

BILANS ANNUELS

2014 / 2015

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	3
OBJECTIFS ET MISSIONS INSCRITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE PAR L'ARS CENTRE-VAL DE LOIRE	3
1. BILAN QUANTITATIF DES ACTIONS	4
1.1. Les principaux indicateurs	4
1.2. Coordination avec les professionnels.....	5
1.3. Le soutien aux aidants	6
2. CARACTERISTIQUES DES USAGERS	6
2.1. Sexe	6
2.2. Age.....	6
2.3. Situation Familiale	7
2.4. Habitat	7
3. BILAN QUALITATIF.....	8
3.1. L'Evaluation Gériatrique Médico-Psychosociale (EG MPS).....	8
3.2. Les appuis techniques	9
3.3. Contribuer à anticiper les limites du maintien à domicile	10
3.3.1. Les hospitalisations en urgence.....	10
3.3.2. Les hospitalisations programmées.....	11
3.3.3. L'Hébergement temporaire et entrée en EHPAD	12
3.3.4. Sorties d'hospitalisation	12
4. LES SITUATIONS COMPLEXES.....	12
4.1. Dépression et risque suicidaire : Le caractère massif de la dépression et l'importance du risque suicidaire	12
4.2. Syndrome de Diogène	13
5. MESURE DE LA SATISFACTION DES PERSONNES AGEES ELLES-MEMES, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS.....	13
SYNTHESE 2014-2015.....	15

PREAMBULE

L'ARS Centre-Val de Loire a validé le projet présenté par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre, soutenu par la Conférence de territoire, et elle a créée l'Equipe Mobile Gériatrique ETRE-INDRE (EMG E-I) au 1/01/2014. L'Arrêté N° 2013-OSMS-PA36-0145 crée donc à titre expérimental, dans l'Indre, une structure médico-sociale, *par transformation du réseau ETRE-INDRE (2004-2013)*.

L'ARS Centre-Val de Loire finance entièrement l'EMG E-I, le budget accordé a été de 300 000 € pour 2014.

Le volume d'activité de cette première année ainsi que les nécessités de création et d'adaptation des pratiques professionnelles ont entraîné une surcharge de travail, n'ayant pas permis de diffuser le bilan annuel 2014. Toutefois, l'ARS Centre-Val de Loire et sa délégation territoriale, ont été destinataires d'un bilan exhaustif ainsi que les membres de l'Instance de Concertation (IC).

En effet, le projet de l'EMG ETRE-INDRE comportait la création d'une instance consultative. Elle a donc été mise en place dès janvier 2014. Elle est composée des principaux partenaires : ARS DT36, des représentants des EHPAD, des SSIAD, des services d'aide à domicile, des associations tutélaires (mandataires judiciaires et associations d'usagers etc.). Elle s'est réunie les 31 janvier et 3 juillet 2014 ; les 26 février et 21 décembre 2015.

Les bilans annuels des deux premières années d'activité sont donc ci-après présentés.

OBJECTIFS ET MISSIONS INSCRITES DANS LA FEUILLE DE ROUTE PAR L'ARS CENTRE-VAL DE LOIRE

L'objectif général de l'EMG E-I est l'amélioration du diagnostic précoce des facteurs de fragilité des personnes âgées :

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (EGMPS) et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique auprès des différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisées sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des personnes âgées qu'ils accueillent ;
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement médico-social le plus adapté en concertation avec les personnes âgées et les professionnels ;
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes, les personnels, des établissements et services médico-sociaux et les intervenants à domicile qui prennent en charge les personnes âgées ;
- Contribuer, en lien avec le médecin traitant, à anticiper les limites du maintien à domicile, en effectuant la médiation nécessaire et une première évaluation médico-psycho-sociale, en proposant ou en adaptant un projet de vie et en programmant le cas échéant une hospitalisation ;
- Contribuer à éviter les hospitalisations en urgence des personnes âgées lorsqu'elles sont inadéquates ;
- Participer à l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées ;
- Contribuer au soutien des aidants à domicile prenant en charge les personnes âgées ;
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ;
- Participer à des actions de prévention du suicide chez les personnes âgées.

1. BILAN QUANTITATIF DES ACTIONS

1.1. Les principaux indicateurs

	2014					2015					ECART 2014/2015	
	TOTAL	DOMICILE		ETABLIS		TOTAL	DOMICILE		ETABLIS			
Nbre demandes	224		%		%	220		%		%		-4
Nbre réorientations	25					25						
Nbre de DEM	199	162	71%	37%	29%	195	153	78%	42	22%		-4
Nbre EGMPs	97	78		19		121	98		23			24
Nbre Appui TECH aux Prof	60	48		12		23	14		9			-37
Nbre SC/risque suicidaire	27	21		6		27	20		7			0
Nbre SC/Synd DIOGENE	15	15		0		24	21		3			9
Nbre d'INTERVENTIONS	404	315	72%	89	28%	510	406	80%	104	20%	106	≥ 20%
Nbre EGMPs	217	167		50		357	282		75			140
Nbre Appui TECH aux Prof	85	69		16		34	20		14			-51
Nbre SC/risque suicidaire	70	47		23		68	61		7			-2
Nbre SC/Synd DIOGENE	32	32		0		51	43		8			19
Nbre de cantons ou EMG est intervenue	26	soit 100% des cantons				13	soit 100% des cantons					0
Nbre de kms parcourus	19 624					19 801						177
Délai moyen d'intervention en jours ouvrés	11 J					17 J						6J

1.2. Coordination avec les professionnels

	2014			2015			ECART 2014/2015	
	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES		
Tous les professionnels	2398	1816	582	2905	2245	660	507	17,50%

DETAILS POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET LES MEDECINS								
	2014			2015			ECART 2014/2015	
	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES		
Travailleurs sociaux Principalement Assistantes sociales	269	220	49	425	359	66	156	36%
Médecins Principalement des généralistes	745	710	35	622	602	20	-108	-17,50%
	L'EMG a travaillé avec 77 /162 médecins généralistes			L'EMG a travaillé avec 81 /162 médecins généralistes			4	5%

LEGENDE :
1 contact correspond à une communication téléphonique, un courrier papier ou courriel, etc.
1 rencontre requiert l'échange en face à face physique.

Le nombre élevé de "**contacts médecins en 2014**" est à mettre en relation avec la campagne de communication qui a annoncé la création de l'EMG ETRE-INDRE.

⇒ **Coordination avec L'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (EADSP) :**

La proximité des populations soignées et accompagnées, un territoire identique (le département de l'Indre) et un même lieu de travail, (le domicile) et des modes d'intervention proches, l'EMG ETRE-INDRE travaille en étroite coopération et complémentarité avec l'EADSP.

2014 : Orientation de l'EADSP vers l'EMG : 4 situations, Orientation de l'EMG vers l'EADSP : 7 situations.

2015 : Orientation de l'EADSP vers l'EMG : 2 situations, Orientation de l'EMG vers l'EADSP : 1 situation.

1.3. Le soutien aux aidants

	2014			2015			ECART 2014/2015	
	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES	TOTAL	CONTACTS	RENCONTRES		
Familles et entourage	752	490	262	1123	804	319	371	49%

2. CARACTERISTIQUES DES USAGERS

2.1. Sexe

	2014					2015				
	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD
HOMMES	61	26	20	9	6	50	25	9	9	7
FEMMES	134	71	36	18	9	145	96	14	18	17
TOTAL	195					195				

2.2. Age

	2014					2015				
	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD
HOMMES	83	83	83	81	82	80	83	82	75	76
FEMMES	84	84	84	84	79	84	86	84	84	74

2.3. Situation Familiale

	2014					2015				
	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD
Célibataire	19	8	2	3	6	10	0	0	2	8
Marié	70	37	24	8	1	68	46	11	7	4
Divorcé	12	4	5	3	0	8	4	3	0	1
Veuf	80	45	18	12	5	101	69	8	17	7
Inconnu	14	3	7	1	3	8	2	1	1	4
TOTAL	195	97	56	27	15	195	121	23	27	24

2.4. Habitat

	2014					2015				
	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD	TOTAL	EGMPS	APPUI TECH	SC/RS	SC/SD
EHPAD	22	13	6	3	0	30	19	7	2	2
Habitat regroupé	9	3	1	5	0	0	0	0	0	0
Domicile	153	75	46	17	15	149	97	14	18	20
Hébergé temporaire	8	4	3	1	0	3	1	1	1	0
Autre	3	2	0	1	0	13	4	1	6	2
TOTAL	195	97	56	27	15	195	121	23	27	24

3. BILAN QUALITATIF

3.1. L'Évaluation Gériatrique Médico-Psychosociale (EG MPS)

C'est l'action principale de l'EMG ETRE-INDRE, elle permet notamment d'améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité.

Suite à cette évaluation, **un projet de parcours de vie, de santé et de soins** est construit en étroite collaboration avec le médecin traitant dont le rôle est de coordonner et d'être le pivot de la prise en charge globale de la personne âgée sur son lieu de vie. **Un compte-rendu de chacune des interventions** de l'EMG est adressé dans **le cadre du secret médical à tous les professionnels de santé** (médecins généralistes et spécialistes, infirmier(e)s, kinésithérapeutes...) et **un compte rendu**, respectant le secret médical, est adressé aux autres professionnels (associations d'aides à domicile, psychologues, mandataires judiciaires à la protection des majeurs) intervenants auprès de la personne âgée. **Les principaux facteurs de fragilité** ont été recueillis sous la forme d'indicateurs évalués de façon pluridisciplinaire par l'équipe de l'EMG.

Seules les pathologies « actives », c'est-à-dire celles pour lesquelles il existe un risque pour la santé, la qualité et l'espérance de vie, un retentissement, un suivi, une prise en charge thérapeutique (exemple diabète, HTA), sont comptabilisées.

Le nombre de médicaments différents par personne est en moyenne de **5,6** avec une **variation entre 0 et 15**. **18 personnes (15%) prenaient un nombre supérieur ou égal à 10 molécules**. **L'évaluation sociale et environnementale** nécessite un travail en étroite collaboration avec les aidants familiaux, professionnels, les services sociaux, les associations d'aide à domicile, les collectivités locales, les services juridiques, les services du Département, de l'Etat, etc.

2014 ⇒ **97** personnes en ont bénéficié, **55** dossiers ont été fermés et **42** EGMPS se sont poursuivies en 2015.

2015 ⇒ **121** personnes en ont bénéficié, **101** dossiers ont été fermés et **20** EGMPS se poursuivent en 2016.

L'EMG ETRE-INDRE a identifié ce qui lui apparaît comme un véritable facteur de fragilité complémentaire de ceux cités ci-dessus : les personnes âgées fragiles rencontrées n'ont pas eu d'enfant ou n'ont plus d'enfant vivant ou ont eu 1 enfant unique.

2014 ⇒ **20%** des personnes âgées fragiles rencontrées n'ont pas eu d'enfant ou n'ont plus d'enfant vivant ; **22.50%** ont eu 1 enfant unique

2015 ⇒ **11%** des personnes âgées fragiles rencontrées n'ont pas eu d'enfant ou n'ont plus d'enfant vivant ; **30%** ont eu 1 enfant unique

Tableau récapitulatif des facteurs de fragilité

2014	Nombre	Moyenne	%	Ecart	2015	Nombre	Moyenne	%	Ecart
Pathologies	335	3,42		1 à 9	Pathologies	408	3,37		1 à 9
Syndrome démentiel	46		47.5		Syndrome démentiel	57		47	
Dépression	34		35		Dépression	44		36	
Risque suicidaire	40		40		Risque suicidaire	21		17	
Autres troubles psychiatriques	28		29		Autres troubles psychiatriques	42		33	
Pathologies neurologiques	33		34		Pathologies neurologiques	29		24	
Dénutrition	46		47.5		Dénutrition	75		62	
Risque de chute	45		46.5		Risque de chute	85		70	
État grabataire	15		14.5		Etat grabataire	15		12	
Douleur	49		50.		Douleur	65		54	
Médicaments différents	497	5		0 à 14	Médicaments différents	680	5,6		0 à 15
ALD	60		62%		ALD	91		75%	

3.2. Les appuis techniques

Conseiller, informer et former les équipes soignantes, les personnels, des établissements et services médico-sociaux et les intervenants à domicile qui prennent en charge les personnes âgées. Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

Dans le projet de l'EMG ETRE-INDRE, ces actions sont spécifiquement définies comme des **Appuis Techniques (AT)**. Il en existe 2 sortes : Ecouter et Aider les professionnels, Informer et Former les professionnels. Dès février 2014, l'EMG a refusé les AT : Informer et Former, la charge de travail ne lui permettant de faire face à ces demandes.

Pour une lecture plus facile, l'EMG a ajouté les **Informations Grand Public (IGP)**. Leur objectif est d'apporter, au plus près de la population (niveau cantonal et communal), l'information sur les services, aides, acteurs etc.

	2014		2015	
	Prévus	Réalisés	Prévus	Réalisés
Ecouter et aider	130	58		21
Informier et former	35	2		2
Total	165	60		23
IGP	5	0		0
TOTAL	170	60		23

2014 : Initialement l'objectif qui figure dans le projet de l'EMG ETRE-INDRE est de 170 Appuis techniques par an. D'une manière générale, **la mission de diffusion de bonnes pratiques gériatriques** n'a pas été suffisamment développée par manque de disponibilité :

- **auprès des médecins généralistes** : traitements (recommandations HAS), faire connaître les services, actions et professionnels qui contribuent à la prise en charge non médicamenteuse des personnes atteintes de DTA et maladies apparentées, etc.

- **auprès des équipes** : prendre le temps des échanges avec les professionnels pour qu'à partir de la situation pour laquelle l'EMG intervient, **la culture** (informations, articles, ouvrages à lire, sites à consulter etc.), les aspects juridiques, règlementaires puissent être actualisés en terme de connaissance et surtout, pour que la réflexion et la démarche éthique s'engage (ANESM).

2015 : Les **Appuis Techniques (AT)** aux professionnels et **la diffusion de bonnes pratiques gériatriques** n'ont pas être suffisamment développés par manque de disponibilité tant **auprès des médecins généralistes qu'auprès des équipes. 23 actions ont pu être assurées soit une baisse de 62 % par rapport à 2014.**

Pour ces 2 premières années, l'équipe de L'EMG ETRE-INDRE tient à souligner que les professionnelles les moins qualifiées, les moins formées et qui, pourtant, assurent l'essentiel du maintien à domicile des personnes âgées, c'est-à-dire les aides à domicile, sont celles auxquelles ces actions de soutien font le plus défaut.

3.3. Contribuer à anticiper les limites du maintien à domicile

3.3.1. Les hospitalisations en urgence

Les hospitalisations en urgence ont été réalisées en lien direct avec l'équipe, toujours en accord avec le médecin traitant qui ne pouvait pas se rendre disponible.

⇒ 2014 : 39/195 = 40%

Ces interventions, majoritairement dans un contexte de troubles psychiatriques décompensés, ont évité le recours au Centre 15 et permis d'orienter la personne directement dans le service concerné. Ces interventions sont longues et difficiles, les possibilités d'accueil des personnes âgées atteintes de troubles mentaux étant très limitées dans notre département, notamment lorsqu'une hospitalisation sous contrainte est nécessaire.

⇒ 2015 : 20/195 = 10%

- 8 pour des épisodes aigus psychiatriques
- 6 pour chutes (dont 2 pour des chutes à répétition liées à des séquelles d'handicaps datant de leur enfance)
- 3 pour déshydratation (dont 1 couplée à une pneumonie et 1 seconde couplée à une infection urinaire)
- 1 pour dyspnée sévère, hyperglycémie et décompensation cardiaque.
- 1 pour sur- infection pulmonaire (chez un nonagénaire à la fin de sa vie).
- 1 occlusion intestinale (Urgences LOCHES 37)

Commentaire : Elles sont majoritairement liées à des pathologies physiques (60%), toutefois le nombre d'hospitalisations en urgence liées à des pathologies psychiques reste élevé (40%).

3.3.2. Les hospitalisations programmées

⇒ 2014 : 5/195 = 2.50%

L'EMG ETRE-INDRE est intervenue soit directement, soit en facilitant l'hospitalisation décidée par le médecin traitant, toujours en lien avec lui. Dans 5 situations, elle a pu organiser, au chevet de la personne, une hospitalisation programmée en service hospitalier de gériatrie, de neurologie, de géronto-psychiatrie ... des centres hospitaliers départementaux mais également limitrophes et des CHU.

⇒ 2015 : 9/195 = 5%

- 1 en hôpital de jour pour 1 journée par mois (DTA très évoluée, évacuation fécalome, poids, surveillance, etc.) au CH Le Blanc (en lien avec médecin traitant)
- 1 déshydratation, essoufflement etc. Intervention à 19h (gériatre et CS). Après contact avec médecin traitant, EMG a pu programmer une hospitalisation au CH d'Issoudun le lendemain à 10h30, organisation des aides pour la soirée, nuit et transport (Centre 15 évité).
- 2 1 douleur +++ (carcinose péritonéale) + 1 douleurs chroniques (épaules et lombalgies)
- 1 entrée en neurologie CH CHATX pour bilan
- 2 interventions chirurgicales prévues (hernie inguinale, colonne vertébrale)
- 2 hospitalisations d'aidants ont entraîné 2 hospitalisations de personnes âgées fragiles (1 démence à corps de Léwy très évoluée, 1 syndrome dépressif associé à des troubles cognitifs).

Commentaire : l'EMG ETRE-INDRE est intervenue soit directement, soit en facilitant l'hospitalisation décidée par le médecin traitant.

3.3.3. L'Hébergement temporaire et entrée en EHPAD

⇒2014 : 36/195 = 18,50%

⇒2015 : 24/195 = 12.50%

- 2 personnes sont entrées en hébergement temporaire : dont 1 pour cause d'hospitalisation du conjoint
- 22 personnes ont été accompagnées pour leur entrée en EHPAD

3.3.4. Sorties d'hospitalisation

⇒2014 : 6 /195 = 3%

⇒2015 : 8/195 = 4%

Commentaire : Les accompagnements par l'EMG ETRE-INDRE des personnes âgées fragiles à leur retour à domicile, suite à une hospitalisation, relèvent d'une « *veille médico-psycho-sociale rapprochée les premiers jours, puis graduée dans le temps* ». En effet, les 3 spécialités professionnelles de l'EMG (médicale, psychologique et soins généraux) sont requises pour « *consolider le retour à domicile et éviter une ré-hospitalisation* », à brève comme à moyenne échéance.

La coordination avec les intervenants du MAD, dès lors que les services d'hospitalisation ont fait part de leur demande à l'EMG E-I en amont de la date de sortie, est une condition de la réussite de ces objectifs.

4. LES SITUATIONS COMPLEXES

4.1. Dépression et risque suicidaire : Le caractère massif de la dépression et l'importance du risque suicidaire

Au niveau national, près de 11000 décès par suicide ont été enregistrés en 2011 (cf rapport de novembre 2014 de l'Observatoire National du Suicide). Près de 30% concernent des personnes de plus de 65 ans, dont près des deux tiers ont plus de 75 ans. Les tranches d'âge pour lesquelles le taux de suicide est le plus élevé sont la tranche 75/84 ans (29,6 pour 100000) et 85/94 (40,3 pour 100000)

Les personnes âgées utilisent pour se suicider des moyens radicaux, très violents, et parfois cumulés, qui laissent peu ou pas de chance de survie. L'intervention auprès de ces personnes âgées suicidaires n'est donc possible qu'en amont du passage à l'acte. D'autres, en revanche, engagent leur vie dans des comportements de refus, ou de mise en danger (accidents de la voie publique, chutes...). Les différents facteurs de risque suicidaire sont identifiés et devraient donc permettre d'envisager de véritables actions de repérage. Pour autant, ils ne sont pas connus de l'ensemble des professionnels et les moyens de répondre à la détresse psychique des plus âgés sont insuffisants, voire inaccessibles.

La dépression qui constitue le premier facteur de risque de passage à l'acte suicidaire reste sous-diagnostiquée et sous-traitée et certaines idées reçues oblitèrent l'observation et la prise en charge de la souffrance psychique.

⇒**2014** L'EMG a été amenée à traiter **27 situations de risque suicidaire. 8 se sont avérées particulièrement « sensibles ».**

⇒**2015** **62 situations sur les 195 dossiers traités, 32% de personnes souffrant de dépression avérée et/ou présentant un risque suicidaire, ce qui n'exclue pas pour les autres une souffrance et/ou une fragilité psychique.**

L'EMG a été amenée à traiter **27 situations de risque suicidaire** mais la question du risque suicidaire est actée dans **35 autres dossiers**, dont 21 EGMPs, 5 Appuis Techniques et 9 Syndrome de Diogène.

Par ailleurs, la réalité du terrain permet rarement de solliciter des relais auprès de médecins psychiatres et de psychologues (absence de professionnels, problèmes de déplacement, problème du coût de la prise en charge...). De ce fait, le métier de psychologue, est indispensable et complémentaire à la pluridisciplinarité d'une EMG.

Remarque : Le CODES qui a la responsabilité d'organiser la coordination départementale des acteurs a actualisé le LIVRET SUICIDE en 2016 (fiche technique de l'EMG ETRE-INDRE porte le N°15).

4.2. Syndrome de Diogène

Les interventions auprès des personnes souffrant de syndrome de Diogène constituent de véritables défis pour les professionnels du fait du paradoxe qui les constitue : ces personnes ne demandent rien alors qu'elles semblent avoir besoin de tout.

Le travail partenarial instauré autour de ces situations avec les assistantes sociales, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs, les élus municipaux, etc. permettent de mettre en œuvre, de manière co-responsable, une veille efficace et souvent une amélioration de ces situations.

⇒**2014** **15 situations**, toutes à domicile.

⇒**2015** : **24 situations**, 21 à domicile et 3 en établissement.

Ce chiffre est en hausse de 60%. Deux interventions ont été également faites à la demande d'une équipe d'EHPAD et d'une coordination gériatrique.

5. MESURE DE LA SATISFACTION DES PERSONNES AGEES ELLES-MEMES, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS

⇒ **3 types de questionnaire sont utilisés** : questionnaire à la personne âgée elle-même, questionnaire à l'aidant familial principal et questionnaire à tous les professionnels impliqués dans une situation.

⇒ Les trames de questionnaires ont été modifiées en 2015, elles l'ont été à nouveau dans un objectif de simplification et de synthèse pour 2016.

Tous questionnaires confondus	2014 / Sept-Dec 2014			2015		
	QUEST SATISF ENVOYES	QUEST SATISF RECUS	%	QUEST SATISF ENVOYES	QUEST SATISF RECUS	%
	157	109	69,50%	374	206	55%
	Détail des destinataires			Détail des destinataires		
	Pers Agée	Famille	Prof	Pers Agée	Famille	Prof
				38	71	265
	Signataires des questionnaires complétés			Signataires des questionnaires complétés		
	Pers Agée	Famille	Prof	Pers Agée	Famille	Prof
	5	23	81	23	43	140

2014 / 4 mois
Les 5 personnes âgées qui ont répondu expriment 100% de satisfaction sur 5 critères. Les 23 familles qui ont répondu expriment entre 95 et 99% de satisfaction sur 8 critères. Les 81 professionnels qui ont répondu expriment entre 95 et 99% de satisfaction.
2015
Les 23 personnes âgées qui ont répondu expriment 80% de satisfaction sur 4 critères. Les 43 familles qui ont répondu expriment 80% de satisfaction sur 7 critères. Les 140 professionnels qui ont répondu expriment 85% de satisfaction sur 7 critères.

SYNTHESE 2014- 2015

L'activité de l'EMG ETRE-INDRE a été d'emblée très soutenue dès 2014, elle l'est restée en 2015. Sur le plan quantitatif, **la progression des interventions (de 406 en 2014 à 510 en 2015)** pour un nombre de personnes sensiblement équivalent (195/199), témoigne d'un travail de **plus grande proximité** au cours de l'accompagnement des personnes âgées fragiles et de leurs proches aidants.

Ainsi, les objectifs que l'EMG E-I s'était donnés à l'issue de la première année d'activité sont grandement atteints.

Il s'agissait de progresser **qualitativement** dans la mise en œuvre des EGMPs en améliorant l'aide aux aidants, notamment l'aide aux familles, d'une part ; et en développant encore davantage **la coordination avec les professionnels, notamment avec les travailleurs sociaux, d'autre part.**

Des remarques formulées dès 2014 sont répétées à l'issue de la deuxième année d'exercice :

- La diminution du nombre de médecins généralistes est un facteur d'augmentation du recours au gériatre de l'EMG E-I. Les équipes des services sociaux, démunies par l'absence de médecin traitant, multiplient leurs appels pour solliciter l'aide de l'EMG-EI.
- La très grande majorité des situations concernent des personnes âgées dont la fragilité est psychique et psychologique. Les troubles cognitifs et psychiatriques sont présents, peu diagnostiqués et nécessitent un travail de proximité avec les services de psychiatrie et les médecins traitants.
- Coopération avec toutes sortes de services pour « contenir » des situations de crise sur le plan médical et psychologique, travail partagé avec la gendarmerie, la police, les services du Procureur de la République.
- Travail renforcé, notamment sur les syndromes de Diogène, avec les élus et services de nombreuses communes, y compris de Châteauroux.
- Par ailleurs, les situations complexes, risque suicidaire et syndrome de Diogène, sont particulièrement difficiles. Une supervision constituerait une aide précieuse aux membres de l'équipe parce qu'elle est une aide apportée aux professionnels, en situation potentielle de souffrance, parce qu'ils sont confrontés à la souffrance des usagers.

Aux termes de ses deux premières années de fonctionnement, il ressort clairement que l'EMG ETRE-INDRE remplit ses missions prioritaires en fonction des moyens qui lui sont alloués. Elle intervient sur tout le territoire de l'Indre et 78% de son activité a lieu au domicile des personnes âgées. Un de ses objectifs majeurs pour 2016, et au-delà, est donc de constituer une équipe stable de 5 ETP, proposition du projet initial présenté à l'ARS en octobre 2013.

Les deux premières années d'exercice confirment la pertinence de cette estimation.

Les autres objectifs sont :

- Etre partie prenante de l'installation et du démarrage de la « Maison de l'accompagnement »
- Améliorer la qualité de l'évaluation du travail en actualisant les trames de questionnaires et en collectant davantage de questionnaires, notamment auprès des professionnels
- Améliorer la visibilité de l'EMG ETRE-INDRE par le développement de la communication
- Travailler avec d'autres EMG pour mutualiser les concepts et outils.

Ce bilan a été élaboré par les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire : Valérie BOULGON, psychologue clinicienne ; Charline DUBOIS, IDE (07/2015), Dr Christian DUFRENE, gériatre (01/01 au 15/11/2015), Dr Christelle CHAMPELOVIER, gériatre (16/11 au 31/12/2015), Christine MOREAU, cadre de santé / IDE.