



# Equipe mobile gériatrique : pour quels patients ?



Dr Frédéric Bloch  
Hôpital Broca (AP-HP)  
1<sup>er</sup> Octobre 2014

# Introduction

- Premier constat: **dispositif de soins = inadapté aux besoins des patients âgées (PA)**
- 1/3 des séjours hospitaliers concerne les personnes > 65 ans
- Part **va croissante** avec l'âge.
- **Progression du nombre** de patients gériatriques hospitalisés.
- A l'occasion de leur séjour hospitalier, ces patients = **risques particuliers de décompensation** → risque d'installation ou aggravation d'une dépendance

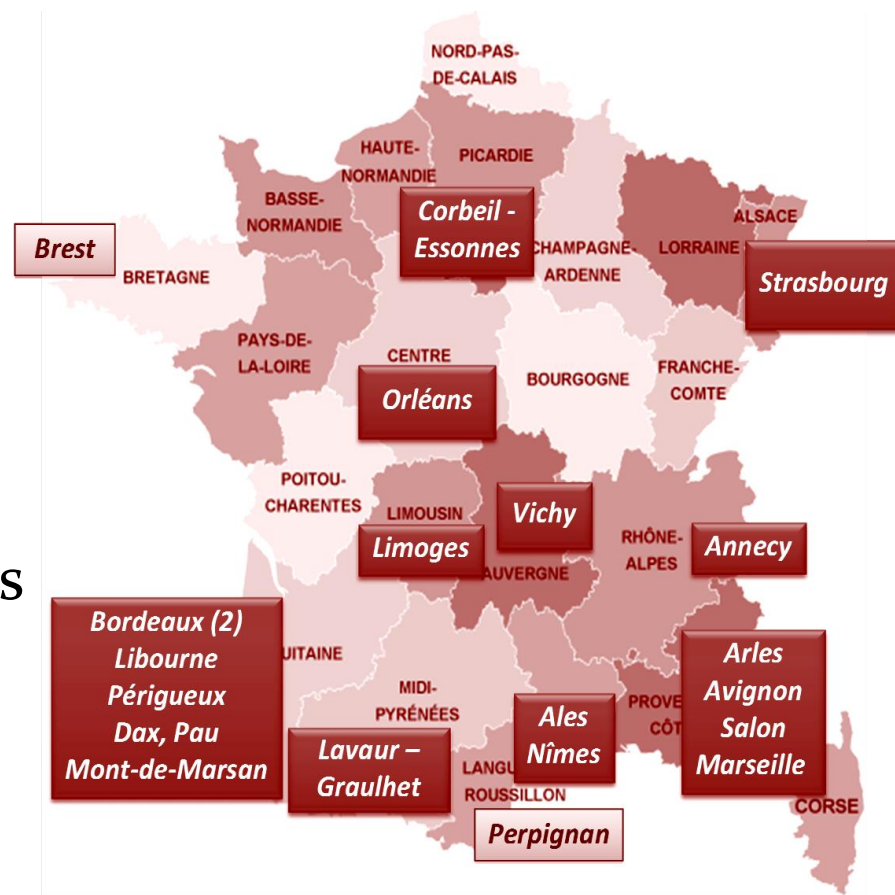
# Introduction

- La circulaire du **18 mars 2002** relative à l'**amélioration de la filière de soins gériatriques** pose les **bases** de l'organisation des équipes mobiles de gériatrie (EMG):
- Les EMG interviennent en équipes **transversales** auprès des patients âgés, en étroite **collaboration** avec les équipes hospitalières,
- Elles **assistent** les différents services dans la prise en charge et l'**orientation** des patients âgés qu'ils accueillent en apportant **une évaluation**, un avis et une **expertise gériatrique** spécialisée.

# Résultats d'une étude observationnelle

- Réalisée par le groupe de travail sur les EMG de la SFGG.
- Total de **10 régions** incluses:  
20 EMG évaluées  
**3894 patients inclus**
- Période d'étude de **4 mois**  
Janvier – Avril 2011 inclus

 EMG incluses  
 Données manquantes



# Résultats d'une étude observationnelle

## Caractéristiques des patients

- Age moyen: **84,9**  $\pm$  6,3 ans [75-107]
- 62% femmes et 38% hommes
  
- Lieu de vie= **domicile: 85,3%**
- Patients seuls : 39,7% / Conjoint : 71,3%
- Aides humaines : 77%, techniques : 43%
  
- **1/3 des patients dépendants** [ADL<3 et IADL>2]
- Moyennes: ADL : 3,7  $\pm$  2,2 et IADL : 1,7  $\pm$  1,6
  
- Nombre comorbidités: **2,9**  $\pm$  2,1 / médicaments : **6,5**  $\pm$  3,3

# Résultats d'une étude observationnelle

## Motifs d'admission

Chute	24,8%
Fracture	9,8%
Confusion	8,4%
Infection	12,1%
Cardio-pneumo	20,2%
Neuro	8,4%
AEG	9,6%
Social	1,9%
Autres	18,7%

## Syndromes identifiés par EMG

Chutes à répétition	35,9%
Troubles cognitifs	56,3%
Syndrome confusionnel	26,0%
Dénutrition	49,8%
Syndrome dépressif	30,5%
Escarres	14,1%

→ Patients évalués par les EMG: isolés, dépendants, avec troubles cognitifs et chutes

# Résultats d'une étude observationnelle

Suivi EMG	Suivi à 1 mois(n=2820)
Ré-hospitalisation, n (%)	356 (12,6)
Décès, n (%)	203 (7,2)

Ré-hospitalisation	OUI (356)	NON (2523)	<i>p</i>
Age (moy ± DS)	83,9±6,9	84,7±6,4	0,03
Comorbidités (moy ± DS)	3,3±2,1	2,6±1,9	0,001
Médicaments (moy ± DS)	6,9±3,5	6,3±3,3	0,01
Domicile (n, %)	317 (89)	2111 (83,6)	0,03

→ Mise en évidence d'une **population cible**, à risque

# Les objectifs du projet PAERPA

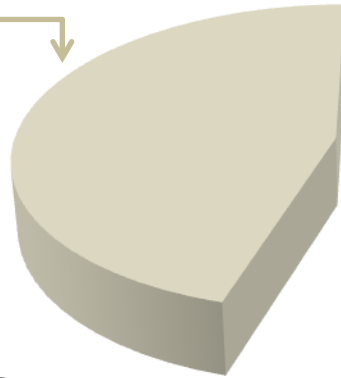
- Accès à une **prise en charge de qualité** pour une **population cible**
- Faire en sorte:
  - qu'une population ciblée reçoive **les bons soins** par les **bons professionnels**, dans les **bonnes structures**, au **bon moment** et **au meilleur coût**,
  - de diminuer les **ruptures de prises en charge**,
  - de diminuer le **passage aux urgences**,
- **L'EMG est un maillon important** de cette nouvelle organisation



# Intérêt d'un repérage de la population cible

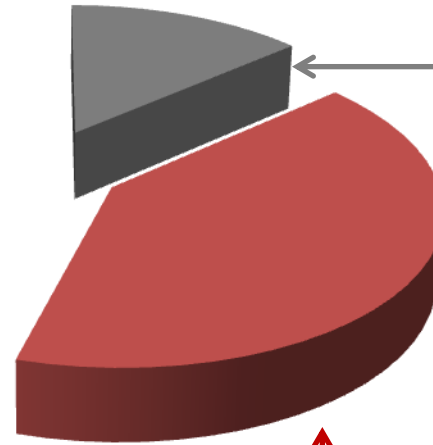
## PA en bonne santé

- 50% des > 65 ans
- Peu ou pas d'atteinte des fonctions physiologiques
- Absence de pathologies



## PA dépendantes

- 5-10% des > 65 ans
- Fréquemment associées aux pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicap
- Fréquemment hospitalisées ou en institution



## PA fragiles ou pré-fragiles

- 30% des > 65 ans pré-fragiles et 15% fragiles
- Signes de fragilité: fatigue, lenteur à la marche, perte de poids, sédentarité, troubles de la mémoire ou difficultés pour se déplacer



# Intérêt d'un repérage de la population cible

- Les EMG doivent **en priorité** s'intéresser aux les PA fragiles ou pré-fragiles aux urgences et MCO ,car **statut réversible**
- Eviter d'évaluer les PA déjà repérés comme dépendants et pris en charge de façon adaptée où les PA en bonne santé ne relevant pas d'une prise en charge spécifique gériatrique.
- Peut permettre néanmoins de généraliser les actions de bonnes pratiques gériatrique à toutes les PA hospitalisées.

# Algorithme intra-hospitalier du projet PAERPA



Patients  $\geq 75$  ans, hospitalisés de façon **non programmée** aux urgences ou en MCO



Si score anormal : évaluation gériatrique par l'EMG

# Objectifs d'un score de repérage

- Une **harmonisation** des pratiques
- Un fort **pouvoir discriminant**:  
Pour permettre une **intervention précoce** de l'EMG par la détection systématique des PA à risque **de perte d'autonomie de décompensations multiples ou d'admissions répétées** à l'hôpital.  
→ Un score plus sensible que le **jugement clinique** simple...

# Les scores: revue de la littérature

Outils	Etude	n	AUC
VEQ	Ruciman et al. 1996	450	0,81
HARP	Sager et al. 1996	827	0,65
ISAR	McCusker et al. 1999	1854	0,66
TRST	Meldon et al. 2003	647	0,65
SEGA	Schoevaerds et al. 2004	600	-
SHERPA	Cornette et al. 2006	550	0,73
BRIGHT	Boyd et al. 2008	139	-

→ Ces scores souvent **trop sensibles** et **peu spécifiques**: beaucoup de **faux positifs**.

# Les scores: revue de la littérature

Assessment	Predictive Validity	Construct Validity	Content Validity	Criterion Validity	Internal Reliability	Inter-rater Reliability	Intra-rater or Test-retest Reliability	Clinical Utility	Interpretability	Responsiveness
BI	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o
BRIGHT	o	o	o	?	?	o	o	o	o	o
SMAF	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
FIM	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
FSAS-ED	o	o	+	o	o	-	o	+	o	+
ISAR	+	o	o	?	o	o	+	+	o	o
Katz	o	o	o	o	o	-	o	o	o	o
LIADL	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
MBI	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
MLIADL	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
OARS	-	?	o	+	o	o	o	o	?	o
Rowland	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Runciman	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
SF-12	o	o	o	o	o	+	o	o	o	o
TRST	+	o	+	-	o	+	o	+	o	o

→ Ces scores souvent **peu ou pas validés.**

# Comment repérer la population cible?

- **Créer une nouvelle** échelle à valider ?
- Ne pas utiliser d'échelle ?  
→ Utiliser des **alertes simples** (la chute, la confusion, la perte d'autonomie l'isolement social ...)

Mais:

- Nécessite des **connaissances gériatriques**,
- Risque de **stigmatiser** les actions des EMG

- Utiliser une **échelle existante** ? (malgré les faux positifs)



# Quel score retenir?

- Scores ISAR et TRST les plus retrouvés dans la littérature
- Meilleure valeur prédictive positive du TRST

Table 1. Predictive Value of Screening Tools for Readmission at 1 month

Readmission, Months, and Screening Tool	Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (95% Confidence Interval)
1	
ISAR	0.603 (0.534–0.672)
TRST	0.653 (0.586–0.719)
ISARmod	0.611 (0.542–0.679)
MM	0.649 (0.585–0.712)



# Triage Risk Screening Tool

TRST: outil d'évaluation de la fragilité de la PA

– 5 dimensions prédictives de réadmission (SAU/MCO)

1. Présence de troubles cognitifs
2. Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes récentes
3. Poly médication (utilisation de cinq médicaments ou plus)
4. Antécédents d'hospitalisation (ou d'admission aux SAU)
5. Evaluation fonctionnelle réalisée par un soignant (AS/IDE)  
-ADL et évaluation sociale (isolement)

– Réponse de type OUI / NON

– Le score varie de 0 (pas de risque) à 6 (a très haut risque)

❖ Cut-off score  $\geq 2$  (sens: 88%, spec: 61%, PPV 80% , NPV: 73%)

❖ Concordance entre évaluateurs de 0.90

# Résultats d'une étude pilote évaluant le TRST

- pour le dépistage des **PA nécessitant l'intervention d'une EMG** dans les établissements de santé.
- Réalisée par le **groupe de travail sur les EMG de la SFGG**.
- Etude prospective **nationale multicentrique** incluant tous les patients de 75 ans ou plus, hospitalisés dans des services d'urgences et MCO.
- Le TRST a été **considéré comme positif** lorsque le score était supérieur ou **égal à 2 sur 5**. Il déclenchait alors l'évaluation du patient **par l'EMG**.
- Il était également demandé au gériatre s'il **considérerait** l'évaluation par l'EMG de ce patient **utile ou non**.

# Résultats d'une étude pilote évaluant le TRST

## Population de l'étude

- **2 à 4 semaines**, entre septembre et octobre 2013.
- **7 villes** : Annecy, Bordeaux, Brest, Grenoble, Marseille, Paris et Strasbourg
- Aux urgences, **427 patients ont eu un TRST** : 347 étaient positifs (**81,3%**) et 80 (18,7%) étaient négatifs
- En MCO: **63 patients ont eu un TRST**: 55 étaient positifs (**87,3%**) et 8 (12,7%) étaient négatifs.

# Résultats d'une étude pilote évaluant le TRST

- **Population** aux caractéristiques cliniques comparables aux données issues de la cohorte nationale de 2011.

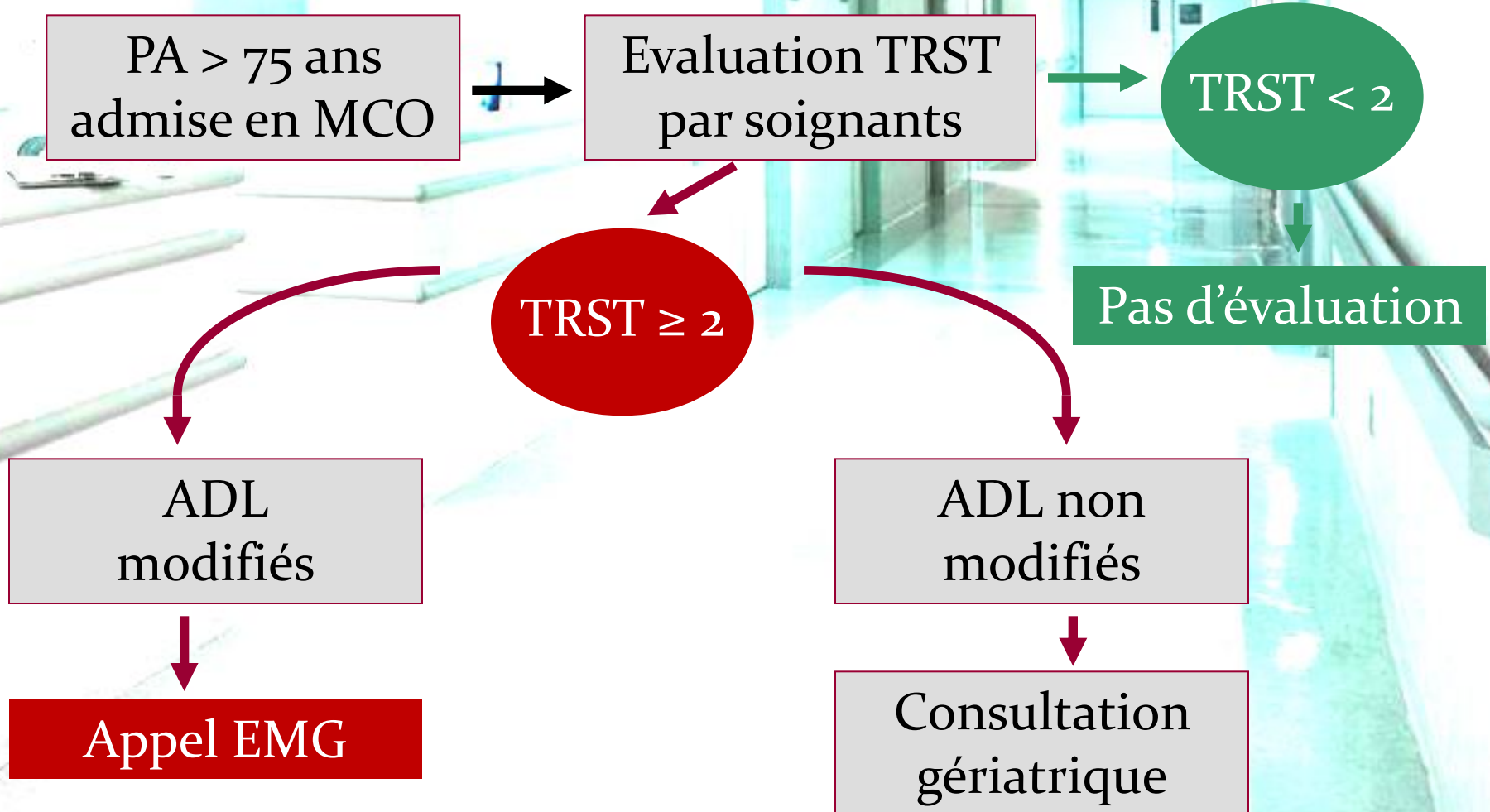
<i>Urgences</i>	<b>Effectif (%)</b>	<b>Estimation [IC 95%]</b>
Sensibilité	74 (44.6%)	79% [70-87%]
Spécificité	14 (8.4%)	19% [11-30%]
<b>MCO</b>	<b>Effectif (%)</b>	<b>Estimation [IC 95%]</b>
Sensibilité	47 (78.3%)	98% [89-99%]
Spécificité	7 (11.7%)	58% [28-84%]

# Résultats d'une étude pilote évaluant le TRST

- le TRST **ne permet pas d'identifier** les patients nécessitant le passage d'une EMG aux urgences, la spécificité du test étant trop faible et la sensibilité trop importante.
- En revanche, le TRST **semble pertinent à utiliser en MCO**, Avec de **bonnes performances prédictives**.



# Nouvel algorithme proposé



# Conclusion

- **L'EMG est un maillon important** du projet PAERPA.
- Les EMG doivent **en priorité** s'intéresser aux les PA fragiles ou pré-fragiles aux urgences et MCO, car **statut réversible**.
- Nécessité d'un score de repérage pour une **harmonisation** des pratiques.
- le TRST semble un bon test avec de bonnes performances prédictives pour **identifier** les patients nécessitant le passage d'une EMG en MCO.