

Les Equipes Mobiles de Gériatrie servent-elles à quelque chose ? Données de la méta-analyse COCHRANE et expérience du CHU de Grenoble

Véronika STEENPASS, Stéphanie AMIARD, Virginie GARNIER,
Guillaume DESCHASSE, Isabelle LANIECE, Pascal COUTURIER

Une méta-analyse de la COCHRANE a été publiée en 2011 sur le bénéfice de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) de patients hospitalisés, en comparant les soins conventionnels, aux interventions des équipes mobiles ou des unités d'évaluation gériatrique (unités de court séjour qui font de l'évaluation gériatrique). Cette méta-analyse a montré un manque d'efficacité de l'intervention des équipes mobiles de gériatrie (EMG) en comparaison avec les soins courants, mettant en question le bénéfice de leur intervention ⁽¹⁾.

Les auteurs de l'étude COCHRANE ont choisi les études incluant des patients âgés de 65 ans ou plus et ont été très strictes concernant la méthodologie, incluant uniquement les études randomisées et contrôlées. Ils ont exclu toutes les études concernant un contexte de pathologie particulière ainsi que les études réalisées dans le milieu extrahospitalier. Vingt deux études ont été incluses, dont 7 spécifiquement liées à l'activité des équipes mobiles.

Les résultats combinés des équipes mobiles et des unités d'évaluation ont montré un bénéfice pour les objectifs suivants : l'institutionnalisation à 6 mois, l'objectif combiné de décès ou de détérioration, et l'état cognitif. Les auteurs ont systématiquement effectuée une analyse de sous-groupe afin d'évaluer les deux modèles d'évaluation gériatrique, les équipes mobiles et les unités d'évaluation gériatrique séparément. Ils ont ainsi trouvé un bénéfice de l'activité des unités d'évaluation gériatrique pour réduire l'institutionnalisation à 12 mois et favoriser le maintien à domicile à 6 et 12 mois. Ce bénéfice n'a pas été retrouvé dans le sous-groupe des équipes mobiles. Il faut également noter que dans aucune analyse de sous-groupe l'activité des équipes mobiles est supérieure à l'activité des unités d'évaluation intra-hospitalières.

Les auteurs de la COCHRANE concluent que les bénéfices montrés sont portés par les unités d'évaluation gériatrique et que la méta-analyse montre un manque d'efficacité de l'intervention des équipes mobiles.

A notre connaissance, en France, aucune étude randomisée évaluant l'efficacité des équipes mobiles n'a été publiée. En l'absence d'évidence clinique dans notre contexte, devant les résultats d'une méta-analyse puissante il nous a semblé indispensable de se poser la question suivante : est ce que les données de la COCHRANE sont vraiment transposables au contexte de l'équipe mobile en France. La comparaison de ces données et de celles obtenues par l'EMG du CHU de Grenoble permet une réflexion critique sur la pertinence des résultats de l'étude COCHRANE du point de vue de notre pratique.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons donc comparé les données de nos patients, c'est-à-dire les données descriptives des patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée par l'équipe mobile de Grenoble en 2009, aux données des 7 études incluses dans la méta-analyse COCHRANE. Cette comparaison a été effectuée sur 3 catégories de critères : le fonctionnement de l'équipe mobile, le profil des patients, ainsi que leur devenir.

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe, nous avons analysé dans quel pays les études ont été réalisées, de quels professionnels l'équipe était composée, comment les patients étaient sélectionnés et à quel moment l'intervention de l'équipe avait lieu.

**Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr**

Afin de comparer le profil des patients, nous avons analysé les données concernant l'âge des patients, la charge de comorbidités, la provenance des patients ainsi que l'état fonctionnel.

Enfin, nous avons examiné les données concernant le devenir des patients, car la durée de séjour, le taux de réhospitalisation, la mortalité intrahospitalière ainsi que le taux d'institutionnalisation traduisent la sévérité des cas. Il nous semblait également important de tenir compte du taux de suivi des recommandations, l'un des facteurs déterminant l'efficacité de l'intervention.

RÉSULTATS

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe, dans les 7 études de la COCHRANE, 5 ont été réalisées aux Etats-Unis, une au Canada et une en Allemagne (Tableau 1). L'équipe mobile de Grenoble est composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Parmi les études incluses par la COCHRANE, 4 équipes étaient composées de plus de professionnels, y compris un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un diététicien et/ou un pharmacologue. A Grenoble, les patients sont signalés par les médecins des services, y compris par les urgences. Pour les 7 études de la

COCHRANE, les patients étaient sélectionnés par des critères définis à l'admission dans le service hospitalier. Les équipes intervenaient uniquement dans les services. Les patients sont suivis tout le long de leur séjour. En comparaison, l'équipe mobile de Grenoble réalise une seule évaluation et reste ensuite disponible pour toute question additionnelle durant le séjour.

Concernant le profil des patients, les patients vus à Grenoble en 2009 étaient plus âgés avec un âge moyen de 85 ans alors que dans 4 études incluses par la COCHRANE l'âge se situait entre 75 et 78 ans (Tableau 2 page 744). Concernant les mesures de comorbidités et état fonctionnel, on trouve une hétérogénéité importante. Aucune des 4 études sélectionnées ne décrivaient les données des comorbidités, 2 études n'indiquaient pas la provenance des patients et également 2 études n'incluaient pas l'état fonctionnel.

Les résultats en termes de santé publique sont également hétérogènes. Trois études de la COCHRANE ne reportaient pas de données concernant le taux de réhospitalisation, 5 études n'incluaient pas la mortalité intrahospitalière, 3 également ne décrivaient pas le taux d'entrée en structure. Une seule étude quantifiait le taux de suivi des recommandations avec un résultat à 67% (Tableau 3 page 744).

Fonctionnement de l'équipe	EMG de Grenoble (426 patients)	7 études incluses dans la COCHRANE (3 417 patients)
Pays	France	5 études des Etats-Unis 1 du Canada 1 de l'Allemagne
Membres de l'équipe	Médecin Infirmière Assistante sociale	4 études : kinésithérapeute de plus 1 étude : kiné- plus ergothérapeute 1 étude : kinésithérapeute, diététicien, pharmacologue 1 étude : pas d'assistante sociale
Sélection	Signalement par le médecin du service	4 études : triage des admissions 2 études : toutes admission selon l'âge 1 étude : >70 ans sans médecin traitant
Lieu et moment de l'intervention	Urgences ; services 1 seule évaluation	Uniquement dans les services Suivi assuré

Tableau 1 : Descriptif du fonctionnement de l'équipe de Grenoble vs les données de la Cochrane.

Table 1: Description of Grenoble team and data of the Cochrane.

Les Equipes Mobiles de Gériatrie servent-elles à quelque chose ?

Profil des patients	EMG de Grenoble	7 études incluses dans la COCHRANE
Âge	85 ans	4 études : 75-78 ans
Charge de comorbidités	78% des patients poly-pathologiques	1 étude : 75% "maladie chronique handicapant" 2 études : 3,4 ; 6,4 "problèmes médicaux", respectivement 4 études : pas de données
Origine	90% domicile	4 études : 61-88% domicile 1 étude : 30% vivant seuls 2 études : pas de données
Etat fonctionnel	46,5% réduction des ADL par 3 ou plus	4 études : données hétérogènes (IADL, Barthel Index, functional assessment inventory) 2 études : pas de données

Tableau 2 : Profil et devenir des patients.

Table 2: Profil of patients.

Devenir des patients	EMG de Grenoble	7 études incluses dans la COCHRANE
Suivi de recommandations	78%	1 seule étude : 67%
Durée de séjour	18 jours	Variable entre 5 et 28 jours
Taux de réhospitalisation	18,6% à 1 mois 32% à 3 mois	1 étude : 44,5% à 3 mois 1 étude : 30% à 6 mois 2 études : 1 et 67% à 1 an, respectivement 3 études : pas de donnée
Mortalité intrahospitalière	10%	2 études : 7,2 et 14%, respectivement 5 études : pas de données
Institutionnalisation	27% à 3 mois	2 études : 19 et 26%, respectivement 2 études : 3 et 19,4% à la sortie de l'hôpital 3 études : pas de données

Tableau 3 : Devenir des patients.

Table 3: Patient's follow up.

DISCUSSION

Enfin, peu d'études (seulement 7) ont été incluses dans la méta-analyse COCHRANE et une seule de ces études a été réalisée dans un pays européen. Le fonctionnement de ces équipes apparaît différent de celui de l'équipe mobile de Grenoble tant au niveau de la composition d'équipe, la sélection des patients et le lieu de l'intervention. Notre population est également différente notamment plus âgée et les autres données, concernant le profil des patients ainsi que leur devenir, sont insuffi-

santes pour permettre une quelconque comparaison. Les données de la COCHRANE n'apparaissent donc pas directement transposables à l'activité de l'équipe mobile de Grenoble.

Si l'efficacité de l'EMG concernant l'évaluation peut être discutée, il faut reconnaître que le bénéfice global de l'évaluation gériatrique a quand même été montré par la méta-analyse COCHRANE dans les unités d'évaluation hospitalière. Ce n'est donc pas le processus de l'évaluation qui est en cause mais bien son implémentation dans

l'exercice en équipe mobile. Il faut donc travailler sur les facteurs expliquant l'efficacité des unités d'évaluation et développer des stratégies pour optimiser l'efficacité de l'évaluation gériatrique en équipe mobile.

Ainsi, il faut sans doute mieux définir les critères de sélection des patients et notamment se recentrer sur les situations à risques de complications immédiates ou de pertes fonctionnelles (patients fragiles). Au delà de l'évaluation médico-sociale, les EMG ne peuvent pas être efficaces sans intervention médicale directe sur les patients (diagnostic et traitement) comme cela a déjà été retrouvé dans plusieurs études ⁽²⁾. Il convient également d'améliorer le taux de suivi des recommandations si l'on souhaite améliorer l'état fonctionnel et cognitif des patients fragiles notamment lorsque l'on en délègue la mise en œuvre à un service non spécialisé ou au médecin traitant ⁽³⁾. Si l'objectif est de réduire la réhospitalisation, il convient de développer des soins à domicile et une coordination adéquate lorsqu'il a été indiqué une réadaptation, ou une institutionnalisation le cas échéant ⁽⁴⁾.

Plus généralement, pour renforcer l'action des EMG, il faut adapter le système hospitalier aux soins aux personnes âgées en assurant la promotion de l'expertise gériatrique et l'utilisation de protocoles de prise en charge, la constitution d'une filière gériatrique solide et une politique de qualité dans ce domaine du soin.

La comparaison réalisée entre les données des études randomisées et celles obtenues "dans la vraie vie" met en évidence la réalité du fonctionnement de l'EMG. La

plupart des patients vus actuellement sont plus âgés, plus graves et plus lourds et témoignent d'un exercice majoritairement centré vers les urgences ou les "bed blockers" des services. Cette activité de soutien des équipes non gériatriques est difficilement évaluable par des critères classiques de type santé publique (mortalité, durée moyenne de séjour, institution) surtout lorsque les patients sont gravement malades et que le bénéfice escompté est faible en dehors de résultats qualitatifs (qualité de vie, éthique). Les critères de satisfaction après intervention et l'amélioration des pratiques doivent donc intégrer l'évaluation de ces dispositifs.

Actuellement, la plupart des centres réservent une part de l'activité mobile aux services de spécialités pour une évaluation plus ciblée par exemple en oncogériatrie, orthogériatrie ou cardiogériatrie ^(2, 5). Ce type d'activité est sans doute plus à même de montrer une efficacité par une sélection plus forte des patients et des objectifs de soins plus ciblés.

Pour conclure, dans cette méta-analyse, le choix d'évaluer le bénéfice des EMG dans un exercice polyvalent, la faiblesse des effectifs et l'hétérogénéité des données recueillies rendent les conclusions fragiles. Pour autant, le mode d'exercice prévalent est celui de la polyvalence notamment dans les urgences et les services de spécialités. Compte tenu des différences dans les systèmes de santé, il appartient à chaque pays d'adapter le positionnement des EMG en démontrant leur efficacité avant d'envisager leur déploiement. Cela passe à l'évidence par des études d'interventions randomisées intégrant des critères de jugements qualitatifs. ■

RÉFÉRENCES

1. **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.
2. **Stuck AE, Iliffe S.** Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011 ;27;343:d6799. doi: 10.1136/bmj.d6799.
3. **Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D et al.** Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among french medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*. 2008 ; 25; 933-946.
4. **Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P.** Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012; (in press).
5. **Stortecky S, Schoenenberger AW, Moser A, Kalesau B, Jüni P, Carrel T et al.** Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. *JACC Cardiovasc Interv*. 2012 ; 5:489-496.