bien, parce que là le temps qu'on appelle, qu'elle vienne, qu'elle voit les gens... voilà là elle revient mardi, mais moi j'avais une liste de huit personnes à lui proposer, et c'est vrai que si elle venait de façon un peu plus régulière, je pense qu'on n'attendrait pas un certain temps avant que les choses se règlent avec les résidents ou leurs familles. Donc voilà j'aimerais bien... est-ce possible ?? Je ne sais pas mais ça serait bien.
- 4) Déjà parce que c'est elle qui vient, c'est le médecin, l'ergothérapeute ou l'infirmière qui se déplacent, déjà le résident il reste là où il est, nous on n'a pas besoin d'organiser tout un parcours. En plus, comme le médecin vient, il me voit moi, ou il voit l'équipe, donc on peut discuter en amont, il y a une réelle discussion, un réel échange, c'est pas juste un mot où on essaie de synthétiser vite fait ce qui se passe, et il y a un retour immédiat derrière. Même s'il y a un petit compte-rendu écrit, au moins il y a aussi une possibilité de parler, transmissions orales-écrites en direct.
- 5) Dans l'idéal ou pas ? Moi, je pense déjà que le médecin passe plus souvent, qu'il fasse des formations de façon régulière et qu'il puisse intervenir de façon beaucoup plus importante, et chez les résidents et pour le personnel. Et qu'il y ait un poids plus important face aux prescriptions, parce que là en fait ce sont des indications, du coup c'est embêtant. Enfin, moi je trouve ça embêtant, c'est-à-dire qu'on a un avis et puis derrière pof, ça tombe un peu, c'est mieux que rien mais si on pouvait avoir une

prescription derrière et que cette prescription fasse autorité par rapport à l'absence des médecins traitants, ça serait une bonne chose.

- 6) Moi je suis ravie. C'est bien agréable parce qu'en plus ça fait un œil extérieur donc il y a une dimension d'objectivité, une objectivité qui est plus importante que quand c'est un médecin traitant qui voit le résident 2-3 minutes alors que là il y a un vrai échange avec le résident aussi, entre le médecin et le résident, ce qui n'est pas la même chose avec le médecin traitant. Surtout faut pas s'arrêter parce que nous, on serait embêté.

Entretien n° 5 : Médecin coordonnateur

- 1) Pour plusieurs raisons, la première : pour les formations que l'équipe mobile peut apporter au personnel soignant de l'EHPAD. Deuxième raison : des avis et des évaluations gérontologiques sur certains de nos résidents. Troisième raison : l'équipe mobile nous aide dans les rapports avec les services hospitaliers quand on a des soucis d'hospitalisation ou de traitement, qu'on est un peu perdu, donc on souhaite que l'équipe mobile intervienne pour nous auprès des différents services ou consultations, que ce soit une aide gérontologique. Donc des évaluations, des aides psychiatriques pour nos résidents psy...
- 2) On a à faire au médecin principal, jusqu'à présent c'était le Dr Chansiaux que je connais depuis plus de 5 ans, donc essentiellement le Dr Chansiaux pour ses conseils, ses évaluations, les formations qu'elle donne, et puis parfois dans son équipe les infirmières ou le personnel qui vient faire les formations, et aussi le médecin qui était en charge de la psychiatrie, qui est parti je crois, je l'ai rencontré 2-3 fois. Mais c'est surtout le Dr Chansiaux, qui répond assez rapidement au téléphone, qui s'est beaucoup déplacée, qui nous a beaucoup aidés. Je ne vois pas quel professionnel manque. On a une psychologue plein temps ici donc on n'a pas besoin de psychologue, peut-être du personnel spécialisé en soins palliatifs, mais je ne vois pas d'autre personnel. Le psychiatre ne manque pas trop parce qu'on est relativement bien pourvu ici, on a un psychiatre libéral qui vient régulièrement une fois par semaine. Quand on a vraiment des soucis, c'est un bon intermédiaire pour nous sortir de situations difficiles avec nos résidents psy qui sont nombreux ici.
- 3) Toujours les mêmes, une aide dans les difficultés qu'on peut avoir pour avoir des avis et faire hospitaliser nos résidents. Les personnes âgées sont souvent, pas rejetées mais on a toujours beaucoup de difficultés, on les envoie aux urgences, elles reviennent dans la foulée, il n'y a pas d'hospitalisation donc l'équipe mobile pour nous, il faut que ce soit une équipe qui puisse nous renseigner, nous aider dans nos démarches et surtout avec laquelle on peut avoir un résultat dans nos recherches d'hospitalisation et de conseil pour nos personnes âgées.
- 4) La plus value c'est qu'elle peut nous éviter l'hospitalisation d'une part, et surtout elle nous fait gagner un temps précieux pour faire hospitaliser notre résident dans le service adéquat sans faire le tour des services de Paris, disons une précision, une rapidité dans l'hospitalisation, et dans le diagnostic et le traitement.
- 5) Une plus grande disponibilité de l'équipe mobile, je sais bien que ce n'est pas toujours facile. En général, les réponses sont assez rapides à nos demandes, mais peut-être une plus grande disponibilité, une présence peut-être un peu plus importante dans les

évaluations gériatriques, on doit faire évaluer tous nos entrants dans les 6 mois et ce n'est pas le cas parce qu'on n'a pas, moi je suis médecin coordinateur, je ne suis pas gériatre donc je ne peux pas faire les évaluations, il faut que ce soit un médecin gériatre ou diplômé de la capacité pour ça, donc on a quand même beaucoup de résidents à évaluer et ça traîne un peu. En plus, se surajoutent des consultations parce que nos résidents ne vont pas bien donc on a vraiment besoin de l'avis et de l'expertise de l'équipe mobile, donc ça plus les évaluations, c'est un peu short quoi, on voudrait que l'équipe mobile puisse intervenir plus souvent chez nous.

- 6) Une grande satisfaction, tout est positif, les formations sont très bien faites, elles perdurent donc on souhaite que ça continue comme ça. Est-ce qu'on va pouvoir continuer à avoir l'équipe mobile, on ne sait pas ce que l'avenir nous réserve, on est un peu inquiet à ce sujet-là.

Entretien n°6 : Directeur

- 1) On a recours à l'équipe mobile quand c'est des cas un peu complexes, polyopathologiques, que l'équipe permanente, que ce soit le médecin traitant ou l'équipe de soins, ne trouve pas de solution, ou qu'on n'arrive pas à régler cette problématique.
- 2) Nous, actuellement il nous le poste d'ergothérapeute, on a un ETP mais on n'arrive pas à trouver d'ergo, donc on a besoin de beaucoup plus d'avis d'ergo. Et le médecin, pour un regard extérieur, un regard hospitalier. Au départ, il existait un psychiatre au sein de l'équipe mobile, le Dr Petit, qui n'est plus, et c'est nécessaire. Moi, je n'ai pas beaucoup cette difficulté parce qu'on a un psychiatre libéral qui vient sur le site une fois par semaine, mais actuellement au vu des dossiers qui arrivent dans les structures, c'est vraiment nécessaire d'avoir un psychiatre dans l'équipe mobile, parce qu'un avis doit être un avis tranchant de spécialiste dans certaines situations de prise en charge des troubles du comportement.
- 3) Ce sont toujours les mêmes depuis 2008, vraiment être une porte de secours à la prise en charge quand elle devient difficile, ou dans les situations sans réponse. Il suffit parfois d'une présence externe pour que ça déclenche des solutions.
- 4) Le point le plus important, c'est d'observer le patient dans son milieu, j'utilise le mot « patient » exprès parce qu'à l'hôpital, il devient un patient et ce n'est pas dans son environnement. Je pense que quand on le voit dans son chambre ou dans son milieu, on voit les qualités et les défauts de l'être humain et on peut analyser avec ce regard externe mieux la situation. Après, c'est économique, l'ambulance, l'aller-retour, un accompagnement, c'est du temps, c'est beaucoup de choses qui sont chères.
- 5) Renforcer l'équipe en termes de moyens humains, il faut vraiment augmenter le temps ou doubler le temps même, un médecin je pense c'est peu. Je ne sais pas comment l'équipe mobile ressent ça mais à mon avis, c'est peu. Et une idée que je propose, c'est éventuellement figer un planning annuel de passages, qui permet d'organiser vraiment quelque chose de stable, de régulier. Ça serait un bon repère pour les médecins traitants qui interviennent dans les structures, ils savent qu'à telle période il y a le médecin de l'EMGE qui passe, donc ils préparent leurs questions s'il y a des demandes, et pour le médecin coordonnateur aussi, et pour l'équipe. De temps en temps, il y a des questions qui arrivent, et il faut appeler le médecin, s'il n'est pas

disponible, s'il est pris ailleurs, s'il y a des urgences, on a du mal à l'avoir, il faut attendre 3-4 semaines qu'il soit libre. Pourquoi pas figer un planning et après en fonction, le médecin de l'EMGE quand il est là va observer s'il y a des situations d'urgence, il faut pas attendre le prochain planning, peut-être à lui d'organiser son emploi du temps. Après si l'EMGE est stable ici, il faut que dans la triangulation médicale médecin coordonnateur/médecin de l'EMGE/médecin traitant il y ait une bonne entente, c'est-à-dire pas de tensions entre eux. Je pense qu'il faut réfléchir s'il y a les possibilités et les moyens de mettre ça en place.

- 6) Nous, on travaille avec l'EMGE depuis le début, en 2008, c'est un plus important et énorme. On a commencé à réfléchir sur le fait de programmer les hospitalisations au lieu de passer par les urgences depuis 2008 et on voit des résultats derrière, ils ne sont pas chiffrés mais on le constate dans nos rapports d'activité annuelle, le nombre d'hospitalisations qui est réduit, le nombre de séjours qui diminue, ça fait de l'effet. C'est un très bel outil pour les EHPAD, c'est vraiment important vu le nombre d'ETP de médecins coordonnateurs qui sont sur site, le peu de personnel soignant, c'est bien d'avoir des choses qu'on peut programmer avec l'hôpital, fluidifier un peu l'hospitalisation. Bien que dans ce parcours de soins, il y a cette politique, cette réflexion, il y a la mise en place d'un numéro portable sur Lariboisière pour fluidifier un peu les hospitalisations, le médecin peut appeler ce numéro, avoir un médecin gériatre, il explique le cas, la situation et lui, il fait les démarches pour trouver un lit sans passer par les urgences. Je pense c'est intéressant, c'est plus facile pour un médecin traitant qui vient ici pour dix minutes de trouver un numéro pareil, mais le problème c'est que les médecins traitants n'utilisent pas ce numéro, ils n'ont pas encore le réflexe.

RESUME

Suite à un projet expérimental soutenu par le Ministère de la Santé en 2008, les Equipes Mobiles Externes de Gériatrie (EMGE) interviennent dans les EHPAD afin de former les équipes soignantes à la prise en charge des pathologies gériatriques, de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques et d'orienter si nécessaire les personnes âgées, polypathologiques et dépendantes, dans la filière de gériatrie. L'équipe mobile de l'hôpital Bretonneau travaille maintenant depuis presque six ans sur le territoire du Nord de Paris, comportant 13 EHPAD.

Afin de faire le bilan des six années de fonctionnement de cette équipe et d'évaluer à plus long terme l'intérêt des EMGE perçu par les EHPAD, une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de 105 professionnels d'EHPAD au moyen d'un questionnaire, et 51 entretiens individuels ont été réalisés auprès de ces professionnels afin d'enrichir ces données.

Notre étude a montré un taux de satisfaction plutôt important concernant la réactivité de l'équipe mobile lors d'un signalement (69,8%), les délais de visite (67,5%) et de retour de la visite (62,7%), la pertinence (73,3%) et la faisabilité (73,3%) des propositions soumises. Les demandes d'intervention concernent essentiellement la formation (76%) et l'évaluation de résidents (66%), notamment pour des troubles du comportement (70%), et émanent majoritairement des équipes soignantes (59%) et des médecins coordonnateurs (51%). Les expertises apparaissent comme une aide tant diagnostique que thérapeutique (88,4%). Les formations permettent une meilleure prise en charge des résidents (86,1%). Les propositions soumises par l'EMGE sont suivies à 89,6%. La pérennisation du dispositif est une volonté manifeste des professionnels d'EHPAD (91,9%) malgré des besoins différents selon les établissements.

L'équipe mobile représente donc une aide et un soutien indéniables pour les professionnels d'EHPAD dans la prise en charge des personnes âgées, polypathologiques et dépendantes. Elle s'intègre ainsi parfaitement dans la filière de soins gériatriques.

MOTS-CLES : Equipe Mobile de Gériatrie ; hôpital Bretonneau ; enquête de satisfaction ; EHPAD ; lien ville-hôpital