

# **EVALUATION GLOBALE GÉRIATRIQUE (ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE)**

## **QUELS BESOINS DANS LE RÉSEAU NORD BROYE ?**

### **RAPPORT FINAL DU GROUPE DE TRAVAIL**

#### **Rédigé par :**

**Yves Kühne, secrétaire général du RNB**

Avec la participation de :

Maurice Baechler, Médecin Chef, CTR de Chamblon

Olivier Bettens, Médecin de 1<sup>er</sup> recours

Oscar Daher, Médecin Chef, CSSC Ste-Croix

Liviu Dan, Médecin Associé, SPN

Cathy Kuhni, Infirmière responsable, section vaudoise, Alzheimer Suisse

Boubaker Lamamra, Ergothérapeute, ASPMAD

Sophie Lammens, Phsyiothérapeute, indépendante

Stéphanie Monod, Médecin Associé, CUTR Sylvana

Bernard Pantet, Médecin de 1<sup>er</sup> recours

Françoise Sallaud, Infirmière, Responsable Brio Payerne

**VF – 14 janvier 2009**

# TABLE DES MATIERES

---

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
1.1	Mandat	
1.2	Contexte général	
1.3	Méthode	
1.4	Remerciements	
<b>2.</b>	<b>EVALUATION GOLBALE GÉRIATRIQUE.....</b>	<b>7</b>
2.1	Définition	
2.2	Origine	
2.3	Quelle efficacité ?	
2.4	Population concernée	
2.5	Synthèse	
<b>3.</b>	<b>ENQUETE AUPRES DES PARTENAIRES .....</b>	<b>12</b>
3.1	Méthode	
3.2	Résultats	
3.3	Synthèse	
<b>4.</b>	<b>EXEMPLES DE DÉVELOPPEMENT .....</b>	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>CONTEXTE DU RESEAU NORD .....</b>	<b>21</b>
5.1	Population du Réseau Nord Broye	
5.2	Dispositif médico-social du Réseau Nord Broye	
5.3	Quelle pratique de l'évaluation globale gériatrique dans le réseau	
<b>6.</b>	<b>CONSTATS .....</b>	<b>25</b>
<b>7.</b>	<b>PROPOSITIONS DE DÉVELOPPEMENT .....</b>	<b>27</b>
<b>8.</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>30</b>
<b>9.</b>	<b>RÉFÉRENCES</b>	
<b>10.</b>	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Le mandat

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la volonté du Réseau Nord Broye (ci-après, RNB) de développer une politique gériatrique coordonnée et articulée avec les structures et les compétences existantes, permettant d'offrir des prestations adaptées à l'évolution des besoins de la population âgée.

Le mandat donné par le comité fait suite à une idée de développement présentée par deux médecins, l'un chef médical d'un hôpital de réadaptation et l'autre libre praticien à Yverdon, au comité du réseau. Il a pour objectif principal de :

1. Déterminer les besoins de stratégies d'évaluation gériatrique globale ambulatoire
2. Proposer des recommandations de mise en œuvre éventuelle.

Dans le rapport de politique sanitaire 2008 - 2012, le Conseil d'Etat vaudois fait figurer « *l'adaptation des services de soins aux pathologies chroniques et la mise en œuvre d'une politique gériatrique* » comme intention prioritaire de la présente législature. Il mentionne également son soutien aux projets régionaux s'inscrivant dans cette perspective.

## 1.2 Contexte

Le vieillissement de la population et les changements épidémiologiques (augmentation du nombre de malades chroniques, de personnes en incapacité fonctionnelle, de personnes souffrant de démence ou d'autres pathologies de la psychiatrie âgée<sup>1</sup>) dus tant aux progrès de la médecine en lien avec la diminution de la mortalité de certaines pathologies qu'à l'adoption de comportements favorables à la santé, préfigurent un impact majeur sur les prestataires de soins.

On observe par exemple, ces dernières années, à la fois, une diminution moyenne des durées de séjours hospitaliers et une augmentation du nombre de séjours.

Figure 1 : Durée de séjours hospitaliers

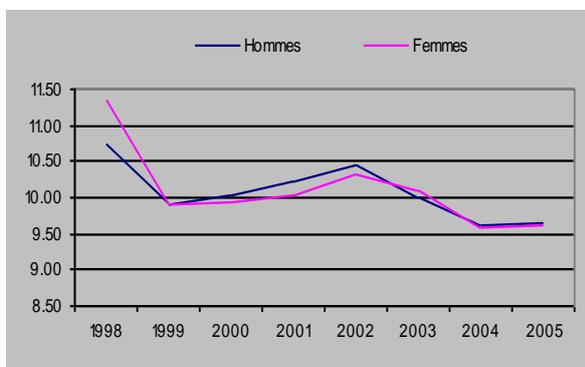
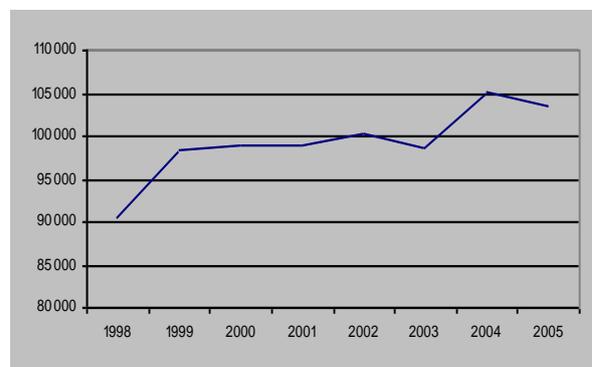


Figure 2 : Nombre de séjours hospitaliers



Source : Statistique Vaud (statistique médicale des hôpitaux, OFS), SCRIS, 12.12.2006

Ces tendances peuvent s'expliquer par :

- une pression accrue sur les hôpitaux en matière d'efficience de prise en charge et par les progrès de la médecine,
- une modification de comportements de la population lors du recours aux services de santé (notamment dans le cadre des urgences)
- l'augmentation des situations complexes nécessitant des hospitalisations multiples,
- le flux lors des hébergements, lequel « passe », dans 63% des cas<sup>1</sup>, par une hospitalisation pouvant provoquer des journées hospitalières inappropriées d'attentes.

Ces phénomènes amènent néanmoins deux risques distincts, à savoir des retours dans les lieux de vie de plus en plus précaires, notamment pour les personnes vulnérables, et une possible saturation des services de soins aigus.

Dans le secteur ambulatoire, l'augmentation des situations complexes (comorbidité, troubles cognitifs, précarité sociale, etc.) alliée à une pression accrue sur les coûts des prestations rend actuellement l'activité des acteurs des soins à domicile extrêmement exigeante. Le risque d'essoufflement des professionnels est important avec comme corollaire potentiel une réduction implicite du cadre d'intervention et une remise en question de certaines prestations (à titre d'exemples, la prestation 24 heures sur 24 n'est toujours pas développée dans l'ensemble du canton de Vaud, bien que faisant partie du panier de prestations de base du programme d'aide et des soins à domicile) pouvant amener à des orientations d'hébergement prématurées, alors que toutes les alternatives n'ont pas été explorées, ni exploitées.

### ***Vers un changement de paradigme***

Pour faire face à cette évolution, de nouvelles stratégies sont nécessaires. Les filières de soins, la coordination des services (tant au niveau des soins que de la prévention et de la promotion de la santé) et l'orientation de la population dans le système sanitaire seront des éléments essentiels, amenés à se développer durant les prochaines années. D'une pensée verticale et « corporatiste », l'intervention des acteurs de la santé devra tendre vers une approche plus horizontale (transverse) et multidisciplinaire.

La mise en place, au crépuscule du 20<sup>ème</sup> siècle, des réseaux de soins, légitimés par une nouvelle loi cantonale en 2007<sup>2</sup>, est un premier pas dans cette direction. Par leur mission, qui s'inscrit justement dans les perspectives évoquées, et par leur position à l'interface des institutions de soins, qui en sont les membres, les réseaux de soins offrent un cadre propice à ce changement et aux développements futurs, lesquels doivent rester adaptés aux besoins, cohérents et coordonnés avec les prestations/services existants.

---

<sup>1</sup> Source : activité du bureau d'orientation et d'information du RNB, 2006

<sup>2</sup> LSR du 30 janvier 2007, canton de Vaud

## 1.3 Méthode

C'est dans le contexte précité que le Réseau Nord Broye souhaite aborder une réflexion sur l'évaluation globale gériatrique ambulatoire.

Cependant, avant toute détermination ou proposition de développement, certaines questions se posent et leurs réponses font l'objet du présent rapport, à savoir :

- La démarche d'évaluation globale correspond-elle à un besoin des partenaires ?
- Existe-t-il des évidences sur l'efficacité d'une telle démarche ?
- Quels exemples de développement en Suisse ou ailleurs ?
- Quelle structure ou stratégie développer ?

### Démarches réalisées

#### 1. Constitution d'un comité de pilotage

Compte tenu de l'approche multidimensionnelle et du champ d'application potentiel de l'évaluation globale, le comité de pilotage a réuni un panel de compétences interdisciplinaires (gériatre, médecin libre praticien, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, médecin hospitalier, assistant social, infirmière de liaison et d'orientation) représentant les divers secteurs de soins du réseau (hôpitaux somatiques, réadaptation, soins à domicile, hébergement, psychiatrie de l'âge avancé, médecine de premier recours, brio). Il a également pu compter sur la participation d'un médecin gériatre délégué par le centre hospitalier universitaire de Lausanne (ci-après, CHUV) et sur une représentation d'une association des usagers.

#### 2. Réalisation d'une revue de littérature pour rechercher les évidences

La recherche de littérature s'est concentrée sur les articles traitant des évidences d'efficacité de la démarche « évaluation gériatrique globale ». Elle a été réalisée essentiellement sur la base de données « Pubmed/Medline », en combinant les articles trouvés, par mots clés (MESH<sup>3</sup>), dans 4 catégories (population concernée, types d'interventions, résultats, types d'études).

Ce travail constitue un aperçu des articles traitant du sujet et ne prétend pas être une revue systématique.

#### 3. Evaluation du besoin des partenaires

Un questionnaire a été adressé aux institutions partenaires du réseau, ainsi qu'aux médecins libres praticiens, pour connaître, d'une part, leurs besoins dans la prise en charge des situations complexes et/ou fragiles des personnes âgées et pour évaluer, d'autre part, le recours à des prestations de conseils/évaluation dans le cadre d'une approche multidimensionnelle. Une fiche descriptive de la démarche a ainsi été réalisée et envoyée en pièce jointe au questionnaire.

---

<sup>3</sup> Le Medical Subject Headings (MESH) est le thesaurus de référence dans le domaine biomédical de la base Medline

#### **4. Recherche d'exemples de développement dans le domaine de l'évaluation globale**

Une délégation du comité de pilotage a néanmoins rencontré deux structures ambulatoires mises en œuvre dans le domaine à Lausanne et à Genève, à savoir l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé et l'unité de gériatrie communautaire. Ces deux exemples représentent un développement intéressant de compétences en lien avec la démarche étudiée.

En complément à ces démarches, ce travail propose :

- Une définition de l'évaluation globale gériatrique
- Un historique de son développement
- Un aperçu du contexte régional, du dispositif médico-social déployé dans le réseau, des ressources et compétences disponibles et de la pratique actuelle dans le domaine
- Une synthèse des travaux réalisés sous forme de constat
- L'élaboration de propositions de développement
- Des recommandations pour la suite au comité du Réseau Nord Broye

#### **1.4 Remerciements**

Nous remercions particulièrement tous les partenaires ayant répondu au questionnaire et les membres du comité de pilotage pour leurs réflexions, leur travail et leur participation à l'élaboration du présent document.

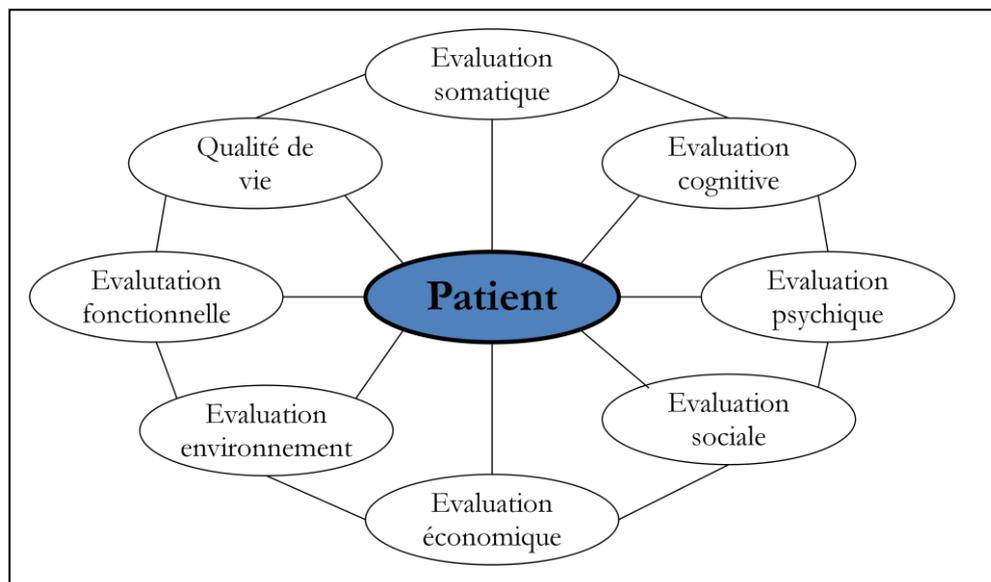


## 2. EVALUATION GLOBALE GÉRIATRIQUE<sup>4</sup>

### 2.1 Définition

« L'évaluation globale ou multidimensionnelle est une démarche diagnostique interdisciplinaire, tenant compte de plusieurs dimensions de la santé et conçue pour rechercher les ressources et les déficits physiques, psychiques, sociaux, fonctionnels et économiques des personnes âgées et fragiles<sup>5</sup>, en vue d'élaborer un projet thérapeutique intégré et un suivi à long terme »<sup>II</sup>.

Figure 3 : Schéma évaluation globale



L'évaluation multidimensionnelle n'est donc pas uniquement un processus de reconnaissance des besoins et des ressources, mais elle implique également et surtout :

- l'élaboration de mesures thérapeutiques qui rencontrent ces besoins<sup>III</sup>
- le suivi de ces mesures.

### 2.2 Origine

Les débuts de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle remontent aux années 1930 et aux travaux de la Doctoresse Marjorie Waren, considérée comme la « mère » de la gériatrie en Angleterre, laquelle se voit confier la reprise d'un hospice de plus de 700 lits. La majorité des résidents était désignée comme « grabataires et incurables ».

Entre 1935 et 1936, elle a examiné et traité systématiquement tous les résidents du point de vue de la médecine et de la réadaptation. Les interventions n'ont ainsi pas seulement porté sur la sphère somatique, mais également sur le psychisme et la situation fonctionnelle.

<sup>4</sup> En anglais : comprehensive geriatric assessment

<sup>5</sup> La fragilité : condition de l'âge avancé qui résulte d'une combinaison de maladies et se caractérise par une vulnérabilité aux facteurs de stress et par une diminution de la capacité à maintenir l'homéostasie. Le patient âgé fragile est souvent identifié à l'occasion d'un événement aigu révélateur

Elle crée alors la première équipe multidisciplinaire gériatrique en Angleterre. A moyen terme, plus de la moitié des résidents ont pu retourner à domicile.

La Doctoresse Warren a par la suite décrit ce qui pourrait être fait pour améliorer le sort du malade chronique. Elle a préconisé, entre autres, la création de la spécialité de la gériatrie, de divisions gériatriques dans les hôpitaux, d'un procédé d'évaluation gériatrique lors des admissions dans les institutions de longs séjours.

Les observations de la Doctoresse Warren n'ont ainsi pas seulement été à l'origine de la médecine spécialisée en gériatrie, mais ont également été l'une des pierres angulaires de la médecine gériatrique moderne qu'est devenue l'évaluation multidimensionnelle<sup>II</sup>.

### 2.3 Quelle efficacité de la démarche ?

A la lecture de la définition, l'approche semble cohérente, car elle prend en considération l'ensemble des dimensions et composantes de la personne âgée. Bien que les premiers constats paraissent positifs<sup>IV</sup>, des désaccords sur l'utilité de l'évaluation globale gériatrique demeurent. Permet-elle réellement de :

- Favoriser les mesures de prévention, notamment secondaire et tertiaire, pour limiter les impacts des déficiences et optimiser l'utilisation des ressources résiduelles des personnes atteintes dans leur santé (maintien de l'autonomie et de l'indépendance) ?
- Eviter les journées inappropriées dans les hôpitaux et favoriser l'utilisation rationnelle des ressources ?
- Prévenir l'institutionnalisation et favoriser le maintien à domicile ?
- Avoir un impact sur la mortalité ?

La revue de littérature, réalisée sur la base de données Pubmed/medline entre août et septembre 2007, s'est ainsi concentrée sur les hypothèses précitées, permettant de délimiter le champ de la recherche. Ci-après la stratégie utilisée en combinant les mots clés usuels et issus du MESH avec les opérateurs booléens « OR » et/ou « AND » :

- **Population** (mots clés : elderly, geriatric, older / MESH : aged, aged 80 and over, frail elderly, geriatrics).
- **Interventions** (mots clés : multidimensional assessment, comprehensive geriatric assessment / MESH : geriatric assessment)
- **Outcome/résultats** (mots clés : effectiveness / MESH : outcome and process assessment, efficiency, mortality, patient readmission)
- **Types d'études** (MESH : meta-analysis, randomised controlled trial, program evaluation, evaluation studies, review).

En annexe, le document de synthèse de la méthode utilisée pour rechercher les articles traitant des évidences d'efficacité (Annexe I). Nous rappelons que ce travail constitue un aperçu des articles traitant du sujet. Il ne prétend pas être une revue systématique.



## Etudes positives

- 1) A. E. Stuck, « **Comprehensive Geriatric Assessment : a meta-analysis of controlled trial** », Lancet 1993 Oct 23; 342(8878):1032-6<sup>V</sup>

Il s'agit d'une méta-analyse de 28 études comportant 4'959 sujets assignés dans un des cinq lieux de soins où se pratiquait une évaluation globale gériatrique et 4'912 contrôles. Les données publiées ont été complétées avec des données réanalysées fournies par les chercheurs originaux. *Les résultats de l'analyse suggèrent que les programmes d'évaluation globale gériatrique liant l'évaluation gériatrique avec une gestion à long terme forte sont efficaces pour améliorer la survie et les capacités fonctionnelles des personnes âgées.*

- 2) G. Ellis, P. Langhorne, « **Comprehensive Geriatric Assessment for older hospital patients** », Br Med Bull. 2005 Jan 31; 71:45-59<sup>III</sup>

*L'évaluation gériatrique globale pratiquée sur des patients hospitalisés peut réduire la mortalité à court terme, augmenter les chances de vivre à domicile d'une année et améliorer les fonctions cognitives et physiques.* Les auteurs de cet article se basent sur une revue systématique de la littérature et l'analyse de 20 études randomisées d'évaluation globale gériatrique pour des personnes âgées hospitalisées. De façon générale, pour 100 patients gériatriques évalués de manière globale, trois de plus seront en vie et dans leur propre maison comparés aux soins habituels. Cependant, l'évaluation globale gériatrique n'a pas d'influence sur la mortalité à long terme. *Pour les auteurs de l'article, l'évaluation globale gériatrique devrait maintenant être considérée, pour les personnes âgées hospitalisées et fragiles, comme une « evidence-based ».*

- 3) G. A. Caplan, A. J. William and coll., « **A RCT of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department** », J Am Geriatr Soc. 2004 Sep; 52(9):1417-23<sup>VI</sup>

L'objectif de cette étude, prospective de 18 mois, est de mesurer les effets de l'évaluation globale gériatrique et d'une intervention multidisciplinaire chez les personnes âgées retournées à domicile après une hospitalisation au service des urgences. 739 patients ont été répartis de manière aléatoire dans deux groupes. Les patients du groupe d'intervention ont bénéficié d'une évaluation globale et d'un suivi durant 28 jours par une équipe multidisciplinaire. Les résultats ont montré, pour le groupe d'intervention, un taux plus bas de réadmission aux urgences durant les 18 mois. Les patients du groupe d'intervention ont maintenu des capacités physiques et mentales supérieures. Par contre, il n'a été observé aucune différence entre les deux groupes concernant les admissions en hébergement long séjour et au niveau de la mortalité. *Pour les auteurs, l'évaluation gériatrique globale peut améliorer les résultats de santé (health outcomes) des personnes âgées face au risque de détérioration de santé et d'hospitalisation. Les personnes de plus de 75 ans devraient ainsi être adressées pour une évaluation globale après une hospitalisation d'urgence.*



- 4) A. E. Stuck, M. Egger and coll., « **Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis** », JAMA. 2002 Feb 27;287(8):1022-8. Review

L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets des visites préventives à domicile sur le statut fonctionnel, les admissions en hébergement long séjour et la mortalité. 1'349 résumés ont été parcourus. Après plusieurs exclusions, 17 articles décrivant 18 études ont été analysés. Ils concernaient 13'447 personnes âgées de plus de 65 ans. *Les résultats semblent indiquer que les programmes de visites à domicile apparaissent comme efficaces, moyennant qu'ils s'appuient sur une évaluation globale, incluent plusieurs visites de suivi et ciblent les personnes à faible risque de mortalité. En effet, l'amélioration de la survie était plutôt observée auprès des « jeunes âgés » que des « vieux âgés ».*

### Etudes nuancées

- 1) Gil de Gomez Barragan MJ, Ramalle-Gomara E, « **Effectiveness of comprehensive geriatric assessment in primary care** », Aten Primaria 2003 Jun 30;32(2):92-100<sup>VII</sup>

L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer et actualiser les évidences d'efficacité de l'évaluation gériatrique globale réalisée en milieu communautaire. Les articles sélectionnés avaient comme base une étude randomisée de l'impact d'une évaluation gériatrique globale sur les personnes de plus de 64 ans et pas en institution. Les études évaluant la mortalité, l'institutionnalisation et le statut fonctionnel étaient incluses. Au final, 133 résumés ont été revus et 16 articles analysés. *Les résultats de cette étude indiquent que les évidences de l'efficacité de l'évaluation globale restent insuffisantes. Pour les auteurs, il semble néanmoins prudent, en attendant des études complémentaires et compte tenu de la complexité des interventions en milieu communautaire, de poursuivre l'évaluation globale des personnes âgées dans le cadre des soins primaires.*

- 2) H. K. Kuo and coll., « **The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis** », Arch Gerontol Geriatr. 2004 Nov-Dec; 39(3):245-54<sup>VIII</sup>

Bien que des études randomisées aient montré les bénéfices d'une évaluation globale gériatrique sur le statut fonctionnel et la qualité de vie, aucun bénéfice sur la survie n'a été rapporté. Les auteurs de cette étude émettaient l'hypothèse qu'il s'agissait d'un manque de puissance statistique. Ils ont ainsi réalisé une méta-analyse d'études randomisées de personnes ayant bénéficié d'une évaluation globale. Neuf études, comprenant 3'750 personnes, ont rempli les conditions et furent incluses dans la méta-analyse. *Les résultats de ce travail ne démontrent pas non plus de bénéfice au niveau de la survie.*



## 2.4 Population cible

Dans l'étude menée par Rubenstein et coll. (1984)<sup>IV</sup>, les patients autonomes, dépendants pour plus de 3 AVQ, les affections aiguës et les situations de fin de vie étaient exclus. Les critères d'inclusion étaient alors très sélectifs avec seulement 8.5% des patients qui correspondaient aux critères.

Graham Ellis and Peter Langhorne<sup>III</sup> relèvent qu'il y a eu des discussions considérables dans la littérature au sujet des critères d'admission des personnes âgées pour une évaluation globale gériatrique, à savoir que ceux-ci étaient déterminés pour maximiser les bénéfices d'une évaluation globale. Winograd CH (1991)<sup>IX</sup> mentionne, quant à lui, que les chercheurs s'accordaient généralement pour dire que l'évaluation globale gériatrique est efficace uniquement quand elle ciblait des groupes de personnes âgées fragiles, avec exclusion des situations en bonne santé ou trop atteintes.

Plus récemment, les travaux menés par A. E. Stuck, M. Egger and coll. (2002)<sup>X</sup> semble indiquer que l'impact de l'évaluation globale gériatrique est prépondérant auprès de la population âgée « jeune ».

A contrario, dans le travail mené pour l'observatoire suisse de la santé, Monod S et coll. (2007) mentionnent qu'« *une approche multidimensionnelle spécifique est recommandée pour les trois groupes<sup>6</sup> de population âgée* », permettant de « *proposer des interventions ciblées qui, selon le groupe de personnes concernées, visent des objectifs différents* ».

## 2.5 Synthèse

Les évidences d'efficacité clinique de la démarche d'évaluation gériatrique globale ne sont pas clairement démontrées. Les études restent nuancées, mais indiquent néanmoins un impact sur :

- les réhospitalisations
- la qualité de vie
- les fonctions cognitives et physiques
- le prolongement du maintien à domicile si la démarche est complétée par un programme de suivi intensif et une adhésion aux recommandations (facteur de succès).

A contrario, une faible observance du médecin et du patient aux recommandations, une absence de ciblage de la population et un programme de suivi trop léger peuvent se révéler être des facteurs d'échec.

En outre, aucun impact n'a pu être démontré sur une réduction de la mortalité.

---

<sup>6</sup> Niveau 1 : bonne santé/1 maladie chronique – Niveau 2 : haut risque de dépendance/2+ maladies chroniques/fragilité – Niveau 3 : dépendants

### 3. ENQUÊTE AUPRÈS DES PARTENAIRES

---

Quantifier les besoins de la population âgée en termes d'évaluation gériatrique globale ambulatoire n'est pas aisé. Bien que des études ou des données statistiques populationnelles soient à disposition pour estimer une éventuelle « clientèle » cible, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour le recours à une telle démarche. Nous pensons ici particulièrement à la collaboration avec les soignants de première ligne, notamment les médecins traitants.

En effet, une telle démarche, de surcroît ambulatoire, ne peut être pensée en marge des prestations déployées. Elle doit s'inscrire en soutien de l'existant et doit favoriser la cohérence et la coordination des interventions, lesquelles s'élaborent à partir des besoins et des ressources de la clientèle.

Considérant ce qui précède, le comité de pilotage a choisi la porte d'entrée des partenaires pour estimer le besoin, tant au niveau de leur pratique que de leur clientèle.

#### 3.1 Méthode

Pour ce travail d'estimation des besoins, nous avons choisi l'utilisation d'un questionnaire comprenant à la fois des questions fermées et ouvertes (Annexe II).

Les populations cibles étaient les soignants des institutions partenaires et les médecins traitants.

En outre, compte tenu de la relative méconnaissance de la démarche et de ses objectifs, une fiche descriptive a été réalisée (Annexe III) et a été adressée avec le courrier de présentation de l'enquête (Annexe IV).

**213 questionnaires** ont ainsi été envoyés auprès de :

- 178 médecins (y. c. médecins des institutions)
- 35 institutions.

#### 3.2 Résultats

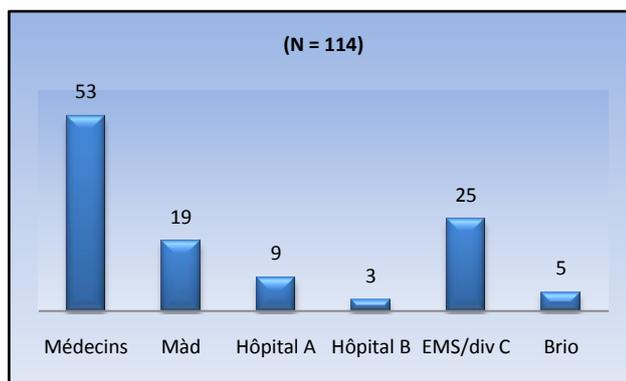
**114 questionnaires** ont été retournés, correspondant à un taux de réponses global de **53%**, respectivement **34%** pour le corps médical.

Nous reprenons à la suite les réponses aux différentes questions et terminerons par une synthèse des résultats.



**Q1) Quel est votre secteur d'activité ?**

Figure 4 : Répartition des réponses par secteur d'activité

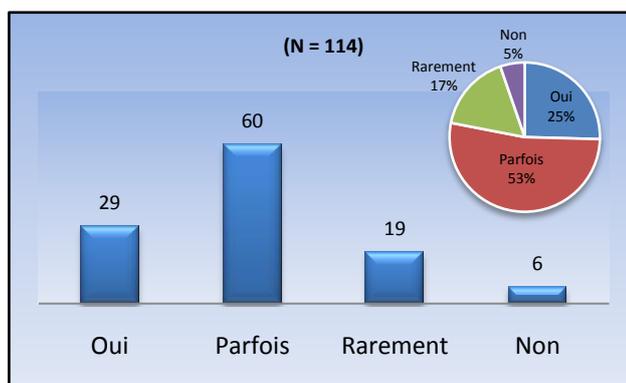


En terme de proportion, la répartition est la suivante : 46% le corps médical, 22% les soignants des EMS, 17% les soignants des CMS, 11% les soignants des hôpitaux et 4% les collaboratrices du Brio.

Nous relevons ici que les réponses de certaines institutions étaient le fruit d'un concilium interne entre soignants. Nous rappelons également que le corps médical est représenté dans l'échantillonnage aussi bien par des libres praticiens que des médecins d'institution. Certains, par ailleurs, exercent des doubles fonctions.

**Q2) Etes-vous confrontés à des difficultés dans la prise en charge de vos patients/clients âgés en situation complexe et/ou de dépendance ?**

Figure 5 : Difficultés dans la prise en charge des situations complexes

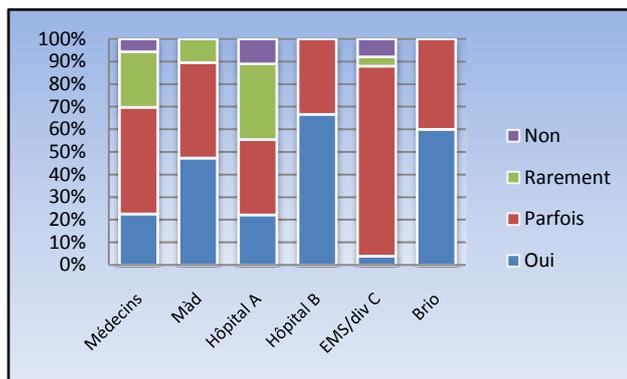


On observe que dans plus de 75% des réponses, les soignants sont régulièrement confrontés à des difficultés dans la prise en charge des personnes âgées en situation complexe et/ou de dépendance.

Si on regarde par secteur d'activité (figure 6), on remarque que ces difficultés concernent tous les acteurs de la santé, avec un degré moindre pour les soignants des hôpitaux de soins aigus.

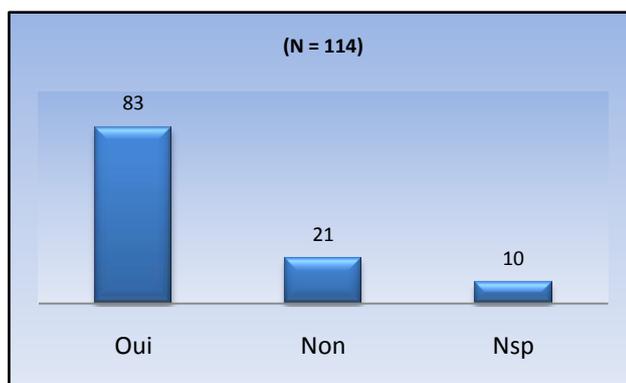


Figure 6 : Difficultés dans la prise en charge des situations complexes, par secteur d'activité, en %



**Q3) Pensez-vous qu'une aide, sous forme de conseils/évaluation, pourrait être bénéfique dans la prise en charge de ces patients âgés en situation complexe et/ou de dépendance ?**

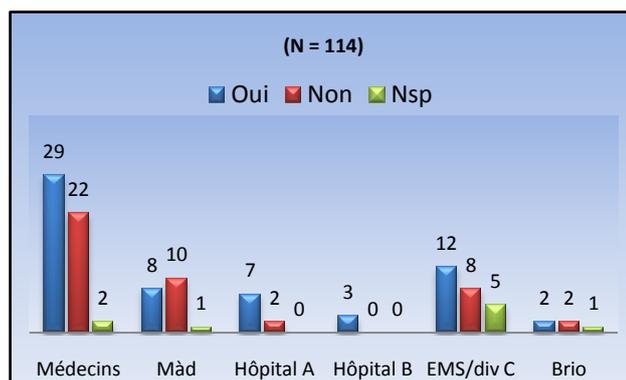
Figure 7 : Aide sous forme de conseils/évaluation serait bénéfique



73% des soignants répondent positivement à cette question, permettant ainsi d'entrevoir le besoin de soutien externe dans le suivi et la gestion de ces situations. Le recours aux compétences du Brio, de l'équipe mobile de soins palliatifs et de la psychiatrie de l'âge avancé de liaison a par ailleurs été relevé par certains partenaires sous cette question.

**Q4) Connaissez-vous l'intérêt et les bénéfices potentiels d'une « évaluation multidimensionnelle de la personne âgée » ?**

Figure 8 : Connaissance des bénéfices d'une évaluation globale

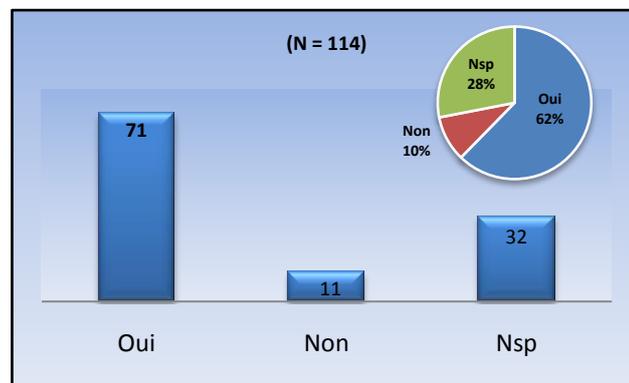


Il est intéressant de constater que près de la moitié des soignants ne sait pas ou dit ne pas connaître l'intérêt et les bénéfices d'une évaluation multidimensionnelle (respectivement 8% et 39%). *Pour plus de la moitié des soignants par contre (53%), cette démarche semble connue.*

Compte tenu des doutes qui subsistent concernant l'efficacité clinique de la démarche, les résultats ci-dessus ne sont guère surprenants.

**Q5) Si des prestations de conseils/évaluation, dans le cadre d'une telle approche, étaient mises en place pour vous aider dans la prise en charge de ces patients âgés en situation complexe et/ou de dépendance, y auriez-vous recours ?**

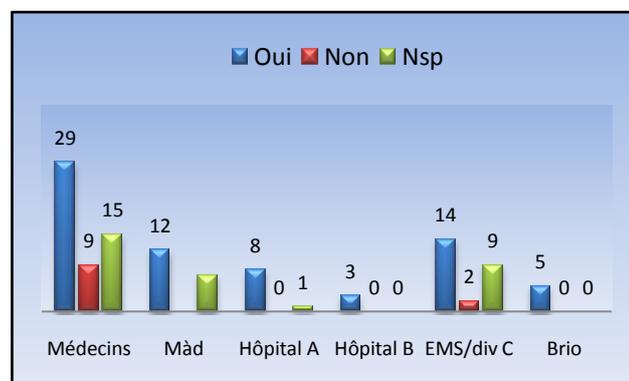
Figure 9 : Recours à l'évaluation globale si elle était mise en œuvre



62% des soignants confirment le besoin de soutien exprimé à la Q3 et imaginent, à ce stade, recourir à une telle approche. 28% d'entre eux sont encore indécis.

L'observation par secteur montre que, mis à part un petit nombre de médecins, peu ou prou de professionnels se positionne catégoriquement contre le recours à une telle approche. Il est également intéressant de constater que *plus d'un médecin sur deux ayant répondu à l'enquête se montre favorable à l'utilisation d'une telle ressource.*

Figure 10 : Recours par secteur d'activité



***En complément à la question 5, nous avons demandé pour quelles typologies de situation ils imagineraient référer à cette approche et quels bénéfices ils attendraient***

Pour les EMS/divisions C, le besoin s'exprime autour des situations complexes, de psychiatrie de l'âge avancé et pour l'aide à l'orientation en amont de l'hébergement.

Pour les hôpitaux, les situations complexes, chroniques et les hospitalisations à répétition ont été citées.

Pour les CMS, outre les situations évoquées ci-dessous, il ressort également un besoin pour les situations de crise, pour l'aide à la détection des situations à risque : « *A première vue pour les personnes qui présentent un début de troubles, de déficit, et qui refusent souvent une intervention. J'imagine qu'une telle évaluation leur permettrait de réaliser leurs difficultés et les incidences possibles de celles-ci. Pour les situations chroniques avec fonctionnement routinier des deux parties : un nouveau regard permettrait une orientation plus fine de la prise en charge* ».

Pour les Brio, le besoin est également perçu au niveau des situations fragiles (précaires) à domicile.

Enfin, les médecins imagineraient référer les situations présentant des chutes à répétition, des troubles cognitifs, des démences et des comorbidités pour envisager des mesures thérapeutiques à partir des besoins/ressources.

***Q6) Pourriez-vous nous indiquer le nombre de vos patients/clients que vous considérez comme fragiles et/ou en situation complexe (qui pourrait bénéficier d'une telle approche) ?***

L'estimation s'est avérée délicate pour les partenaires. Néanmoins, certains CMS et médecins traitants ont essayé d'indiquer le nombre de patients/clients concernés, à savoir :

- 36 médecins traitants ont estimé le nombre de patients à **270**, soit environ 7 patients par médecin.
- Pour 4 CMS, ce nombre s'élevait à **65 personnes**, soit environ 16 personnes par CMS en moyenne.

Il convient de rester très prudent face à ces estimations. Ces chiffres doivent être considérés comme indicatifs.

**Q7) En complément à votre pratique, quels seraient vos besoins spécifiques en matière d'évaluation/prises en charge des personnes âgées fragilisées ? Et commentaires généraux ?**

### **EMS/Division C**

- Connaissance plus ciblée des besoins afin de personnaliser les interventions
- Echange/Concertation interdisciplinaire
- Formation/Conseils aux professionnels
- Evaluation des situations limites gériatrie/psychiatrie de l'âge avancé (réorientation)
- Evaluation globale gériatrique devrait être à la base de l'hébergement
- Plus de disponibilité des spécialistes pour conseils/soutien

### **Hôpital**

- Unité mobile de psychiatrie de l'âge avancé
- Amélioration du suivi spécialisé à domicile des personnes fragilisées ou en situations complexes afin de diminuer les « hospitalisations sociales »
- Renforcement du Brio
- Les CTR et l'offre en lits courts séjours répondent déjà à certains besoins

### **Brio**

- Gériatre ou psychiatrie de l'âge avancé de référence pour conseils
- Meilleure connaissance des outils d'évaluation « standardisés »

### **CMS**

- Appui psychologique/conseil/soutien/supervision
- Evaluation des situations de psychiatrie de l'âge avancé/aide au dépistage
- Méthodologie d'évaluation plus précise pour la population fragilisée

### **Médecins**

- Conseils spécialisés plus facilement accessibles/conseils téléphoniques pour la psychiatrie de l'âge avancé/regard extérieur
- Offre actuelle bonne/satisfaction des collaborations actuelles
- Moyens existants mais sous exploités, éviter de créer une structure supplémentaire
- Favoriser le travail en réseau
- Hospitalisation facilitée en gériatrie
- Augmenter les lieux d'accueil pour les personnes isolées socialement
- Les CMS sont déjà une structure suffisante pour la majorité des cas
- Approche multidimensionnelle utile pour les situations complexes de « psycho-socio-gériatrie »
- Le recours au Brio est déjà un grand bénéfice.



### 3.3 Synthèse

**Plus de 75% des soignants** sont confrontés ou parfois confrontés à des difficultés dans la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance. Ils pensent, dans un pourcentage quasi équivalent, qu'une aide sous forme de conseils et/ou d'évaluation serait bénéfique (regard externe sur la situation).

**Près de deux tiers des soignants** mentionnent qu'ils auraient recours à des prestations de conseils et/ou évaluation pour ces situations si elles étaient mises en place. Et ceci, bien que la moitié des professionnels ne sachent pas ou disent ne pas connaître l'intérêt et les bénéfices d'une évaluation gériatrique globale.

En termes de besoins spécifiques, les professionnels mettent surtout l'accent sur :

- Les conseils spécialisés en psychiatrie de l'âge avancé
- le suivi des situations fragiles à domicile (aide au dépistage)
- la gestion des situations complexes
- l'aide à la décision
- la recherche de solutions.

Par contre, nous constatons que l'aspect de prévention, notamment secondaire ou tertiaire, n'a pratiquement pas été relevé.

## 4. EXEMPLES DE DÉVELOPPEMENT

---

### 4.1 Canton de Vaud

#### Réseau de soins ASCOR

Dans le réseau de soins de la Riviera et du Pays d'en haut (ASCOR), une volonté de créer une culture commune autour de la prise en charge gériatrique a été développée, en essayant de :

- Introduire quelques outils d'évaluation standardisés dans les services de soins aigus
- Utiliser l'évaluation globale gériatrique comme lien entre les fournisseurs de soins du réseau.

Un guide de poche a été édité, présentant la démarche de l'évaluation globale gériatrique et des outils standardisés<sup>7</sup>.

#### Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

A l'instigation du service du Professeur Ch. Bula<sup>8</sup>, une unité de consultation gériatrique a été mise sur pied dans le cadre de la policlinique médicale universitaire dont l'un des objectifs est de développer un outil de dépistage des syndromes gériatriques pour les médecins libres praticiens.

#### Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé (SUPAA), Lausanne

En 2004, en collaboration avec le réseau de soins ARCOS, le SUPAA a créé une équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé pour proposer un soutien aux médecins traitants et aux équipes soignantes du domicile et en EMS pour gérer les situations de pré-crise et de crise dans le milieu de vie habituel de la personne âgée<sup>9</sup>.

Au niveau du dépistage, le SUPAA assure en outre une consultation de la mémoire, laquelle s'adresse aux patients (à leur médecin traitant et à leurs proches) qui souhaitent une évaluation pluridisciplinaire approfondie de leurs plaintes ou des troubles de mémoire. Des antennes sont actuellement développées (Centre de Soins et de Santé Communautaire à Ste-Croix par exemple) ou en cours de développement dans d'autres régions du canton.

En outre, nous signalons l'initiation d'une réflexion cantonale, sur mandat du Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, pour développer des stratégies permettant d'améliorer la prise en charge en amont de l'hospitalisation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

---

<sup>7</sup> Etienne Rivier, médecin Chef, Hôpital de la Riviera, site de la Providence et de Mottex

<sup>8</sup> Christophe Bula, Professeur en gériatrie, CUTR de Sylvana, Epalinges

<sup>9</sup> Dépliant de présentation de l'équipe mobile, SUPAA, Lausanne

## 4.2 Canton de Genève

### Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Dans le cadre de l'unité de gériatrie communautaire, dont les missions sont d'assurer la prise en soin de la personne âgée dans son milieu de vie et de favoriser le maintien à domicile, deux pôles d'activités ont été développés, à savoir :

- une équipe mobile de consultations à domicile, laquelle pratique des évaluations globales gériatriques
- les hôpitaux de jour, lesquels proposent des projets thérapeutiques (mobilité, mémoire, alimentation, dépendance fonctionnelle)

L'équipe multidisciplinaire est composée de médecins, psychologues, aides soignants, diététiciens, ergothérapeutes, assistants sociaux, infirmiers, physiothérapeutes.

Cette unité a également pour mission de contribuer à la formation des différents professionnels de la santé et à la recherche en gériatrie.

### 4.3 Et ailleurs ....

En France (Lyon) et au Canada (Ottawa), par exemple, des équipes mobiles gériatriques ont été développées. Dans les deux cas, elles assurent des évaluations globales gériatriques dans la communauté et, pour celles de Lyon, directement aux urgences (par une présence systématique). Elles sont composées généralement d'un gériatre, d'un professionnel soignant spécialisé en gériatrie (infirmier, ergothérapeute, assistant social, ...) et d'une secrétaire.

D'autres formes de développement existent ou se mettent sur pied dans les sociétés occidentales pour faire face aux défis posés par le vieillissement de la population. Une chose paraît sûre, ce n'est plus le moment d'attendre et des mesures doivent être prises dès maintenant pour réajuster nos réponses aux besoins futurs de la population âgée.

## 5. CONTEXTE DU RÉSEAU NORD BROYE

---

### 5.1 Population du Réseau Nord Broye

Au 31 décembre 2005

	Nombre total	65 ans et plus		80 ans et plus	
		Nombre	%	Nombre	%
RNB VD	130'238	20'466	16%	6'135	5%
Broye FR	23'228	2'881	12%	774	3%
<b>RNB Total</b>	<b>153'466</b>	<b>23'347</b>	<b>15%</b>	<b>6'909</b>	<b>5%</b>
<i>Canton VD</i>	<i>650'791<sup>2</sup></i>	<i>99'457</i>	<i>15%</i>	<i>29'485</i>	<i>5%</i>

<sup>2</sup> Chiffre tiré des statistiques de l'Etat de Vaud, SCRIS, population résidente par âge exact au 31.12.2005

Pour rappel, les perspectives démographiques situent, à l'horizon 2050, la proportion des personnes de plus de 65 ans à 25% de la population, contre 15% actuellement, avec un accroissement marqué de la proportion des personnes très âgées parmi celle-ci (10% à 25%).

### 5.2 Dispositif médico-social

Le territoire couvert par le Réseau Nord Broye (RNB) s'étend sur plus d'un 1/3 de la superficie du canton de Vaud, avec des régions plus isolées (La Vallée, Vallorbe, Ste-Croix), impliquant que les développements doivent avoir un potentiel de régionalisation ou de « mobilité ».

Reconnu d'intérêt public, il regroupe les fournisseurs de soins de la région de la Broye (fribourgeoise et vaudoise) et du Nord vaudois, à savoir :

- 3 hôpitaux de soins aigus principaux (Yverdon, Payerne et St-Loup)
- 2 hôpitaux de soins aigus périphériques (Ste-Croix et Vallée de Joux)
- 3 centres de traitements et de réadaptation (Chamblon, Estavayer, Orbe)
- 35 établissements médico-sociaux (quatre fribourgeois), dont cinq de psychogériatrie spécifique, pour un total de 1'312 lits (197 fribourgeois)
- 18 unités d'accueil temporaire, dont 3 de psychogériatrie spécifique
- 3 associations de médecins de 1<sup>er</sup> recours regroupant plus de 120 praticiens
- 1 secteur psychiatrique, stationnaire et ambulatoire
- 13 sites d'aide et de soins à domicile (dont 1 pour la Broye FR)

Entre outre, le RNB gère et met en œuvre :

- 1 équipe mobile de soins palliatifs
- 1 dispositif d'orientation et de liaison, régionalisé en 3 antennes (Bureau régional d'orientation et d'information, ci-après Brio)
- Des filières spécifiques (diabète, prothèse totale de hanche, ...).



### 5.3 Quelle pratique de l'évaluation globale gériatrique dans le réseau

L'évaluation des besoins en soins actuelle des personnes âgées est en lien avec la « porte d'entrée » utilisée. Celle-ci reste majoritairement le médecin de 1<sup>er</sup> recours et il semble adéquat qu'il en soit ainsi et que celle-ci soit favorisée, compte tenu que ce dernier reste le « spécialiste » de proximité et le « détenteur » de l'histoire clinique du patient (« fil rouge »).

Des évaluations complémentaires peuvent alors être réalisées selon les besoins, telles que :

- sur demande, par les unités de psychiatrie ambulatoire adulte d'Orbe, de Payerne et d'Yverdon ou par les psychiatres de liaison
- lors des hospitalisations au centre psychiatrique ou dans les CTR
- sur demande par le centre universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, le service de neuropsychologie du CHUV
- par les centres médico-sociaux dans le cadre de leur processus de prise en charge et de suivi (notamment avec l'utilisation prochaine d'un outil standardisé, le RAI home care<sup>10</sup>).

Ainsi, et malgré le potentiel pluridisciplinaire existant, tant au sein des institutions que de manière transverse, on observe, dans le Réseau Nord Broye, un manque de stratégies coordonnées d'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée.

Néanmoins, l'ensemble du réseau dispose de ressources et de compétences latentes qu'il pourrait être intéressant de mieux exploiter et coordonner dans le cadre d'une approche multidimensionnelle. Ci-après, nous décrivons les exemples principaux :

#### Les centres de traitements et de réadaptation (CTR)

« L'approche qui préside à la définition du processus thérapeutique d'une réadaptation est, par essence même, interdisciplinaire. Elle résulte du travail de l'équipe formée par les médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales, neuropsychologues, psychologues, animateurs et aumôniers du même établissement. La conjugaison de leurs connaissances et de leurs qualifications professionnelles, de même que leur collaboration coordonnée sont indispensables pour aider un patient à retrouver un maximum d'autonomie. »<sup>11</sup>

Durant le séjour, l'équipe se réunit en colloque interdisciplinaire pour :

- établir le projet thérapeutique et ses objectifs
- fixer, d'entente avec le patient, son programme personnalisé de traitements
- réexaminer, lors de séances hebdomadaires, l'ensemble du projet thérapeutique interdisciplinaire au vu de l'évolution de l'état du patient et de ses progrès. Cela permet d'en affiner, voire d'en corriger les objectifs.

<sup>10</sup> RAI Home care : outil standardisé pour l'évaluation des besoins en soins dans le cadre de l'aide et des soins à domicile. Il comprend un formulaire administratif et une description de la demande, un formulaire de détermination des besoins MDS-HC (Minimal Data Set Home Care), un catalogue de prestations, un module spécifique "ménage" ainsi qu'un formulaire de sortie.

<sup>11</sup> Tiré du site internet « label CTR »

On observe que les CTR organisent leurs prises en charge autour d'une approche multidimensionnelle, dont l'objectif est le maintien ou la récupération des fonctions atteintes par une maladie ou un accident. Elle s'adresse actuellement uniquement aux patients admis en CTR. Leurs missions pourraient néanmoins être élargies et ils pourraient jouer un rôle dans le cadre des évaluations ambulatoires et comme pôle de référence.

### **La liaison psychiatrique**

Développée par le secteur psychiatrique nord, en collaboration avec les partenaires concernés, la liaison psychiatrique est une interface mise en place avec :

- les hôpitaux de soins aigus
- les établissements médico-sociaux.

L'objectif est d'apporter directement, sur les sites, des compétences, un regard et un soutien spécialisés permettant de favoriser le maintien de la clientèle à l'endroit où elle se trouve et d'éviter parfois des hospitalisations inappropriées en psychiatrie.

Composée actuellement de psychiatres (psychiatrie adulte et de l'âge avancé), l'équipe de liaison psychiatrique (à distinguer de la fonction de liaison attachée au Brio, laquelle s'occupe des projets d'orientation) est en train de se doter de compétences infirmières, notamment pour la psychiatrie de l'âge avancé.

En outre, dans le cadre de la politique cantonale<sup>12</sup> en santé mentale, le développement d'une équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé est prévu. Celle-ci pourrait alors également intervenir auprès du secteur ambulatoire (CMS, médecins de 1<sup>er</sup> recours) et être sollicitée pour des évaluations spécifiques complémentaires dans le cadre de la démarche.

### **Les centres médico-sociaux (CMS)**

Les centres médico-sociaux<sup>13</sup> « proposent des prestations de soins, de soutien, de réadaptation, d'intégration sociale et d'éducation à la santé visant à maintenir l'autonomie et l'indépendance du client ». « Œuvrant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les collaborateurs mettent en commun leurs compétences et leur sensibilité et coordonnent leurs actions afin de répondre de la manière la plus adéquate aux besoins du client ».

Les interventions se basent sur une évaluation globale de la situation, laquelle détermine la nature, l'ampleur, la fréquence et la durée des prestations requises. Un outil standardisé (RAI home care) va, à ce titre, être développé sur l'ensemble du territoire durant les deux prochaines années. Le travail se réalise en étroite collaboration avec le médecin traitant, prescripteur des soins.

---

<sup>12</sup> Dans son communiqué de presse du 10 novembre 2008, l'Etat de Vaud annonce son soutien prioritaire à 5 programmes en santé mentale, dont le renforcement de la psychiatrie de liaison et de coordination

<sup>13</sup> Extraits tirés de la charte des CMS

Disposant, entre autres, d'ergothérapeutes, d'assistantes sociales, d'infirmières, d'aides soignantes, les CMS disposent également d'un potentiel important de compétences dans le cadre d'une approche multidimensionnelle. Des évaluations ciblées ou spécifiques à domicile pourraient leur être demandées en complément.

### **Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)**

Composée de médecins, d'infirmiers et d'une psychologue, l'EMSP assure des prestations d'évaluation, d'aides et conseils et de soutien aux équipes de 1<sup>ère</sup> ligne dans les situations de maladies chroniques ou de soins palliatifs. Les interventions sont généralement réalisées en binôme.

Par ses compétences, elle pourrait également être utilisée pour des évaluations complémentaires spécifiques ou du soutien ponctuel.

### **Bureau régional d'information et d'orientation (Brio)**

Aujourd'hui, la mission du Brio Nord Broye consiste à :

- assurer l'adéquation et la coordination de l'orientation médico-sociale de la clientèle dans le réseau de soins (hôpitaux, soins à domicile, hébergement)
- assurer l'information à la clientèle et aux professionnels des ressources médico-sociales disponibles (soins à domiciles, hébergement, UAT, logements protégés, ...)
- assurer la gestion et la centralisation de l'offre et la demande en matière de lits longs et courts séjours
- optimiser l'utilisation rationnelle des ressources sanitaires dans le réseau de soins (filiales de soins), en tenant compte des spécificités régionales.

Dans ce cadre, les équipes du Brio développent le suivi des situations précaires ou fragiles à domicile en collaboration avec les CMS et les médecins de 1<sup>er</sup> recours, en vue d'anticiper les besoins de cette population (exploration et exploitation des alternatives).

Par sa neutralité institutionnelle, sa position au cœur du système et en interface avec tous les partenaires, le Brio pourrait jouer un rôle dans la gestion des cas (case management), notamment au niveau du suivi des recommandations et de la coordination des prestations.

## 6. CONSTATS

---

Les observations réalisées dans le cadre de ce travail amènent aux constats suivants :

### 1) **Les professionnels de la santé interrogés sont favorables à la mise en place de stratégies d'aide sous forme de conseils/évaluation**

Les résultats de l'enquête montrent clairement le besoin des partenaires, médecins ou soignants, d'aide et de soutien dans la prise en charge des personnes âgées en situation complexe et/ou de dépendance. Ils témoignent certainement, d'une part, de leurs difficultés croissantes pour faire face aux changements épidémiologiques et, d'autre part, de la nécessité de favoriser le travail en réseau et l'approche multidisciplinaire pour couvrir le spectre complet des besoins en soins futurs des personnes âgées.

On peut ainsi émettre l'hypothèse que le développement d'une stratégie d'évaluation globale gériatrique permettrait, non seulement, de répondre aux attentes des professionnels de la santé, telles qu'exprimées lors de notre enquête, mais également de favoriser la mise en place de projets thérapeutiques ciblés, selon les besoins et les ressources des personnes âgées.

### 2) **Les prestations de soutien spécialisé en psychiatrie de l'âge avancé doivent être renforcées**

Les professionnels, face à l'augmentation de l'incidence des pathologies psychiatriques de l'âge avancé, avec ou sans troubles cognitifs, et des démences, devront acquérir de nouvelles compétences. Les institutions devront tenir compte de cet évolution et des adaptations, tant des missions que des modes d'intervention, seront nécessaires.

La lecture des observations et des besoins spécifiques mentionnés dans le cadre de l'enquête confirment l'évolution précitée et l'adéquation des développements en cours dans ce domaine, tels que la création d'équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé ou la liaison psychiatrique interinstitutionnelle.

### 3) **L'évaluation globale gériatrique est un maillon essentiel de la coordination « personnes âgées », laquelle peut être pratiquée auprès des différents groupes de population âgée**

Bien que les évidences d'efficacité de l'évaluation globale gériatrique ne semblent toujours pas faire l'unanimité, des impacts favorables, comme le prolongement du maintien à domicile, la prévention du déclin fonctionnel, la diminution des ré hospitalisations, ressortent des différentes études.

De plus, outre une aide et des conseils dans les situations complexes et/ou de dépendance, une évaluation multidimensionnelle spécifique peut être un point de départ de la chaîne des soins permettant l'identification des personnes âgées fragiles,



une intervention dans la phase précoce du déclin fonctionnel, une planification des mesures de prévention et l'ajustement des interventions postérieures.

Les études semblent par ailleurs indiquer une prépondérance à l'utilisation de l'évaluation globale gériatrique auprès des personnes âgées fragiles.

**4) L'évaluation globale gériatrique doit s'accompagner d'une gestion de cas pour être efficace**

La mise en place de mesures d'accompagnement complémentaires, telles que les visites préventives ou la gestion de cas, s'avère nécessaire, au risque, dans le cas contraire, de vouer l'évaluation globale gériatrique à un processus de soins supplémentaire mal compris et peu sollicité, car perçu comme peu utile et peu efficace.

Les études montrent, en effet, que le succès de l'évaluation globale gériatrique s'appuie sur un suivi et une application forte des recommandations<sup>X XI</sup>.

La démarche de gestion de cas (case management) permettrait non seulement de répondre à cette exigence mais également d'assurer le suivi de la trajectoire de la clientèle et la coordination des soins à travers le réseau de soins.

**5) L'évaluation globale gériatrique doit être développée en favorisant l'utilisation des ressources et des compétences existantes.**

L'enquête menée auprès des partenaires montre qu'il existe une volonté de développement des prestations de conseils/évaluation, mais que celles-ci devraient s'appuyer sur les structures existantes en favorisant le renforcement et la coordination des compétences évoquées sous le point 5.2.

La mise en œuvre de prestations devrait en outre permettre de maintenir et soutenir le rôle du médecin de premier recours dans le suivi de la personne âgée (cf. point 5.3, page 22).

**6) L'évaluation globale gériatrique doit s'inscrire dans le cadre du développement d'une coordination régionale « personnes âgées »**

Comme mentionné au premier point, l'évaluation globale gériatrique est un maillon de la chaîne de la filière « personne âgée ». Parallèlement à la mise en œuvre de l'évaluation globale gériatrique, d'autres développements doivent être réfléchis pour consolider l'entier de la chaîne de soins. On pense notamment à la période post-urgences ou pour les situations d'urgences médico-sociales (UMS)<sup>14</sup> depuis le domicile.

**« Une chaîne n'est pas plus forte que le plus faible de ses maillons »**

---

<sup>14</sup> UMS : L'urgence médico-sociale est une situation de crise où le problème médical de la personne ne se trouve pas au premier plan, mais où il s'agit plutôt d'un épisode de rupture d'équilibre dans un système fragile de déficience chronique ».

## 7. PROPOSITIONS DE DÉVELOPPEMENT

---

Compte tenu de l'ensemble du rapport, des constats cités au chapitre précédent et de l'absence d'une approche multidimensionnelle dans le RNB, le comité de pilotage propose :

### ⇒ La réalisation d'une expérience pilote

#### Objectifs généraux :

- Identifier de manière précoce les besoins et les ressources des personnes âgées vulnérables
- Assurer des conseils et du soutien pour la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance
- Recommander des mesures thérapeutiques et/ou de prévention, proposer le suivi et le soutien à la coordination
- Renforcer le rôle du médecin et les options thérapeutiques des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne

#### Objectifs spécifiques :

- Mettre en œuvre une démarche d'évaluation globale gériatrique ambulatoire dans le Réseau Nord Broye
- Développer la coordination des ressources et des compétences des prestations d'évaluations globales
- Renforcer les prestations d'aide, conseils et soutien dans le domaine de la gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé.

#### Pour l'atteinte des objectifs précités, 2 scénarii peuvent être envisagés :

1. Développer une stratégie d'évaluation gériatrique globale ambulatoire s'appuyant sur une articulation des compétences spécifiques existantes.
2. Développer une équipe mobile de gériatrie pluridisciplinaire

Concernant le suivi des recommandations et le soutien à la coordination, Ils pourraient être confié au Brio dans le cadre du développement d'une stratégie de « case management » (laquelle pourrait faire l'objet d'une seconde étude).

## **Scénario 1**

### **Développer une stratégie d'évaluation gériatrique globale ambulatoire s'appuyant sur une articulation des compétences spécifiques existantes**

Ce scénario repose sur le développement d'une consultation gériatrique ambulatoire au sein du CTR. Il permettrait de favoriser le recours, d'une part, aux compétences interdisciplinaires des CTR et, d'autre part, à des évaluations complémentaires :

- par l'équipe de liaison de psychiatrie de l'âge avancé et en consultance spécialisée
- par l'équipe mobile de soins palliatifs
- par les CMS au domicile de la clientèle (évaluations contextuelles par les ergothérapeutes, assistants sociaux, infirmiers).

#### **Avantages :**

- Renforcement du pôle de référence dans le domaine (CTR)
- Rattachement au pôle de référence (formation, remplacements, ...)
- Utilisation rationnelle des compétences, des ressources et des structures existantes (y. c. réception)
- Mise en lien des différents partenaires dans le cadre de la démarche (coordination)
- Peut être le point de départ d'extension (équipe mobile, interventions aux urgences et aux soins aigus)
- Les concilium sont facilités par la proximité de l'équipe « évaluatrice »

#### **Inconvénients :**

- Rattachement au CTR peut être perçu négativement

## **Scénario 2**

### **Développer une équipe mobile de gériatrie pluridisciplinaire**

Ce scénario consiste à créer une équipe mobile de gériatrie externe aux institutions existantes, rattachée au Réseau Nord Broye.

Elle devrait se composer au minimum d'un gériatre, d'une assistante médicale, de deux professionnels de la santé. Les évaluations globales gériatriques seraient réalisées sur demande des médecins traitants, des équipes soignantes de 1<sup>ère</sup> ligne et du Brio, à l'instar de l'équipe mobile de soins palliatifs.

#### **Avantages :**

- Neutralité d'appartenance
- Consultations mobiles, tant à domicile que sur le site des partenaires
- Les concilium pourraient être organisés au cabinet du médecin traitant

#### **Inconvénients :**

- Peu de synergies spontanées avec le CTR
- Deux pôles de compétences distincts
- Logistique plus complexe (locaux, réception, ...)
- Pas de consultation ambulatoire
- Peu de rationalité dans l'utilisation des ressources

Quel que soit le scénario retenu, des moyens supplémentaires en ressources humaines devraient ainsi être prévus en psychiatrie de l'âge avancé pour permettre le renforcement de la liaison entre le secteur psychiatrique nord et les institutions partenaires.

## 8. RECOMMANDATIONS

---

Après étude des scénarii, le comité de pilotage recommande au Comité du Réseau Nord Broye de :

1. **Valider les objectifs énoncés au chapitre 7** (page 27 du présent document)
2. **Mener une expérience pilote de 2 ans, selon le scénario 1, permettant de développer et d'évaluer un dispositif assurant des consultations gériatriques multidimensionnelles ambulatoires (avec intégration des possibilités d'interventions mobiles si nécessaire).**

Afin d'assurer une réponse complémentaire en adéquation, d'une part, avec les besoins exprimés lors de l'enquête et, d'autre part, avec l'analyse de la littérature, le comité de pilotage recommande également de :

3. **Soutenir le renforcement de la liaison, de la consultation et de la supervision spécialisées en psychiatrie de l'âge avancé<sup>15</sup>**
4. **Etudier l'opportunité de développer une stratégie de « case management » par le Brio (suivi de la mise en œuvre des recommandations et soutien à la coordination).**

Un bilan intermédiaire sera réalisé, après une année de fonctionnement, pour déterminer la poursuite de l'expérience, évaluer les ajustements et envisager les perspectives.

Au terme des 2 ans, un rapport final est attendu. Les critères d'évaluation seront élaborés durant la phase de mise en œuvre du projet.

### **Périmètre de l'expérience**

Région Yverdon et Sainte-Croix<sup>16</sup>.

Sont concernés : 5 CMS, 10 EMS, 6 UAT, 3 sites de logements protégés pour personnes âgées (4<sup>ème</sup> en voie de réalisation pour 2010), 2 sites de soins aigus, un site de traitement et de réadaptation, plus de 60 médecins de 1<sup>er</sup> recours.

### **Organisation**

La mise en œuvre et la conduite du projet sont confiées au Réseau Nord Broye.

Le dispositif est rattaché administrativement au Réseau Nord Broye et fonctionnellement au Centre de Traitement et de Réadaptation de Chamblon (pôle de référence).

---

<sup>15</sup> Le comité de pilotage souhaite également rappeler l'importance du développement, en complément, de l'équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé dans le Réseau Nord Broye.

<sup>16</sup> Bien que le projet délimite un périmètre, une entrée en matière pour des demandes des autres régions peut être considérée selon les disponibilités



## Fonctionnement (annexe V)

1 à 2 demi-journées de consultation hebdomadaire ambulatoire et mobile (en fonction des besoins), laquelle s'adresse :

- aux patients, sur demande de leur médecin traitant, qui souhaitent une identification précoce de leurs besoins ou ressources.
- aux médecins et/ou aux équipes soignantes et/ou au Brio, en accord avec le médecin traitant, qui souhaitent bénéficier de conseils ou de soutien pour la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance.

L'évaluation initiale est réalisée par le gériatre. En fonction des besoins, des évaluations complémentaires pourront être demandées :

- aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, à la neuropsychologue ou à la diététicienne du CTR,
- au psychiatre consultant de l'âge avancé,
- aux ergothérapeutes ou aux assistants sociaux des CMS de la région (voire la diététicienne de l'Espace prévention).

Les résultats de l'évaluation et le projet thérapeutique seront généralement discutés lors d'un concilium. La synthèse sera ensuite communiquée par écrit au médecin traitant et au soignant référent à l'origine de la demande.

Un suivi de la mise en place du projet et un soutien à la coordination par le Brio pourront également être proposés.

## Ressources humaines

L'analyse devra encore être affinée, en fonction de la finalisation de l'organisation et du fonctionnement du dispositif. A ce stade, nous pouvons néanmoins estimer les besoins ci-dessous en ressources humaines pour la mise en œuvre de l'expérience dans le cadre d'une consultation d'évaluation gériatrique multidimensionnelle, à savoir :

- une dotation de 0.2 ept pour les prestations d'évaluation et de concilium par un/e médecin gériatre, chef de clinique (*facturables*)
- une dotation de 0.3 ept pour les prestations d'organisation, de réception et de soutien logistique par une secrétaire médicale (*non facturables*)
- une dotation de 0.1 ept pour les prestations d'ergothérapie (*facturables*)
- une dotation de 0.1 ept pour les prestations de physiothérapie (*facturables*)
- une dotation de 0.05 pour des prestations de diététique (*non facturables*)
- une dotation de 0.1 ept pour les prestations de neuropsychologie (*non facturables*)
- une dotation de 0.05 ept pour les prestations sociales (*non facturables*)
- une dotation de 0.05 ept pour des prestations en psychiatrie de l'âge avancé (*facturables*)
- une dotation de 0.1 ept pour les prestations de soutien à la coordination par le Brio (*non facturables*)



Conduite du projet :

- une dotation de 0.2 ept pour un chef de projet

Renforcement de la liaison en psychiatrie de l'âge avancé :

Comme mentionné à la fin du chapitre 7, des ressources humaines complémentaires doivent également être prévues pour soutenir efficacement le développement de la liaison en psychiatrie de l'âge avancé dans le secteur concerné par l'expérience. Il s'agit de :

- une dotation de 0.2 ept pour le renforcement de la psychiatrie de l'âge avancé de liaison (psychiatre consultant/superviseur<sup>17</sup>)

### **Budget annuel (annexe VI)**

Pour permettre la mise en œuvre du projet, le budget annuel des charges est estimé à Fr. 200'850.00.

Au niveau des recettes, il a été déterminé un taux de facturation de 50% pour les prestations à charge de l'assurance de base et du SASH (*pour le reste, 25% sont consacrés, entre autres, à des tâches de coordination, d'organisation et de régulation de fonctionnement et 25% correspondent à une sous-occupation inhérente à la période de développement*). Celles-ci sont estimées à Fr. 48'550.00.

Le déficit de financement s'élève ainsi à **Fr. 152'300.00**.

### **Ressources financières**

Le comité de pilotage recommande la recherche d'un soutien financier extérieur, tant auprès d'organismes privés qu'auprès de l'Etat de Vaud pour assurer le financement du déficit précité.

*En conclusion, le comité de pilotage aimerait également attirer l'attention sur la nécessité de développer ou renforcer parallèlement d'autres prestations, telles que les lits de courts séjours (unités spécifiques), les lits d'orientation (de courte durée ou post-urgence), les programmes thérapeutiques spécifiques (chutes, parkinson, mémoire, ...). Ces prestations pourraient faire l'objet d'une réflexion particulière lors de la phase de mise en œuvre de l'expérience.*

Pour le comité de pilotage

Yves Kühne

---

<sup>17</sup> Le psychiatre doit être détenteur du titre de formation approfondie dans le domaine

## 9. LISTE DES ANNEXES

---

Annexe I : Synthèse de la méthode de recherche des articles

Annexe II : Questionnaire adressé aux partenaires

Annexe III : Fiche descriptive de la démarche « évaluation globale gériatrique »  
accompagnant l'enquête

Annexe IV : Courrier adressé aux partenaires présentant la démarche de l'enquête

Annexe V : Procédure de fonctionnement



## Annexe I : Recherche de littérature

**Objectif :** Rechercher les articles de littérature traitant des évidences d'efficacité de la démarche « Evaluation Gériatrique Globale Ambulatoire ».

Recherche : « all fields »

<u>Population</u>		<u>Interventions</u>		<u>Outcome/résultats</u>		<u>Types d'études</u>	
Elderly	1651316	Multidimensional assessment	1984	Effectiveness	158701		
Geriatric	45963	Comprehensive Geriatric assessment	778				
Older	14970						
<b>MESH :</b>		<b>MESH :</b>		<b>MESH :</b>		<b>MESH :</b>	
Aged	2839422	Geriatric assessment	10848	Outcome and process assessment	352687	Meta-analysis	58
Aged, 80 and over	345494			Efficiency	149311	Randomised controlled trial	1031
Frail elderly	4363			Mortality	531073	Program evaluation	485
Geriatrics	25580			Patient readmission	4435	Evaluation studies	1638
						Review	1060
<b>OR</b>	<b>2927533</b>	<b>OR</b>	<b>12655</b>	<b>OR</b>	<b>1096903</b>		

<b>1. Population AND interventions AND outcome</b>	<b>2334</b>
- Publiés dans les 5 dernières années	<b>1002</b>
<b>2. (1) AND Review</b>	<b>372</b>
- Publié dans les 5 dernières années	190
<b>3. (1) AND Meta-analysis</b>	<b>22</b>
- Publiés dans les 5 dernières années	10
- Review	6
<b>4. (1) AND Randomized controlled trial</b>	<b>315</b>
- Publiés dans les 5 dernières années	147
- Review	26
<b>5. (1) AND Program evaluation</b>	<b>118</b>
- Publiés dans les 5 dernières années	60
- Review	7
<b>6. (1) AND Evaluation studies</b>	<b>391</b>
- Publiés dans les 5 dernières années	170
- Review	59



## Annexe II : Questionnaire adressé aux partenaires

### Enquête auprès des partenaires

**Sujet :** Evaluation Globale (multidimensionnelle) Gériatrique Ambulatoire

**1. Quel est votre secteur d'activité ?**

EMS/div C     CMS     Hôpital A     Hôpital B     Médecin de 1<sup>er</sup> recours     Brio

Merci de préciser votre fonction : .....

**2. Etes-vous confrontés à des difficultés dans la prise en charge de vos patients/clients âgés en situation complexe et/ou de dépendance ?**

Oui                       Parfois                       Rarement                       Non

**3. Pensez-vous qu'une aide, sous forme de conseils/évaluations, pourrait être bénéfique dans la prise en charge de ces patients âgés en situation complexe et/ou de dépendance ?**

Oui                       Non                       Ne sais pas

**4. Connaissez-vous l'intérêt et les bénéfices potentiels d'une « évaluation multidimensionnelle de la personne âgée » (cf fiche descriptive ci-jointe) ?**

Oui                       Non                       Ne sais pas

**5. Si des prestations de conseils/évaluations, dans le cadre d'une telle approche, étaient mises en place pour vous aider dans la prise en charge de ces patients âgés en situation complexe et/ou de dépendance, y auriez-vous recours ?**

Oui                       Non                       Ne sais pas

*Si oui, quels types de situations imagineriez-vous référer et quels bénéfices attendriez-vous ?*

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

**6. Pourriez-vous nous indiquer le nombre de vos patients/clients que vous considérez comme fragiles et/ou en situation complexe (qui pourrait bénéficier d'une telle approche) :**

- Estimation du nombre de personnes âgées concernées : .....

**7. En complément à votre pratique, quels seraient vos besoins spécifiques en matière d'évaluation/prises en charge des personnes âgées fragilisées ?**

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

**8. Seriez-vous intéressé, le cas échéant, à participer à une expérience-pilote régionale ?**

Oui → coordonnées : .....     Non

**Commentaires généraux et/ou propositions :**

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



## Annexe III : Fiche descriptive accompagnant l'enquête



### Evaluation Globale Gériatrique Ambulatoire (ou évaluation multidimensionnelle gériatrique)

#### Concept

##### Définition

Démarche diagnostique **interdisciplinaire**, tenant compte de plusieurs dimensions de la santé et conçue pour rechercher les ressources et les déficits physiques, psychiques, sociaux, fonctionnels et économiques des personnes âgées et fragiles, en vue d'élaborer un projet thérapeutique intégré et un suivi à long terme.

(adapté de D. Grob, Forum Méd Suisse 2005)

##### Démarche multidimensionnelle



##### Origine

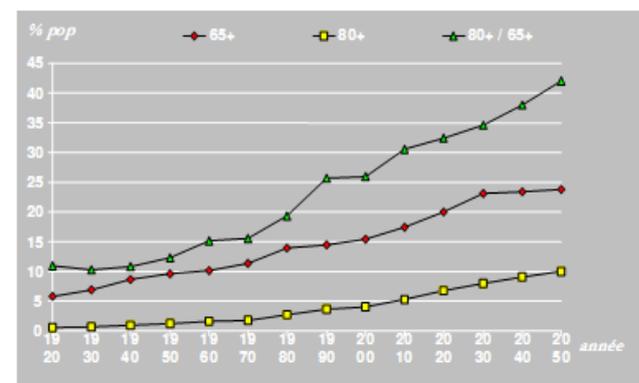
- Entre 1935 à 1948: Travaux du Dr Warren
- 1935: on lui confie 714 lits d'hospice
  - Majorité de patients désignés comme « grabataires » et « incurables »
  - Création de la première équipe multidisciplinaire gériatrique en Angleterre
  - Entre 1935 et 1936 : revue systématique de dossier et évaluation multidisciplinaire
- ⇒ **A moyen terme, près de la moitié des personnes sont retournées à domicile**

#### Preuves d'efficacité

Les évidences d'efficacité clinique de la démarche d'évaluation gériatrique globale ne sont pas clairement démontrées. Les études restent nuancées, mais indiquent néanmoins un impact sur les réhospitalisations, la qualité de la vie, les fonctions cognitives et physiques, le prolongement du maintien à domicile si la démarche est complétée par un programme de suivi intensif et une adhésion aux recommandations.

#### Constats

##### Viellissement de la population en Suisse (projection)



(Source: OESP, 2002)

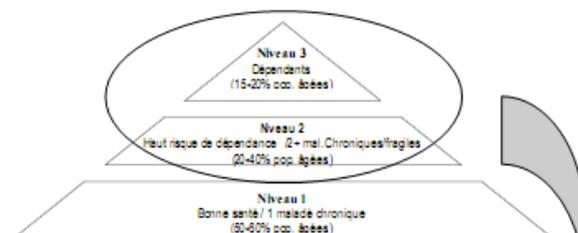
L'allongement de l'espérance de vie s'explique d'abord par un meilleur état de santé de la population, un comportement face à la santé plus favorable mais aussi par les progrès médicaux. Ces progrès ont transformé des maladies mortelles en maladies chroniques, à l'origine d'une part importante de l'incapacité fonctionnelle observée au sein de la population âgée.

(Réf: Monod-Zorzi S. « Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature ». Document de travail 25, Observatoire Suisse de la Santé)

##### Autres constats :

- Pression sur la durée des séjours hospitaliers (plus un lieu pour les évaluations globales)
- Augmentation du nombre de séjours hospitaliers (risque de saturation)
- Complexification des situations à domicile
- Placements parfois prématurés

#### Population âgée concernée



(Réf: Monod-Zorzi S. « Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature ». Document de travail 25, Observatoire Suisse de la Santé)

Une approche multidimensionnelle spécifique est recommandée pour la population du niveau 2 et 3, permettant d'évaluer la situation globale de chaque personne et de proposer des interventions ciblées.

#### Facteurs de succès

- Utilisation d'échelles communes et standardisées
- Bonne connaissance des outils
- Travail en interdisciplinarité
- Suivi et application des recommandations
- Ciblage de la clientèle (dépistage)

#### Facteurs d'échec

- Absence de ciblage ou ciblage sur des patients « trop malades »
- Programme de suivi trop peu intensif
- Faible adhésion du médecin et du patient aux recommandations

## Annexe IV : Courrier adressé aux partenaires

---

Aux Directions des EMS  
Aux Directions des soins à domicile  
Aux Directions des hôpitaux  
Aux médecins chefs des hôpitaux  
Aux médecins libres praticiens  
Aux différents partenaires concernés

Yverdon, le 25 janvier 2008

### Projet : évaluation globale gériatrique ambulatoire

Mesdames, Messieurs,

Le Réseau Nord Broye mène actuellement une réflexion sur les besoins de la population âgée en matière d'évaluation globale. Un groupe de travail, réunissant une représentation tant des partenaires que des corps professionnels, s'est constitué à cet effet.

Avant d'engager plus loin toute hypothèse de travail, il a semblé important et nécessaire au groupe de questionner les partenaires et les professionnels sur leur perception de la situation.

Vous trouverez ainsi en annexe un questionnaire, accompagné d'une fiche descriptive de la démarche d'évaluation globale gériatrique décrivant son concept et dressant quelques observations.

Nous vous serions extrêmement reconnaissants de consacrer quelques minutes de votre temps à remplir ce questionnaire et de nous le retourner au moyen de l'enveloppe réponse ci-jointe **d'ici au 15 février prochain**.

Pour les institutions, il nous serait très utile que ce questionnaire soit également distribué auprès de différents professionnels afin que nous puissions bénéficier d'un échantillon de réponses suffisamment large et varié pour être représentatif.

Pour votre information, nous vous transmettons, ci-joint, la liste des membres du groupe, lesquels peuvent être contactés pour des renseignements complémentaires.

En vous remerciant d'avance de votre coopération et de l'intérêt que vous portez aux activités du réseau de soins, nous vous présentons, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Yves Kühne  
Secrétaire Général



## Annexe V : Procédure de demande

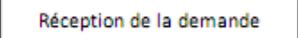
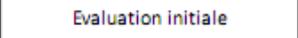
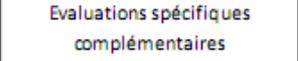
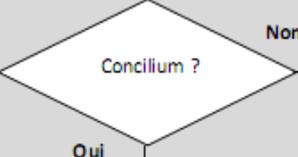
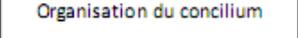
### PROCEDURE DE DEMANDE D'UNE EVALUATION GLOBALE GERIATRIQUE

**Contexte** : Dans le cadre de la volonté de développer une politique gériatrique coordonnée et articulée avec les structures et les compétences existantes, permettant d'offrir des prestations adaptées à l'évolution des besoins de la population âgée, le Réseau Nord Broye expérimente un dispositif assurant des consultations multidimensionnelles ambulatoires (et/ou mobiles).

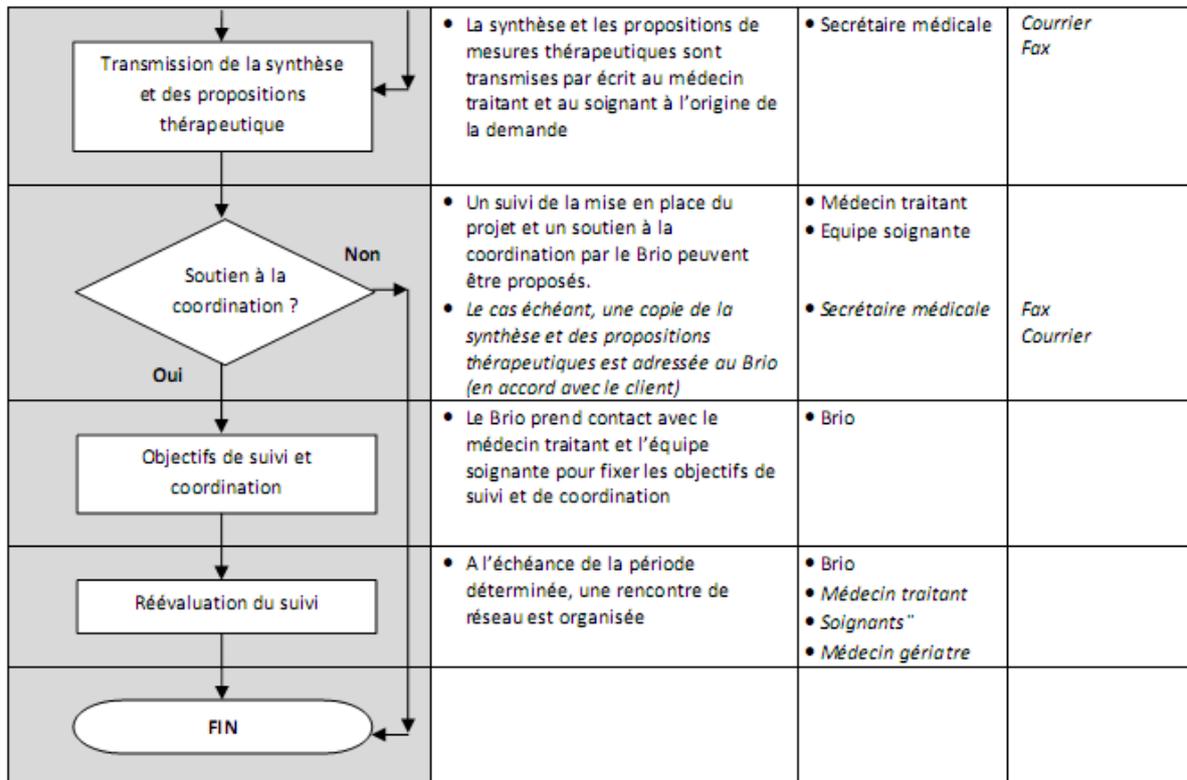
**Objectifs** :

- Identifier de manière précoce les besoins et les ressources des personnes âgées vulnérables
- Assurer des conseils et du soutien pour la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance
- Recommander des mesures thérapeutiques et/ou de prévention, proposer le suivi et le soutien à la coordination
- Soutenir le rôle du médecin traitant et renforcer les options thérapeutiques des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne.

**Concerne** : Les membres partenaires du Réseau Nord Broye. Le périmètre de l'expérience est délimité à la région d'Yverdon – Grandson – Yvonand – Sainte-Croix

Logigramme	Quoi	Responsable	Comment
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification précoce des besoins et des ressources</li> <li>• conseils ou soutien dans la prise en charge des situations complexes et/ou de dépendance (avec accord du médecin traitant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Soignant référent</li> <li>• Brio</li> </ul>	<i>Téléphone Document de demande écrite à élaborer</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enregistrement de la demande et prise de rendez-vous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secrétaire médicale</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation ambulatoire ou mobile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin - gériatre</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En fonction de l'évaluation initiale, le médecin – gériatre détermine les besoins en évaluations spécifiques complémentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin - gériatre</li> </ul>	<i>Outils standardisés à déterminer</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoire</li> <li>• Domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Assistant social</li> <li>• Diététicienne</li> <li>• Psychiatre consult.</li> </ul>	<i>Outils standardisés à déterminer</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de demande de l'une ou l'autre partie, un concilium peut être organisé</li> <li>• Le résultat des différentes évaluations sont transmises préalablement au médecin – gériatre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin - gériatre</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse et proposition du projet thérapeutique</li> <li>• Synthèse et élaboration des mesures thérapeutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin - gériatre</li> <li>• Evalueurs</li> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Soignant référent</li> </ul>	<i>Conférence téléphonique Réunion</i>

## Annexe V : Procédure de demande (suite)



## 10. RÉFÉRENCES

---

- <sup>I</sup> Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Bula C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Maladies chroniques et dépendances fonctionnelles des personnes âgées, données épidémiologiques et économiques de la littérature. Observatoire suisse de la santé. Document de travail 25, Neuchâtel, 2007.
- <sup>II</sup> Grob D, Forum Méd Suisse, 2005;5:1280-1282.
- <sup>III</sup> Ellis G, Langhorne P. Comprehensive Geriatric Assessment for older hospital patients Br Med Bull. 2005 Jan 31; 71:45-59.
- <sup>IV</sup> Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984 Dec 27;311(26):1664-70.
- <sup>V</sup> Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.
- <sup>VI</sup> Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. J Am Geriatr Soc 2004 Sep;52(9):1417-23.
- <sup>VII</sup> Gil de Gomez Barragan MJ, Ramalle-Gomara E. Effectiveness of comprehensive geriatric assessment in primary care. Aten Primaria 2003 Jun 30;32(2):92-100.
- <sup>VIII</sup> Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr 2004 Nov;39(3):245-54.
- <sup>IX</sup> Winograd CH. Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. J Am Geriatr Soc 1991 Sep;39(9 Pt 2):25S-35S.
- <sup>X</sup> Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002 Feb 27;287(8):1022-8.
- <sup>XI</sup> Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf>, accessed [day month year]); 2004.

