

Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA)

Bahman MOHEB, Hélène CRETON, Valérie ROGER

L'évolution démographique gériatrique s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes âgées polypathologiques et fragiles en institution et d'un nombre croissant de personnes âgées admises à l'hôpital⁽¹⁾. Au CHR d'Annecy, le nombre de passage aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans était proche de 7 700 en 2011, ce qui constitue 13% de la population admise aux urgences. Dix à 15% de la population de plus de 75 ans viennent des EHPAD. La mise en place des dispositifs adaptés pouvant intervenir en amont du parcours de la personne âgée devrait permettre d'anticiper les situations de crise dans un contexte médico-social complexe. L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière (EMGEH) du CHRA intervenant en EHPAD est née dans cette dynamique et a débuté son activité en février 2009.

PRÉSENTATION ET FONCTIONNEMENT

L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière est créée dans le cadre d'une convention de coopération entre le CHRA et les établissements médico-sociaux du bassin annécien⁽²⁾. La création de cette équipe a été précédée de la réalisation d'une enquête auprès des EHPAD du bassin de santé d'Annecy afin d'évaluer les attentes de ces structures médico-sociales. Les médecins coordonnateurs ont été associés à l'écriture du cahier des charges. Actuellement 25 EHPAD (regroupant 2032 résidents) sont signataires de ce protocole. Le temps de vacation des médecins coordonnateurs dans ces établissements est en moyenne 0,29 ETP (55% sont capacitaires). Tous les médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy ont été informés par courrier de l'existence et des modalités de recours à l'EMGEH. Cette activité a initialement été financée par la DDASS d'Annecy dans le cadre de la convention et est actuellement financée par l'Agence Régionale de Santé dans le

cadre d'une Mission d'Intérêt Général (MIG). L'EMGEH est constituée d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, psychogériatre, infirmière, ergothérapeute, psychologue, secrétaire, tous à 0,5 ETP). L'équipe dispose de deux véhicules propres au service. Les interventions s'effectuent en binôme ; en général le médecin psychogériatre se déplace seul ou avec le psychologue, et le médecin gériatre avec l'infirmière et/ou l'ergothérapeute. Chaque intervention dure en moyenne 90 minutes avec un temps de trajet voisin de 30 minutes dans un rayon d'environ 20 km. L'EMGEH intervient après signalement téléphonique auprès du secrétariat de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG). Elle répond à la demande du médecin traitant après accord du résident et de sa famille, ou à la demande de l'équipe soignante ou du médecin coordonnateur, toujours en accord avec le médecin traitant.

L'EMGEH n'est pas un dispositif urgentiste et n'a pas un rôle prescripteur. Des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur dans les 48 heures. Un suivi peut être proposé selon les motifs d'intervention mais n'est pas réalisé systématiquement. La prise en charge médicale du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant. Les missions de l'EMGEH sont de proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD, de contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie, de contribuer à la continuité des soins, d'anticiper et d'organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière, et la formation et l'information des équipes soignantes.

RÉSULTATS

Du 1^{er} février 2009 au 31 décembre 2011, L'EMGEH a effectué 920 interventions médicalisées (gériatre ou

Auteur correspondant : Docteur Bahman Moheb, UMG CHR Annecy, Centre Hospitalier d'Annecy 1, avenue de l'hôpital-Metz-Tessy, BP 90074, 74374 Pringy Cedex ; France. E-mail : bmohebkhosravi@ch-annecy.fr

psychogériatre avec un autre intervenant de l'équipe) en EHPAD (file active : 832 résidents). En outre, près de 400 interventions ont été effectuées par l'ergothérapeute ou le psychologue sans la présence du médecin de l'équipe. L'âge moyen de la population est 85 ans avec une prédominance féminine (74%) ; la population est en perte d'autonomie avec un score d'ADL ≤ 3 dans 70% des cas. Les principaux investigateurs de la demande sont les médecins traitants qui contactent directement le secrétariat de l'UMG dans 60% des cas ; l'équipe soignante sollicite l'intervention de l'EMGEH dans 24% des cas, la direction dans 10% et le médecin coordonnateur dans 6% des cas. Le médecin coordonnateur est informé de la demande d'expertise à l'EMGEH dans 53% des cas. Souvent, l'EHPAD souhaite une intervention dans un délai de 7 jours. Dans certains cas, le délai souhaité est de 48 heures (il s'agit souvent de situations de décompensations somatiques), mais on note que ce délai ne peut être assuré par l'EMGEH en raison de problèmes de planning et d'effectif. Le délai moyen d'intervention de l'EMGEH est 8 jours.

Les trois principaux motifs d'intervention sont : **1)** Des troubles neuropsychiatriques dans 75% des cas : troubles du comportement au cours de démences (70%), troubles psychiatriques anciens (15%) ou troubles psychiatriques d'apparition récente (15%). Les troubles du comportement à l'origine de la demande d'intervention liés à la démence les plus fréquents sont les états anxiodépressifs dans près d'1/3 des cas, puis l'agitation/agressivité et les troubles délirants. En ce qui concerne les troubles psychiatriques (hors démence), on note la prédominance de la dépression et des troubles anxieux, ensuite les troubles bipolaires et les psychoses comme motif de demande. **2)** Des situations somatiques subaiguës dans 20% des cas : douleur, chute, insuffisance cardio-vasculaire, troubles neurologiques (souvent maladie de Parkinson). **3)** Les plaies chroniques dans 5% des cas : escarre stade 4 ou ulcères complexes.

Les principaux diagnostics retenus après l'intervention par l'EMGEH sont : les démences (48,7%) souvent la maladie d'Alzheimer, les états anxiodépressifs ou autres pathologies psychiatriques (28,3%), les décompensations somatiques (19%). Les résidents pris en charge par l'EMGEH ont en moyenne 4 comorbidités : en dehors de la démence et les états anxiodépressifs, on note les pathologies arthrosiques, la dénutrition et les pathologies cardio-vasculaires (HTA, hypotension orthostatique, insuffisance cardiaque). Par ailleurs, 20% de la population avait fait une chute dans la semaine avant l'intervention de l'EMGEH.

Le nombre de médicaments pris par résident est en moyenne de 7 par jour. Il s'agit principalement des psychotropes et des médicaments à visée cardio-vasculaires. Plus d'un tiers de la population (36%) prend au moins 2 psychotropes par jour (souvent antidépresseur et benzodiazépine). Seulement 35% de la population bénéficient d'un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer (inhibiteur de la cholinestérase ou mémantine).

Le taux d'admission non programmée à 1 mois pour le même motif pour lequel l'EMGEH a été sollicitée est de 3%. Le taux d'admission non programmée est de 12%, 3 mois avant l'intervention, et de 6%, 3 mois après l'intervention de l'équipe. Par ailleurs, le taux d'admission non programmée à 1 mois pour un motif différent de celui ayant motivé l'intervention de l'EMGEH en EHPAD est de 5% ; il s'agit souvent de la chute. En cas de nécessité, une hospitalisation est organisée par l'EMGEH en filière spécialisée adaptée. Le nombre d'admissions dans les structures de type cliniques privées est très faible. Une enquête auprès des médecins généralistes montre que dans 60%⁽²⁾ des cas les médecins auraient fait hospitaliser le résident en l'absence de l'expertise de l'équipe mobile. Les médecins généralistes souhaitent être appelés après l'expertise en plus du courrier. Les propositions médicamenteuses et non médicamenteuses sont suivies dans 90% des cas.

DISCUSSION

L'EMGEH intervenant en EHPAD est sollicitée pour des résidents fragiles, polypathologiques, en situation complexe et à risque d'hospitalisation. Il s'agit de près de 15% des résidents des établissements dans lesquels l'EMGEH intervient. Les interventions semblent plus efficaces si la population qui en bénéficie a été ciblée, comme les patients à risque de dépendance et fragiles⁽³⁾. Les situations complexes se définissent souvent par des troubles du comportement perturbateurs liés à la démence. L'EMGEH est également sollicitée pour des pathologies psychiatriques. Une enquête auprès des EHPAD du bassin d'Annecy révèle qu'une expertise psychiatrique est souhaitée pour 19% des résidents. Les situations qui nécessitent l'intervention psychiatrique sont les urgences psychiatriques (troubles délirants, idées suicidaires) et les troubles du comportement perturbateurs liés à la démence (troubles de conduite et/ou de personnalité). Les équipes des EHPAD sont en demande de partage de connaissance et de savoir-faire dans la prise en soins des résidents psychiatriques⁽⁴⁾.

Les situations somatiques nécessitant l'intervention de l'EMGEH sont moins fréquentes mais exigent une intervention plus rapide (délai souhaité dans les 48 heures) comme les plaies complexes, les altérations de l'état général, les chutes à répétition. L'intervention de l'EMGEH permettrait d'éviter certaines admissions non programmées et d'améliorer l'orientation dans la filière gériatrique. Une intervention gériatrique sur le lieu de vie du sujet âgé permet d'éviter l'hospitalisation cependant le temps consacré à cette modalité d'évaluation est parfois longue ⁽⁵⁾. L'expertise de l'EMGEH est appréciée par les médecins traitants comme un avis d'expert hospitalier permettant de faire, d'une part un consensus médical, et d'autre part de rassurer les soignants et l'entourage familial dans la poursuite de la prise en soins et les bonnes pratiques gériatriques.

CONCLUSION

L'EMGEH répond aux besoins des médecins traitants et des équipes des EHPAD dans la prise en soins des résidents en situation complexe. Elle s'intègre d'une manière cohérente dans la filière des soins gériatriques. Son action transversale lui confère le rôle d'interlocuteur privilégié de la filière gériatrique pour les partenaires en EHPAD, avec des missions de formation et de diffusion des bonnes pratiques gériatriques. Des réflexions sont à mener en termes de modalités d'expertise proposées (évaluation gériatrique globale ou avis ciblé pour le motif de la demande), et par rapport aux limites d'intervention de ce dispositif dans la prise en charge des résidents atteints des pathologies psychiatriques. ■

RÉFÉRENCES

1. **Pla A, Beaumel C.** Bilan démographique 2010 La population française atteint 65 millions d'habitants [en ligne] Insee-Première, n° 1332, janvier 2011. www.insee.fr/fr/fc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf.
2. **Decele G.** Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. Thèse med Grenoble : université Joseph Fourier, 2011.
3. **Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A et al.** A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med.* 2000 ;160:977-986.
4. **Dufournet A.** Plaidoyer pour la création d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé pour le bassin annecien, Mémoire DU psychiatrie, 2011
5. **Matzen LE.** Geriatric home visits can prevent hospitalisation of subacute patients, but is time-consuming. *Ugeskrift for laeger.* 2007 ; 169:2113-2118.