

# Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France)

*Functioning of mobile geriatric units or a professional interdisciplinary pattern: experience of Grenoble University Hospital (France)*

PASCAL COUTURIER  
LIONEL TRANCHANT  
ISABELLE LANIÈCE  
THOMAS MORIN  
ANNIE GROMIER  
CHANTAL SALA  
BRIGITTE LÔ-STRAUSS

Unité mobile de gérontologie  
Clinique universitaire  
de médecine gériatrique  
CHU de Grenoble  
<PCouturier@chu-grenoble.fr>

Tirés à part :  
P. Couturier

Article traduit en anglais  
- open access -  
www.anales-de-gerontologie.com



**Résumé.** Les équipes mobiles de gériatrie font partie intégrante de la filière gériatrique hospitalière. Leur rôle et leurs missions ont été précisés dans les circulaires relatives aux filières gériatriques et dans le cadre de l'activité des urgences. Elles utilisent des référentiels communs comme l'évaluation gériatrique multidimensionnelle ou l'exercice de la multidisciplinarité dans le dépistage de la fragilité, l'identification et la gestion des problèmes. Leur action est tournée de façon préférentielle vers le patient âgé fragile en situation d'instabilité fonctionnelle ou aiguë, qu'il soit dans une unité d'urgence, de spécialités médicales ou chirurgicales. L'activité vers le domicile peut s'envisager dans le cadre d'une activité de recours et de conseils dans la gestion des situations de crises médico-sociales, et notamment en prévention de l'hospitalisation non programmée. Trois types d'intervention peuvent être proposés : l'évaluation au sein des urgences et l'orientation depuis ce service, l'évaluation gériatrique standardisée dans les services de spécialités, et l'évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination – liaison ville-hôpital. Le fonctionnement des équipes mobiles, pour être totalement efficace, doit bénéficier de la spécificité et des compétences des différents professionnels qui les composent, mais également d'une culture commune et d'une synergie d'action. Celle-ci s'exprime notamment à travers la procédure d'évaluation gériatrique standardisée. Le rôle respectif des différents acteurs (secrétaire, médecins, infirmier d'évaluation et assistante sociale) s'inscrit dans une démarche coordonnée. Les profils de poste requis doivent être déterminés suivant les besoins et les objectifs prioritaires de l'équipe et du service de rattachement.

**Mots clés :** évaluation gériatrique, sujet âgé, équipe de gériatrie

**Abstract.** Mobile geriatric units present an integral part of hospital geriatric network. Their roles and missions have been specified in circulars on geriatric networks and in the setting of emergencies activities. They make use of common system of references such as the multidimensional geriatric assessment or the multidisciplinary exercise in fragility detection, identification and management of issues. Their action is preferentially centered on the elderly frail patient with acute or functional instability, whether in emergency unit or in medical and surgical specialties. Home interventions may be considered in cases of medico-social crises management, and especially in order to avoid non-programmed hospitalizations. Three types of interventions may be proposed: the assessment inside emergency units and the orientation from these units, the standardized geriatric assessment in specialty departments and medico-social assessment in the setting of coordination activities – link between inpatient and outpatient settings. In order to be efficient, the functioning of mobile teams should benefit of the specificity and competences of its professionals, a common culture and a synergetic action. This one is revealed, in particular through the process of standardized geriatric assessment. The respective role of different actors (secretary, physicians, assessment nurse and social worker) takes place in a coordinated approach. Required job profiles should be determined according to needs and prior objectives of both team and department.

**Key words:** evaluation unit, elderly, geriatric team

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) connaissent un développement rapide dans les hôpitaux français. Le dernier recensement en 2007 faisait état de 225 unités déclarées sur le territoire national. De nombreux projets de création sont en cours, à la faveur de financements consacrés notamment à la filière gériatrique ou dans le cadre du plan « urgences ». La circulaire de mars 2002 sur les filières gériatriques a précisé les missions des équipes mobiles au sein des hôpitaux. Il s'agit d'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 [1-3]. Elle s'intègre dans un établissement de forte capacité ou un centre hospitalier doté d'un court séjour gériatrique. Elle peut être rattachée à un pôle d'évaluation gériatrique dans sa mission d'évaluation. Les missions proposées à ces unités sont multiples [1] :

- conseil, information et formation pour les équipes soignantes ;
- évaluation globale (médico-psycho-sociale) ;
- élaboration du projet de soin et du projet de vie ;
- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intrahospitalière ;
- orientation à la sortie de l'hospitalisation ;
- participation à l'organisation de la sortie.

Si les missions de ces unités ont été précisées, le fonctionnement actuel repose sur quelques données consensuelles issues d'expériences diverses.

Ainsi, par exemple, l'Unité mobile de gérontologie de Grenoble (UMG) a été installée en avril 1997 avec des moyens dédiés à cette activité [4]. Lors des trois premières années de fonctionnement, elle s'est attachée à développer une méthode d'intervention après avoir adopté quelques principes fondateurs partagés par d'autres équipes (*encadré 1*). Elle a par ailleurs fait l'objet d'une évaluation externe après trois années de fonctionnement [4]. Son action est basée sur des procédures fixant le rôle des différents acteurs la composant, soit un médecin, une infirmière d'évaluation et de prévention, une assistante sociale et un secrétariat. L'objectif de cet article est de présenter son mode de fonctionnement durant l'année 2007, après dix ans d'expérience, en décrivant notamment la population cible, les différents types d'intervention et surtout le rôle essentiel de la pluridisciplinarité dans son activité à travers le rôle propre des différents acteurs, ainsi que leur organisation.

## La population prise en charge par l'UMG

Les populations hospitalières peuvent être définies en termes de santé publique, en fonction de leur niveau de complexité ou de fragilité, leur typologie et leur pronostic. Afin de mieux cerner la population fragile, des critères adaptés de Rubenstein [5] ont été utilisés. Ceux-ci ont permis de distinguer, en termes de résultats de santé et de survie hospitalière différentielle, cinq types de populations différentes. Les groupes ainsi définis permettent de positionner les lieux d'hospitalisation les plus adaptés en fonction des pathologies, ainsi que les indications d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie en particulier.

- Le groupe « soins palliatifs » correspond à des patients dont le pronostic vital est engagé à court terme, en raison d'une pathologie au stade des soins palliatifs (néoplasie ou autres). Ils intègrent la discipline référente pour le patient au sein de lits identifiés de soins palliatifs. Les patients bénéficient de l'intervention des unités mobiles de soins palliatifs.

- Le groupe des « indépendants » correspond à des patients ne présentant aucune perte d'autonomie ou d'antécédents de pathologie chronique connus. Ils peuvent être pris en charge au sein des spécialités médicales selon la pathologie principale identifiée ou, à défaut, en médecine interne.

- Le groupe des « monopathologiques » correspond à des patients présentant une pathologie prédominante et identifiée (en dehors de la démence), quel que soit son niveau de sévérité, en l'absence d'autres co-morbidités. Il s'agit par exemple des diabétiques, insuffisants respiratoires ou cardiaques. Ils intègrent habituellement la discipline d'organe et peuvent bénéficier d'une évaluation gériatrique.

- Le groupe des « psychogériatriques » correspond aux patients dont le syndrome démentiel est connu et où les troubles psycho-comportementaux dominent le tableau clinique. Ils doivent intégrer des secteurs adaptés tels que les unités de psychogériatrie. Ils peuvent bénéficier de l'intervention de neurologie ou de la psychiatrie de liaison.

- Le groupe des « fragiles » correspond aux patients caractérisés par une polypathologie associée à une perte d'autonomie et/ou des syndromes gériatriques (confusionnel, dépressif, régressif, malnutrition, chute, altération de l'état général, troubles cognitifs). Ils intègrent la filière gériatrique et bénéficient du soutien de l'équipe mobile de gériatrie au sein de la filière hospitalière.

## Encadré 1

**Principes de fonctionnement d'une équipe mobile de gériatrie [9]**  
*Principles of operating a mobile team of geriatrics [9]*

Ces principes ne sont qu'indicatifs du fonctionnement actuel des EMG et correspondent à des expériences différentes. Ils peuvent évoluer selon la nature des conventions de fonctionnement établies entre les EMG et les différents services.

1. Il s'agit d'une unité fonctionnelle, à l'instar des équipes de soins palliatifs, ayant une dotation spécifique pour son fonctionnement. Elle est basée dans un service, un département ou un pôle doté d'un court séjour gériatrique.
2. Il s'agit d'une unité d'évaluation rattachée administrativement et/ou ancrée physiquement à un pôle d'évaluation dont elle est une émanation.
3. Elle est dotée d'une équipe multidisciplinaire gériatrique et comprend des professionnels expérimentés en gériatrie dont, au minimum, un médecin, une infirmière d'évaluation et de prévention, une assistante sociale et une secrétaire. Selon le cas et la mission, elle peut comprendre un rééducateur (ergothérapeute ou kinésithérapeute), ainsi qu'une psychologue.
4. Elle est mobile, sur signalement des services à vocation non gériatrique, par l'intermédiaire des médecins, cadre de santé et assistantes sociales des services.
5. L'intervention est ciblée sur la population âgée fragile.
6. Elle établit un dossier spécifique d'évaluation qui comprend les éléments médico-sociaux et de l'évaluation gériatrique standardisée. Idéalement, celui-ci est informatisé, partagé et susceptible d'être consulté à distance.
7. Elle établit un courrier normalisé, ou rapport d'évaluation gériatrique, permettant de proposer un projet de soin immédiat (avis et conseils en soins gériatriques), un projet de réadaptation le cas échéant pour le moyen terme (SSR, HAD), un projet plus global pour faciliter le maintien à domicile (aides à domicile) et l'orientation éventuelle vers le secteur institutionnel (EHPAD). Celui-ci est adressé au médecin du service du signalement, au médecin traitant et aux médecins susceptibles d'instaurer une prise en charge immédiate. Le rapport d'évaluation peut contribuer à l'information nécessaire à une demande d'institutionnalisation.
8. Il s'agit d'une activité de consultant médical et de soin qui ne se substitue pas aux équipes en charge du malade. Ainsi, elle n'assure pas la prescription des thérapeutiques, des examens paracliniques nécessaires, ou encore les soins. Ceux-ci sont en revanche proposés sous forme d'un avis écrit dans le dossier médical ou de soins, mais qui doit être validé par les équipes médicales et de soins en charge du patient.
9. Elle n'effectue pas les démarches médico-administratives en vue du transfert vers les unités de SSR ou vers le réseau institutionnel, à moins d'une demande explicite et motivée du cadre de l'unité et de l'assistante sociale en charge de l'unité de soins.
10. Elle assure le suivi des patients évalués jusqu'à la sortie de la structure d'hospitalisation, veille, dans la mesure du possible, au respect des recommandations et assure, le cas échéant, un suivi des patients dans le cadre des consultations et des structures d'hôpital de jour si nécessaire, ou un relais vers la médecine de ville.

Cette classification a été validée sur une population admise aux services des urgences de Grenoble en 1998, et dont le suivi a été assuré en termes de résultats de santé [6]. Les principaux résultats sont résumés dans le *tableau 1*. Sont à noter les résultats singuliers du groupe des fragiles, avec une durée moyenne de séjour la plus longue, que ce soit aux urgences ou dans le premier service, témoignant des difficultés de gestion de cette population. Il est remarquable de constater que le taux de mortalité ne diffère que peu des autres groupes, suggérant que le pronostic vital de cette population s'apparente

à celui des monopathologiques. Le taux de réhospitalisations est en revanche plus important, de même que celui de placements à l'issue de l'hospitalisation, suggérant un retentissement fonctionnel ou une reprise de l'autonomie, et une réinsertion plus difficile pour ces patients. Ces données sont conformes à celles obtenues par différentes études sur le pronostic fonctionnel et la gestion des patients fragiles en milieu hospitalier [7, 8]. Elle constitue une population cible des équipes mobiles en raison de l'intrication des composantes médicale, fonctionnelle et médico-sociale.

**Tableau 1.** Caractéristiques de 354 patients de plus de 75 ans admis aux urgences médicales du CHU de Grenoble en juillet 1997. Les patients ont été classés selon les définitions adaptées de Rubenstein.

*Table 1. Characteristics of 354 patients over 75 years to medical emergencies, CHU de Grenoble in July 1997. Patients were classified as a priori definitions adapted Rubenstein.*

Groupe de patients	Fragile	Monopathologie	Démence	Soins palliatifs	Indépendant
Nombre de sujets (%)	179 (50)	125 (35)	13 (3,6)	21 (5,9)	16 (4,5)
Âge (moyen)	85	84	87	83	84
Absence aidant (%)	30	22	15	0	0
DMS urgences (h)	18	13	16	29	15
Durée moyenne de séjour 1 <sup>er</sup> service (j)	14	10	11,2	12,9	5
DMS totale, y compris soins de suite (j)	20,4	14,8	12,2	19,8	4,2
Retour à domicile après hospitalisation (SSR compris) (%)	66	55	46	5	87,5
Placement (%)	18	14	31	52	0
Hospitalisation à 6 mois (%)	49	53	7,7	66	12
Mortalité à 6 mois (%)	12,8	12	15	62	0

CHU Ville	Année	Composition de l'équipe	Lieux d'interventions Urgences, spécialités, ville-hôpital				
			UHCD	Med	Chir	ACL	ExtH
Grenoble	1997	4 ETP : 1,5 Med, Inf, AS, Sec	70 %	15 %	10 %	5 %	
Strasbourg	1998	5 ETP : 2 Med, Inf, AS, ergo, Sec					
Toulouse	2001	5,5 ETP : 2 Med, Inf, Psy, Sec	50 %	20 %	30 %	Cslt N°	Telé For
Saint Étienne	2003	5,5 ETP : 2 Med, Inf, AS, Sec	50 %	50 %		cslt	
Bordeaux	2003	3,5 ETP : 1 Med, AS, Inf, Sec	90 %	10 %			
Nice	2003	6,5 ETP : 2,5 Med, AS, Inf, Sec	70 %	15 %	15 %	Rég N°	
Paris, Ambroise Paré	2004	3,5 ETP : 1 Med, Inf, AS, erg, Sec		70 %	30 %		
Paris, Broca-Cochin	2005	3 ETP : 1 Med, Inf, AS, ergo	73 %	17 %	10 %	7 %	

**Figure 1.** Tableau synthétique résumant les principales caractéristiques de quelques équipes mobiles de gérontologie de centres hospitaliers universitaires en 2005 [15].

*En gris, les lieux d'interventions assurés par les différentes équipes (UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; Med : médecine ; Chir : chirurgie ; ACL : activité de coordination liaison ville-hôpital ; Ext H : extrahospitalier) et la part de l'activité consacrée. Les CHU de Nice et de Toulouse assurent une forme de régulation avec un numéro d'appel spécifique. L'action extrahospitalière est encore peu développée en dehors d'actions de formation dans les établissements de personnes âgées et l'utilisation de la télémédecine. Des activités de consultations sont proposées à l'interface ville-hôpital (composition d'équipe : Med : médecin ; AS : assistante sociale ; Inf : infirmière ; Sec : secrétaire ; Psy : psychologue ; ergo : ergothérapeute ; ETP : équivalent temps plein).*

**Figure 1.** Summary table summarizing the main features of a few mobile teams of gerontology at university hospitals in 2005 [15].

## Les différents types d'interventions proposés par l'UMG

En 2007, l'UMG grenobloise est majoritairement intervenue auprès de la population âgée fragile sur trois sites différents :

- les services d'urgences ;
- les services de spécialités ;
- à l'interface ville-hôpital.

Cette orientation est partagée par d'autres équipes universitaires en France en 2005, dont les caractéristiques sont résumées sur la *figure 1*. L'intervention extrahospitalière reste marginale et expérimentée par quelques structures hospitalières, notamment dans le cadre de l'activité de référence et de formation des CHU (exemple de Toulouse). L'équipe de Grenoble a expérimenté trois types d'interventions formalisées dont les avis gériatriques, ou consultation aux urgences, l'activité d'évaluation au lit du patient dans les services de spécialités, et une activité dite de coordination et de liaison (ACL) entre l'hôpital et la ville. Trois modalités d'intervention ont été développées :

- en binôme pour ce qui concerne l'évaluation (médecin et infirmière) ;
- en solo lors des ACL et des consultations avec orientation (médecin) ;
- au lit du malade, ou par téléphone le cas échéant [9].

En routine, trois types de suivi des interventions auprès du patient sont réalisés, dont l'orientation dans la filière gériatrique, le suivi des recommandations cliniques émises par l'UMG et le taux de réhospitalisation précoce (< 1 mois). Les différents types d'interventions peuvent être définis comme suit.

### L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Il s'agit d'une procédure diagnostique et de soins réalisée au lit du malade ou en consultation, par le médecin, avec ou sans la collaboration de l'infirmier d'évaluation. Elle fait l'objet d'une discussion pluridisciplinaire. Les informations sont recueillies dans un dossier normalisé, et servent de base au diagnostic de situation et aux propositions du projet de soins personnalisé. Celui-ci comporte des conseils et des recommandations dans la gestion immédiate du patient, son orientation dans la filière hospitalière et les démarches nécessaires à un retour à domicile ou à une institutionnalisation. L'évaluation nécessite l'identification des problèmes et des capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles, et implique la mise en place d'un suivi.

Ce processus nécessite beaucoup de temps, avec une moyenne de 3 heures (temps de soins direct et indirect). Les différentes phases de cette démarche sont illustrées sous la forme d'un logigramme (*figure 2*).

### La consultation gériatrique avec orientation (CGO)

L'intervention de l'équipe mobile aux urgences nécessite une procédure moins exhaustive et plus rapide que l'EGS, la consultation gériatrique avec orientation. Les modalités initiales de cette procédure sont identiques à une évaluation gériatrique standardisée. Elle implique, au minimum, la réalisation d'un compte-rendu d'intervention et l'archivage du dossier. Elle se limite à une partie de l'EGS :

- examen du patient ;
- conseil thérapeutique ;
- conseil en soins ;
- informations sur le réseau gériologique ;
- aide à l'orientation et au diagnostic.

### L'activité de coordination et de liaison (ACL)

Elle est générée par une demande de conseil d'ordre médical et/ou social, soit par la ville (médecins, assistants sociaux, équipe de soins), soit par les équipes hospitalières. Le conseil est donné par téléphone, lorsque la demande est simple et clairement formulée, ou lors d'une consultation d'un tiers (famille par exemple) lorsque la demande est complexe et nécessite un diagnostic de situation.

La réponse intègre les contacts avec le réseau et l'organisation de la prise en charge (consultation spécialisée, concertation entre la famille et les intervenants médicaux et sociaux, hôpital de jour ou suivi communautaire).

La gestion d'une ACL est réalisée habituellement par téléphone, à partir de l'UMG, le plus souvent par l'assistante sociale, mais parfois par le médecin et/ou l'infirmière. Cette activité demande également du temps, avec suivi des situations, mobilisation de tous les moyens de l'UMG. Le temps moyen est au moins égal à une évaluation. Elle relève d'une activité de type réseau et devrait pouvoir être comptabilisée comme telle en termes d'activité.

## Fonctionnement de l'équipe et rôle des différents professionnels

Dans une configuration standard, l'équipe mobile est composée, au minimum, de quatre professionnels

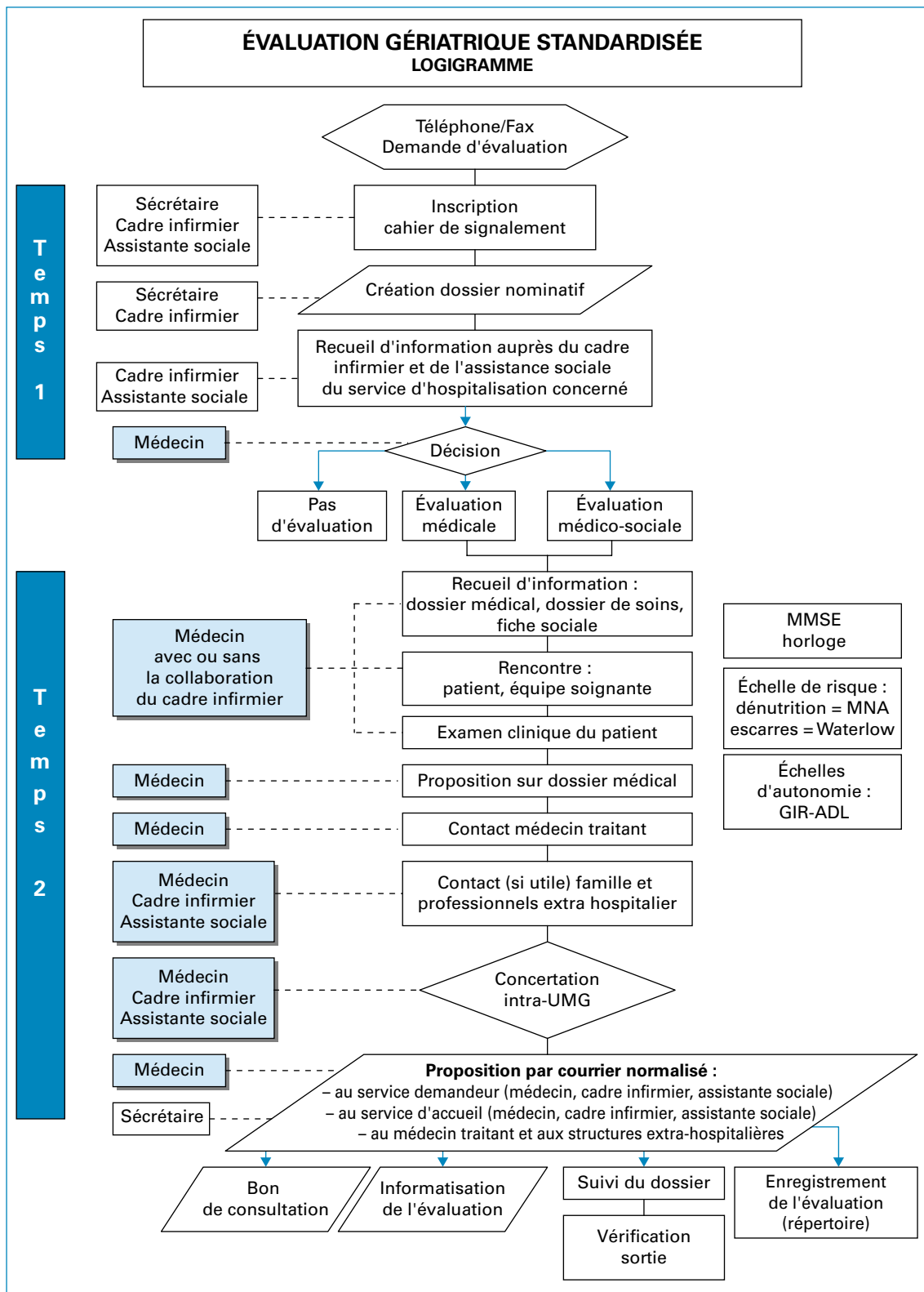


Figure 2. Logigramme de l'évaluation gériatrique standardisée, UMG-CHU de Grenoble (rapport UMG 1999, CHU de Grenoble, 90 p).

Figure 2. Algorithm of geriatric assessment standardized, UMG-CHU Grenoble.



dont un médecin, une infirmière d'évaluation et de prévention, une assistante sociale et une secrétaire. Selon la mission envisagée et l'environnement hospitalier, cette équipe peut être complétée d'un rééducateur (kinésithérapeute ou ergothérapeute) et/ou d'une psychologue [10]. L'expérience grenobloise utilise à ce jour une configuration « de base », le CHU étant par ailleurs doté d'une équipe de soins palliatifs, d'une unité de psychiatrie de liaison et de consultations mémoire sur les sites de gériatrie, neurologie et psychiatrie. Cependant, il n'y a actuellement pas d'équipe hospitalière spécialisée dans la rééducation ou la réinsertion des patients âgés. De l'expérience acquise dans le fonctionnement pluridisciplinaire, et afin d'être en mesure de produire une évaluation gériatrique, une procédure normalisée dans laquelle chacun des acteurs de l'équipe a un rôle propre, et dans un temps défini du processus d'évaluation, a été déve-

loppée. Quatre éléments clés du processus nous semblent devoir être individualisés :

- l'analyse du signalement ;
- le binôme médecin-infirmière ;
- le staff quotidien ;
- le dossier partagé.

### L'analyse du signalement

L'analyse est réalisée, dans un premier temps, lors de la réception de la demande. Contrairement à une demande d'admission en soins de suite qui peut s'effectuer par fax, ou par lien électronique avec un formulaire *ad hoc*, la demande d'intervention de l'UMG est effectuée par téléphone. Le rôle de la secrétaire est de recueillir la demande avec les informations utiles à la décision du médecin. Cette activité est essentielle car elle permet de réguler les demandes d'intervention, éliminant d'emblée les demandes inadaptées,

#### Encadré 2

### Rôle de l'infirmière d'évaluation et de prévention *Role of the assessment and prevention nurse*

#### A. Observation clinique au lit du patient (rôle propre)

- Aspect général du patient (taille, poids, état buccal, état cutané)
- Afférentation (vue, audition, langage)
- État cognitif (mémoire, orientation temporo-spatiale, humeur)

*Test utilisé : Mini Mental State Examination (MMSE) [12]*

- Motricité (lever, transferts, déplacement)
- Gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, continence, alimentation)

*Tests utilisés : Activity Daily Living (ADL) [11], groupe iso-ressource (GIR)*

- État douloureux (EVA, faciès)
- Compliance aux soins
- Équipement (O<sub>2</sub>, SNG, VVP, SAD, contentions, support au lit)
- Évaluation des risques (escarres, nosocomial, nutritionnel)

*Tests utilisés : échelle de Norton, mini MNA [13]*

#### B. Recueil de données (contact famille/soignants)

- Traitements antérieurs et examens en cours
- Situation familiale et conditions de vie (lieu de vie, entourage familial, ressources financières)
- Protection juridique
- Suivi social (demande d'allocation personnalisée d'autonomie – APA –, dossiers de précaution)
- Interventions à domicile :
  - aides humaines (IDE, kinésithérapeute, aide-ménagère, tierce personne, voisins...)
  - aides techniques (portage des repas, téléalarme, équipements divers...)
- Difficultés à domicile et évolution de la situation précédant l'hospitalisation (Zarit : Fardeau de l'aidant [14])

#### C. Propositions au terme de l'évaluation

- Action de soins selon les risques (escarres, dénutrition, infection nosocomiale, altération de la mobilité...)
- Projets de soins hospitaliers, de réinsertion à domicile avec prise en charge médico-sociale
- Action de prévention (demande d'APA, bilan d'évaluation ville, aménagement du plan d'aide, signalement aux équipes du conseil général et de secteur...)

donnant l'information utile le cas échéant, ou planifiant rapidement l'intervention après accord du médecin. Toutes les demandes (hors intervention dans le cadre des urgences) font l'objet d'une analyse afin de mettre en place la réponse adaptée. Ainsi, la secrétaire de l'UMG joue le rôle de coordonnateur, orientant la demande vers l'assistante sociale si nécessaire, suggérant une consultation ou une hospitalisation d'emblée avec l'accord du médecin pour les demandes de la ville.

### Le binôme médecin-infirmière

Si l'activité de consultation avancée (avis gériatrique simple) peut s'envisager comme dans n'importe quelle spécialité, l'évaluation gériatrique au lit du malade justifie, du signalement au rendu d'information, le développement d'une procédure normalisée où chacun des acteurs d'une EMG trouve sa place au sein d'une procédure commune (*figure 2*). Le rôle de l'infirmière d'évaluation, résumé dans l'*encadré 2*, réside en :

- le recueil des différentes informations sur l'état fonctionnel antérieur à l'hospitalisation et l'état actuel en termes d'autonomie ;
- l'évaluation de la réalité du support familial et social, notamment en termes d'aide et de fragilité (fardeau) ;
- l'évaluation de la densité de soins actuelle et à venir dans le cadre d'un retour à domicile ;
- l'évaluation des risques immédiats en termes de complications de l'immobilisation aiguë ;
- l'évaluation de l'aide nécessaire pour les besoins fondamentaux.

Le médecin, quant à lui :

- effectue le point avec les équipes médicales sur la situation du malade ;
- suggère les explorations nécessaires et les actions réadaptatives pour limiter la perte fonctionnelle ;
- valide les orientations prévues par le service, ou les propose.

La synthèse des données obtenues dans le même temps par le médecin et l'infirmière est réalisée rapidement, dans les 24 heures après avoir pris les contacts nécessaires avec le médecin traitant, la famille et les équipes de soins à domicile en charge du patient le cas échéant.

### Le staff quotidien

Le staff réunit chaque matin médecin, infirmière d'évaluation, secrétaire et assistante sociale. Il fait le

point sur les projets de soins préparés par les intervenants après les évaluations réalisées la veille et valide les actions et orientations proposées. À l'issue, un courrier est adressé aux équipes demandeuses de l'évaluation, mais également au médecin traitant ou aux services de soins de suite, le cas échéant, permettant d'anticiper et de préparer la sortie hospitalière. Ce temps de concertation est fondamental car il permet l'expression de la pluridisciplinarité, en utilisant le savoir-faire et l'expertise de chacun des acteurs au service d'un patient généralement fragile et dans une situation complexe sur le plan médico-social. Il permet le développement d'une culture commune utile au bon fonctionnement de l'interdisciplinarité et, ainsi, de faire de chaque acteur hospitalier un interlocuteur polyvalent dans l'information et le conseil gérontologique.

### Le dossier informatique partagé

Le principe de l'évaluation gériatrique repose sur le recueil d'informations multiples, sous les angles médical, fonctionnel et social, et utilise généralement des instruments validés permettant le dépistage ou la mesure des différents facteurs de fragilité d'un sujet âgé hospitalisé. Plusieurs échelles sont utilisées telles que les ADL (actes de la vie quotidienne), les IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne), le GIR (groupes iso-ressources), le MMSE (*Mini Mental Status Examination*), le MNA (*Mini Nutritionnel Assessment*). D'autres informations sont nécessaires comme l'environnement médico-social, la densité de soins, la compliance aux soins et notamment quelques indicateurs fortement associés à la lourdeur des soins tels que la présence de plaies ou d'escarres, le statut nosocomial ou la douleur.

L'ensemble de ces informations est utile pour caractériser le patient dans sa globalité. Dans cet esprit, l'équipe de Grenoble a développé un module informatique spécifique permettant aux différents acteurs de partager un dossier d'évaluation accessible à tous les intervenants ou aux équipes de soins en charge du patient. Il comprend un dossier médico-social et un dossier d'évaluation gériatrique standardisé. À partir de celui-ci, il est possible d'éditer un compte-rendu d'évaluation, de le transmettre par fax ou par mail, de constituer une base de données pour l'activité et le recueil d'indicateurs d'activité. Ce dossier représente la concrétisation d'une prestation complète qui va accompagner le patient dans son parcours hospitalier jusqu'à sa sortie. Au-delà, il permet une traçabilité de l'information réunie autour d'une population particulièrement vulnérable et fréquemment ré-



hospitalisée. Il offre, par ailleurs, l'opportunité d'un travail en collaboration avec la ville utilisant les nouvelles technologies et préfigurant une activité ville-hôpital de type réseau avec des outils partagés.

## Formation de l'équipe et des professionnels

La constitution d'une équipe mobile de gériologie ne doit pas céder à l'effet de mode ou se substituer à la base du fonctionnement hospitalier qui associe des structures différentes (court séjour, soins de suite et soins de longue durée), dont les missions sont complémentaires pour rendre une filière gériatrique efficace. L'équipe mobile de gériatrie constitue l'une des alternatives à l'hospitalisation classique en gériatrie en facilitant la prise en charge des malades âgés dans les secteurs de spécialité non gériatrique. Elles ne sauraient remplacer une filière complète et notamment l'absence de court séjour aigu à vocation gériatrique ou polyvalent. Elle complète un dispositif d'accueil des patients âgés fragiles, au même titre que l'hospitalisation de jour. Dès lors que les lits d'hospitalisations non gériatriques sont en nombre, l'équipe mobile s'avère indispensable. Au-delà de l'évaluation gériatrique proprement dite, son rôle de liaison-coordination, voire de régulation, est essentielle au sein d'une organisation hospitalière complexe ou dans le cadre de l'articulation avec la ville notamment [9, 10].

Dans cet esprit, l'analyse des besoins s'avère indispensable et le fonctionnement doit être guidé par le principe de réalité locale. Depuis la création de l'équipe mobile grenobloise, différents modèles de fonctionnement ont été testés et le modèle présenté ici tient compte de l'expérience acquise. L'évaluation gériatrique par l'intervention d'une équipe mobile dédiée à cette activité apparaît possible dès lors qu'elle s'appuie sur une équipe expérimentée, motivée et solidaire. La synergie d'action représentée dans le logigramme est efficace car elle permet de remplir le cahier des charges de l'évaluation en utilisant au mieux le savoir-faire des intervenants. Aujourd'hui, peu de cliniciens soignants sont suffisamment formés dans ce domaine. Il est donc essentiel de privilégier le recrutement de personnels d'expériences lorsque l'on inaugure ce type d'activité. Si des formations sont nécessaires, le partage des expériences est ici essentiel.

Ainsi, le positionnement d'une assistante sociale ne peut s'envisager que si l'on a déterminé précisément son rôle afin d'éviter des actions redondantes et

parfois contradictoires au niveau de l'unité, ou dans la gestion d'un malade suivi au sein d'un service déjà doté de ce professionnel. Il est souhaitable de déterminer un profil de poste et un positionnement assez précis afin d'éviter ce type de désagrément.

De même, l'infirmière d'évaluation doit avoir une expérience de la gériatrie et une bonne connaissance de la prise en charge domiciliaire. Elle doit par ailleurs avoir des connaissances solides quant aux pathologies liées à l'immobilisation aiguë (escarres, supports, etc.), dans l'approche psycho-comportementale des patients détériorés, dans l'évaluation nutritionnelle et les risques liés à l'alimentation, dans l'évaluation de la prise en charge des aidants. En d'autres termes, elle doit avoir été formée à la prise en charge du sujet âgé et aux outils d'évaluation [11].

La situation du médecin obéit à la même contrainte. Titulaire d'une spécialité de gériatrie ou d'une qualification en gériatrie, il doit avoir une expérience du court séjour et des soins de suite notamment. Une expérience limitée à la seule prise en charge de l'exercice en établissement de soins de longue durée ou d'EHPAD peut s'avérer insuffisante. Des qualités de communication et de formateur sont souhaitables pour rencontrer les équipes des services de spécialités, dans le cadre d'interventions souvent réalisées dans des situations de « crise » (épuisement des soignants, « désencombrement » des lits, etc.). Tolérance et persévérance sont nécessaires dans le cadre de concertation difficile où l'âgisme est latent.

Il est enfin souhaitable, dans ce contexte, d'envisager un exercice en alternance, par exemple un temps de consultation pour les infirmières d'évaluation et, pour les médecins, la co-responsabilité d'un secteur de soins pour « garder la main dans le domaine du soin et de la prescription ».

Si cette organisation est le résultat d'une démarche pragmatique et opérationnelle, l'évaluation de ce dispositif et, plus globalement, la performance des UMG, demeure une question essentielle. Au-delà des aspects qualitatifs (satisfaction des équipes), quelques travaux ont mis en évidence le bénéfice d'une intervention gériatrique aux urgences notamment en permettant davantage de retours à domicile d'emblée ou en diminuant le taux de ré-hospitalisations précoces [9]. La seule réduction de la durée moyenne de séjour totale comme indicateur de l'action des EMG est discutable car la nécessaire évaluation médico-psycho-sociale ou les actions permettant la réinsertion, voire le placement, peuvent prendre davantage de temps qu'une sortie moins bien préparée [9]. Cette question

a été soulevée dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et il a été proposé quelques indicateurs d'évaluation des structures [10]. Aucun travail prospectif de type essai d'intervention n'a été initié à notre connaissance en France. Les comparaisons internationales ne sont qu'indicatives et peu pertinentes lorsqu'on les applique au système de soins français. Seule la pratique de l'évaluation gériatrique standardisée, qui constitue désormais un modèle d'intervention gériatrique, a fait ses preuves, et il est probable que son utilisation par les EMG soit également efficace, mais ce point mérite d'être démontré par des études d'intervention.

## Conclusion

Ainsi, le développement des équipes mobiles de gériatrie et leur installation durable dans le paysage hospitalier dépend beaucoup du service effectivement

rendu aux patients et aux différentes spécialités qui les accueillent. La spécificité de la prise en charge gériatrique permet une évaluation médicale et psychosociale indispensable pour une orientation adéquate dans la filière hospitalière et dans la réinsertion à domicile. Dans l'expérience grenobloise, ces équipes ne sont véritablement efficaces que lorsqu'elles utilisent les compétences diagnostiques d'un gériatre senior et d'un soignant compétent dans le domaine du soin et de l'environnement médico-social. La mise en place d'une organisation interne dans laquelle le rôle de chacun est défini permet de répondre à une demande assez globale où le savoir-faire gériatrique et gérontologique peut s'exprimer, y compris en termes de productivité hospitalière [9, 10]. La qualité de la réponse à la demande d'intervention intègre un déplacement rapide et une synthèse de la situation qui sera utile à la gestion ultérieure du patient, que ce soit sous l'angle médical, mais également en termes de santé publique.

## RÉFÉRENCES

1. Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
2. Circulaire DHOS/01/2003/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
3. Anaes. 10<sup>e</sup> Conférence de consensus du 5 décembre 2003. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
4. Couturier P, Fachler-Buatois S, Argentier AM. Place et rôle des unités mobiles de gérontologie dans la prise en charge des patients âgés fragiles et hospitalisés. *L'année gérontologique* 2002 ; 16 : 74-88.
5. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wielland GD, Kane RL. Differential prognosis and utilization patterns and clinical subgroups of hospitalized geriatric patients. *Health Serv Res* 1986 ; 20 : 882-95.
6. Marchand L. Contribution à l'évaluation de la prise en charge des personnes âgées dans un centre hospitalier par identification de la population âgée fragile et la description des filières gériatriques. À propos de 358 entrées dans le service des urgences médicales du CHU de Grenoble. Thèse de médecine, 1998, Grenoble.
7. Arveux I, Faivre G, Lenfant L. Le sujet âgé fragile. *Revue Geriatr* 2002 ; 7 : 569-81.
8. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez Jr. F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1991 ; 39 : 778-84.
9. Couturier P. Unité mobile de gériatrie: situation actuelle et perspectives. *Revue Geriatr* 2004 ; 29 : 703-12.
10. Rousseau AC, Bastianelli JP. Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins. Inspection générale des affaires sociales. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000454/0000.pdf>.
11. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983 ; 31 : 721-7.
12. Folstein MF, Folstein SE. "Mini Mental State", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975 ; 12 : 189-98.
13. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-sf). *J Gerontol A Biol Sci Med* 2001 ; 56 : 366-72.
14. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980 ; 20 : 649-55.
15. Couturier P. Équipes mobiles de gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives. *Soins Gerontol* 2007 ; 64 : 18-21.