

Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France.

Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG

Nathalie SALLES

Un groupe de travail axé sur les équipes mobiles de gériatrie (EMG) a été créé en Octobre 2010 au sein de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les missions de ce groupe étaient : 1) de réaliser un état des lieux des équipes mobiles en France et 2) d'uniformiser les pratiques des EMG d'après la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 Mars 2007 ⁽¹⁾ afin de définir les modalités d'intervention de l'EMG ainsi que les moyens de fonctionnement et de réfléchir autour d'indicateurs de suivi annuel pertinents. Un recensement des EMG Françaises a donc été débuté par le groupe de travail avec l'aide de la SFGG, qui a diffusé un appel aux différentes EMG via le site de la Société, et avec l'aide des différentes ARS. Un total de 216 EMG est actuellement recensé et ce travail est actuellement encore en cours. Le problème essentiel était celui du manque d'analyse précise de l'activité des EMG. Le groupe a donc décidé de réaliser une étude rétrospective sur le travail de l'EMG intrahospitalière en se référant aux textes de la circulaire DHOS du 28 Mars 2007.

L'objectif de ce travail était d'analyser les moyens de fonctionnement des EMG, les caractéristiques des patients évalués par les EMG, le type d'évaluation réalisée par les EMG et enfin d'évaluer le taux de réadmission non programmée des patients évalués.

MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête rétrospective multicentrique observationnelle et descriptive. Pouvaient participer à cette enquête toutes les équipes mobiles de gériatrie ayant une activité intra-hospitalière et composées au minimum d'un gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire et ayant accès à un

recueil informatisé de l'activité réalisée par l'équipe. La période d'étude était de 4 mois, de janvier à avril 2011 inclus. Un recueil de données a été élaboré par le groupe de travail de la SFGG incluant les caractéristiques suivantes : délai d'intervention en jours de l'équipe mobile, modalités d'admission et motif d'admission du patient, service d'intervention de l'équipe mobile, données administratives du patient, aides humaines et techniques du patient, motif d'évaluation par l'équipe mobile, syndromes gériatriques (chutes, incontinence, troubles cognitifs, confusion, dénutrition etc...), nombre de comorbidités, nombre de médicaments pris par le patient, évaluation gérontologique réalisée par l'équipe mobile (cognitive, nutritionnelle, humeur, douleur...), existence d'un compte rendu de l'équipe et courrier au médecin traitant, suivi du patient à 1 et 2 mois et taux de réhospitalisation et de décès à 1 et 2 mois.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Une régression logistique binaire a été mise au point pour définir les facteurs de risque de réadmission aux urgences des patients évalué par l'EMG. La variable dépendante était définie par la présence d'une réadmission ou pas à 1 et 2 mois. Les variables explicatives significatives en analyse univariée ($p < 0,05$) ont ensuite été entrées dans le modèle multivarié. Les Odds Ratio correspondant au facteur de risque de réadmission ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95% et valeurs du p .

RÉSULTATS

Au total, 8 régions françaises ont participé à l'étude avec un total de 18 équipes mobiles de gériatrie. Les

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gérontologie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

données étaient incomplètes pour 3 équipes mobiles de gériatrie et au final 15 équipes mobiles ont été incluses : Strasbourg, Annecy, Limoges, Marseille, Arles, Avignon, Salon, Alès, Nîmes, Bordeaux, Libourne, Périgueux, Dax, Pau et Mont-de-Marsan. Un total de 3 829 patients évalués par les équipes mobiles a pu être inclus dans l'étude.

Caractéristiques de fonctionnement des équipes mobiles de gériatrie incluses

Plus de la moitié des équipes mobiles intervenaient dans les services d'urgence (55,5%) et 44,5% des équipes avaient une activité dans les unités médico-chirurgicales. Le délai moyen d'intervention de l'équipe mobile était de 0,7 ± 2,1 jours et le délai moyen avant la demande d'intervention de l'équipe de la part des unités était de 7,7 ± 14,8 jours. Un document de synthèse était réalisé par les équipes mobiles dans 97,5% des cas et un courrier était systématiquement adressé au médecin traitant dans 72,2% des cas.

Caractéristiques des patients évalués par l'EMG

Les patients évalués étaient âgés de 84,9 ans ± 6,3 ans en moyenne [75 à 107 ans], 2 364 (61,7%) étaient des femmes et 1 465 (38,3%) des hommes. Le lieu de vie des patients était l'EHPAD pour 591 (15,4%) et le domicile pour 3 238 (84,6%) patients. Au total 45,8% des patients vivaient seuls à domicile, parmi eux 52,9% étaient des femmes, 45,9% bénéficiaient d'aides humaines et 44,4% d'aides techniques. En ce qui concerne l'autonomie des patients évalués, 604 (15,8%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne avec un score ADL inférieur à 3 et 693 (18,1%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie domestique avec un score IADL supérieur à 2 (Tableau 1).

Les patients évalués par les équipes mobiles étaient le plus souvent adressés à l'hôpital par le médecin généraliste (52,5%), les pompiers (13,8%) et SOS médecins (10%). Comme le montre la Figure 1, les principaux

ALD (n= 1963)	Patients évalués n (%)	IADL (n= 1861)	Patients évalués n (%)
0	312 (15,9)	0	762 (40,9)
1	110 (5,6)	1	215 (11,6)
2	177 (9,1)	2	230 (12,4)
3	257 (13,1)	3	234 (12,6)
4	308 (15,7)	4	419 (22,5)
5	274 (13,9)		
6	525 (26,7)		

Tableau 1 : Autonomie ADL et IADL des patients évalués par les équipes mobiles.

Table 1: ADL and IADL autonomy of patients assessed by mobile teams.

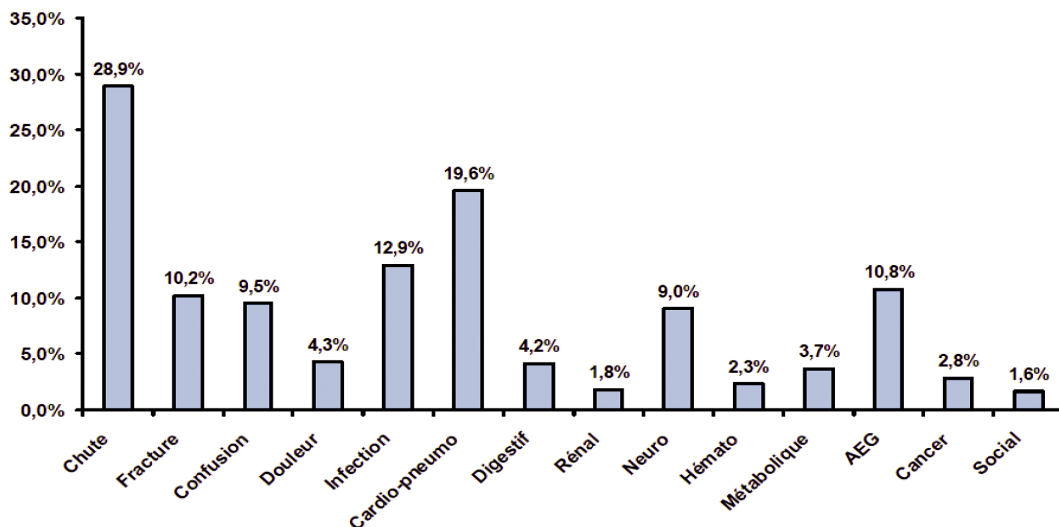


Figure 1 : Motifs d'admission des patients âgés évalués par les équipes mobiles de gériatrie (n = 3829)..

Figure 1: Motive of admission of elderly patients assessed by mobile geriatric teams (n=3829).

motifs d'admission des patients âgés étaient les chutes (28,9%), les pathologies cardio-pulmonaires (19,6%), l'infection (12,9%), l'altération de l'état général (10,8%) et la confusion (9,5%). Le motif d'admission pour problème social seul ne représentait que 1,6% des patients admis à l'hôpital. Les patients évalués avaient en moyenne $3,3 \pm 2$ comorbidités et prenaient en moyenne $6,5 \pm 3,3$ médicaments par jour.

Evaluation réalisée par les équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie étaient principalement appelées dans les unités pour un avis gériatrique avec demande d'évaluation gériatrique globale dans 43,1% des cas et aide à l'orientation dans 20,1% des cas (Tableau 2). Parmi les syndromes gériatriques diagnostiqués par les équipes mobiles, les troubles cognitifs (56,2%), le syndrome confusionnel (24,8%), les chutes (37,1%) et la dénutrition (49,3%) étaient les plus fréquents.

L'évaluation gérontologique réalisée par les équipes mobiles comprenait une évaluation de l'autonomie ADL dans 86,2% des cas et IADL dans 81,8% des cas, une évaluation cognitive (64,9%), une évaluation nutritionnelle (55%), une évaluation de l'humeur (37,7%) et une évaluation de la douleur (59,4%). Une EGS globale a été réalisée chez 34,9% des patients évalués par les équipes mobiles.

Suivi des patients évalués par les équipes mobiles de gériatrie et taux de réadmission non programmée

Un suivi systématique était effectué 1 mois après la sortie du patient pour 1 080 (28,2%) des patients et à 2 mois pour 1 521 (40%) patients évalués par les équipes mobiles de gériatrie. Le taux de réadmission des patients à 1 mois était de 12,1% et le taux de mortalité de 10,7%.

Les facteurs de risque de réadmission à 1 mois étaient la prise de plus de 4 médicaments par jour (OR 1,7 ; IC 95% 1,1 – 2,6 ; $p=0,015$) ; la présence de plus de 2 comorbidités (OR 1,9 ; IC95% 1,2 – 1,8 ; $p=0,005$), la présence de troubles cognitifs (OR 1,9 ; IC 95% 1,5 – 2,6 ; $p=0,0001$) et l'âge inférieur à 85 ans (OR 1,3 ; IC95% 1,1 – 1,6 ; $p=0,03$) (Figure 2 page 741).

Le taux de réadmission des patients à 2 mois était de 13,2% et le taux de mortalité de 6,2%. Les facteurs de risque de réadmission à 2 mois étaient la présence de plus de 3 comorbidités (OR 1,7 ; IC 95% 1,2 – 2,5 ; $p=0,003$) et l'absence de courrier envoyé au médecin traitant (OR 0,5 ; IC 95% 0,2 – 0,9 ; $p=0,04$). Le taux de mortalité à 1 et 2 mois était associé de manière significative à l'âge (âge moyen de 85,9 ans versus 84,6 ans ; $p=0,001$), au nombre plus élevé de comorbidités (3,6 versus 2,8 ; $p=0,002$), à la dépendance (ADL moyen à 2,5 versus 3,5 ; $p=0,0001$) et à la polymédication (nombre moyen de médicaments à 7 versus 6 ; $p=0,01$).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude préliminaire montrent une certaine homogénéité en termes de fonctionnement des EMG et en termes de caractéristiques des patients évalués. Les EMG sont le plus souvent appelées pour un avis gériatrique ou une aide à l'orientation de patients très âgés et polypathologiques. Il est intéressant de voir que les chutes et les pathologies aiguës, notamment cardio-pulmonaires, représentent les motifs d'admission fréquents et que les problèmes sociaux isolés restent exceptionnels (moins de 2% des cas). Les EMG utilisent dans l'ensemble un nombre important d'échelles d'évaluation gérontologique aux urgences ou dans les différentes unités médico-chirurgicales, il est intéressant de noter que toutes utilisent l'échelle ADL et IADL pour

Motifs d'appel des EMG	Patients, n (%)
Demande d'EGS globale	1650 (43,1)
Aide à l'orientation du patient	770 (20,1)
Problème de chutes à répétition	371 (9,7)
Syndrome confusionnel	517 (13,5)
Prise en charge de la douleur	73 (1,9)
Bilan d'AEG	134 (3,5)
Bilan de perte d'autonomie	119 (3,1)
Autres	195 (5,1)

Tableau 2 : Motifs d'appel des équipes mobiles de gériatrie dans les unités.

Table 2: Motive for recourse to the mobile geriatric team.

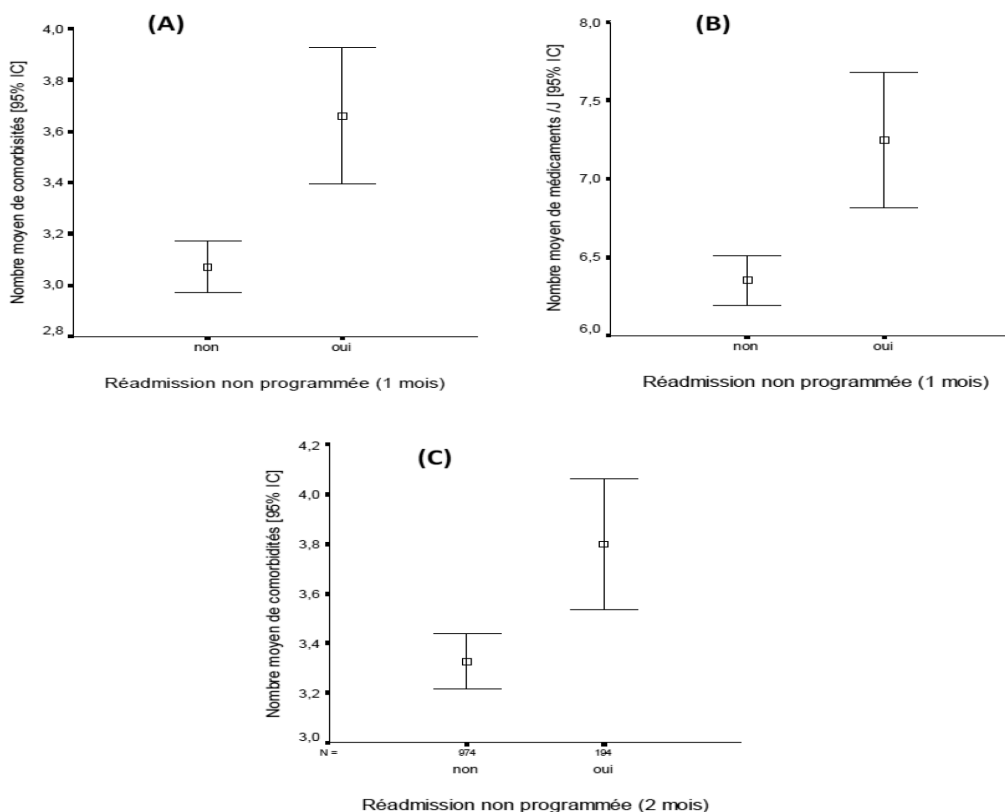


Figure 2 : Facteurs de risque de réadmission non programmée à 1 mois (A) et (B) et à 2 mois (C).

Figure 2: Risk factors for unplanned readmission at 1 month (A) and (B), and at 2 months (C).

évaluer l'autonomie des patients. De nombreuses données de la littérature ont montré l'intérêt de réaliser une évaluation gériatologique des patients âgés notamment lors de leur admission aux urgences comme le montrent les résultats d'une méta-analyse de 22 études randomisées contrôlées publiée dans la revue Cochrane en 2011⁽²⁾. Les résultats de cette méta-analyse montrent que l'évaluation gériatologique réalisée par une EMG aux urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi.

Dans notre étude, les résultats montrent également que les taux de réadmission non programmée sont supérieurs à 10% à 1 et 2 mois après la sortie de l'hôpital et sont associés au nombre plus élevé de comorbidités et de médicaments pris par jour. De manière intéressante,

l'envoi du courrier au médecin traitant joue un rôle essentiel dans le risque de réadmission non programmée. En effet, l'absence de courrier multiplie par 2 le risque de réadmission non programmée à 2 mois. Même si le suivi à 2 mois ne concerne que 1 521 patients, ce résultat est essentiel et peut contribuer à inciter les EMG à envoyer un courrier de manière systématique aux médecins traitants du patient.

En conclusion, cette étude rétrospective a permis de mieux analyser les pratiques des EMG françaises. Des réflexions doivent maintenant être menées par le groupe de travail dans le but de montrer l'impact médico-économique et sur la santé de l'activité des EMG. Un projet d'étude randomisée contrôlée et multicentrique devra être envisagé. ■

RÉFÉRENCES

1. Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. www.emploi-solidarite.gouv.fr
2. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Library*. 2011 ; 7:1- 87.