

Rapport final – Restitution des travaux de recherche –

Juin 2010

Evaluation de la performance des EMG dans la prise en charge des personnes âgées fragilisées

INSERM U558 – équipe 1 – Faculté de Médecine de Toulouse

Laboratoire Gestion Cognition – EA 2043 - Université Paul Sabatier – Toulouse 3 –

Pr A. Grand – M.A. Montalan – B. Vincent – J. Bouguennec – T. Voisin – I. Arthus

Rappel des objectifs précis visés et problématique de recherche

Deux objectifs étaient prévus dans le contrat.

- 1) Identifier les dimensions de la performance pertinentes pour les EMG.
- 2) Structurer ces dimensions en un tableau de bord de gestion et le mettre à l'épreuve sur un chantier pilote.

L'approche pluridisciplinaire utilisée (sociologique/santé publique ; gériatrique/gérontologique ; sciences de gestion) a permis la construction et la validation d'un tableau de bord de gestion adapté à la spécificité de la prise en charge globale des personnes âgées sur l'ensemble des sites EMG de la région Midi-Pyrénées (14 en 2009, 15 en 2010). Ce dernier doit faciliter le développement d'une culture managériale au sein de ces équipes et permettre la comparaison de leurs performances.

Ce rapport présente les résultats finals de l'étude après validation interne et externe des indicateurs de performance proposés pour les EMG. Dans une approche de type gestionnaire, cette étude a permis de construire deux Tableaux de bord (TB) destinés, pour le premier, au pilotage des équipes, pour le second, à l'analyse comparée de la performance. L'étude des résultats obtenus, après utilisation du tableau de bord de pilotage sur le terrain, a permis d'attester de la faisabilité de la mise en œuvre des indicateurs, d'identifier les difficultés liées aux procédures de recueil et à l'interprétation de leurs résultats, et d'instaurer une dynamique régionale autour des processus d'évaluation de leurs organisations et de leurs pratiques.

Le travail d'élaboration du tableau de bord s'est inspiré du modèle du Balanced Scorecard (BSC)¹, outil préconisé comme aide au pilotage de la performance en milieu hospitalier [2]. Ce modèle permet, en effet, d'intégrer à la dimension économique la dimension qualité de la performance [3] à travers les axes *satisfaction client* et *Processus Internes*. Il permet également de prendre en compte d'autres dimensions relatives à l'allocation des moyens financiers (axe financier), aux systèmes d'informations et aux ressources humaines, évaluées en termes de compétences disponibles dans l'équipe et de connaissances produites et diffusées (axe apprentissage

¹ Cette méthodologie consiste à partir du terrain pour identifier les indicateurs permettant de renseigner les quatre axes financier, clients, processus internes, apprentissage organisationnel du BSC [1].

organisationnel). Le degré de pertinence et d'efficacité de la mesure des indicateurs a été évalué afin de préciser la place et la signification de chaque indicateur dans le fonctionnement des EMG. Un groupe de travail pluridisciplinaire a permis de confronter les approches sociologique/santé publique, gériatrique/gérontologique et sciences de gestion dans la conception des deux tableaux de bord, qui ont ensuite été testés sur 11 EMG de la région Midi-Pyrénées afin d'évaluer leur faisabilité et leur fiabilité.

Après avoir présenté la méthodologie et les différentes étapes de l'étude, nous détaillerons les résultats de la validation des indicateurs du tableau de bord proposé.

I – Méthodologie de l'étude

Deux types de méthodes, qualitative et quantitative, ont été mobilisées correspondant chacune aux deux grandes phases du projet (cf. schéma méthodologique synthétique en page 5).

1.1 Méthodes et outils

1) Approche qualitative

Notre investigation empirique s'est déroulée sur deux ans de 2008 à 2010 et s'est appuyée sur des techniques croisées de recueil de données : 67 entretiens, 2 séries d'observations non participantes de 15 jours chacune, une participation avec communication aux 4èmes journées nationales des EMG à Bordeaux, les 14 et 15 mai 2008 [4], 2 groupes de travail réunissant l'ensemble des membres des 14, puis 15 EMG de Midi-Pyrénées (à Cahors², le 25 novembre 2008 et à Toulouse³, le 10 février 2010), l'analyse des rapports d'activités de 5 EMG pour la période de 2006 à 2009, une recherche bibliographique orientée notamment sur des applications du BSC dans le secteur de la santé [5], [6], [7] et sur les modèles d'évaluation de la performance élaborés par la HAS, l'IGAS, l'INSERM au travers du projet Compaqh [8], [9], [10].

2) Approche quantitative

Le caractère opérationnel des indicateurs a été testé grâce à une mise en application sur site par les professionnels des équipes mobiles de gériatrie de la région au cours des mois de mars et avril 2010 (cf. étape de validation externe). Les données ont été récupérées de deux façons. En rétrospectif, à partir d'un interrogatoire des professionnels, des bases de données EMG et de leurs archives. En prospectif, par un recueil organisé lorsque l'information n'était pas accessible ou lorsque les procédures de collecte existantes étaient jugées trop hétérogènes. Un outil de recueil didactique leur a été envoyé, et un accompagnement individualisé et régulier, par téléphone et par messagerie électronique, a été réalisé pour répondre aux interrogations posées par les professionnels tout au long de la durée d'expérimentation des indicateurs. Des exemples d'exploitation des résultats sont proposés dans les fiches indicateurs disponibles en annexes.

² 58 participants

³ 65 participants.

1.2 Organisation du projet : description du déroulement des principales étapes du projet

Le projet s'est déroulé en 2 grandes étapes.

- 1^{ère} étape - Construction et identification d'indicateurs de gestion sur deux sites pilotes : une EMG de CHU et une EMG d'hôpital général.
- 2^{ème} étape - Validation du tableau de bord avec l'ensemble des quinze EMG de la région Midi-Pyrénées et mise en œuvre sur 11 sites.

Notre méthode fondée sur des allers retours entre le terrain et les modèles théoriques a permis d'amorcer un processus d'apprentissage en double boucle [11] : apprentissage du modèle BSC par les acteurs de l'EMG, réflexion sur les principaux objectifs stratégiques, détermination des processus critiques et évaluation de leur impact sur la stratégie.

Première étape : élaboration du tableau de bord

▪ Après une phase de pré-test du guide d'entretien, une première série d'entretiens (mars – avril 2008) a été conduite auprès des membres de 2 EMG tests. Ces entretiens ont été menés à partir d'un guide reprenant les axes de la performance définis dans le BSC : axe clients, axe processus internes, axe apprentissage organisationnel et axe économique. Cette structuration proposée par le BSC a permis aux acteurs des EMG d'envisager les attentes des différentes parties prenantes à leur activité, de réfléchir et de formaliser leur mission et leurs processus principaux par rapport à ces partenaires. Cette première phase a permis de définir, en lien avec les textes réglementaires, 4 objectifs stratégiques prioritaires (OP) qui ont été validés par un groupe de travail pluridisciplinaire (Bordeaux, mai 2008).

Les objectifs prioritaires des EMG

<i>OP1 : garantir une meilleure prise en charge du patient poly pathologique</i>
<i>OP2 : développer l'activité d'évaluation gériatrique</i>
<i>OP3 : diffuser les bonnes pratiques gériatriques</i>
<i>OP4 : faciliter l'orientation du patient dans la filière gériatrique</i>

▪ Une deuxième vague d'entretiens a permis de confronter la vision des membres des EMG tests et de 2 autres EMG avec toutes les parties prenantes [12] : les partenaires internes (services appelants) et externes (établissements médicaux ou médico-sociaux faisant appel à une EMG), les services administratifs de l'hôpital (DIM, contrôle de gestion) et les tutelles régionales (ARH, DRASS). Cette deuxième phase a permis d'affiner les missions et processus critiques, elle nous a également permis de mieux comprendre la dynamique de la performance et comment celle-ci se construit à partir de l'analyse des inter-relations entre les différents processus et de leur contribution à la performance. Nous avons alors élaboré une carte stratégique en confrontant les résultats des entretiens avec les textes réglementaires. Cette carte stratégique⁴ a été amendée et validée par un

⁴ Premier rapport intermédiaire, décembre 2008.

groupe de travail pluridisciplinaire lors de l'assemblée des EMG de Midi-Pyrénées (Cahors 25 novembre 2008). Elle a fait l'objet d'une publication dans le Journal d'Economie Médicale, en 2009 [13].

▪ Une troisième série d'entretiens avec les 2 EMG tests a été menée en mars – avril 2009 pour définir, vis-à-vis de chaque processus, le niveau de performance attendue. Cette phase a permis d'identifier les indicateurs. Ils ont été classés en 4 catégories, selon la classification de Donabédian, reprise dans le rapport de l'IGAS [14] :

- Indicateur de **résultat** : il évalue l'aboutissement des actions et activités de l'EMG au regard de leurs missions [15] ;
- Indicateur d'**activité** : il mesure les actions et activités centrales de l'EMG ;
- Indicateur de **ressource** : il prend en compte les moyens de l'EMG et ses leviers d'action ;
- Indicateur de **contexte** : il présente les contraintes de l'environnement de l'EMG.

Deuxième étape : validation du tableau de bord

• Validation interne

Ces indicateurs ont été, en juillet/août 2009, transmis à 4 EMG (1 CHU et 3 CHG), qui ont jugé de leur pertinence et de leur faisabilité (4 groupes de travail d'une journée par équipe comprenant, chacun, l'ensemble des membres des équipes et 2 chercheurs-intervenants). Ils ont ensuite été soumis à l'avis critique des évaluateurs de la HAS, dans le cadre du deuxième rapport intermédiaire⁵. Le contenu du tableau de bord définitif a été présenté à l'assemblée régionale des EMG, à Toulouse le 10 février 2010, ce qui a permis aux acteurs de prendre connaissance de l'outil et d'en mesurer l'intérêt avant l'étape de validation externe. Des adaptations des systèmes d'information et des procédures de suivi ont été proposées pour permettre un meilleur suivi de la performance.

• Validation externe

Un recueil de données a été réalisé afin de tester le caractère opérationnel du tableau de bord. 11 équipes mobiles de gériatrie (1 CHU, 9CH et 1 HL) sur les 15 que compte la région Midi-Pyrénées en 2010, ont participé à ce recueil.

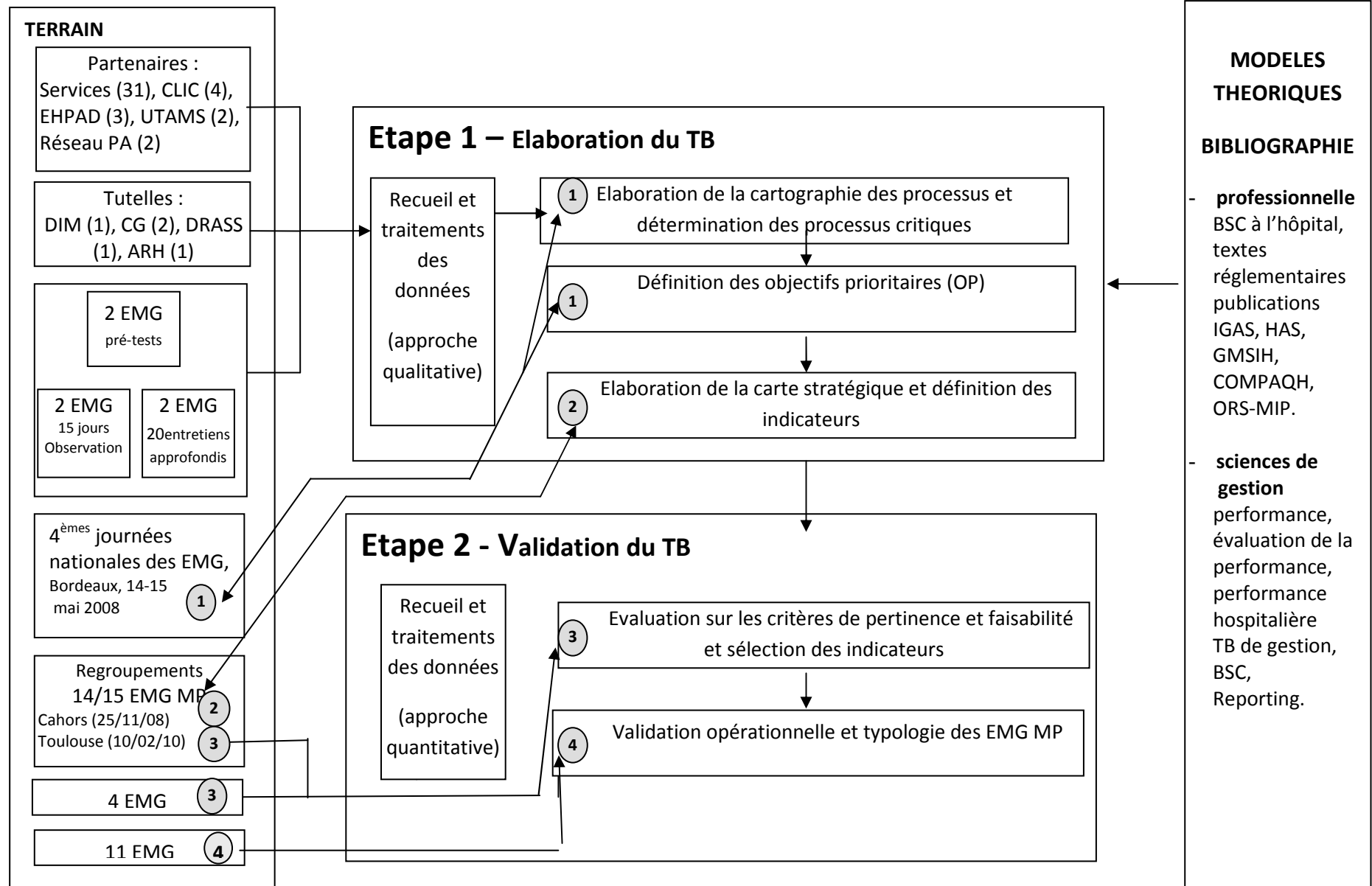
La période de test s'est déroulée du 25 mars au 16 avril 2010. Elle a permis de s'assurer de l'adhésion des équipes à la démarche proposée.

La totalité des indicateurs des deux tableaux de bord a été expérimentée, soit 13 indicateurs : 5 sur un mode rétrospectif⁶, 7 sur un mode prospectif, 1 sur un mode mixte rétrospectif et prospectif⁷.

⁵ Novembre 2009.

⁶ Mode rétrospectif : le recueil est possible à partir des données d'activité déjà relevées par les EMG, sur la base de leurs rapports d'activité, ou par une étude de leurs archives..

⁷ Mode prospectif : le recueil de données n'étant pas effectué jusqu'alors, une procédure originale de collecte a été proposée aux équipes sur une période d'essai.



II – Présentation des résultats

Nous présenterons successivement : 2.1 - le tableau de bord de pilotage des EMG assorti des recommandations issues de sa mise à l'épreuve en région Midi-Pyrénées, 2.2 - les indicateurs constituant le tableau de bord de reporting à destination des tutelles. 2.3 – la valorisation et les retombées potentielles du projet.

2.1 Indicateurs et tableau de bord de pilotage

Le pilotage nécessite un nombre restreint d'indicateurs pour des raisons de faisabilité, de fiabilité mais également de prise de décision (efficacité cognitive). Le tableau de bord synthétique de pilotage ci-dessous, permet d'appréhender l'ensemble des missions de l'EMG (évaluation gériatrique, orientation, conseil et formation) grâce à 11 indicateurs.

Tableau de bord synthétique de pilotage

✖ Indicateurs de résultat (1)	
1.	Pourcentage de préconisations suivies par service appelant
✖ Indicateurs d'activité (5)	
2.	Variation du nombre d'interventions globale et par appelant
3.	Délai moyen d'intervention global et par service
4.	Temps moyen passé par intervention et par appelant
5.	Nombre d'heures de formations données par l'EMG
6.	Nombre d'actions de communication réalisées par l'EMG
✖ Indicateurs de ressource (4)	
7.	Nombre d'Equivalents Temps Plein par métier EMG
8.	Ancienneté moyenne du personnel de l'EMG
9.	Temps passé par activité et par type de métier EMG
10.	Nombre d'heures de formations reçues par l'équipe
✖ Indicateurs de contexte (1)	
11.	Profil patients

Chaque indicateur a fait l'objet d'une fiche de contenu et d'élaboration inspirée du modèle générique défini par la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier concernant l'élaboration d'indicateurs de Performance (cf. Annexe 0). Chacune de ces fiches détaille les caractéristiques des indicateurs du tableau BSC et les conditions de sa mise en œuvre. Elles sont accompagnées d'un graphique synthétique illustrant leur caractère opérationnel et informatif, graphique obtenu à partir

de la base de données constituée lors de la phase de validation externe. Les adaptations faites pour définir cette fiche sont résumées dans le tableau de correspondance ci-dessous.

Tableau 1 : Fiches indicateurs EMG vs modèle ANAP (2009)

Modèle générique de fiche indicateur (ANAP 2009)	Modèle de fiche indicateur pour le tableau de bord EMG
DEFINIR	DESCRIPTION DE L'INDICATEUR
Mêmes rubriques	
PRODUIRE	MISE EN ŒUVRE DU RECUEIL DE DONNEES
Unité	Indiquée dans la définition de l'indicateur
Mode de calcul	Quoi
Point méthodologie	Comment
Modalités de recueil	Où
Période de mesure	Quand
-	Qui
DIFFUSER	La diffusion se fait par l'intermédiaire du tableau de reporting
-	CARACTERISTIQUES DE L'INDICATEUR ET PRECONISATIONS
SUIVRE ANALYSER COMPARER	SUIVRE ANALYSER COMPARER

On peut constater qu'une rubrique a été ajoutée pour tenir compte des questions posées par les équipes pendant la phase de test (cf. validation du tableau de bord de pilotage) : il s'agit de la rubrique « Caractéristiques de l'indicateur et préconisations ».

Les fiches descriptives complètes des indicateurs et le mode de recueil des données sont présentées en annexes 1 à 11.

Validation du tableau de bord de pilotage

La phase de validation externe a permis de s'assurer de la faisabilité par les équipes mobiles d'une collecte des données correspondant à l'ensemble des indicateurs du tableau de bord.

Cette phase d'opérationnalisation du tableau de bord nous a aussi permis d'analyser les difficultés de mise en œuvre rencontrées par certaines équipes pour certains indicateurs. Elle nous a conduits à formuler un certain nombre de préconisations concernant, notamment, le rythme du recueil.

C'est ainsi que :

- 8 indicateurs (2, 3, 5, 6, 7, 8, 10 et 11) seront évalués en routine car enregistrés en temps réel,
- 3 indicateurs (1, 4 et 9) feront l'objet de deux phases de recueil approfondi pendant un mois, en novembre et en juin de chaque année. Ces deux phases nécessitent la formalisation d'une procédure normalisée de recueil présentée en annexes 1, 4 et 9 pour garantir l'homogénéité des données

recueillies. Ce recueil étant fondé sur l'autoévaluation, il faut prévoir un audit des procédures de recueil pour garantir la fiabilité des données.

2.2 Indicateurs et tableau de bord de performance à destination des tutelles (ARS)

Ces indicateurs sont extraits du tableau de bord de pilotage dans une logique de reporting. Il s'agit pour les EMG de rendre compte de leur activité et de permettre la comparaison inter EMG.

On retrouve le même classement que précédemment en indicateurs de résultat, d'activité, de ressource et de contexte.

Ce tableau de bord synthétique de reporting comporte 6 indicateurs :

Le TB de performance à destination des tutelles

Indicateur de résultat

1. Pourcentage global de préconisations suivies

Indicateurs d'activité

2. Nombre global d'interventions (en intra-hospitalier et en extra-hospitalier)
3. Profil patients

Indicateurs de ressource

4. Nombre d'Equivalents Temps Plein par métier EMG

Indicateurs de contexte

5. Nature, taille et recrutement gériatrique de l'établissement de rattachement de l'EMG
6. Etat et niveau des dispositifs de soutien et de prise en charge sur le territoire de santé de l'EMG

Commentaires

Les indicateurs 1 à 4 sont extraits du tableau de bord de pilotage des EMG, les indicateurs de contexte (5 et 6) sont extraits des bases de données de l'ARS. Leurs fiches sont présentées en annexes 12 et 13.

2.3 Valorisation et retombées potentielles du projet

Ce travail a donné lieu à une valorisation scientifique au travers de publications portant sur la démarche de construction du tableau de bord, sur son contenu et sur son intérêt managérial.

Publications

- Montalan M.A., Vincent B., Arthus I., (2008), Quels outils d'évaluation de la performance pour les EMG : un regard gestionnaire, 4èmes journées nationales des équipes Mobiles de Gériatrie, Bordeaux 14-15 mai 2008.
- Montalan M.A., Vincent B., Arthus I. (2008), « Proposition d'un tableau de bord pour piloter la performance d'une Equipe Mobile de Gériatrie », Journée Transdisciplinaire de recherche de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS) et de l'Association de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), "Défis des organisations de santé: défis des sciences de gestion", Lyon, 20 novembre 2008.
- Kopel, S., Voisin, T., Grand, A. (2009), Le travail en équipe mobile gériatrique ou comment valoriser le travail transversal à l'hôpital ? Gestion hospitalière, 481: 726 – 730.
- Arthus I., Montalan M.A., Vincent B. (2009), Quels outils pour piloter la performance d'une Equipe Mobile de Gériatrie ?, Journal d'Economie Médicale. 27 (1-2): 43-59.
- Montalan M.-A., Vincent B. (2010), "Un modèle d'analyse de la coordination de l'action collective pour la prise en charge des personnes âgées en Midi-Pyrénées", Journal d'Economie Médicale, à paraître.
- Vincent B., Montalan M.A (2010), « Proposition d'un modèle d'évaluation du capital immatériel pour les organisations transversales à l'hôpital : le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie, 31ème Congrès de l'Association Francophone, Nice 10-12 mai 2010.
- Montalan M.A., Vincent B., Kopel S., (en soumission), « Un système de pilotage de structures hospitalières transversales : le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG), Revue Politique et Management Public, juillet 2009.
- Montalan M.A, Vincent B. (en soumission), « Une méthodologie constructiviste pour élaborer un Balanced Scorecard en milieu hospitalier : une recherche-intervention auprès des Equipes Mobiles Gériatriques de Midi-Pyrénées, Revue Française de Gestion, juin 2010.
- Vincent B., Montalan M.A (2010), « Evaluation du capital immatériel dans des formes innovantes d'organisations hospitalières : le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie », XIème Conférence de PROJECTICS, Bayonne – San Sebastian 7-8 octobre 2010..

La mise à l'épreuve du tableau de bord de pilotage a permis de montrer son opérationnalité. Elle a également permis de mettre au point un guide d'utilisation en tenant compte des difficultés rencontrées sur le terrain (mars/avril 2010).

Une première exploitation statistique montre des résultats très contrastés permettant d'ébaucher des profils d'équipes différents. L'indicateur de résultat permet ainsi de distinguer des équipes à haut taux de préconisations suivies et d'autres à taux plus faible. Le déploiement d'un tableau de bord identique pour toutes les équipes pourra permettre, à moyen terme, d'analyser ces différences. Le tableau de bord a été, en effet, conçu pour établir les liens entre résultat, activité (intra et extra hospitalière), ressources disponibles et contexte de l'équipe. Il allie, ainsi, une logique d'évaluation standardisée et une démarche de participation active des professionnels.

Bibliographie

- [1] Kaplan R, Norton D. Strategy Maps: converting Intangible Assets into Tangible Outcomes. Harvard Business School Press 2004 : 324 p.
- [2] HAS 2005 : Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Janvier 2005. Chapitre V – la fonction évaluer.
- [3] Fabry J, Lombrail P, Michel P, Dumay MF : Indicateurs de santé. Risques et qualité. Mars 2009 v VI n°1.
- [4] Arthus I., Montalan M.A., Vincent B. (2008), Quels outils d'évaluation de la performance pour les EMG : un regard gestionnaire, 4èmes journées nationales des équipes Mobiles de Gériatrie, Bordeaux 14-15 mai 2008.
- [5] Kit de base des TB pour les établissements de santé : document - Méthodologie et démarche de pilotage, partie 1, chapitre 2, page 20. 1 mai 2006.
- [6] Nobre T., Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif, Comptabilité, Contrôle, Audit 7, volume 2, Novembre 2001.
- [7] Nobre T., Le tableau de bord prospectif à l'hôpital, Revue de gestion hospitalière 414, mars 2002.
- [8] Grenier-Sennelier C, Corriol c, Daucourt V, Michel P, Minvielle E : Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 53, 2005, p 1S22-1S30
- [9] Corriol C, Grenier C, Coudert C, Daucourt V, Minvielle E : COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 56, 2008, p 179-188.
- [10] ANAP- Guide d'aide à la création d'indicateur de la performance hospitalière, « Piloter l'activité, mesurer l'efficacité », Novembre 2009 (Publication MEAH).
- [11] Argyris C. et Schön D., Organizational learning: a theory of action perspective, Addison Wesley, Reading Mass, 1978.
- [12] Freeman R. E.,. Strategic Management: A Stakeholder Approach, Pitman, Boston, 1984.
- [13] Arthus I., Montalan M.A., Vincent B. (2009), Quels outils pour piloter la performance d'une Equipe Mobile de Gériatrie ?, Journal d'Economie Médicale. 27 (1-2): 43-59.
- [14] A.C Rousseau, J.P Bastianelli, « Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins », rapport IGAS n°2005-053
- [15] Circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- [16] Clément C., Mantovani J., Rolland Dubreuil C., « Les UMG : Analyse sociologique », publication ORS-MIP 2004

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 0 : modèle MEAH

ANNEXE 1 : fiche indicateur TB pilotage n° 1 - Pourcentage de préconisations suivies par service appelant

ANNEXE 2 : fiche indicateur TB pilotage n° 2 - Variation du nombre d'interventions globale et par appelant

ANNEXE 3 : fiche indicateur TB pilotage n° 3 - Délai moyen d'intervention global et par service

ANNEXE 4 : fiche indicateur TB pilotage n° 4 - Temps moyen passé par intervention et par appelant

ANNEXE 5 : fiche indicateur TB pilotage n° 5 - Nombre d'heures de formations données par l'EMG

ANNEXE 6 : fiche indicateur TB pilotage n° 6 - Nombre d'actions de communication réalisées par l'EMG

ANNEXE 7 : fiche indicateur TB pilotage n° 7 - Nombre d'Equivalents Temps Plein par métier EMG

ANNEXE 8 : fiche indicateur TB pilotage n° 8 - Ancienneté moyenne du personnel de l'EMG

ANNEXE 9 : fiche indicateur TB pilotage n° 9 - Temps passé par activité et par type de métier EMG

ANNEXE 10 : fiche indicateur TB pilotage n° 10 - Nombre d'heures de formations reçues par l'équipe

ANNEXE 11 : fiche indicateur TB pilotage n° 11 – Profils patients

ANNEXE 12 : fiche indicateur TB de reporting n° 5 – Nature, taille et recrutement gériatrique de l'établissement de rattachement de l'EMG

ANNEXE 13 : fiche indicateur TB de reporting n° 6 – Etat et niveau des dispositifs de soutien et de prise en charge sur le territoire de santé

ANNEXE 0 : Modèle générique de fiche d'indicateur (ANAP 2009)

La fiche indicateur a été construite en deux grandes parties :

1) une partie « **Méthodologie** » organisée en trois rubriques (Définir – Produire – Diffuser)

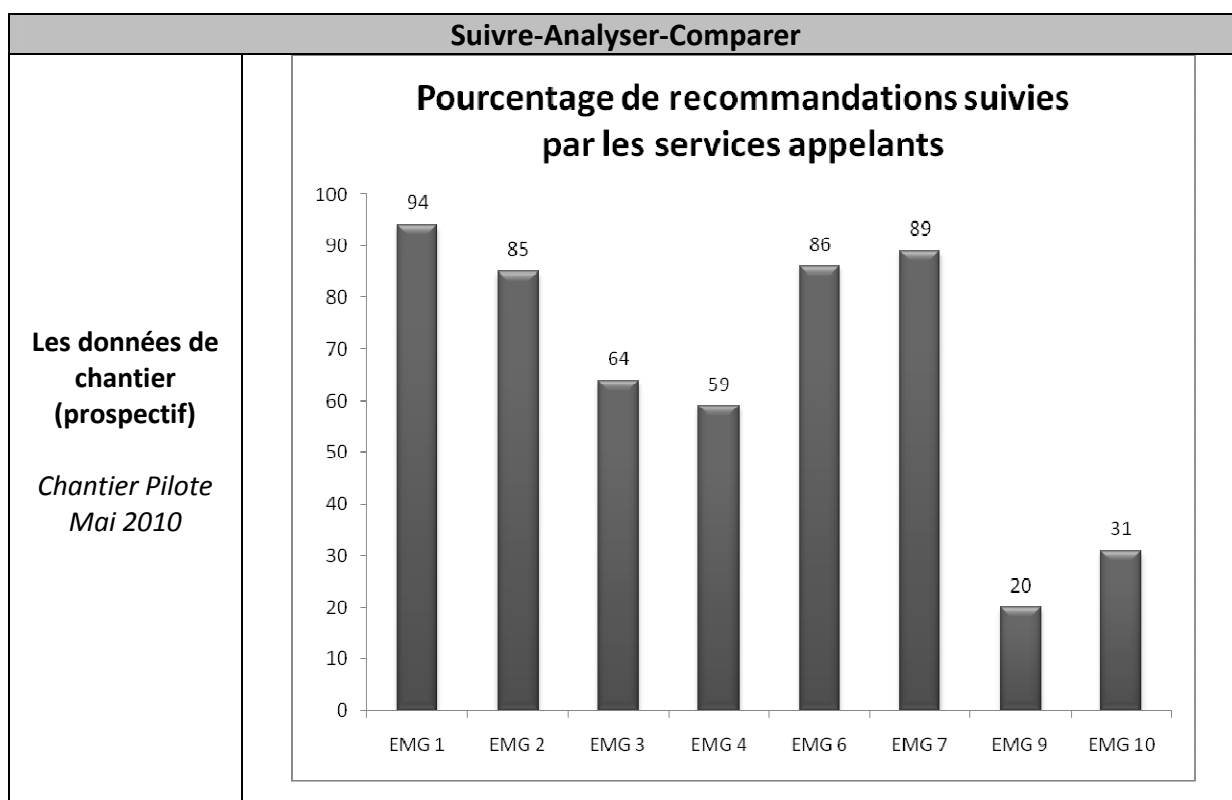
Cette partie méthodologique doit permettre à l'établissement de construire l'indicateur. Les rubriques visent à définir l'indicateur, à voir comment le produire et à qui le diffuser.

2) une partie « **Retour d'expérience** » : exemple de suivi et données issues des chantiers réalisés

Indicateurs	
DEFINIR	
• Définition	Définir l'indicateur
• Objectifs	Donner l'objectif de l'indicateur
• Enjeu	Derrière l'objectif, quel enjeu pour l'établissement et la prise en charge du patient : maîtriser, améliorer, réduire...
PRODUIRE	
• Unité	Quelle unité pour l'indicateur ?
• Mode de calcul	Donner la formule de calcul
• Point Méthodologie	Rendre lisible le calcul, apporter des précisions sur l'indicateur et des conseils sur sa construction et son suivi
• Modalités de recueil	Quelle information mobilisée ?
• Période de mesure	Quelle est la période de mesure la plus pertinente ?
DIFFUSER	
• Diffusion	A qui diffuser l'indicateur ?
SUIVRE – ANALYSER – COMPARER – Les données du terrain	
• Exemple de Suivi	Montrer un exemple de suivi, d'outils.
Les données des chantiers	Quelles sont les valeurs constatées dans les établissements ayant suivi un chantier MeaH ?
COMPLEMENT	
• Références MeaH	► Relier l'indicateur aux guides de bonnes pratiques du domaine pour plus de précisions ► Spécifier s'il existe des outils MeaH pour construire l'indicateur et le suivre ► Indiquer les benchmarkings pilotés par la MeaH sur le sujet Les publications sont disponibles en téléchargement libre sur le site internet de la MeaH : www.meah.sante.gouv.fr

ANNEXE 1 : fiche indicateur TB pilotage n° 1

Indicateur	Pourcentage de préconisations suivies par service appelant		1
Type d'indicateur	Résultat	OP : Orientation	
Description de l'indicateur			
Définition	Rapport du nombre de préconisations suivies par les professionnels du service appelant sur le nombre total de préconisations effectuées par les professionnels de l'EMG		
Objectif	Mesurer l'adhésion des services appelants aux préconisations faites par l'EMG		
Enjeu	Evaluer la capacité d'influence de l'EMG vis-à-vis des services appelants dans la prise en charge des patients		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	- Les préconisations sont retrouvées dans le dossier Patient de l'EMG et sont retranscrites dans le courrier de synthèse envoyé au médecin traitant du patient - La vérification du suivi des recommandations est récupérable soit immédiatement sur le terrain, soit ultérieurement auprès des praticiens du service appelant, ou dans le compte-rendu de sortie d'hospitalisation du patient		
Quand mesurer	Deux phases de recueil exhaustif pendant un mois, en novembre et juin de chaque année		
Quoi demander	Définir pour chaque patient un unique objectif prioritaire par type d'action menée au cours de l'intervention (prise en charge médicale et/ou sociale, avis thérapeutique, action d'orientation au sein de l'hôpital, action d'orientation de sortie d'hospitalisation)		
Qui récupère les données	Ces informations de nature médicale doivent être récupérées par les professionnels médicaux (médecins ou infirmiers de l'EMG), sous la responsabilité du médecin responsable de l'EMG		
Comment	Outil de recueil : cf. proposition de modèle utilisé dans la phase de validation externe en page 16		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Dépend d'informations fournies par les services et de leur volonté de donner ces informations, c'est pourquoi nous préconisons un audit occasionnel des procédures de recueil sous la forme d'un suivi du processus par un observateur externe.		
Faisabilité	Déploiement ponctuel à prévoir car cet indicateur n'est actuellement utilisé par aucune EMG de la région, c'est pourquoi nous proposons un recueil par coupe deux fois par an sur 1 mois, en novembre et en juin.		
Cohérence avec démarches existantes	- En cours de déploiement suite à la réunion de coordination des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010). - Mis en œuvre en phase de validation externe par 8 des 11 EMG volontaires		



Modèle de feuillet de recueil de l'information pour l'indicateur 1

PATIENT 1

Prise en charge Médicale	
Inscrivez votre recommandation principale	
Recommandation transmise par écrit au service appelant	OUI ☐ NON ☐
Recommandation effectuée par le service appelant	OUI ☐ NON ☐ NSP ☐
Prise en charge Sociale	
Inscrivez votre recommandation principale	
Recommandation transmise par écrit au service appelant	OUI ☐ NON ☐
Recommandation effectuée par le service appelant	OUI ☐ NON ☐ NSP ☐
Avis thérapeutique	
Inscrivez votre recommandation principale	
Recommandation transmise par écrit au service appelant	OUI ☐ NON ☐
Recommandation effectuée par le service appelant	OUI ☐ NON ☐ NSP ☐
Orientation intra-hospitalière	
Inscrivez votre recommandation principale	
Recommandation transmise par écrit au service appelant	OUI ☐ NON ☐
Recommandation effectuée par le service appelant	OUI ☐ NON ☐ NSP ☐
Orientation de sortie-Devenir	
Inscrivez votre recommandation principale	
Recommandation transmise par écrit au service appelant	OUI ☐ NON ☐
Recommandation effectuée par le service appelant	OUI ☐ NON ☐ NSP ☐

ANNEXE 2 : fiche indicateur TB pilotage n° 2

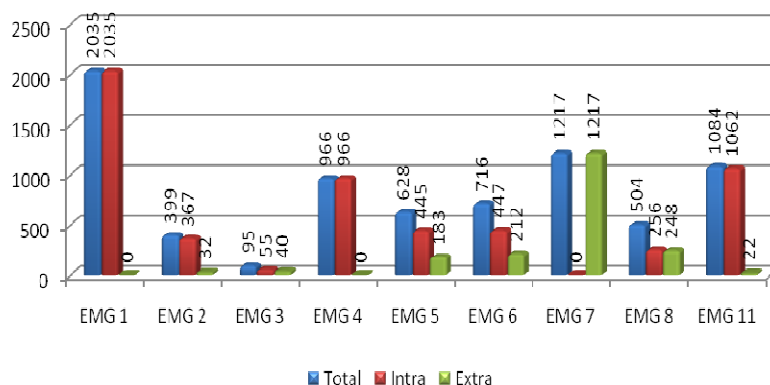
Indicateur	Variation du nombre d'interventions globale et par appelant	2
Type d'indicateur	Activité	OP : Evaluation Gériatrique
Description de l'indicateur		
Définition	Taux de variation= (Nombre interventions année n – nombre interventions année n - 1)/ nombre interventions année n – 1 <u>Primo-intervention et suivis</u> : La primo-intervention correspond au déplacement des professionnels de l'équipe mobile pour aller évaluer un nouveau patient. Le suivi correspond à une nouvelle intervention de l'EMG pour ce patient dans le cadre de la continuité de sa prise en charge sanitaire et sociale. Le nombre d'interventions pour une année n correspond à la somme de la totalité des primo-interventions et suivis réalisés par l'EMG sur cette période.	
Objectif	Mesurer l'évolution inter-annuelle de la charge d'activité de l'EMG sur la base du nombre total d'interventions réalisées. (en distinguant les activités intra et extra-hospitalières).	
Enjeux	- Estimer la variation de la notoriété de l'EMG auprès des services appelants et moduler la stratégie de communication en fonction des résultats. - Adapter les ressources de l'EMG en fonction de l'importance de l'évolution de sa charge d'activité.	
Mise en œuvre du recueil de données		
Où trouver l'information	-L'information est récupérée dans les fiches d'intervention de l'EMG. -Les données concernant les primo-interventions et suivis des patients de l'EMG sont intégrées dans la base de données du secrétariat de l'EMG.	
Quand mesurer	- Intégration journalière des données dans la base de données. - Analyse statistique annuelle.	
Quoi demander	Nombre de primo-interventions et de suivis cliniques.	
Qui récupère les données	Le secrétariat.	
Comment	- Intégration de l'information dans une base de données mise à jour quotidiennement pour l'indicateur « <i>nombre d'interventions en intra et extra-hospitaliers</i> ». Les numéros administratifs de service (UA), ainsi que les numéros hospitaliers IEP et IPP doivent être associés au relevé de cet indicateur pour permettre des calculs précis de file active et une analyse du nombre d'interventions par services appelants. - Quantification réalisée à partir de la base de données mise à jour quotidiennement pour l'indicateur « <i>nombre d'interventions intra et extra-hospitalières</i> ».	
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation		
Fiabilité	Elle dépend de l'exhaustivité de la saisie.	
Faisabilité	La procédure de recueil ne pose pas de difficultés pratiques particulières.	
Cohérence avec démarches existantes	9 EMG sur 11 pour la phase de validation externe utilisent actuellement cet indicateur et ont pu calculer leurs taux de variation annuels de leur nombre total d'intervention, sur la base de leurs rapports d'activité 2007-2008-2009.	

Suivre-Analyser-Comparer

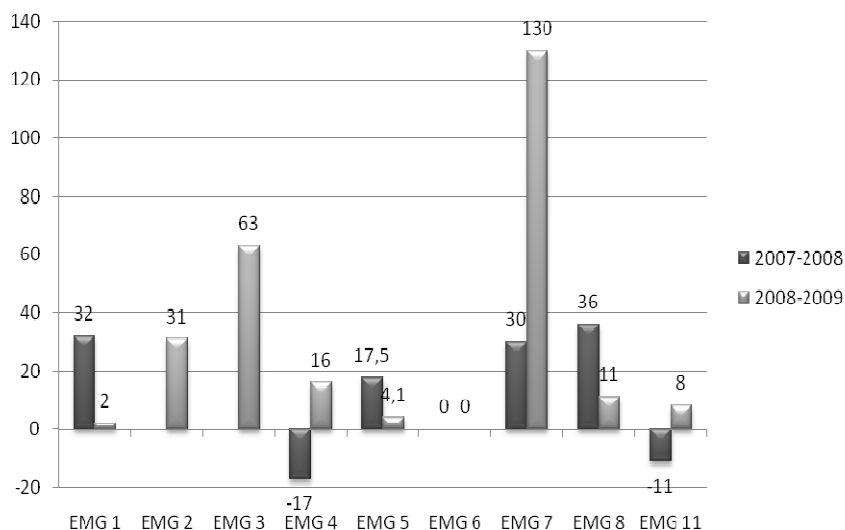
**Les données de
chantier
(rétrospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*

**Nombre total d'interventions
de l'EMG sur l'année 2009
(Total=Intra + Extra)**



**Taux de Variation annuels du nombre
d'intervention par EMG (en %)**



ANNEXE 3 : fiche indicateur TB pilotage n° 3

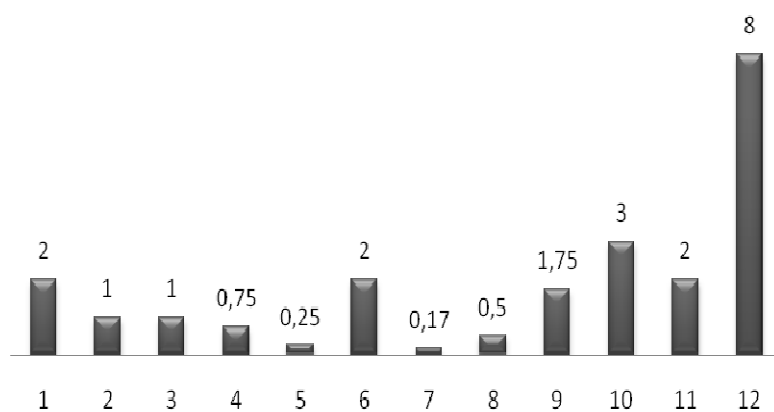
Indicateur	Délai moyen d'intervention global et par service		3
Type d'indicateur	Activité	OP : Evaluation Gériatrique	
Description de l'indicateur			
Définition	Moyenne sur une année du temps écoulé entre la demande d'intervention de l'appelant et l'intervention de l'EMG, mesurée en heure. Il existe 3 catégories d'appelants: 1. services d'urgences 2. services de spécialité intra-hospitaliers 3. structures extra-hospitalières.		
Objectif	Chronométrer le délai d'intervention pour chaque patient et exploiter statistiquement les résultats (moyennes et quartiles) 1. tout appelant confondus en intra et extra-hospitaliers et 2. pour chaque service appelant en intra et/ou en extra-hospitalier.		
Enjeux	Contrôler la qualité de l'intervention en termes de délais en référence à des délais moyens obtenus à partir de normes internes établies avec les services clients de l'EMG		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Dans l'outil de recueil intégré aux fiches d'intervention du dossier Patient de l'EMG.		
Quand mesurer	- Recueil à réaliser en routine pour chaque patient toute l'année. - Analyse statistique à réaliser chaque année.		
Quoi demander	Date et heure de réception de la demande, date et heure d'intervention de l'EMG.		
Qui récupère les données	La secrétaire intègre les délais de chaque intervention dans la base de données d'activité de l'EMG.		
Comment	Le délai d'intervention, mesuré en heures, est inscrit par les professionnels de l'EMG au moment de leur intervention. Cette information est ensuite récupérée par le secrétaire qui l'intègre dans sa base de données. Les délais ne seront pas à mesurer pour les actions de suivis faites par l'EMG, seules sont concernées les primo-interventions de l'EMG.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Elle dépend de la précision de la mesure du délai par les professionnels en intervention. L'unité de mesure devra être respectée : non pas la journée, mais l'heure.		
Faisabilité	Le recueil des dates et heures et leur intégration par les professionnels ne présentent pas de difficultés pratiques particulières.		
Cohérence avec démarches existantes	- 6 EMG sur les 11 pour la phase de validation externe utilisent actuellement cet indicateur. - En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010).		

Suivre-Analyser-Comparer

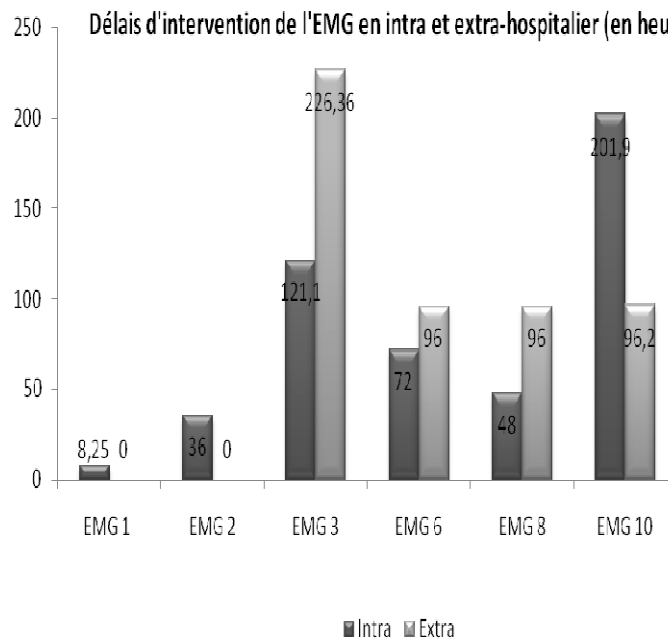
**Les données de
chantier
(prospectif et
rétrospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*

**Exemple de recueil des délais d'intervention
par l'EMG 1, exprimés en heures
(sur 12 patients)**

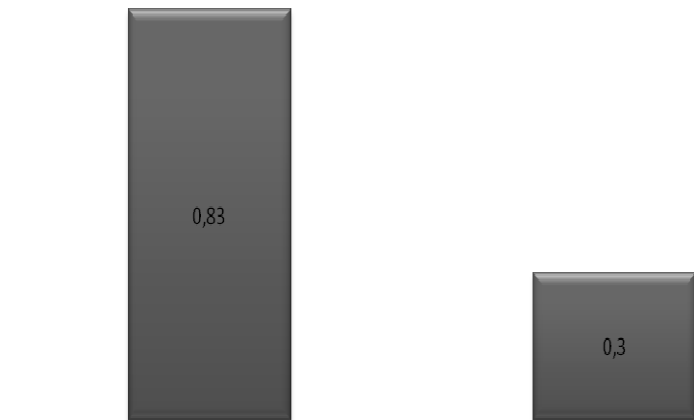


Délais d'intervention de l'EMG en intra et extra-hospitalier (en heures)



ANNEXE 4 : fiche indicateur TB pilotage n° 4

Indicateur	Temps moyen passé par intervention et par appelant		4
Type d'indicateur	Activité	OP : Evaluation Gériatrique	
Description de l'indicateur			
Définition	Moyenne du temps consacré par les professionnels de l'équipe mobile de gériatrie pour la prise en charge clinique d'un patient, pour un service appelant donné. Le temps est mesuré en ½ heures pour chaque intervention clinique, Deux moyennes devront être réalisées : le temps moyen consacré aux primo-évaluations et le temps moyen consacré au suivi, par service appelant.		
Objectif	Mesurer la consommation des ressources temps consacré à chaque service appelant par l'EMG.		
Enjeux	Optimiser l'allocation des ressources et évaluer les besoins en cas de croissance de l'activité.		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Dans les fiches d'intervention intégrées dans le dossier Patient de l'EMG.		
Quand mesurer	Deux phases de recueil exhaustif pendant un mois, en novembre et juin de chaque année		
Quoi demander	- Temps d'intervention clinique : temps passé par les professionnels de l'EMG au sein du service appelant avec le patient, sa famille, les cliniciens du service. - Temps de suivi : temps d'intervention clinique de suivi + temps téléphonique consacré au suivi de l'état de santé du patient.		
Qui récupère les données	- Les professionnels de l'EMG consignent le temps d'intervention clinique et les temps de suivi dans le dossier Patient de l'EMG. - La secrétaire recueille l'information dans une base de données informatisée.		
Comment	- Les temps d'interventions et de suivis exprimés en ½ heures sont chronométrés par les professionnels de l'EMG. - Les numéros d'unité (UA) des services hospitaliers doivent aussi être saisis par la secrétaire pour trier l'information par service appelant. - Le modèle de fiche de recueil des temps d'activité est proposé dans la fiche de l'indicateur n° 9.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Dépendante de la précision et de l'exhaustivité des mesures.		
Faisabilité	Les équipes mobiles sont pour la plupart habituées à mesurer leur temps de première intervention. Il n'y a pas d'obstacle pratique à la réalisation de mesures en routine.		
Cohérence avec démarches existantes	- 8 EMG sur 11 pour la phase de validation externe ont mis en œuvre cet indicateur - En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010).		

Suivre-Analyser-Comparer							
Les données de chantier (prospectif) <i>Chantier Pilote Mars-Avril 2010</i>	Moyennes du temps passé pour les primo-interventions et les suivis cliniques par les médecins de l'EMG 1 (exprimées en heure, pour un échantillon de 12 patients)  <table><tr><th>Catégorie</th><th>Moyenne (en heure)</th></tr><tr><td>Moyenne des temps de primo-intervention</td><td>0,83</td></tr><tr><td>Moyenne des temps de suivi</td><td>0,3</td></tr></table>	Catégorie	Moyenne (en heure)	Moyenne des temps de primo-intervention	0,83	Moyenne des temps de suivi	0,3
	Catégorie	Moyenne (en heure)					
Moyenne des temps de primo-intervention	0,83						
Moyenne des temps de suivi	0,3						
	Moyennes du temps passé pour les primo-interventions et les suivis cliniques par les infirmières de l'EMG 1 (exprimées en heure, pour un échantillon de 12 patients)  <table><tr><th>Catégorie</th><th>Moyenne (en heure)</th></tr><tr><td>Moyenne des temps de primo-intervention</td><td>0,88</td></tr><tr><td>Moyenne des temps de suivi</td><td>1,1</td></tr></table>	Catégorie	Moyenne (en heure)	Moyenne des temps de primo-intervention	0,88	Moyenne des temps de suivi	1,1
Catégorie	Moyenne (en heure)						
Moyenne des temps de primo-intervention	0,88						
Moyenne des temps de suivi	1,1						

ANNEXE 5 : fiche indicateur TB pilotage n° 5

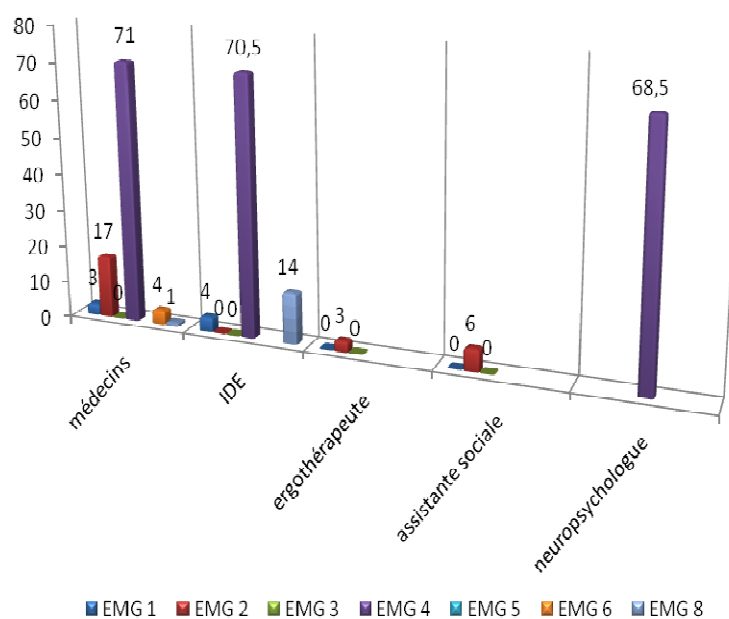
Indicateur	Nombre d'heures de formation données par l'EMG		5
Type d'indicateur	Activité	OP : Diffuser les bonnes pratiques	
Description de l'indicateur			
Définition	Cet indicateur quantifie le nombre d'heures de formations formelles octroyées par les professionnels des EMG aux acteurs de la santé.		
Objectif	Temps total d'heures de formation réalisées dans l'année par le personnel sur leur temps d'activité en équipe mobile de gériatrie		
Enjeux	Evaluer l'effort de diffusion de connaissances gériatriques		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Dans une fiche annuelle de relevé d'activité par personnel (à mettre en place)		
Quand mesurer	Analyse statistique annuelle		
Quoi demander	Est considérée comme formation toute action formelle intra ou extrahospitalière, budgétée ou non, individuelle ou collective des professionnels de l'équipe dont le contenu porte sur l'activité de l'EMG ou son expertise.		
Qui récupère les données	Le professionnel de l'équipe mobile archive l'information dans une base de données informatique personnelle qu'il remet à la secrétaire. La secrétaire centralise les données de l'ensemble des professionnels dans une unique base.		
Comment	Le professionnel archive dans sa base : l'intitulé formations qu'il a donné, leur date, et sa durée en heures (temps de déplacements compris).		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Elle dépend de la précision et de l'exhaustivité des données archivées par les professionnels de l'EMG.		
Faisabilité	Simple : elle ne nécessite pas la mise en œuvre de procédures complexes ou de moyens importants.		
Cohérence avec démarches existantes	-Indicateur non suivi en routine actuellement par les EMG, cinq EMG ont pu retrouver leurs données d'activité dans leurs archives papiers. -En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010).		

Suivre-Analyser-Comparer

**Les données de
chantier
(rétrospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*

**Nombre annuel d'heures de formation données par chaque
catégorie professionnelle exerçant en EMG
(Archives 2009)**



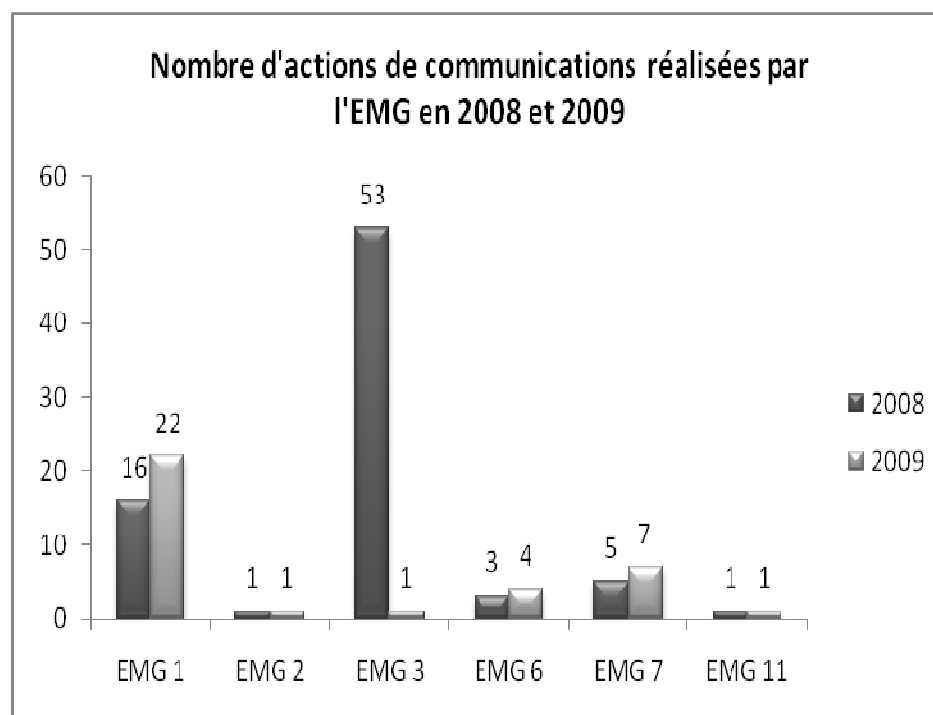
ANNEXE_6 : fiche indicateur TB pilotage n° 6

Indicateur	Nombre d'actions de communication réalisées par l'EMG		6
Type d'indicateur	Activité	OP : Diffuser les bonnes pratiques	
Description de l'indicateur			
Définition	Il s'agit : de réunions d'information pour les professionnels et les institutions, de campagnes de presse pour le grand public et les professionnels, de campagnes publicitaires (flyers, posters, lettre d'information internet, courrier aux professionnels...).		
Objectif	Sommer le nombre d'actions de communication réalisées.		
Enjeux	- Faire connaître les acteurs et missions des équipes mobiles de gériatrie auprès des professionnels de santé intra et extra-hospitalier, mais également auprès des patients. - Augmenter la notoriété de l'EMG, augmenter ou pérenniser la charge d'activité de l'EMG.		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Base de données quantifiant le nombre d'actions de communication.		
Quand mesurer	Annuellement.		
Quoi demander	Mettre en place un archivage informatisé de chacune des actions de communication réalisée par l'EMG.		
Qui récupère les données	Chaque professionnel s'il existe un serveur partagé pour l'EMG, sinon la secrétaire à partir des données envoyées par chaque professionnel de l'équipe mobile.		
Comment	Feuille de recueil informatisée sur le serveur partagé ou Cahier de recueil sous le contrôle de la secrétaire.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Très bonne à condition que la comptabilité des actes de communication soit exhaustive et que leur nature soit détaillée.		
Faisabilité	Absence de difficultés liée à la compréhension de l'indicateur ou à la procédure de collecte.		
Cohérence avec démarches existantes	-Identification de l'utilisation en routine par une EMG de la région -En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010). -Mis en œuvre en phase de validation externe par 6 EMG sur 11.		

Suivre-Analyser-Comparer

**Les données de
chantier
(rétrospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*



ANNEXE 7 : fiche indicateur TB pilotage n° 7

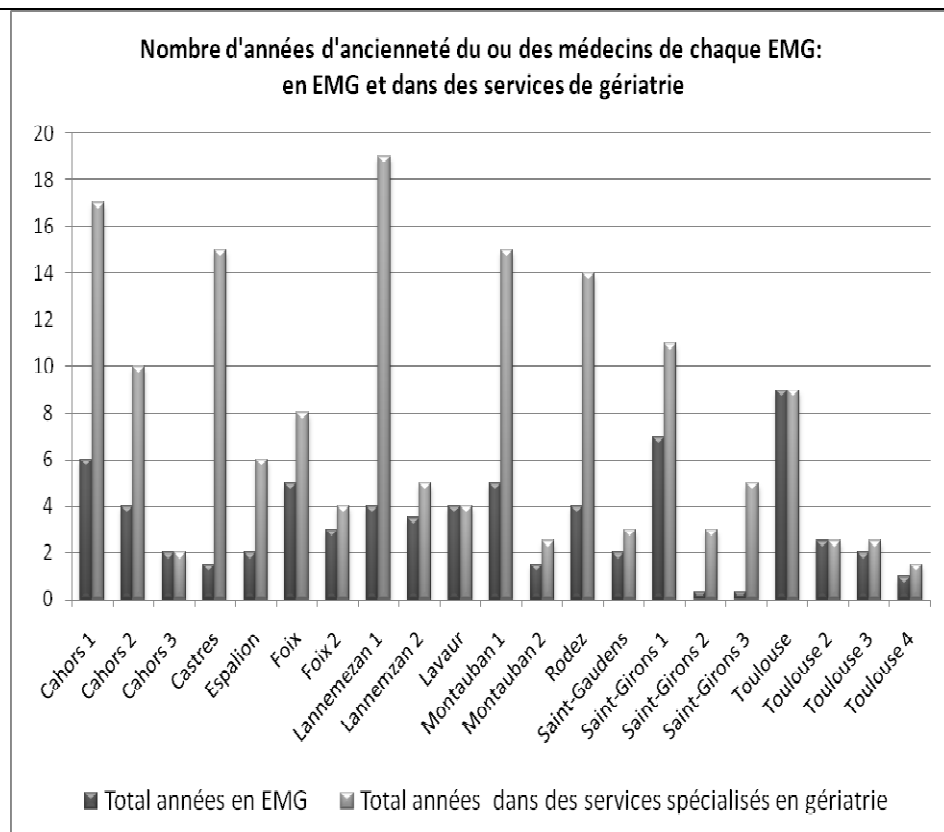
Indicateur	Nombre d'Equivalents Temps Plein par métier EMG		7																																																												
Type d'indicateur	Ressource	OP : Meilleure prise en charge du patient																																																													
Description de l'indicateur																																																															
Définition	L'Equivalent Temps Plein correspond à une mesure de la charge d'activité d'un professionnel au service de l'EMG. Exemple : une unité mobile peut avoir 1 ETP de médecin financé pour son activité, cette unité d'ETP peut être allouée à un unique médecin (« temps plein ») ou par plusieurs médecins (« Temps partagé », par ex. avec 3 médecins : 0.1 ETP + 0.4 ETP+ 0.5 ETP).																																																														
Objectif	Calcul du nombre total d'ETP financés au titre de l'EMG pour chaque catégorie professionnelle (médecins, infirmiers, assistante sociale...).																																																														
Enjeux	Vérifier l'adéquation des ressources temps au regard de l'activité de l'EMG.																																																														
Mise en œuvre du recueil de données																																																															
Où trouver l'information	Les données sont connues du médecin responsable de l'EMG et du service de gestion des ressources humaines de l'établissement.																																																														
Quand mesurer	Suivi annuel.																																																														
Quoi demander	Recueillir le nombre d'ETP par catégorie professionnelle, avec le détail des temps partagés quand il y en a.																																																														
Qui récupère les données	Recueil de l'information par le médecin responsable de l'EMG chargé de la rédaction du rapport de gestion de son unité.																																																														
Comment	Intégration de l'information dans une base de données accessible uniquement au médecin responsable de l'équipe.																																																														
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation																																																															
Fiabilité	Les résultats ne posent pas de difficulté dans leur interprétation.																																																														
Faisabilité	Le recueil des données ne pose pas de difficultés particulières.																																																														
Cohérence avec démarches existantes	Mis en œuvre en phase de validation externe par la totalité des 11 équipes.																																																														
Suivre-Analyser-Comparer																																																															
Les données de chantier (rétrospectif) Chantier Pilote Mars-Avril 2010	Etude du nombre d'ETP de médecins-IDE-secrétaire Assistante sociale pour chaque EMG (2010) <table><thead><tr><th>EMG</th><th>ETP médecins</th><th>ETP infirmiers</th><th>ETP secrétaire</th><th>ETP assistante sociale</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cahors</td><td>0.5</td><td>1.5</td><td>0.5</td><td>0</td></tr><tr><td>Castres</td><td>1.0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0.9</td></tr><tr><td>Espalion</td><td>0.2</td><td>0.7</td><td>0</td><td>0.5</td></tr><tr><td>Foix</td><td>1.0</td><td>1.0</td><td>0.5</td><td>0</td></tr><tr><td>Lannemezan</td><td>1.0</td><td>0.3</td><td>0.4</td><td>1.0</td></tr><tr><td>Laval</td><td>0.5</td><td>1.0</td><td>0.5</td><td>0.5</td></tr><tr><td>Montauban</td><td>1.0</td><td>1.0</td><td>0.5</td><td>0</td></tr><tr><td>Rodez</td><td>0.5</td><td>1.0</td><td>1.0</td><td>0.5</td></tr><tr><td>Saint-Gaudens</td><td>0.5</td><td>1.0</td><td>0.2</td><td>0</td></tr><tr><td>Saint-Girons</td><td>1.5</td><td>1.0</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr><tr><td>Toulouse</td><td>2.3</td><td>2.8</td><td>1.0</td><td>0</td></tr></tbody></table>			EMG	ETP médecins	ETP infirmiers	ETP secrétaire	ETP assistante sociale	Cahors	0.5	1.5	0.5	0	Castres	1.0	0	0.5	0.9	Espalion	0.2	0.7	0	0.5	Foix	1.0	1.0	0.5	0	Lannemezan	1.0	0.3	0.4	1.0	Laval	0.5	1.0	0.5	0.5	Montauban	1.0	1.0	0.5	0	Rodez	0.5	1.0	1.0	0.5	Saint-Gaudens	0.5	1.0	0.2	0	Saint-Girons	1.5	1.0	1.0	1.0	Toulouse	2.3	2.8	1.0	0
EMG	ETP médecins	ETP infirmiers	ETP secrétaire	ETP assistante sociale																																																											
Cahors	0.5	1.5	0.5	0																																																											
Castres	1.0	0	0.5	0.9																																																											
Espalion	0.2	0.7	0	0.5																																																											
Foix	1.0	1.0	0.5	0																																																											
Lannemezan	1.0	0.3	0.4	1.0																																																											
Laval	0.5	1.0	0.5	0.5																																																											
Montauban	1.0	1.0	0.5	0																																																											
Rodez	0.5	1.0	1.0	0.5																																																											
Saint-Gaudens	0.5	1.0	0.2	0																																																											
Saint-Girons	1.5	1.0	1.0	1.0																																																											
Toulouse	2.3	2.8	1.0	0																																																											

ANNEXE 8 : fiche indicateur TB pilotage n° 8

Indicateur	Ancienneté moyenne du personnel de l'EMG		8
Type d'indicateur	Ressource	OP : Meilleure prise en charge du patient	
Description de l'indicateur			
Définition	Total du nombre d'années d'activité dans l'EMG et en gériatrie par métier et par personne divisé par le nombre de personnes dans le métier.		
Objectif	Mesurer le nombre d'années passées par le professionnel en EMG et le nombre d'années passées par le professionnel dans des services de gériatrie (années en EMG comprises).		
Enjeux	L'expérience d'un professionnel est caractérisée par le nombre d'année passée en EMG et dans des services spécialisés en gériatrie. Le nombre d'années en EMG valorise le savoir et le savoir-faire spécifique du travail en EMG (organisation et pratiques professionnelles spécifiques aux EMG), Le nombre d'années dans des services de gériatrie conforte le statut d'expert du praticien en EMG auprès de ses confrères et des patients. [16]		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Curriculum Vitae du professionnel.		
Quand mesurer	Mise à jour annuelle.		
Quoi demander	Recueillir le nom des établissements + label précis des services + durée des contrats/ service pour chaque professionnel de l'EMG.		
Qui récupère les données	Recueil par le médecin responsable de l'EMG.		
Comment	Recueil des CV de chaque candidat et intégration de l'information dans une base de données accessible uniquement au médecin responsable de l'EMG.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Très bonne.		
Faisabilité	Très bonne.		
Cohérence avec démarches existantes	- Indicateur mis en œuvre en phase de validation externe par les 11 équipes. - En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010).		
Suivre-Analyser-Comparer			

**Les données de
chantier
(prospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*



Le numéro pour chaque ville correspond au nombre de médecin présents dans l'EMG (3 médecins pour Cahors, 2 médecins pour Foix, etc...)

ANNEXE 9 : fiche indicateur TB pilotage n° 9

Indicateur	Temps passé par activité et par type de métier EMG		9
Type d'indicateur	Ressource	OP : Evaluation gériatrique	
Description de l'indicateur			
Définition	- Comptabilité des 3 temps de l'intervention (unité : en ½ heures) de l'évaluation pour chaque catégorie professionnelle de l'EMG (médecins, paramédicaux, professionnels du social). • Temps de déplacement : entre le lieu où vous vous situez avant de débiter une nouvelle intervention et le moment où vous rencontrez les professionnels du service de soin ou de la structure qui a fait appel à vous. • Temps d'intervention clinique : comprend la prise de contact dans le service, la consultation du dossier, le contact avec le patient et famille, la communication des recommandations aux professionnels du service appelant. • Temps de suivi : temps clinique et/ou téléphonique consacré au suivi de l'état de santé du patient par les professionnels de l'EMG. - Comptabilité du temps de staff : temps de réunion pluri-disciplinaire consacré au patient. - Comptabilité du temps administratif : rédaction du courrier de synthèse (professionnels de santé et secrétaire de l'EMG).		
Objectif	Prendre en compte les temps d'activité de chaque professionnel composant l'équipe ainsi que toutes les facettes de l'activité d'évaluation.		
Enjeux	- Valoriser l'action de l'EMG (intervention clinique et suivi). - Améliorer l'efficacité de l'EMG par une meilleure maîtrise des temps d'activité et de déplacement (mise en place d'objectif ciblés, à partir de normes définies par un relevé épidémiologique local).		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Données disponibles dans le dossier Patient de l'EMG.		
Quand mesurer	Deux phases de recueil exhaustif pendant un mois, en novembre et juin de chaque année		
Quoi demander	Chronométrer ces 5 temps d'activité pour chaque professionnel pour chaque patient rencontré.		
Qui récupère les données	Recueil par l'ensemble des professionnels qui ont consacré une part de leur temps de travail au service du patient.		
Comment	Inscription des 3 temps d'intervention et des temps de staff + administratif pour chaque professionnel dans une fiche de recueil intégrée au dossier du patient.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Elle est dépendante de la rigueur du recueil : la mesure du temps doit faire l'objet d'une réelle mesure in situ et non d'une estimation portée à distance de l'intervention.		
Faisabilité	Bonne sur une période limitée. La qualité du codage peut être amoindrie en cas de recueil en routine sur du long terme (lassitude des professionnels, manque de temps pour réaliser un recueil rigoureux).		
Cohérence avec démarches	- Réalisé en routine par plusieurs EMG de la région pour la durée globale de l'intervention et les temps de déplacement.		

existantes	- Mis en œuvre en phase de validation externe par les 11 EMG. -En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010).																	
Suivre-Analyser-Comparer																		
Les données de chantier (prospectif)	Temps moyens d'intervention par catégorie professionnelle <table><tr><th></th><th>Moyenne des temps de déplacement</th><th>Moyenne des temps d'intervention</th><th>Moyenne des temps de suivi</th></tr><tr><td>■ Médecins</td><td>0,67</td><td>1,83</td><td>0,5</td></tr><tr><td>■ IDE</td><td>0,77</td><td>3,11</td><td>0,3</td></tr></table>		Moyenne des temps de déplacement	Moyenne des temps d'intervention	Moyenne des temps de suivi	■ Médecins	0,67	1,83	0,5	■ IDE	0,77	3,11	0,3					
		Moyenne des temps de déplacement	Moyenne des temps d'intervention	Moyenne des temps de suivi														
	■ Médecins	0,67	1,83	0,5														
■ IDE	0,77	3,11	0,3															
Moyenne du temps de staff consacrés aux patients par les professionnels des EMG (en 1/2 heures) <table><tr><th>Professionnel</th><th>Moyenne du temps de staff (en 1/2 heures)</th></tr><tr><td>Cahors</td><td>0,5</td></tr><tr><td>Espalion</td><td>1,8</td></tr><tr><td>Foix</td><td>1</td></tr><tr><td>Lannemezan</td><td>1</td></tr><tr><td>Lavar</td><td>0,53</td></tr><tr><td>Montauban</td><td>1,27</td></tr><tr><td>Saint-Gaudens</td><td>0,5</td></tr><tr><td>Saint-Girons</td><td>0,56</td></tr></table>	Professionnel	Moyenne du temps de staff (en 1/2 heures)	Cahors	0,5	Espalion	1,8	Foix	1	Lannemezan	1	Lavar	0,53	Montauban	1,27	Saint-Gaudens	0,5	Saint-Girons	0,56
Professionnel	Moyenne du temps de staff (en 1/2 heures)																	
Cahors	0,5																	
Espalion	1,8																	
Foix	1																	
Lannemezan	1																	
Lavar	0,53																	
Montauban	1,27																	
Saint-Gaudens	0,5																	
Saint-Girons	0,56																	

FICHE DE SUIVI DES TEMPS PASSES PAR INTERVENANT, PAR METIER ET PAR APPELANT

Date de réception de la demande d'intervention :	/ /2010	Heure :
Date d'intervention clinique de l'EMG :	/ /2010	Heure :
Délai d'intervention calculé en heures :	heures	
Catégorie de service appellant :		
Urgences ☐		
Services de spécialité intra-H ☐		
Appelant extra-H ☐		

Temps de staff		½ heures
Temps administratif		½ heures

Médecin		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

Infirmière		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

Psychologue		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

Ergothérapeute		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

Assistante sociale		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

Neuro-Psychologue		
Déplacement		½ heures
Temps d'intervention clinique		½ heures
Temps de suivi		½ heures

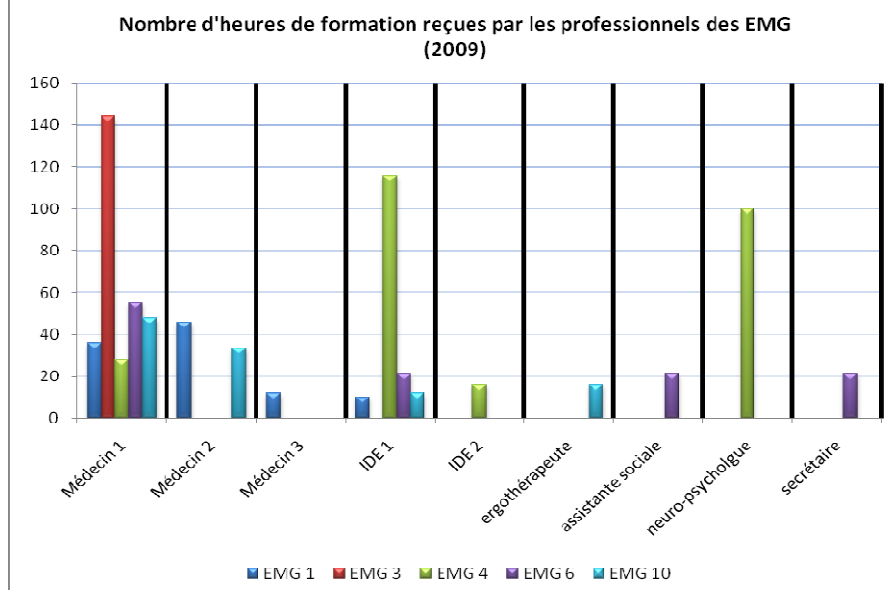
ANNEXE 10 : fiche indicateur TB pilotage n° 10

Indicateur	Nombre d'heures de formations reçues par l'équipe		10
Type d'indicateur	Ressource	OP : Meilleure prise en charge du patient	
Description de l'indicateur			
Définition	Nombre annuel d'heures de formations formelles gérontologiques (diplômantes et non diplômantes) et/ou sur la pratique gériatrique reçues par les professionnels de santé de l'EMG.		
Objectif	Comptabiliser le nombre total d'heures consacrées par chaque professionnel pour sa formation continue.		
Enjeux	Mettre en évidence l'entretien et l'amélioration des compétences du praticien en EMG par la formation continue.		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Archives personnelles des professionnels.		
Quand mesurer	Etude annuelle des temps totaux consacrés par chaque professionnel à sa formation continue.		
Quoi demander	Recueillir distinctement les heures reçues pour les formations de nature diplômantes (Capacité, DIU...) et non diplômantes (Congrès, séminaires, rencontres, journées de formation, séances bibliographiques...).		
Qui récupère les données	Gestion de la base de données par la secrétaire.		
Comment	Transmission mensuelle des données par chaque professionnel de l'EMG à la secrétaire.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Dépend de la précision et de l'exhaustivité de la saisie.		
Faisabilité	Très bonne si la procédure d'archivage de l'activité est supportée par les professionnels des EMG.		
Cohérence avec des démarches existantes	- Indicateur utilisé en routine par une EMG de la région. - En cours de déploiement sur les autres équipes suite à la réunion des équipes de la région Midi-Pyrénées (Toulouse 10/02/2010). - Mis en œuvre en phase de validation externe par 5 EMG sur 11.		

Suivre-Analyser-Comparer

Les données de chantier (prospectif)

Chantier Pilote
Mars-Avril 2010



Médecins 1,2,3... et IDE 1, 2... correspondent au dénombrement des professionnels par EMG. L'EMG 1 a ici renseigné l'information pour 3 de ses médecins.

ANNEXE 11 : fiche indicateur TB pilotage n° 11

Indicateur	Profils patients		11
Type d'indicateur	Contexte	OP : Orientation	
Description de l'indicateur			
Définition	Caractériser les patients pris en charge par l'EMG en mesurant de manière systématique 3 critères: ➤ l'âge, ➤ le niveau d'autonomie du sujet avec le score ADL (/6) relevé par l'EMG au cours de son évaluation de l'EMG, - le lieu de vie de la personne (domicile ou institution).		
Objectif	Etablir un profil médico-social simple de la population prise en charge par les EMG sur la base de deux variables quantitatives et d'une variable qualitative.		
Enjeux	Mieux connaître la population prise en charge par l'EMG. ▪ La variable âge permet de s'assurer que la population prise en charge par l'EMG est bien une population gériatrique (> 65 ans). ▪ L'ADL du patient caractérise l'importance de sa perte d'autonomie : plus la moyenne des patients vus par l'EMG est faible, plus les actions gériatriques à mener par l'EMG seront nombreuses en termes d'évaluation et de préparations de plans d'aide sanitaire, médico-social et social. L'utilisation de l'ADL en routine valorise également la pratique de l'évaluation gérontologique standardisée auprès des professionnels de l'EMG et des services appelants. ▪ Le lieu de vie de la personne conditionne la nature et l'importance des plans d'aide à mettre en place par l'EMG.		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Dans le dossier Patient de l'EMG.		
Quand mesurer	Données recueillies au cours de l'évaluation médico-psycho-sociale du patient par les professionnels de l'EMG en intervention.		
Quoi demander	- Recueil systématique de l'âge (et non la date de naissance) et réalisation d'analyse statistiques descriptives simples (moyenne et quartiles). - Utilisation clinique systématique de l'ADL quand l'état du patient le permet, et réalisation d'analyse statistiques descriptives simples (moyenne et quartiles). - Recueil systématique de l'indicateur « lieu de vie : domicile ou institution ».		
Qui récupère les données	Données collectées par les professionnels de l'EMG, transmises dans la base de données informatisée de l'EMG.		
Comment	Fiche de recueil intégrée au dossier Patient de l'EMG.		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	La collecte des données peut être compromise par l'état physique et/ou psychique du patient et l'absence conjuguée des aidants.		
Faisabilité	La collecte ces données ne pose pas de difficultés aux professionnels. Le temps de recueil est très court.		
Cohérence avec démarches existantes	- Il n'y pas de consensus pour la réalisation des scores de l'évaluation gérontologique standardisée: certaines équipes les font passer en routine, d'autres non. - L'âge, la description du lieu de vie, l'accès à l'APA , l'existence d'une mise sous		

protection juridique du patient sont généralement intégrés en routine dans les dossiers Patient des EMG de la région.

- L'accès à des aides professionnelles adaptées et le nombre d'aidants non professionnels sont souvent recueillis mais ne font pas l'objet d'études statistiques.

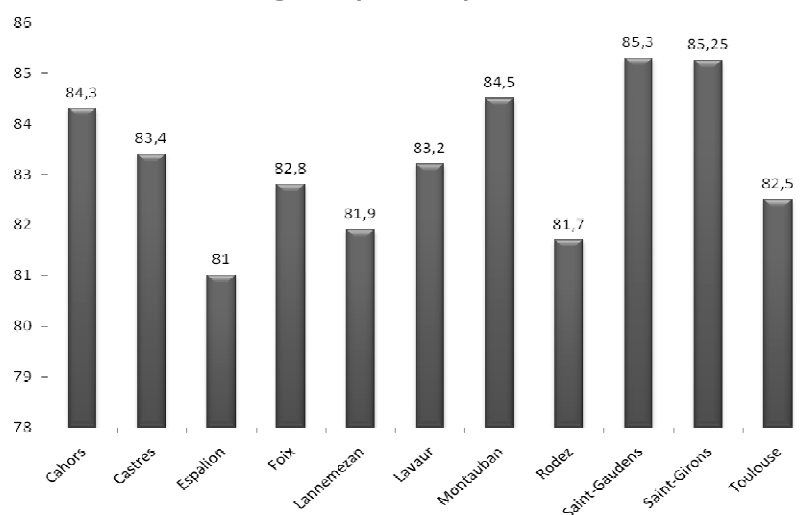
- Indicateur mis en œuvre en phase de validation externe pour les critères de l'âge et de l'ADL par les 11 EMG.

Suivre-Analyser-Comparer

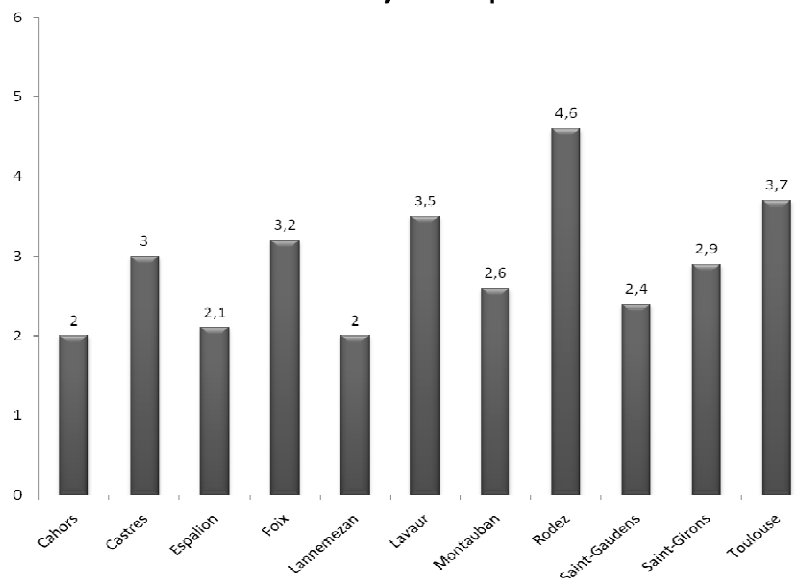
**Les données de
chantier
(prospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*

Âge moyen des patients



ADL moyen des patients



Annexe 12 : fiche indicateur TB de reporting n°5

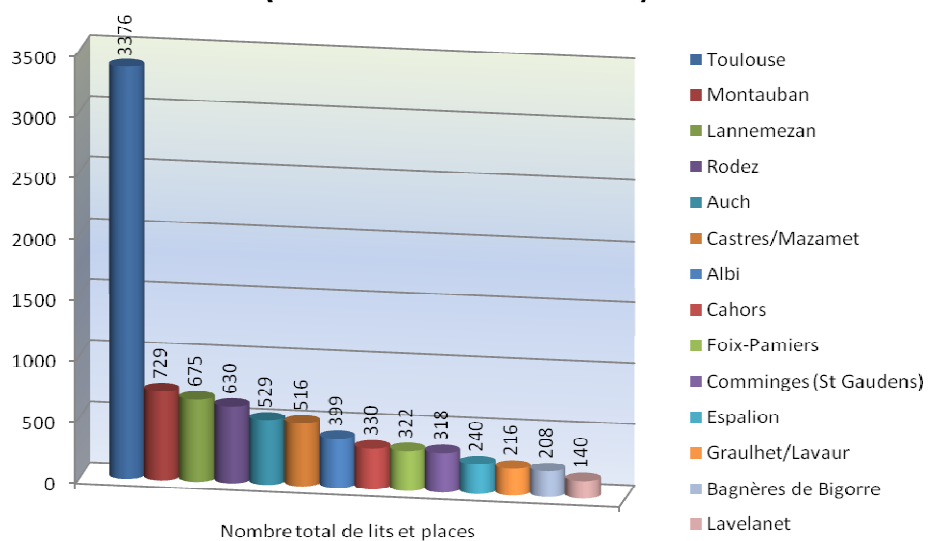
Indicateur	Nature, taille et recrutement gériatrique de l'établissement de rattachement de l'EMG		5
Type d'indicateur	Contexte	OP : Meilleure prise en charge du patient	
Description de l'indicateur			
Définition	Détailler les principales caractéristiques du centre hospitalier qui héberge une équipe mobile de gériatrie		
Objectif	Obtenir le statut du centre hospitalier (CHU/R, CHG, HL), le nombre de lits et de places disponible et le nombre de séjour hospitaliers de l'établissement pour les personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans sur une année.		
Enjeux	-comparer les besoins populationnels par établissement de santé. -Le niveau d'allocation des ressources par l'ARS doit être régulée en fonction du nombre de personnes accueillies par l'établissement		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Données disponibles au niveau de la fédération hospitalière de France (site internet) ou auprès de l'ARS. Le recrutement gériatrique de l'établissement est disponible par requête de la base PMSI régionale sur demande au responsable médical de la gestion de la base PMSI à l'ARS		
Quand mesurer	Fréquence de mesure annuelle		
Quoi demander	Pour la mesure du recrutement gériatrique, la requête doit concerner les séjours MCO-SSR-HAD-PSY		
Qui récupère les données	Données demandées auprès du responsable identifié de l'ARS par le médecin responsable de l'EMG		
Comment	Requête sur la base de données PMSI régionale		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	Très bonne à condition que la requête soit réalisée sur des bases de données PMSI consolidées et que la requête sur le logiciel de traitement de bases de donnée soit correctement élaborée		
Faisabilité	Données très facilement accessibles pour les deux premiers critères. Pour la mesure du recrutement gériatrique, pas de difficulté non plus puisque les bases existent et sont disponibles au niveau de l'ARS		
Cohérence avec démarches existantes	Requête PMSI demandée à l'ARS Midi-Pyrénées sur les bases MCO-SSR-HAD-PSY Le nombre de lits et de places sont diffusées sur les sites internet de la FHF et de l'ARS		

Suivre-Analyser-Comparer

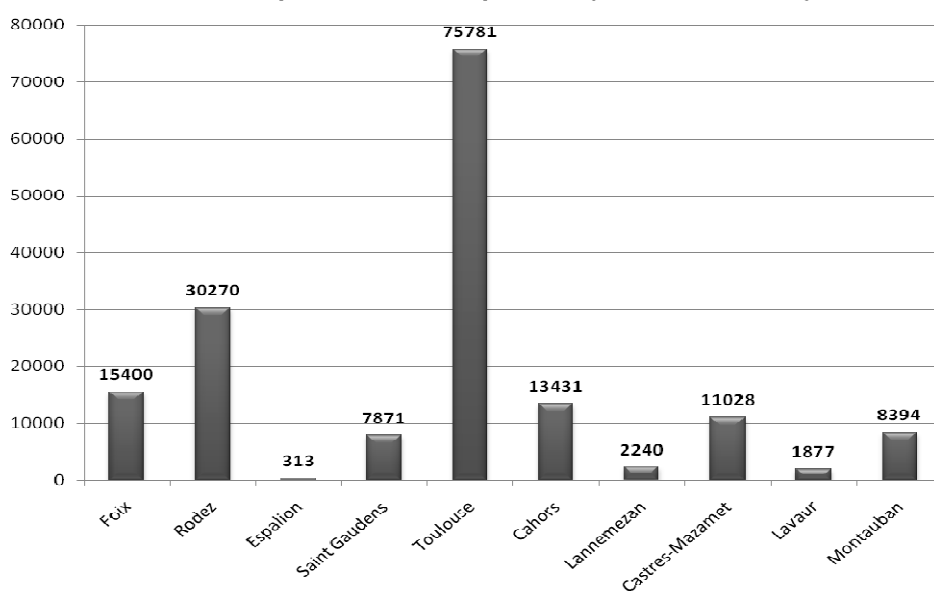
Les données de
chantier
(rétrospectif)

Chantier Pilote
Mars-Avril 2010

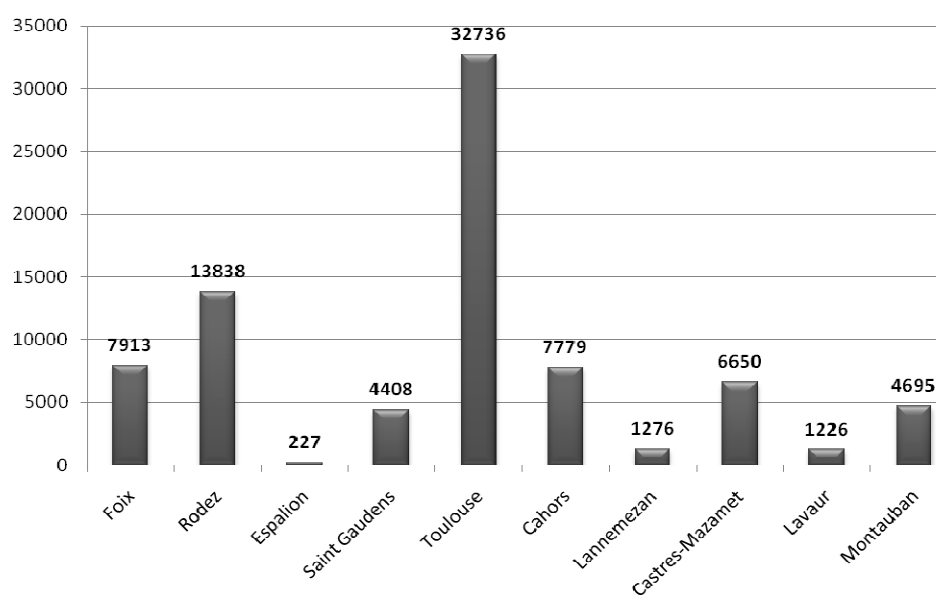
**Nombre total de lits et places par hôpital
(données ARH MP 2007)**



**Nombre annuel de séjours de personnes âgées de plus
de 65 ans par Centre Hospitalier (RSA MCO 2009)**



Nombre annuel de séjours de personnes âgées de plus de 75 ans par Centre Hospitalier (RSA MCO 2009)



Annexe 13 : fiche indicateur TB de reporting n°6

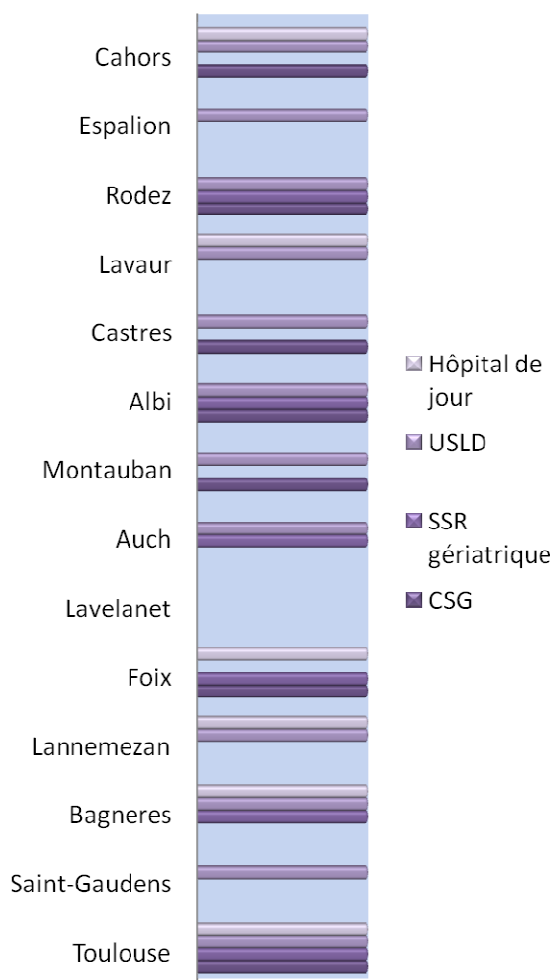
Indicateur	Etat et niveau des dispositifs de soutien et de prise en charge sur le territoire de santé de l'EMG		6
Type d'indicateur	Contexte	OP : Orientation	
Description de l'indicateur			
Définition	Les filières de santé gériatrique intra-hospitalières sont constituées réglementairement par un service de court séjour gériatrique, un moyen-séjour gériatrique, une unité de soin de longue durée et une équipe mobile de gériatrie.		
Objectif	Vérifier la conformité réglementaire des filières gériatriques pour les établissements qui hébergent une équipe mobile de gériatrie.		
Enjeux	- Décrire le niveau de complétude des filières gériatriques intra-hospitalières - Une filière gériatrique intra-hospitalière incomplète peut expliquer des dysfonctionnements organisationnels qui nuisent à l'efficacité et à l'efficacité des actions de l'EMG, l'objectif est alors de négocier l'allocation de ressources supplémentaires pour compléter la structuration de la filière.		
Mise en œuvre du recueil de données			
Où trouver l'information	Auprès du médecin responsable de l'équipe mobile de gériatrie.		
Quand mesurer	Fréquence de mesure annuelle.		
Quoi demander	Affirmer la présence ou l'absence d'un court séjour gériatrique, d'un moyen gériatrique et d'une unité de soins de longue durée aux côtés de l'équipe mobile de gériatrie dans l'établissement. Le nombre de lits et places de ces services doit être récupéré.		
Qui récupère les données	Le médecin responsable de l'équipe mobile de gériatrie		
Comment	Par simple observation de l'existant. La connaissance du nombre de lits et places peut être aussi demandé auprès des services eux-mêmes ou de l'administration de l'établissement		
Caractéristiques de l'indicateur et préconisations d'utilisation			
Fiabilité	La prise de mesure ne pose pas de difficulté d'interprétation (présence ou absence d'un élément du système).		
Faisabilité	Très bonne, la procédure de recueil ne pose pas de difficulté pratique.		
Cohérence avec démarches existantes	-L'état des lieux des filières gériatriques doit théoriquement être connu des agences régionales de santé. Il n'existe cependant pas de procédure de reporting descendant vers les acteurs hospitaliers. - Résultats extraits d'une étude financée par la CNAMTS sur les EMG de la région Midi-Pyrénées (J.Bouguennec U558).		

Suivre-Analyser-Comparer

**Les données de
chantier
(rétrospectif)**

*Chantier Pilote
Mars-Avril 2010*

**Etude de l'exhaustivité des
filières gériatriques des
établissements hébergeant
une EMG en région Midi-
Pyrénées (2009)**



*Une filière gériatrique est considérée comme complète dans un hôpital
quand un CSG gériatrique + un SSR gériatrique + un HDJ gériatrique
+ une USLD + une EMG sont présents.*