

# **UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTÉ DE MEDECINE**

Année 2005

N°16

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

Par

**LE MOING Anne**

née le 16/01/1975 à Quimperlé (29)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2005

**ACTIVITÉ SUR L'ANNEE 2004 DE L'ÉQUIPE  
MOBILE GÉRIATRIQUE AU CHU DE NANTES.**

Président : Monsieur le Professeur RODAT

Directeur de thèse : Madame le Docteur LEMARCIS-DE DECKER

# **TABLE DES MATIÈRES**

**I. INTRODUCTION**.....p 1

**II. CONTEXTE DE L' ETUDE**.....p 2

A/ DEFINITION DU SUJET AGE

B/ POPULATION AGÉE EN PAYS DE LA LOIRE

- 1) démographie
- 2) espérance de vie
- 3) lieu de vie

C/ SANTÉ DE LA POPULATION AGÉE EN PAYS DE LA LOIRE

D/ LE PATIENT ÂGÉ FRAGILE

E/ STRUCTURES D' AIDE AUX PERSONNES AGÉES EN LOIRE ATLANTIQUE

- 1) financières
- 2) humaines
- 3) autres
- 4) centres locaux d'information et de coordination (clic)
- 5) hébergements
- 6) structures de soins de suite et de réadaptation

F/ LE SERVICE D' ACCUEIL DES URGENCES ET LE PATIENT AGÉ AU CHU DE NANTES

G/ L' EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE

- 1) son fonctionnement
  - a) *au service d'accueil des urgences*
  - b) *dans les services du CHU*
- 2) ses missions
  - a) *conseil, information et formation aux équipes soignantes*
  - b) *conseils et informations aux familles*
  - c) *évaluation gériatrique globale*
  - d) *participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie*
  - e) *orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra hospitalière*
  - f) *orientation à la sortie d'hospitalisation et organisation de la sortie*

**III. BUT DE L' ETUDE**.....p 17

**IV. MATERIEL ET METHODE**.....p 18

A/ POPULATION

## B/ OBTENTION DES RÉSULTATS

- 1) Activité de l'équipe mobile gériatrique
- 2) Obtention des résultats
- 3) Analyse statistique

## **V. RESULTATS**..... p 21

### A/ LA POPULATION GÉNÉRALE

### B/ ÂGE ET SEXE

### C/ MODE DE VIE

### D/ LES AIDANTS

### E/ LE GROUPE ISO RESSOURCE ET LE MINI MENTAL STATE DE FOLSTEIN

### F/ LE MOTIF D'HOSPITALISATION

### G/ LES SERVICES D' HOSPITALISATION DEMANDEUR

### H/ LES MOTIFS DE DEMANDE DE CONSULTATION

### I/ LE TYPE DE DEMANDE

### J/ DELAI D'INTERVENTION DE L' ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE

### K/ LES CONSULTATIONS OU AVIS SOUHAITÉS PAR L' ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE

### L/ DEVENIR A COURT ET MOYEN TERMES DES PATIENTS ÉVALUÉS AUX URGENCES

- 1) devenir à court terme
- 2) devenir à moyen terme
- 3) devenir à court et moyen termes

### M/ PROPOSITION PAR L' ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE DE DEVENIR À COURT TERME ET DEVENIR EFFECTIF À COURT ET MOYEN TERMES DES PATIENTS EVALUÉS DANS LES SERVICES D'HOSPITALISATION

- 1) proposition de devenir à court terme par l'équipe mobile gériatrique
- 2) devenir effectif à court terme
- 3) devenir effectif à moyen terme

### N/ DURÉE MOYENNE DE SORTIE APRÈS INTERVENTION DE L' ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE

### O/ MISSION D'ENSEIGNEMENT

**VI. DISCUSSION**..... p 41

A/ LE PATIENT ÂGÉ FRAGILE

B/ LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

C/ LE NOMBRE DE PATIENTS ÉVALUÉS PAR L' ÉQUIPE

- 1) le service d'accueil des urgences
- 2) les services d'hospitalisation

D/ LA POPULATION ÉVALUÉE PAR L' EQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE

E/ LES MOTIFS D'HOSPITALISATION DES PATIENTS ÉVALUÉS

F/ ÉVALUATIONS MÉDICO PSYCHO SOCIALE GÉRIATRIQUE

- 1) au service des urgences
- 2) dans les services d'hospitalisation

G/ DEVENIR

- 1) au service des urgences
- 2) dans les services d'hospitalisation

**VII. CONCLUSION**..... p 54

**BIBLIOGRAPHIE**.....p 56

# **I. INTRODUCTION**

L'évolution démographique de notre pays voit une augmentation constante de l'effectif des personnes âgées. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une demande croissante de soins. La fréquentation hospitalière des personnes âgées est de plus en plus importante et conduit à une réflexion pluridisciplinaire sur leur prise en charge. En effet, ces patients présentent une problématique souvent complexe où se mêlent problèmes médicaux et sociaux. La prise en charge optimale de ces patients âgés nécessite l'intervention des différents acteurs de santé et une étroite collaboration entre les services de court séjour, de soins de suite et de soins de longue durée. Fin 2003, la création de l'équipe mobile gériatrique au CHU de Nantes concrétise un projet de prise en charge globale du patient âgé, en particulier fragile, exposé à un grand risque de basculer dans la dépendance, au moindre événement médical, psychique ou social. Après un peu plus d'un an d'existence, il nous est apparu indispensable d'évaluer son activité et son impact sur les filières de soins gériatriques intra hospitalières. L'équipe mobile de gériatrie pratique une expertise gériatrique globale pour évaluer les patients, qui bénéficient alors d'un projet de soins adapté à leur situation médico sociale. L'équipe joue un rôle de lien entre les services de spécialité à vocation non gériatrique et les services du pôle de soins gériatriques. L'objectif de son activité est l'amélioration des soins aux plus âgés, trop souvent victimes de la iatrogénicité d'une hospitalisation injustifiée ou d'une mauvaise orientation intra hospitalière.

## **II. CONTEXTE DE L'ETUDE**

### **A/ DEFINITION DU SUJET AGE**

Pour définir la vieillesse, l'OMS retient l'âge de 65 ans et plus, groupe d'âge utilisé pour les comparaisons internationales.

En France, l'âge de 75 ans et plus est habituellement retenu pour l'évaluation des équipements et services destinés aux personnes âgées.

### **B/ POPULATION AGÉE EN PAYS DE LA LOIRE**

#### **1) démographie :**

La tendance générale observée au niveau national se confirme en Pays de la Loire avec une baisse de l'effectif des moins de 20 ans, et une hausse du nombre des plus de 60 ans qui a augmenté de 14% entre 1990 et 2001. L'INSEE a estimé, en 2001, le nombre de personnes de plus de 60 ans à 689 500, en Pays de la Loire soit 21% de la population (1). L'indice de vieillissement (a) de la région, avec 63%, est comparable à celui de l'ensemble de la France. Mais de grandes disparités sont observées : l'indice de vieillissement de la Vendée est beaucoup plus élevé (78%) que celui des autres départements et notamment de la Loire Atlantique (56%) (1).

D'après les projections démographiques de l'INSEE selon le modèle Omphale (b), le nombre des plus de 60 ans devrait augmenter de 77,8% d'ici 2030 et représenter alors 33,8% de la population des Pays de la Loire. Toujours selon les projections de l'INSEE, le nombre des 75 ans et plus devrait plus que doubler d'ici 2030, de même que l'effectif des 85 ans et plus. Si l'on s'attache à ces projections, les Pays de la Loire deviendront, en 2030, plus âgés que la moyenne française.

*(a) Indice de vieillissement : nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.*

*(b) Le modèle OMPHALE est un programme appliqué par l'INSEE pour réaliser des projections de population en fonction de différentes hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations de population. Le modèle OMPHALE 2000-2030 a retenu les hypothèses suivantes :*

- 1) maintien de l'indicateur conjoncturel de fécondité estimé lors du recensement,*
- 2) prolongement des gains de mortalité par sexe et âge observés au cours des 30 années précédant le recensement,*
- 3) maintien des quotients migratoires par sexe et âge observés entre les recensements de 1982 et 1999.*

## **2) espérance de vie :**

Dans les Pays de la Loire, en 2000, l'espérance de vie à la naissance est supérieure à la moyenne nationale : 75,4 ans pour les hommes et 83,2 ans pour les femmes. A l'intérieur de la région, la Loire Atlantique est le seul département dont l'espérance de vie masculine soit inférieure à la moyenne française (0,4 ans de moins). L'espérance de vie féminine est quant à elle supérieure à la valeur moyenne française dans tous les départements de la région (2).

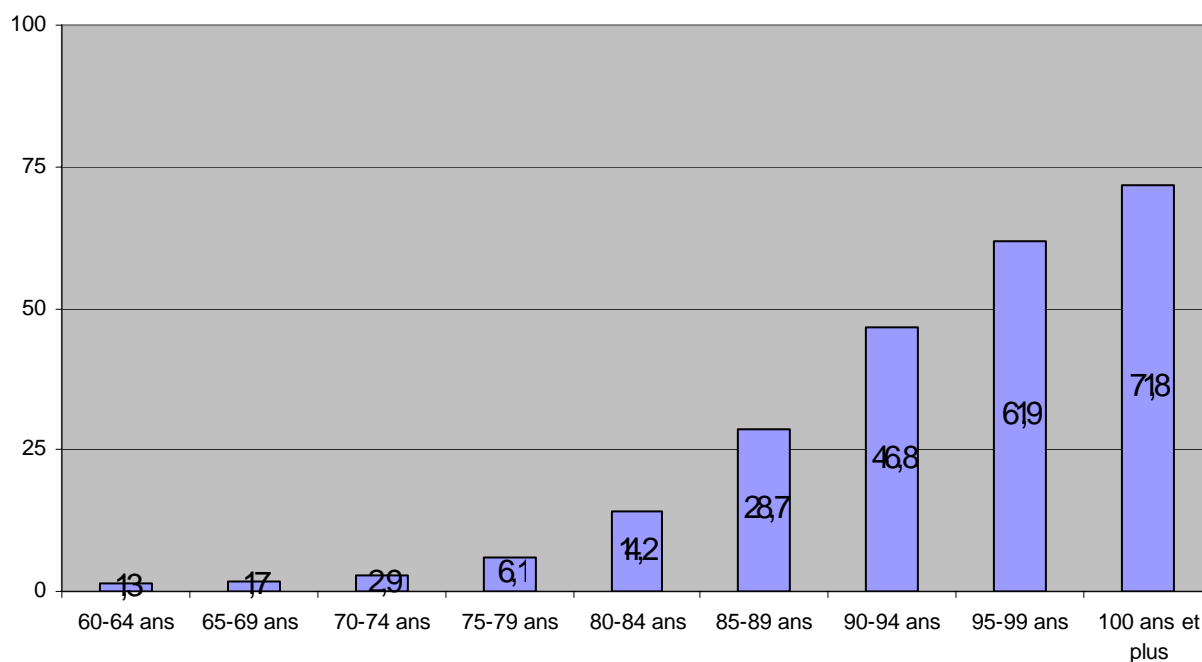
<i>Espérance de vie</i>	<i>Pays de la Loire</i>	<i>France</i>
<i>A LA NAISSANCE</i>		
Homme	75,4 ans	75,1 ans
Femme	83,2 ans	82,5 ans
<i>A 60 ANS</i>		
Homme	20,6 ans	20,2 ans
Femme	25,7 ans	25,3 ans

## **3) lieu de vie :**

Au-delà de 85 ans, la proportion de personnes vivant en institution (soins de longue durée, maison de retraite, foyer logement) croît rapidement (3).

Entre 1990 et 1999, la proportion de personnes vivant en institution a augmenté pour la tranche d'âge supérieure à 90 ans, mais a diminué en deçà de cet âge (3).

### Proportion en % des personnes vivant en institution selon l'âge en Pays de la Loire SOURCE insee (RP 1999)



## C/ SANTÉ DE LA POPULATION AGÉE EN PAYS DE LA LOIRE

Le recul marqué de la mortalité des personnes de plus de 75 ans, en France comme en Pays de la Loire, de 30 % depuis les années 1980, témoigne d'une amélioration globale de leur santé (4). Cette évolution dont résulte une augmentation importante du nombre des personnes très âgées est multifactorielle : amélioration de la qualité de vie, moindre exposition à certains facteurs de risque et meilleure prise en charge des maladies chroniques. Cependant, la majorité des personnes âgées sont polypathologiques.

En 2000, 17% des séjours hospitaliers ont concerné des ligériens de plus de 75 ans, avec comme motif principal dans 18% des cas une pathologie cardio-vasculaire. Les pathologies cardio-vasculaires représentent, pour cette classe d'âge, 45 % des admissions annuelles (moyenne 1999-2001) en ALD, devant les cancers (22 %) et les troubles mentaux (13 %) (4).

Remarquons que la cataracte est un motif fréquent (10 % des séjours) d'hospitalisation pour cette classe d'âge (4).



## **D/ LE PATIENT ÂGÉ FRAGILE**

Chaque année, l'espérance de vie augmente et l'âge d'entrée dans la dépendance recule, autrement dit nous vivons plus vieux et en meilleure santé. Mais, avec le vieillissement démographique, s'est individualisé un groupe de personnes âgées dites fragiles. Il s'agit de malades âgés, en équilibre instable sur le plan médical, et à haut risque de décompensation ou d'évolution péjorative de leur autonomie, à l'occasion d'une pathologie aiguë, de l'effet indésirable d'un médicament, ou d'un stress d'ordre socio affectif.

La fragilité traduit un équilibre médical et socio économique précaire pouvant être rompu par tout événement extérieur même minime.

La population des sujets de plus de 75 ans ayant un état de santé fragile, et dont l'autonomie risquerait de rapidement se dégrader représenterait 25 à 35 % des individus de cette classe d'âge. Chaque année environ, 12 % de la population indépendante vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne, et bascule dans la fragilité (6).

WINOGRAD a défini les critères de fragilité (8) prédictifs d'hospitalisation prolongée, de mortalité, d'institutionnalisation, de perte de fonction suite à une hospitalisation :

- 1) *65 ans et plus*
- 2) *accident cérébro-vasculaire, maladie chronique et invalidante*
- 3) *confusion, dépression*
- 4) *démence*
- 5) *troubles de la mobilité, dépendance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne*
- 6) *chute dans les 3 derniers mois*
- 7) *alitement prolongé*
- 8) *escarres*
- 9) *malnutrition, perte de poids ou d'appétit*
- 10) *poly-médication*
- 11) *déficit sensoriel (auditif, visuel)*
- 12) *problèmes socio économiques et familiaux*
- 13) *utilisation de contentions*
- 14) *incontinence*
- 15) *pas d'hospitalisation programmée dans les 3 mois*

## **E/ STRUCTURES D'AIDE AUX PERSONNES AGÉES EN LOIRE ATLANTIQUE**

### **1) financières :**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a succédé à la prestation spécifique dépendance. L'APA est financée essentiellement par les conseils généraux. Le droit à l'APA dépend du niveau d'autonomie de la personne, évalué à l'aide de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso ressources) : pour bénéficier de l'APA il faut appartenir aux groupes GIR 1 à 4 (GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes, GIR 6 aux plus autonomes).

Fin 2002, 11 563 personnes percevait l'APA en Loire Atlantique, soit 148 bénéficiaires pour 1000 personnes au-dessus de 75 ans, pour un taux national à 158 (3). Après trois ans d'existence, l'APA concerne un grand nombre de personnes, puisque fin 2004 17 154 personnes en bénéficient en Loire Atlantique, soit 205 bénéficiaires pour 1000 personnes de plus de 75 ans (7).

### **2) humaines :**

La personne âgée peut bénéficier d'aides à domicile pour les tâches de la vie quotidienne. Elle peut être l'employeur de l'aide ou faire appel à un service d'aide agréé. Ces services sont au nombre de 87 sur le département regroupés dans 2 associations principales : le CCAS (centre communal d'action sociale), et l'ADMR (aide à domicile en milieu rural) (3). La diversité des services offerts rend le recensement de ce secteur d'activité difficile, d'autant plus que le service des aides ménagères n'est pas spécifique aux personnes âgées.

Les quelques 500 infirmiers libéraux prennent en charge la majorité des soins de nursing des personnes âgées, ce qui représente d'ailleurs la plus grande partie de leurs actes. Les autres soins de nursing sont effectués par les infirmiers salariés des centres de soins, et par les 535 aides soignants des 31 SSIAD (service soins infirmiers à domiciles) du département dont les interventions sont coordonnées par 51 infirmiers (3). Les toilettes peuvent être effectuées par les aides soignants ou les infirmiers sur prescription médicale.

L'entourage garde une place primordiale dans l'aide aux personnes âgées dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (course, ménage, gestion du budget...).

### **3) autres :**

Les services de téléalarme et portage de repas à domicile sont proposés aux personnes âgées. Pour ces services, le centre communal d'action social de Nantes participe financièrement en fonction des ressources de la personne âgée.

Le centre communal d'action social nantais gère également une dizaine de foyers restaurants sur l'agglomération, où peuvent se restaurer les personnes âgées tous les midis. Il s'agit d'un lieu de rencontre et de loisir où différentes activités sont proposées.

### **4) centres locaux d'information et de coordination (clic) :**

La mise en place des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) a commencé en 2000 sur des sites pilotes et s'est généralisée sur l'ensemble du territoire national depuis 2001. Il s'agit de structures de proximité, pour les personnes âgées et leurs proches, dont le territoire d'intervention est défini au niveau départemental.

Les CLIC conseillent et orientent les personnes âgées, leur facilitent l'accès à leurs droits.

Les CLIC coordonnent les actions des professionnels de santé, de l'aide à domicile, de l'amélioration de l'habitat et de l'ensemble des acteurs locaux.

Aujourd'hui, les missions des CLIC se déclinent sur 3 niveaux :

- les **CLIC de niveau 1** proposent une écoute et une information sur les aides et prestations disponibles et mettent à disposition les dossiers de demande nécessaires à leur obtention,

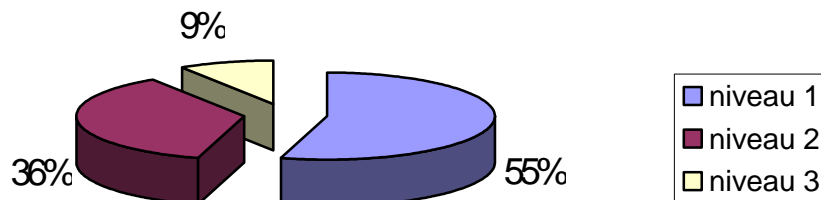
- les **CLIC de niveau 2** ont en plus une mission d'évaluation des besoins, et l'élaboration de plan d'aide personnalisé,

- les **CLIC de niveau 3** prennent en charge la mise en place et le suivi du plan d'aide personnalisé défini. Ces CLIC articulent une prise en charge médico sociale : ils coordonnent les actions des professionnels de santé, des intervenants sociaux et des services de l'amélioration de l'habitat. Il s'agit d'un suivi organisé.

A terme, l'ensemble des CLIC devrait tendre vers un niveau 3 de labellisation.

En Loire Atlantique, des 11 CLIC installés sur les 18 prévus, seul un centre est labellisé en niveau 3, 4 sont en niveau 2, et la majorité soit 6 centres sont encore en niveau 1. L'évolution des CLIC sur le département est loin derrière la moyenne nationale où près de 47% des CLIC sont de niveau 3.

### Répartition des CLIC en Loire Atlantique en fonction de leur niveau de labellisation



## 5) hébergements :

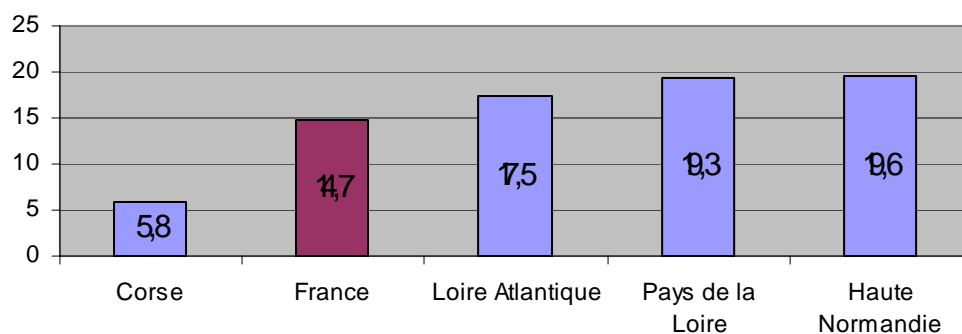
Au-delà de l'âge de 85 ans, la proportion de personnes âgées institutionnalisées croît rapidement.

En Loire Atlantique, les personnes âgées institutionnalisées sont accueillies dans les 154 maisons de retraite, 32 foyers logements, et 18 soins de longue durée (3).

En 2001, avec un total de 14 142 lits répartis entre les 10 640 lits de maisons de retraite, 1 864 lits de soins de longue durée, et les 1 638 lits de foyers logements, la Loire Atlantique a un taux d'équipement (c) de 17,5 lits pour 100 personnes de plus de 75 ans, taux le plus faible de la région avec la sarthe. Précisons cependant, que le taux d'équipement sur l'ensemble de la France n'est que de 14,7. Juste derrière la Haute Normandie, les Pays de la Loire ont le taux d'équipement le plus fort des régions françaises, avec 19,3 places d'hébergement pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans : dans la région le nombre de places en maison de retraite a augmenté de 11,3 % entre 1991 et 2001, celui en foyer logement de 17,9 %, et celui en soins de longue durée de 18,7 % (3).

(c) le taux d'équipement est le rapport du nombre total de lits d'hébergement en structures à la population âgée de 75 ans et plus.

**Comparaison des taux d'équipement en établissement  
pour personnes âgées (nombre de lits ou places pour  
100 personnes de 75 ans et +)**



**Rang des Pays de la Loire au niveau national (le premier rang correspond à la valeur la plus élevée)**

<i>indicateur</i>	<i>période</i>	<i>valeur</i>	<i>Rang des Pays de la Loire au niveau national</i>
Proportion des plus de 75 ans, en pourcentage de la population totale	1999	7,9	13 ème rang
Taux d'équipement (c)	01/01/2001	19,3	2 ème rang

*Sources : INSEE, DRASS (2).*

Les Pays de la Loire sont une région moyenne vieillie, sa population des 75 ans et plus ne représente que 7,9 % de la population totale, et fait partie des régions largement pourvues en structures sociales puisqu'elle arrive en seconde position pour son taux d'équipement en établissement d'accueil pour personnes âgées.

L'hébergement temporaire a tendance à se développer. Toutes les structures (maisons de retraite, longs séjours, foyers logements) peuvent le proposer. Le nombre de places est passé en Loire Atlantique de 261 en 1996 à 314 en 2001. Cette formule permet au conjoint ou à la famille de se reposer ou de passer une période difficile (hiver, vacances...) (3).

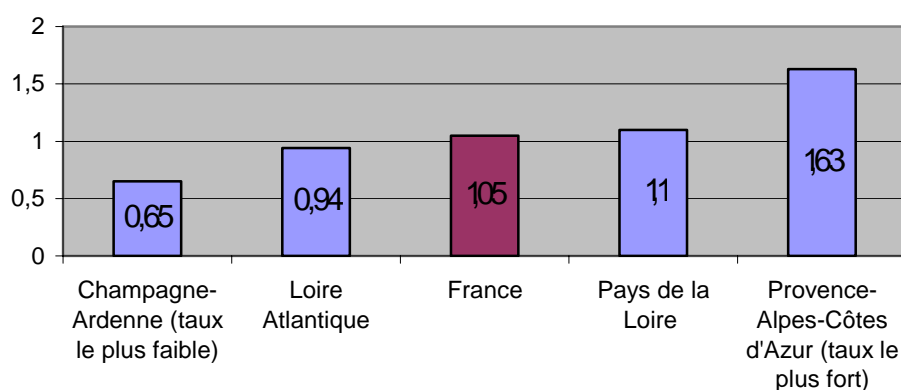
D'autres types d'établissement voient le jour : les résidences services et les domiciles collectifs. Les résidences services sont des ensembles d'appartements mis à la disposition des personnes âgées, sous forme de location ou d'acquisition, et disposent de services adaptés aux personnes âgées. Les domiciles collectifs accueillent des personnes fragilisées, leur offrent un logement indépendant, un mode de vie communautaire si elles le souhaitent, et s'appuient sur des services existants (aide ménagère, service de soins à domicile...).

## **6) structures de soins de suite et de réadaptation :**

Ces services de moyen séjour regroupent deux activités principales que sont les soins de suite ou de convalescence et la rééducation fonctionnelle. Dans la filière de soins, ils occupent une place stratégique en aval d'une hospitalisation en service de soins aigus, où les durées de séjour sont de plus en plus courtes. Malgré cette place importante et l'augmentation du nombre d'entrées de 18 % en France depuis 1990, le nombre de lits a baissé de 7 % (5). En parallèle, se sont développés les prises en charge en ambulatoire et en hôpital de jour, surtout pour la rééducation fonctionnelle.

En Loire Atlantique, le taux d'équipement (d) en lits de soins de suite est, avec seulement 0,94 lit pour 1000 personnes, inférieur à celui des autres départements de la région qui a un taux d'équipement moyen de 1,10, ce qui positionne les Pays de la Loire au-dessus de la moyenne nationale (1,05 lit de soins de suite pour 1000 habitants) (5).

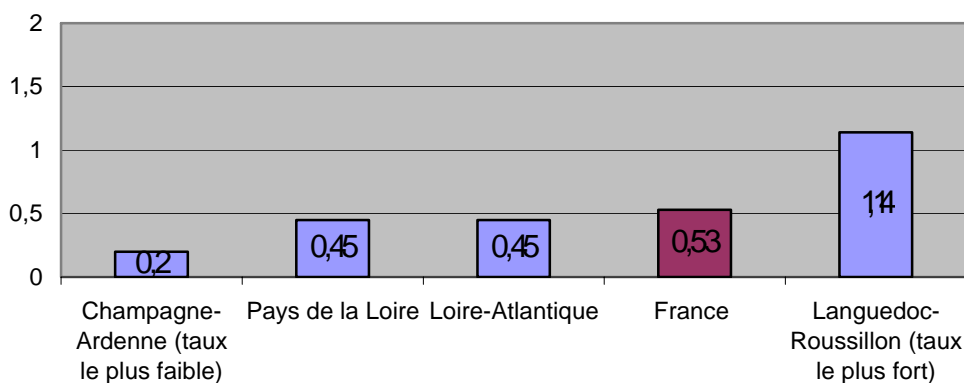
**Taux d'équipement en soins de suite (01/01/2002)**



(d) le taux d'équipement est le nombre de lits et places installés en service de soins de suite et/ou réadaptation pour 1000 habitants.

Au niveau des lits de réadaptation fonctionnelle, les Pays de la Loire ont, avec 0,45 lit pour 1000 personnes, un taux d'équipement (d) inférieur à la moyenne nationale (0,53 lit pour 1000 personnes), mais avec de grandes disparités sur le territoire régional, puisque la Sarthe et la Vendée sont les départements les mieux équipés, avec des taux d'équipement respectifs de 0,74 et 0,60. La Loire Atlantique a quant à elle un taux d'équipement superposable au taux d'équipement moyen de la région (5).

**Taux d'équipement en réadaptation fonctionnelle  
(01/01/2002)**



## **F/ LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ET LE PATIENT AGÉ AU CHU DE NANTES**

En 1998, le travail du Dr F. YVAIN (9), médecin rééducateur fonctionnel et gériatre au CHU de Nantes, a permis de recenser les personnes de 75 ans et plus, accueillies au service des urgences. Sur 10 jours, randomisés entre le 31 janvier et le 11 avril 1998, ont été inclus initialement 220 patients. Puis ont été exclus les 12 patients transférés d'un service hospitalier hors long séjour et qui y sont retournés, et les 8 patients dont les dossiers étaient incomplets.

Sur ces 10 jours d'inclusion, la moyenne d'entrée par jour aux urgences est de 215 personnes, dont 10,2 % de sujets âgés de 75 ans et plus, soit en moyenne 22 personnes de 75 ans et plus examinées par jour aux urgences.

Au sein de cette population de 75 ans et plus arrivant aux urgences, la majorité sont des femmes (65,5 %), qui sont le plus souvent veuves (73,8 %), alors que les hommes sont mariés dans 50,7 % des cas. La moyenne d'âge est de 84 ans +/- 5,5 ans, avec des femmes significativement plus âgées que les hommes (84,8 ans +/- 5,5 ans contre 82,2 ans +/- 5,1 ans).

Environ un tiers de ces patients vivent seuls, surtout les femmes : 36,3 % des femmes vivent seules contre 22,1 % des hommes. 21,2 % des personnes qui vivent à domicile, résident en famille c'est-à-dire avec un membre de leur famille autre que leur conjoint, et dans ce cas là, il s'agit surtout de femmes veuves.

Pour les patients institutionnalisés, ils résident essentiellement en maison de retraite : 56,9 % en maison de retraite médicalisée, 32,8 % en maison de retraite non médicalisée, 6,9 % en foyer logement, 3,4 % en soins de longue durée.

La majorité de ces personnes âgées ne sont pas isolées : 88 % d'entre elles ont un soutien à proximité (dans 77,6 % des cas il s'agit d'au moins un des enfants, dans 10,4 % d'un autre membre de la famille ou d'amis proches). 45 % des personnes vivant à domicile bénéficient d'une aide à domicile pour les actes de la vie quotidienne, 23 % bénéficient de deux aides, et 5,3 % de trois aides.

Cependant, les personnes de 75 ans et plus arrivent le plus souvent seules aux urgences (59,5 %). Elles sont majoritairement véhiculées par une ambulance (88 %). 7,5 % des personnes âgées ne sont pas adressées par un médecin, et la moitié des patients adressés par un médecin le sont par un médecin ne les connaissant pas ou peu (médecin remplaçant, médecin de garde).

Dans cette étude, les motifs d'hospitalisation ne sont pas détaillés, mais 9 % des hospitalisations ont un caractère purement social.

Un patient sur cinq est retourné à son lieu de vie après son passage aux urgences ou un bref séjour en unité d'hospitalisation de courte durée.

## **G/ L'EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE**

L'un des objectifs du gouvernement, dans son programme 2002-2005 de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, est d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles.

Pour améliorer la filière de soin gériatrique, ont été créés des consultations d'évaluation gériatrique, des courts séjours gériatriques, et des équipes mobiles gériatriques. Les soins de suite et de réadaptation ont connu des modifications quantitatives et qualitatives pour accueillir au mieux ces patients âgés fragiles. L'hospitalisation à domicile tend également à se développer.

Dans le cadre de cette volonté nationale, l'équipe mobile gériatrique est créée au CHU de Nantes en octobre 2003. Cette équipe intervient à la demande du service d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers, et ne peut exister qu'au sein de l'activité gériatrique structurée et reconnue du pôle gériatrique du CHU (circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 et circulaire n°2003-195 du 16 avril 2003).



Cette équipe se compose d'un médecin gériatre à temps plein, de deux assistantes sociales à mi-temps, et d'une secrétaire à mi-temps. L'équipe fonctionne la journée du lundi au vendredi. Le médecin est joignable au « bip » ou au téléphone portable.

## **1) son fonctionnement :**

### **a) au service d'accueil des urgences**

L'équipe est disponible dans le service des urgences tous les matins du lundi au vendredi, et peut également y intervenir l'après-midi en fonction de ses disponibilités. L'équipe est joignable toute la journée par les médecins des urgences. C'est l'un des médecins seniors des urgences qui sollicite l'intervention de l'équipe, en général par l'intermédiaire de l'interne ou de l'infirmière. La demande est notifiée sur le dossier.

Avec l'accord du médecin urgentiste, la prise en charge médicale est assurée par le médecin gériatre. Les propositions de soins sont discutées de façon pluridisciplinaire.

L'assistante sociale de l'équipe assure quant à elle l'évaluation sociale. Par l'interrogatoire du patient, de ses proches et des intervenants extérieurs, elle établit le contexte social. Elle fait l'inventaire des lits disponibles dans l'ensemble du pôle de soins gériatriques, et assure l'organisation des transferts vers ces services. Dans le cas de retour direct à domicile, elle tente de majorer les aides si cela est nécessaire et prend contact avec les intervenants extra hospitaliers. En cas de besoin, elle oriente et aide les familles dans la recherche d'une solution d'hébergement temporaire ou définitif en institution. Si le patient est hospitalisé, elle transmet à l'assistante sociale du service les éléments dont elle dispose et le bilan de son intervention.

Pour des raisons pratiques, l'équipe dispose d'un bureau sur le site des urgences. Pour l'ensemble des patients vus par l'équipe mobile gériatrique, la secrétaire saisit un courrier. Si le patient rentre à domicile, un courrier lui est immédiatement remis. En cas d'hospitalisation, le courrier est consultable dans le dossier informatique du patient dans les 48 heures. Un courrier est adressé à l'ensemble des médecins concernés par le patient. Par ailleurs, la secrétaire organise le planning des interventions de l'équipe et de l'enseignement. Elle suit également de près l'activité de l'équipe.

L'équipe mobile gériatrique bénéficie de l'intervention du personnel (infirmières, aides soignantes...) ainsi que du plateau technique des urgences.

### **b) dans les services du CHU**

L'équipe mobile gériatrique intervient dans tous les services du CHU, exceptés les services de gériatrie, tous les après-midi du lundi au vendredi. Là encore, la demande vient

d'un médecin senior, qui la justifiera succinctement sur un formulaire prévu à cet effet et consigné dans le dossier du patient. L'équipe essaie de se déplacer dans les 48 heures après la demande téléphonique au secrétariat. A la fin de l'évaluation, le médecin demandeur est sollicité pour discuter du projet de soin.

Contrairement aux patients vus aux urgences, la prise en charge médico sociale reste sous la responsabilité du service d'hospitalisation.

## **2) ses missions :**

### **a) conseil, information et formation aux équipes soignantes**

L'équipe mobile est à la disposition des professionnels hospitaliers pour répondre à leurs questions concernant la personne âgée.

L'équipe assure des formations à l'ensemble du personnel du CHU. Les équipes soignantes des différents services choisissent les thèmes gériatriques qu'elles souhaitent aborder. Les cadres de santé contactent l'équipe pour fixer les modalités de son intervention.

### **b) conseils et informations aux familles**

L'équipe mobile informe les patients et leur famille des démarches nécessaires à réaliser pour obtenir des aides financières, des aides à domicile, ou faire des demandes d'entrée en maison de retraite, foyer logement, ou soins de longue durée.

### **c) évaluation gériatrique globale**

L'équipe mobile gériatrique a été créée pour assurer une meilleure gestion des personnes âgées fragiles.

Les services hospitaliers se sont progressivement hyper spécialisés permettant une meilleure qualité des soins. Mais, les sujets âgés fragiles polypathologiques présentent une problématique médico psycho sociale complexe et variée. Une évaluation gériatrique globale apparaît alors indispensable pour le choix de la meilleure orientation possible de la personne âgée fragilisée.

L'évaluation gériatrique standardisée est un outil efficace d'évaluation de l'individu âgé dans sa globalité. Cette évaluation permet d'apprécier les facteurs, autres que les pathologies chroniques, susceptibles de modifier l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée fragile, à haut risque de perte d'autonomie. Elle s'appuie sur des échelles validées qui objectivent les besoins spécifiques de la personne âgée et permettent à l'ensemble des intervenants de s'exprimer dans un langage commun. Pour faire une approche globale du sujet âgé, l'équipe mobile gériatrique utilise ces échelles d'évaluation en fonction des problèmes posés par le patient âgé concerné.

Voici quelques exemples d'échelles gériatriques standardisées :

-autonomie, capacité fonctionnelle : *AGGIR (Autonomie Gériatrique. Groupe Iso Ressource)*

*ADL (Activity of Daily Living)*

*IADL (Instrumental Activity of Daily living)*

-fonctions cognitives : *MMS (Mini Mental State)*

*test de l'horloge*

*fluence verbale*

*test des 5 mots de Dubois*

-statut nutritionnel : *MNA (Mini Nutritional Assessment)*

-dépression : *GDS (Geriatric Depression Scale)*

-risque de chute : *test de Tinetti*

*get up and go test*

*station unipodale*

*d) participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie*

L'équipe mobile gériatrique propose une évaluation globale du patient âgé fragile, à l'issue de laquelle elle émet des recommandations et conseils médicaux, infirmiers et sociaux. Elle tente de proposer l'orientation la plus cohérente possible selon le profil du patient, les désirs de celui-ci et de sa famille.

### *e) orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra hospitalière*

L'équipe mobile gériatrique est une liaison entre les services à vocation non gériatrique et les services du pôle gériatrique. Son intervention permet d'optimiser le parcours hospitalier du sujet âgé. Son activité est favorable au développement des filières de soins gériatriques.

### *f) orientation à la sortie d'hospitalisation et organisation de la sortie*

L'équipe mobile entretient des relations étroites avec l'ensemble des services du pôle de soins gériatriques et avec les structures d'aide à domicile ou d'hébergement destinées aux personnes âgées, ce qui lui permet de proposer ou d'organiser de façon optimale la sortie du patient.

En cas de sortie directe du service des urgences, l'équipe a la charge de l'organiser. L'assistante sociale se met en contact avec les divers intervenants extérieurs en fonction des besoins du patient et aide les familles dans les inscriptions en institution adaptée si nécessaire. Le médecin rédige un courrier, propose au médecin traitant, selon les cas, une hospitalisation programmée ou des examens complémentaires. Dès sa sortie des urgences, il est remis au patient un courrier médical, dans le souci d'éviter les hospitalisations itératives.

Par la connaissance qu'elle a des structures réservées aux personnes âgées, l'équipe mobile gériatrique trouve toute sa place dans la régulation du flux des sujets âgés entre l'hôpital, le domicile et les structures extra hospitalières.

### **III. BUT DE L'ETUDE**

En octobre 2003, au CHU de Nantes, pour répondre à un besoin croissant de prise en charge des personnes âgées au sein de la structure hospitalière, est créée l'équipe mobile gériatrique. Il s'agit d'une unité fonctionnelle toute récente au CHU de Nantes, née d'une réflexion pluridisciplinaire médicale, paramédicale et administrative, afin d'optimiser la prise en charge et la gestion médico sociale des patients âgés fragiles.

Un peu plus d'un an après sa mise en place, une évaluation de son activité nous apparaît indispensable.

Dans cette optique, une étude descriptive prospective est réalisée au CHU de Nantes. Cette étude inclut des patients de 75 ans et plus fragiles, évalués par l'équipe mobile gériatrique au service d'accueil des urgences ou dans les services d'hospitalisation, entre janvier 2004 et décembre 2004.

# **IV. MATERIEL ET METHODE**

## **A/ POPULATION**

L'étude inclut l'ensemble des patients de 75 ans et plus, fragiles, évalués par l'équipe mobile gériatrique dans le service des urgences ou dans l'un des services d'hospitalisation du CHU de Nantes, entre le premier janvier 2004 et le trente et un décembre 2004 inclus.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant ou spécialiste aux urgences ou parfois directement dans un service d'hospitalisation, pour une prise en charge médicale et/ou sociale. Certains patients sont admis aux urgences sans avis médical préalable.

Les patients hospitalisés dans les services de gériatrie sont exclus dans le cadre de l'évaluation dans les services.

Les patients évalués dans le service des urgences et hospitalisés ensuite dans un secteur de gériatrie sont inclus dans l'étude.

Un document précisant les critères de fragilité de la personne âgée décrits par Winograd a été distribué à l'ensemble des services du CHU. Ce document est un outil pour aider les équipes à dépister les patients âgés fragiles. Après avoir reconnu le patient âgé fragile, le médecin urgentiste ou le médecin senior du secteur d'hospitalisation demande une évaluation par l'équipe mobile gériatrique.

## **B/ OBTENTION DES RÉSULTATS**

### **1) Activité de l'équipe mobile gériatrique :**

Les paramètres étudiés sont :

-le mois de l'évaluation,

-l'âge et le sexe du patient,

-le mode de vie du patient (domicile, hébergé en famille, foyer logement/résidence service, maison de retraite),

-les aidants au patient (conjoint, enfant, autre proche, intervenant extérieur, tuteur/curateur),

-le niveau GIR

- le score obtenu au MMS, réalisé uniquement dans les services d'hospitalisation, le cadre des urgences ne permettant pas toujours d'obtenir des résultats fiables,

- le ou les motifs(s) d'hospitalisation,

-le service demandeur du passage de l'équipe mobile gériatrique lorsque le patient est dans un service d'hospitalisation,

-le ou les motif(s) de la demande de consultation de l'équipe mobile gériatrique,

-le type de demande (médicale, sociale ou médico sociale),

-le délai d'intervention de l'équipe après la demande,

-le nombre et le type de consultation (gériatrique, psychogériatrique, non gériatrique) prévue ou conseillée par l'équipe mobile gériatrique,

- le devenir à court et moyen terme, lorsque le patient est évalué aux urgences,

-les propositions de devenir à court terme et le devenir effectif à court et moyen termes, lorsque le patient est vu dans un service d'hospitalisation,

-le délai avant le transfert du patient.

Il nous est apparu indispensable d'étudier les paramètres dans leur globalité, puis de dissocier les résultats selon que l'équipe mobile gériatrique est intervenue dans le service d'accueil des urgences ou dans un service d'hospitalisation. En effet, l'équipe mobile n'assure pas la même prise en charge selon le lieu de la consultation.

## **2) Obtention des résultats :**

Le suivi des paramètres d'activité de l'équipe mobile gériatrique est assuré par les intervenants (secrétaire, assistantes sociales, médecin) de l'équipe qui informatisent régulièrement les données.

## **3) Analyse statistique :**

L'analyse statistique est purement descriptive, avec estimation de moyennes pour les données quantitatives, et de pourcentages pour les données qualitatives.



# V. RESULTATS

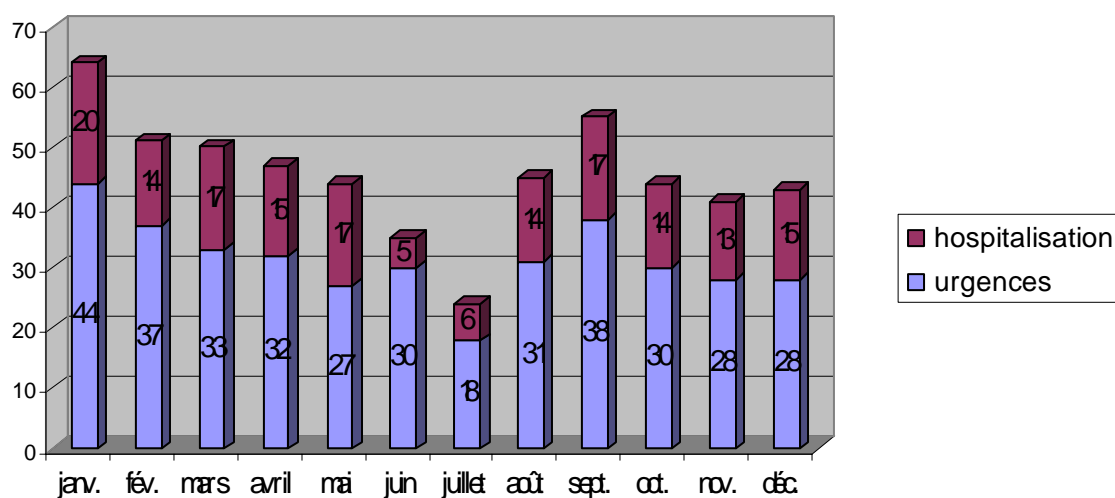
## A/ LA POPULATION GÉNÉRALE

Au cours de l'année 2004, l'équipe mobile de gériatrie a évalué 543 patients :

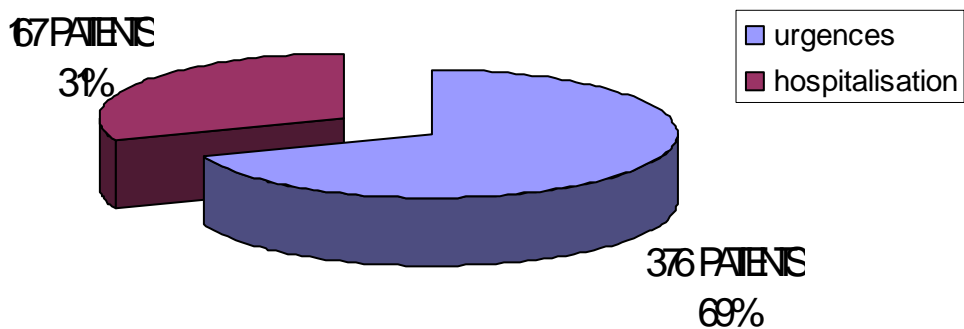
- 376 patients vus aux urgences (69,25 %),
- 167 patients vus dans les services d'hospitalisation (30,75 %).

Le nombre de patients vus en janvier est de 64 (44 aux urgences, 20 dans les services), 51 en février (37 aux urgences, 14 dans les services), 50 en mars (33 aux urgences, 17 dans les services), 47 en avril (32 aux urgences, 15 dans les services), 44 en mai (27 aux urgences, 17 dans les services), 35 en juin (30 aux urgences, 5 dans les services), 24 en juillet (18 aux urgences, 6 dans les services), 45 en août (31 aux urgences, 14 dans les services), 55 en septembre (38 aux urgences, 17 dans les services), 44 en octobre (30 aux urgences, 14 dans les services), 41 en novembre (28 aux urgences, 13 dans les services), 43 en décembre (28 aux urgences, 15 dans les services).

Nombre de patients vus en 2004 par l'équipe mobile gériatrique



### Répartition des patients en fonction du lieu de l'évaluation



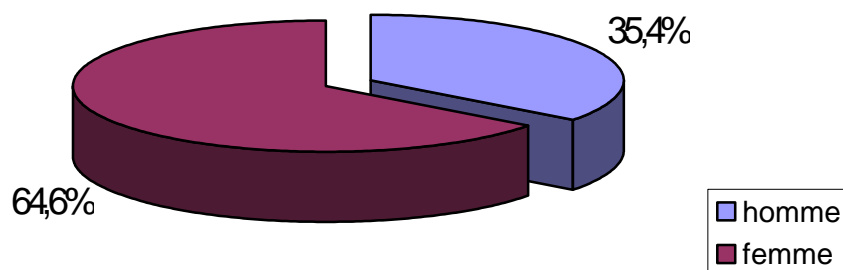
### B/ÂGE ET SEXE

Les femmes représentent globalement 64,65 % des patients évalués.

Au service d'accueil des urgences, elles représentent 68,35 % des patients évalués.

Dans les services d'hospitalisation, elles représentent 56,3 % des patients évalués.

### Répartition en fonction du sexe des patients évalués par l'équipe mobile gériatrique en 2004



L'âge moyen de la population globale est de 81,77 ans.

L'âge moyen des patients vus aux urgences est de 83,54 ans.

L'âge moyen des patients vus dans les services d'hospitalisation est de 80 ans.

### **C/ MODE DE VIE**

Globalement, 86 % des patients évalués vivent à domicile.

86,6 % des patients vus aux urgences vivent à domicile à leur admission.

Avant leur hospitalisation, 84,4 % des patients vus dans les services vivent à domicile.

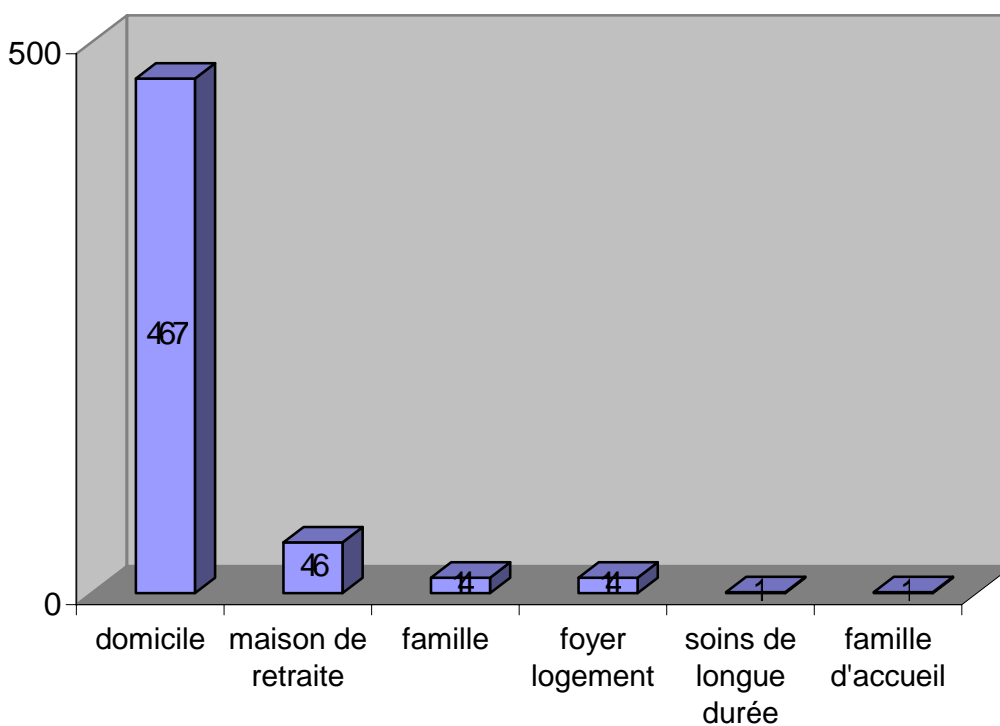
8,5 % de l'ensemble de la population évaluée vit en maison de retraite.

9 % des patients vus aux urgences vivent en maison de retraite.

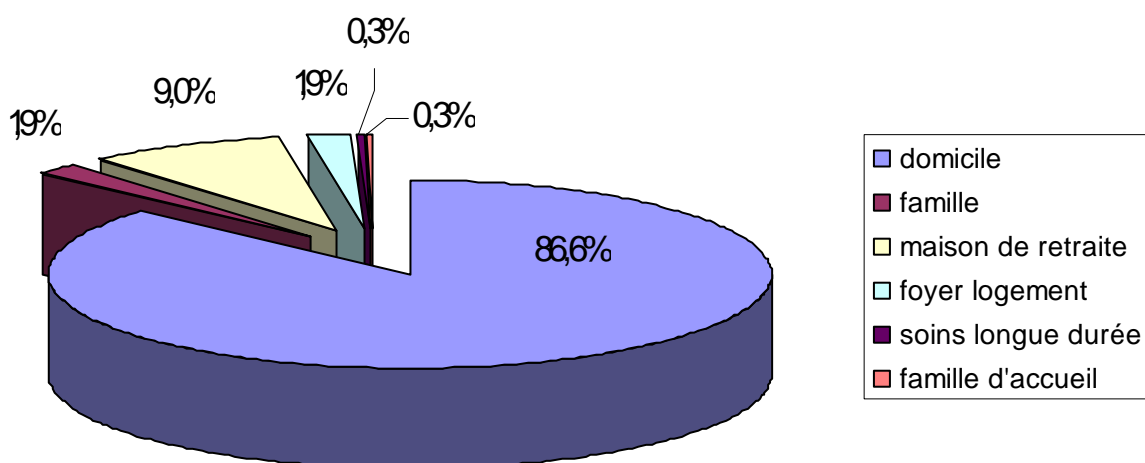
7,2 % des patients vus dans les services vivent en maison de retraite.

Que ce soit aux urgences ou dans les services, 11,2 % des patients évalués sont institutionnalisés (maison de retraite, foyer logement, soins de longue durée).

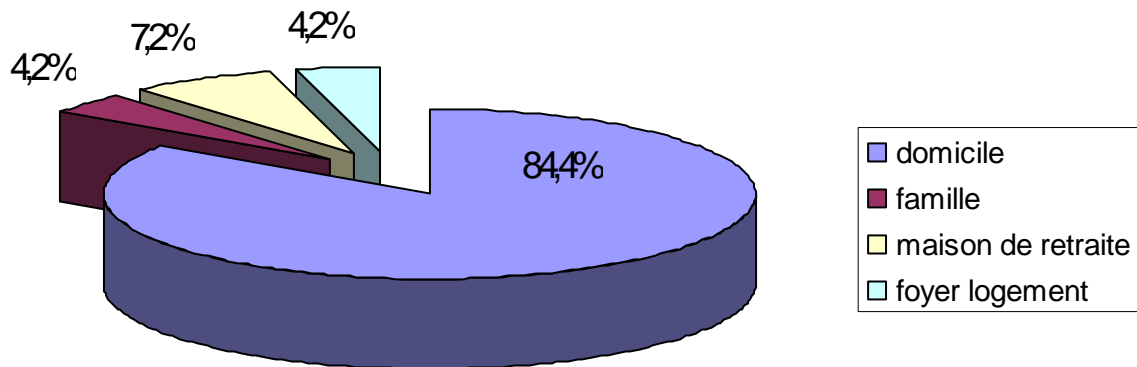
**lieu de vie de l'ensemble de la population évaluée par l'équipe mobile gériatrique en 2004**



**Lieu de vie des patients évalués aux urgences**



### Lieu de vie des patients évalués dans les services



## D/ LES AIDANTS

28,9 % des patients âgés fragiles vus par l'équipe vivent avec leur conjoint.

Un quart des patients évalués aux urgences vivent avec leur conjoint.

Dans la population évaluée dans les services, 37,7 % des patients vivent avec leur conjoint.

Globalement, les enfants sont présents dans 54,3 % des cas pour assurer une aide dans les actes de la vie quotidienne.

53,2 % des patients vus aux urgences bénéficient de l'aide de leur(s) enfant(s).

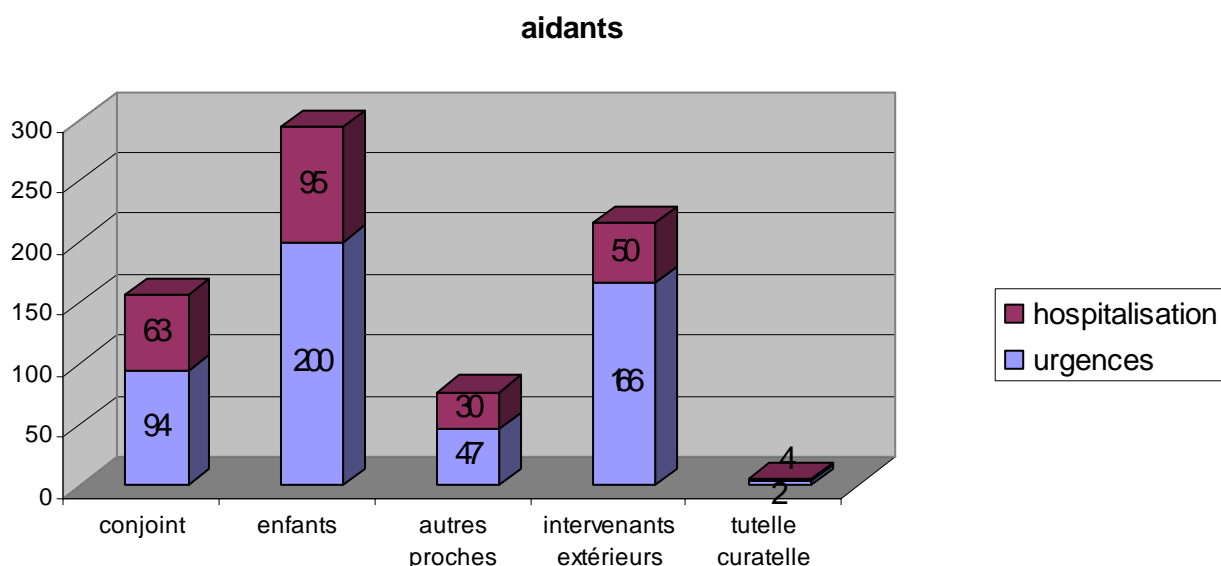
Les enfants aident leur parent pour 56,9 % des patients vus dans les services.

Infirmières, aides soignantes, et aides ménagères interviennent chez 39,8 % de l'ensemble des patients évalués.

44,1 % des patients vus aux urgences bénéficient de leur intervention.

29,9 % des patients évalués dans les services bénéficient de leur intervention.

Un peu plus de 1 % des patients vus par l'équipe mobile gériatrique sont sous tutelle ou curatelle dont 4 aux urgences (1,1 %) et 2 dans les services (1,2 %).



## **E/ LE GROUPE ISO RESSOURCE ET LE MINI MENTAL STATE DE FOLSTEIN**

Les patients âgés fragiles évalués dans le service des urgences ont un GIR moyen à 4,2.

Les patients expertisés dans les services ont un GIR moyen à 3,3.

Le contexte de l'urgence (douleur, confusion, salle commune, bruit...) est peu favorable à la bonne réalisation du MMS qui n'est donc pas effectué dans ce cadre là.

Le MMS est fait chez 35,9 % des patients âgés fragiles évalués par l'équipe mobile gériatrique dans les services. Le MMS moyen est pathologique à 17,25 sur 30.

## **F/ LE MOTIF D'HOSPITALISATION**

Les patients sont adressés par un médecin généraliste ou spécialiste aux services des urgences ou directement dans un service. Certains patients se présentent aux urgences sans avis médical préalable.

Les motifs de demande d'hospitalisation, précisés par le courrier du médecin adressant ou par les accompagnants en l'absence de courrier médical, des patients vus par l'équipe mobile gériatrique sont nombreux.

La chute (28,7 %), la confusion (10,6 %), et les troubles du comportement (10,1 %) sont les motifs de demande d'hospitalisation de ces patients les plus fréquents.

Aux urgences, la chute (31,75 %), les troubles de comportement (11,35 %), la confusion (10,4 %), et le maintien à domicile impossible (10,4 %) sont, pour les patients évalués par l'équipe mobile gériatrique, les motifs de demande d'hospitalisation les plus rencontrés.

Dans les services, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont : la chute (20,5%), la confusion (11 %), et la pathologie cardiaque (10,5 %).

<i>Motif d'hospitalisation</i>	<i>Population globale</i>	<i>Patients des urgences</i>	<i>Patients dans les services</i>
<b>chute</b>	<b>209</b>	<b>168</b>	<b>41</b>
<b>confusion</b>	<b>77</b>	<b>55</b>	<b>22</b>
<b>troubles du comportement</b>	<b>74</b>	<b>60</b>	14
<b>maintien à domicile impossible</b>	65	<b>55</b>	10
altération de l'état général	58	40	18
Neurologique hors fonctions supérieures	42	32	10
<b>Cardiaque</b>	39	18	<b>21</b>
Perte d'autonomie	35	22	13
pulmonaire	29	20	9
Traumatisme physique	27	11	16
malaise	26	22	4
douleur	22	16	6
abdominal	18	7	11
palliative	8	3	5



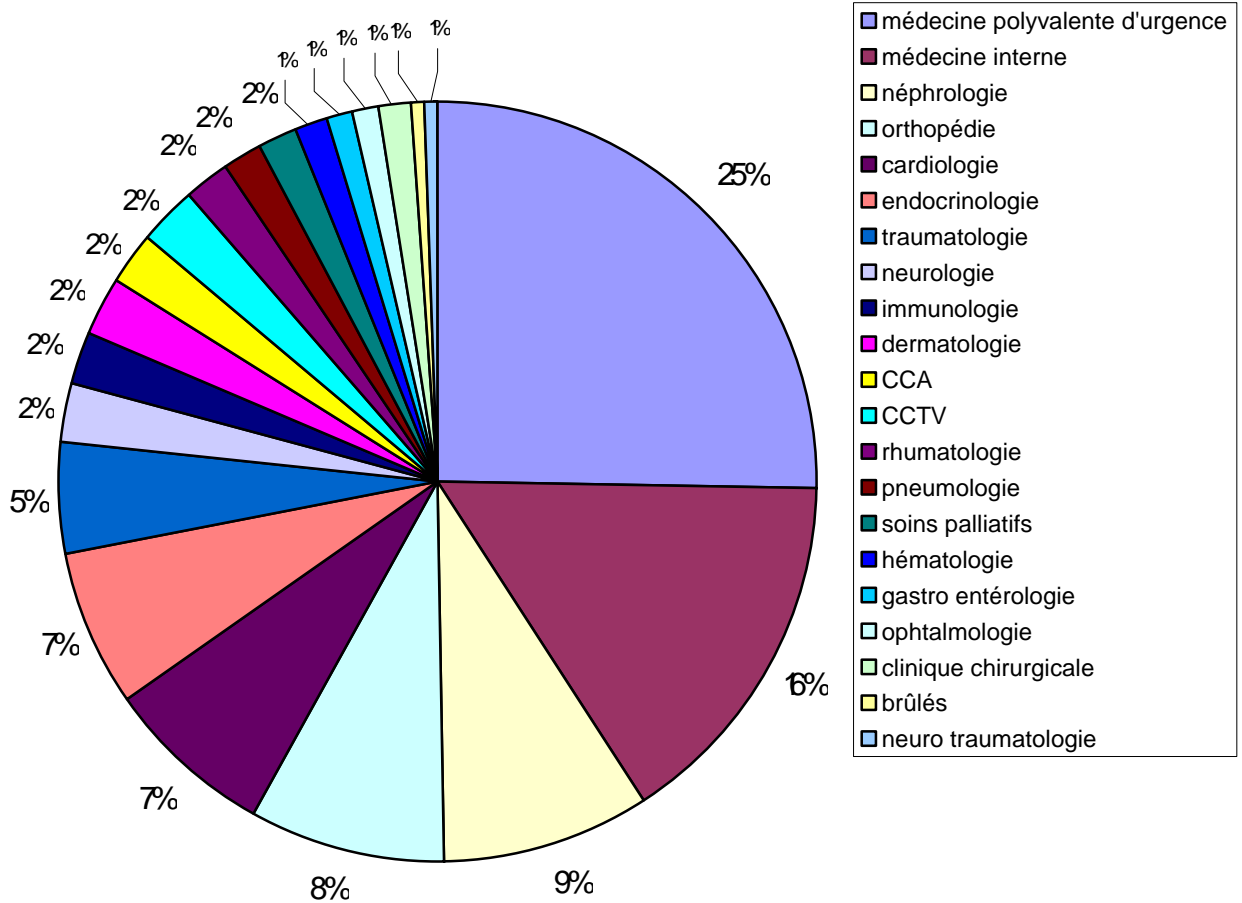
## **G/ LES SERVICES D'HOSPITALISATION DEMANDEUR**

Sur les 543 patients vus en 2004 par l'équipe mobile gériatrique, 30,75 % soit 167 patients l'ont été dans les services d'hospitalisation.

Un peu plus de 40 % des sollicitations émanent des services de médecine polyvalente d'urgence (25,1 %) et de médecine interne (15,6 %).

Les services de néphrologie (9 %), d'orthopédie (8,4 %) et de cardiologie (7,2 %) sont également demandeurs de l'intervention de l'équipe mobile gériatrique.

## Répartition des services demandeurs



## **H/ LES MOTIFS DE DEMANDE DE CONSULTATION**

Les médecins urgentistes ou les médecins des services d'hospitalisation font appel à l'équipe mobile gériatrique pour un ou plusieurs motifs.

Les motifs de demande de consultation les plus fréquents sont : l'évaluation gériatrique globale (34,2 %), le bilan de chute (16,3 %), le bilan cognitif (12,3 %) et la confusion (9,8 %).

Les urgentistes sollicitent l'équipe surtout pour la réalisation d'une évaluation gériatrique globale (31,8 %), le bilan de chute (20,3%), la confusion (10,1 %) et le maintien à domicile impossible (10,1%).

Les médecins des services font appel à l'équipe essentiellement pour l'évaluation gériatrique globale (40,3 %), le bilan cognitif (24,8 %), et la confusion (9,1 %).

<i>Motif de consultation</i>	<i>Population globale</i>	<i>Patients des urgences</i>	<i>Patients dans les services</i>
<b>Evaluation gériatrique globale</b>	<b>355</b>	<b>235</b>	<b>120</b>
<b>chute</b>	<b>169</b>	<b>150</b>	19
<b>bilan cognitif</b>	<b>128</b>	54	<b>74</b>
<b>confusion</b>	102	<b>75</b>	<b>27</b>
<b>maintien à domicile impossible</b>	91	<b>75</b>	16
troubles du comportement	66	50	16
perte d'autonomie	53	35	18
neurologique hors fonctions supérieures	24	21	3
malaise	16	16	0
cardiaque	11	11	0
palliative	6	4	10
douleur	9	9	0
autres	4	3	1

## **I/ LE TYPE DE DEMANDE**

Chaque demande a une composante médicale ou sociale ou médico sociale.

Que les demandes viennent d'un médecin des urgences ou de celui d'un service, elles ont une composante médicale dans 98,9 % des cas.

Globalement, 91,4 % des demandes d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie ont un caractère social : 91,2 % aux urgences et 91,6 % dans les services.

## **J/ DELAI D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE**

Aux urgences, les patients sont vus dans la journée.

En moyenne, l'équipe mobile gériatrique intervient dans les services d'hospitalisation, dans les 3 jours ouvrables suivant la demande. Rappelons que l'équipe ne fonctionne pas le week-end ni les jours fériés.

## **K/ LES CONSULTATIONS OU AVIS SOUHAITÉS PAR L'ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE**

<i>consultations</i>	<i>patients des urgences</i>	<i>patients des services</i>
gériatriques	5	3
psycho-gériatriques	21	18
autres consultations de spécialité	10	11

Lors de son évaluation médico psycho sociale, l'équipe mobile gériatrique a jugé nécessaire de prendre l'avis d'un spécialiste, le plus souvent d'un cardiologue, pour 21 des patients.

Pour 39 patients l'équipe a proposé une consultation en psycho gériatrie ou neurologie pour effectuer un bilan cognitif plus approfondi. Soit le patient a pu bénéficier de la consultation avant sa sortie d'hospitalisation, ce qui est rarement le cas à la vue des délais de consultation dans ce cadre là, soit le rendez-vous est pris par l'assistante sociale de l'équipe, ou conseillé à la famille et au médecin traitant.

Pour assurer le suivi gériatrique ou compléter la prise en charge, 8 rendez-vous de consultation gériatrique ont été pris ou conseillés.

## **L/ DEVENIR A COURT ET MOYEN TERMES DES PATIENTS ÉVALUÉS AUX URGENCES**

### **1) devenir à court terme :**

38 patients (10,2 %) des patients sont rentrés à domicile ou sont hébergés par leur famille.

206 patients (55,1 %) sont hospitalisés en court séjour :

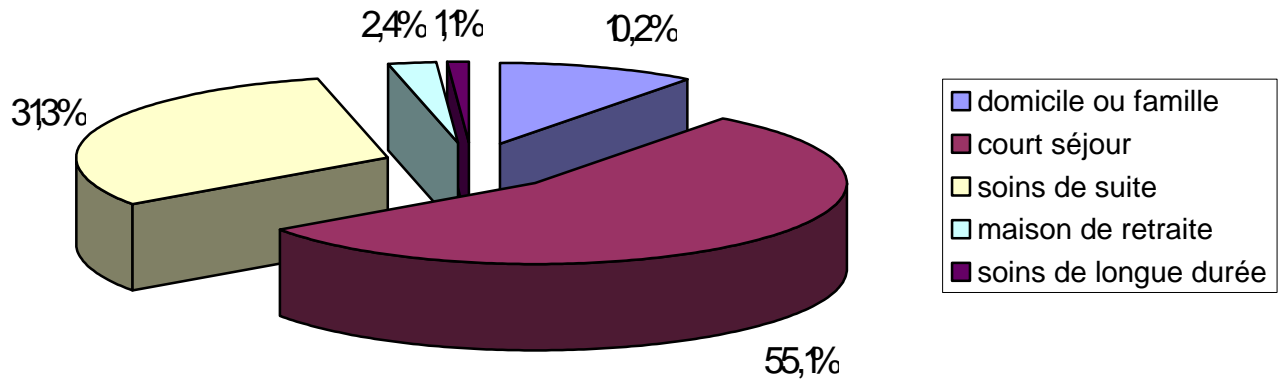
- dont 118 (57,3 %) en court séjour gériatrique,

- dont 47 (22,8 %) dans l'attente d'une place en soins de suite, négociée en moyenne dans les 5 jours par l'équipe mobile gériatrique.

117 patients (31,3 %) sont accueillis dans un service de soins de suite.

9 patients (2,4 %) sont entrés en maison de retraite, et 4 patients (1,1 %) en soins de longue durée.

## Devenir à court terme des patients évalués aux urgences



### 2) devenir à moyen terme :

Sur les 376 patients évalués aux urgences par l'équipe mobile gériatrique, 38 patients sont donc directement rentrés chez eux ou dans leur famille, et 13 patients sont entrés ou retournés en institutions (maison de retraite, soins de longue durée), après leur passage aux urgences ou un bref séjour en unité d'hospitalisation de courte durée.

A court terme sur les 323 patients hospitalisés en court séjour ou soin de suite :

- 210 patients (65 %) sont rentrés à domicile.

- 47 patients (14,6 %) sont accueillis dans un service de soins de suite, rappelons ici que ces 47 places ont été obtenues dans un bref délai par l'équipe mobile gériatrique pour éviter un trop long séjour en court séjour.

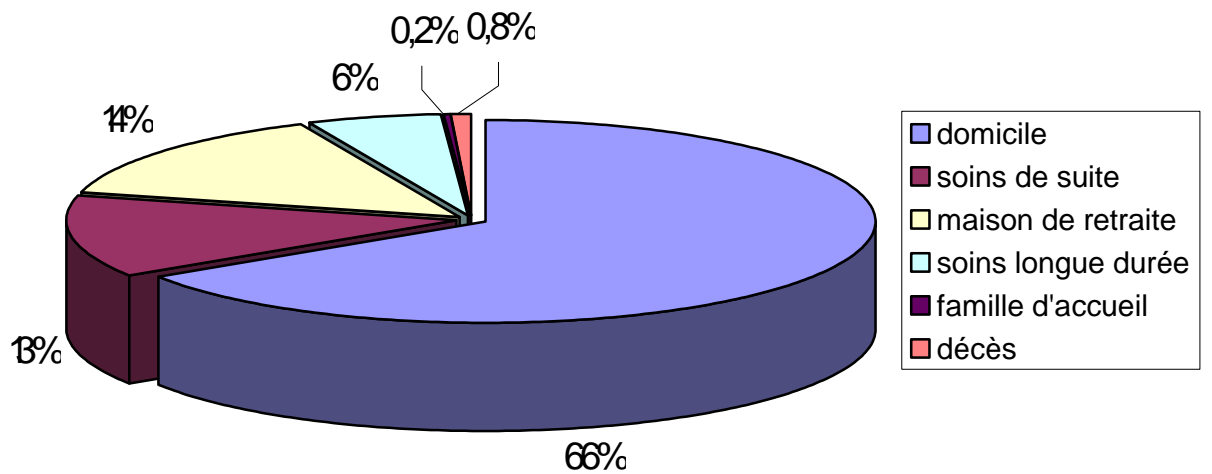
- 45 Patients (13,9 %) sont entrés ou retournés en maison de retraite,

- et 17 patients (5,6 %) en soins de longue durée.

- 1 seul patient (0,3 %) est pris en charge par une famille d'accueil.

3 patients (0,9 %) sont décédés.

### Devenir à moyen terme de l'ensemble des patients évalués aux urgences





### **3) devenir à court et moyen termes :**

Au total, à court ou moyen terme, sur l'ensemble des patients âgés fragiles expertisés aux urgences par l'équipe mobile gériatrique en 2004 :

-248 patients (66 %) sont rentrés à leur domicile ou dans leur famille,

-75 patients (20 %) sont institutionnalisés (maison de retraite, soins de longue durée).

## **M/ PROPOSITION PAR L'ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE DE DEVENIR À COURT TERME ET DEVENIR EFFECTIF À COURT ET MOYEN TERMES DES PATIENTS ÉVALUÉS DANS LES SERVICES D'HOSPITALISATION**

### **1) proposition de devenir à court terme par l'équipe mobile gériatrique :**

Pour les patients vus dans les services, l'équipe a conseillé à court terme :

- 44 retours (25,7 %) vers le domicile.

- 12 hospitalisations (7 %) en court séjour, en particulier gériatrique.

- 99 hospitalisations (57,9 %) en soins de suite.

- 16 entrées en institutions (9,3 %), dont 6 propositions d'entrée en maison de retraite et 10 en soins de longue durée.

## 2) devenir effectif à court terme :

55 patients (32,9 %) sont rentrés à domicile.

18 patients (10,8 %) sont hospitalisés en court séjour dont près d'un tiers en court séjour gériatrique.

56 patients (33,5 %) sont accueillis en soins de suite.

18 patients (10,8 %) sont institutionnalisés, dont 10 en maison de retraite et 8 en soins de longue durée.

12 patients (7,2 %) sont décédés.

	<i>Propositions de l'équipe mobile gériatrique de devenir à court terme</i>	<i>Devenir effectif à court terme des patients vus dans les services d'hospitalisation</i>
domicile	44	55
Court séjour	12	18
<b>Soins de suite</b>	<b>99</b>	<b>56</b>
Maison de retraite	6	10
Soins de longue durée	10	8
Service demandeur		8
décès		12

8 patients (4,8 %) sont encore dans le service demandeur.

### 3) devenir effectif à moyen terme :

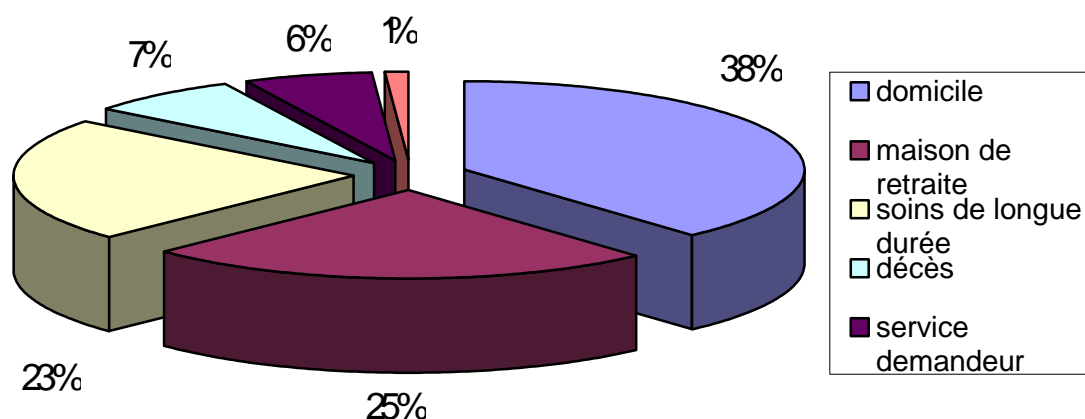
64 patients (41,3 %) sont rentrés à domicile.

2 patients (1,3 %) sont hospitalisés en soins de suite.

79 patients (51 %) sont institutionnalisés, dont 41 en maison de retraite, et 38 en soins de longue durée.

10 patients (6,4 %) sont encore dans le service demandeur, ou dans un service de court séjour, ou leur avenir à moyen terme n'a pu être déterminé.

**Devenir à moyen terme de l'ensemble des patients vus dans les services**



## **N/ DURÉE MOYENNE DE SORTIE APRÈS INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE GERIATRIQUE**

Aux urgences, les patients sortent en moyenne dans la journée suivant la consultation de l'équipe mobile gériatrique (délai moyen de sortie des urgences : 0,4 jour).

Dans les services, les patients sortent en moyenne 11,6 jours après le passage de l'équipe.

## **O/ MISSION D' ENSEIGNEMENT**

Depuis sa mise en place, l'équipe mobile gériatrique a assuré environ 64 heures d'enseignement dans le domaine gériatrique. De nombreux thèmes ont été abordés lors de formations médicales continues, d'enseignements de la capacité de gériatrie, ou d'enseignements au personnel des urgences ou des services de gériatrie : dépression, problème de la canicule, douleur, nutrition, chutes, confusion, contention, autonomie, rééducation, gestes d'urgences, iatrogénie, démence...

Suite à la canicule de l'été 2003, l'équipe a assuré des séances d'information à l'intention de l'ensemble du personnel du CHU.

## **VI. DISCUSSION**

### **A/ LE PATIENT ÂGÉ FRAGILE**

Les personnes âgées peuvent être globalement individualisées en trois groupes en fonction de leur état de santé (10). Selon les études :

-45 à 50 % des plus de 75 ans sont en bonne santé, autonomes et indépendants.

-10 à 15 % des plus de 75 ans sont en mauvaise santé, le plus souvent polyopathologiques et dépendants. Plus de la moitié de ces patients souffrent de démence.

-25 à 35 % des plus de 75 ans représentent une population fragile, à l'état de santé précaire, et dont l'autonomie peut rapidement se dégrader, à l'occasion d'un événement médical ou socio affectif même minime.

Il est primordial pour assurer une prise en charge optimale des personnes âgées de pouvoir reconnaître les sujets âgés fragilisés, afin de prévenir au mieux les facteurs de risque susceptibles d'entraîner ou d'accroître une dépendance. La fragilité est un marqueur prédictif important de l'état de santé du sujet âgé : le risque de décès à cinq ans est multiplié par trois, et celui d'entrée en institution par neuf chez le sujet fragile par rapport au sujet autonome (11).

Les malades âgés représentent une part importante de la population hospitalisée. Leur mode d'entrée à l'hôpital se fait habituellement par le service d'accueil des urgences. Les lits destinés à cette population âgée sont trop peu nombreux par rapport aux besoins. Les médecins urgentistes n'ont alors pas d'autres choix, une fois le diagnostic posé, que d'orienter le patient d'avantage en fonction de la disponibilité des lits plutôt que des réels besoins du patient âgé. Des sujets âgés fragiles polyopathologiques peuvent alors se retrouver dans des services de spécialité d'organe dont ils ne relèvent pas forcément. Il apparaît indispensable de pouvoir individualiser, dès leur admission aux urgences, ces sujets âgés fragiles, à haut risque de décompensation d'un équilibre médico psycho social précaire. Tout retard dans la prise en charge et l'orientation adaptées à ces patients, les expose à une décompensation rapide de leur autonomie.

Lorsqu'un patient âgé indépendant est hospitalisé pour une pathologie aiguë, il n'y a en principe pas de mesure préventive de la perte d'autonomie à mettre en place. La situation

est tout autre lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé fragile, dont la prise en charge devra être globale, médicale et sociale, curative et préventive. L'objectif est de prévenir au mieux les facteurs de risque susceptibles d'entraîner ou de majorer une dépendance.

Ce regard global sur le patient âgé fragile repose sur une coordination entre tous les intervenants : médecin urgentiste, médecin de spécialité, gériatre, médecin traitant, infirmier, aide soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, mais également la famille et les aidants.

La prise de conscience et l'approche de cet état de fragilité passent par le développement de la gériatrie dans les hôpitaux et les universités : création de consultations gériatriques, de courts séjours gériatriques, d'équipes mobiles gériatriques, enseignement de la gériatrie aux étudiants en médecine... Pour l'opinion publique, la fragilité de nos aînés a trouvé toute son expression lors de la canicule de l'été 2003.

L'évolution démographique de notre pays bouleverse la démarche médicale traditionnelle centrée sur la maladie. Les patients âgés fragiles demandent une prise en charge plus globale tenant compte de leurs capacités physiques, mais aussi de leurs difficultés psychologiques et sociales.

## **B/ LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE**

En octobre 2003, pour répondre à un besoin croissant de prise en charge globale des patients âgés, est créée l'unité mobile gériatrique au CHU de Nantes. Sur le territoire national, les expériences sont encore peu nombreuses et surtout les modes de fonctionnement différents en fonction des moyens alloués à une telle unité. Il est alors difficile de comparer précisément les différentes équipes en terme d'efficacité tant leur mode d'intervention peut être variable.

La circulaire ministérielle française (n° 2002-157 du 18 mars 2002) préconise que ces unités mobiles gériatriques comprennent un gériatre, un infirmier, une assistante sociale, et une secrétaire.

L'équipe mobile gériatrique nantaise s'appuie sur la présence d'un gériatre à temps plein, de deux assistantes sociales à mi-temps, dont la présence est indispensable puisque 91% des demandes d'intervention de l'équipe ont une composante sociale, et d'une secrétaire à mi-temps. Aux urgences ou dans les services d'hospitalisation, les équipes soignantes sont mises à la disposition de l'équipe en cas de besoin. En France, les équipes sont comparables à celle de Nantes, dans certains cas un cadre infirmier participe en plus à l'activité de l'équipe (12), mais dans d'autres cas l'équipe se limite à un médecin gériatre seul (13). Les équipes américaines sont d'avantage pluridisciplinaires et se composent souvent d'autres intervenants non négligeables : psychologue, diététicienne, homme de foi, animateur, cadre de soin (14).

Dans les services d'hospitalisation, derrière l'évaluation gériatrique globale (40,3% des demandes), les problématiques les plus fréquemment posées à l'équipe sont l'évaluation cognitive (24,8 %) et la confusion (9,1%). Cette demande illustre bien toute la difficulté rencontrée, dans certains cas, par les praticiens pour faire la part des choses entre syndrome démentiel et confusion, et parfois la nécessité d'un bilan cognitif rapide pour optimiser la prise en charge médicale et sociale du patient. Le délai d'une consultation cognitive est aux alentours de deux mois au CHU de Nantes. La présence d'un psychologue serait alors intéressante dans le cas de diagnostics cognitifs difficiles. Dans cette perspective, il est prévu sur Nantes un poste de psychologue pour le pôle de gériatrie, qui pourrait intervenir dans les services à la demande du médecin de l'équipe.

Aux urgences, la composition de l'équipe semble adaptée à la demande : les problèmes le plus souvent posés sont l'évaluation gériatrique globale (31,8%) et la chute (20,3%). De plus, le contexte de l'urgence n'offre pas les conditions optimales pour réaliser des tests cognitifs fiables.

## **C/ LE NOMBRE DE PATIENTS ÉVALUÉS PAR L'ÉQUIPE**

Sur l'année 2004, l'équipe mobile gériatrique a évalué au total 543 patients.

Il est difficile de comparer avec les autres équipes aussi bien au niveau régional que national tant les modes de fonctionnement sont différents.

En effet, ce chiffre place l'activité de l'équipe loin derrière celle de l'équipe de Saint Nazaire (15) qui voit environ 2000 patients par an au service d'accueil des urgences, où un médecin gériatre présent sept jours sur sept examine tous les patients de 75 ans et plus adressés aux urgences.

Par contre, l'activité de l'équipe sur un an apparaît plus importante que celle de deux autres expériences : 150 évaluations en six mois à Grenoble (12), et 265 évaluations sur un an à Orléans (13). Mais les modes d'intervention des différentes équipes ne sont là encore pas comparables.

L'équipe mobile gériatrique grenobloise est sensiblement la même qu'à Nantes, si ce n'est que l'assistante sociale n'est qu'à mi-temps mais supplée par un cadre médical à plein temps. Cette équipe peut intervenir aux urgences mais évalue surtout les patients dans les services après un signalement souvent fait aux urgences. De plus, 20 % de son activité a lieu dans les services de gériatrie où elle évalue les patients susceptibles d'entrer en soins de longue durée. Le fait que l'équipe ne se situe pas sur le site des urgences comme à Nantes explique peut-être le nombre moins important de patients évalués.

A Orléans la situation est plus compliquée : les demandes sont faites au secrétariat du court séjour gériatrique et ce sont les médecins du service de gériatrie qui assurent à tour de rôle les consultations tout en poursuivant leur activité habituelle. D'ailleurs, en l'absence de moyens suffisants, l'activité de l'équipe mobile gériatrique d'Orléans a été interrompue.

L'équipe de Strasbourg (16) voit un peu plus de patients que celle de Nantes, 700 en un an. Cela peut s'expliquer par une activité différente, moins chronophage : aux urgences, elle assure la même activité que l'équipe nantaise mais dans les services d'hospitalisation, elle ne réalise pas d'évaluation gériatrique globale qui dure en moyenne une heure trente, mais répond à une question diagnostique et/ou thérapeutique précise.

En juin juillet, la baisse d'activité correspond à une période de congé de l'équipe qui n'est pas remplacée durant ses absences.

## **1) le service d'accueil des urgences :**

Les deux tiers des patients évalués par l'équipe mobile de gériatrie l'ont été dès le service d'accueil des urgences. L'équipe est bien présente aux urgences où se situe son bureau. Elle y est présente tous les matins sauf le week-end, et va à la rencontre des médecins urgentistes. Il semble évident que présence et sollicitation induisent la demande.

L'individualisation et le recrutement des sujets âgés fragiles sont facilités par la présence d'une même assistante sociale à mi-temps aux urgences le matin et au sein de l'équipe mobile gériatrique l'après-midi. Lorsqu'elle est sollicitée le matin pour l'évaluation sociale d'un patient qui lui semble relever d'une expertise plus globale médico psycho sociale, elle le signale au médecin de l'équipe. Si celui-ci, après la prise de connaissance du dossier, juge également nécessaire une évaluation plus globale, propose les services de l'équipe au médecin urgentiste responsable du patient concerné.

## **2) les services d'hospitalisation :**

Le CHU de Nantes ne dispose que de 36 lits de court séjour gériatrique. Au regard du nombre de patients âgés hospitalisés, il est évident que l'ensemble des services de médecine et de chirurgie est confronté à un moment ou un autre à la gestion médico sociale de cette population âgée.

La majorité des services de médecine et de chirurgie du CHU de Nantes ont sollicité l'équipe mobile de gériatrie pour au moins un de leur patient.



Dans la continuité des urgences, les demandes émanant du service de médecine polyvalente d'urgence représentent un quart des demandes des services d'hospitalisation, devant la médecine interne (15 % des demandes). Dans ces services, où la proportion de personnes âgées hospitalisées est importante, l'équipe mobile gériatrique intervient régulièrement et son rôle est bien connu.

Pour un certain nombre de patients évalués dans les services, la demande initiale a été faite par un médecin urgentiste puis confirmée par le médecin du service, quand l'équipe mobile n'a pas eu la possibilité d'intervenir aux urgences. Il n'est pas rare dans ce cas que le médecin de spécialité n'ait pas connaissance de la motivation de cette demande d'évaluation gériatrique. Chaque passage dans les services est une opportunité pour l'équipe de se faire connaître.

Lorsqu'un patient est adressé par son médecin traitant pour avis spécialisé gériatrique, et que malheureusement celui-ci ne peut être admis en gériatrie, l'équipe mobile peut être amenée à intervenir dans le service d'hospitalisation.

D'après les travaux de l'équipe de Grenoble (12), la reconnaissance des patients âgés fragiles et la suggestion d'une prise en charge par l'équipe mobile de gériatrique passent avant tout par le personnel paramédical : 36 % des demandes d'évaluation émanaient des cadres infirmiers, 27 % des assistantes sociales, alors que les médecins n'ont sollicité l'équipe que dans un quart des cas.

L'équipe mobile développe son activité en collaboration avec les services de dialyse et de chirurgie cardio-vasculaire. Avant de débiter la dialyse d'un patient âgé fragile, une consultation psycho gériatrique est prévue pour évaluer ses fonctions cognitives. Habituellement, cette consultation a lieu en externe, mais il arrive que le patient soit hospitalisé, et dans ce cas l'équipe mobile est chargée de cette évaluation cognitive. L'équipe évalue également les fonctions cognitives des patients âgés fragiles en pré chirurgie cardiaque ou vasculaire.

Dans les mêmes perspectives d'évaluation cognitive, se met actuellement en place l'intervention de l'équipe dans le service d'oncologie avant le choix du traitement du cancer. Lors de ces consultations pré dialyse, pré chirurgie cardio-vasculaire et pré traitement oncologique l'équipe garde un rôle consultatif mais en aucun cas un rôle décisif.

Lors de gardes assurées aux urgences, le médecin de l'équipe rencontre les internes de nombreux services, et leur explique la place et le rôle de l'équipe.

## **D/ LA POPULATION ÉVALUÉE PAR L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE**

La population globale évaluée est majoritairement féminine : les femmes représentent les deux tiers des patients vus par l'équipe. Cette prépondérance féminine est surtout trouvée dans la population expertisée aux urgences où 68 % des patients vus sont des femmes. Dans les services, la tendance est d'avantage à l'équilibre entre hommes et femmes : 56 % des patients évalués sont des femmes. Cette proportion plus importante de femmes est en accord avec l'évolution démographique : en 2001, dans les Pays de la Loire, la différence d'espérance de vie entre hommes et femmes était de 7,8 ans à la naissance en faveur des femmes, et de 5,1 ans à 60 ans (2). Cet écart d'espérance de vie s'explique par une surmortalité masculine à tous les âges de la vie.

L'âge moyen de l'ensemble des patients vus par l'équipe est de 81,7 ans, population globalement plus jeune de 3 ans que celle évaluée par l'équipe d'Orléans (13). La population évaluée aux urgences est également 2 à 4 ans plus jeune que celle d'autres études s'intéressant aux patients âgés arrivant aux urgences (15 ; 17). Les patients vus dans les services sont encore plus jeunes avec une moyenne d'âge de 80 ans.

Avant leur arrivée à l'hôpital, 11 % des patients évalués aux urgences ou dans les services vivent en institutions. Proportion moindre si l'on se réfère au recensement de population de 1999 où 14,2 % de la population âgée de 80 à 84 ans était institutionnalisée (3). Cependant, il s'agit là d'une tranche d'âge donnée alors que pour la population vue par l'équipe il s'agit d'une moyenne d'âge, l'étude incluant des patients de moins de 80 ans et de plus de 84 ans. Par contre, après l'intervention de l'équipe mobile gériatrique, la proportion de patients institutionnalisés croît rapidement, passant de 11 % à 20 % pour les patients vus aux urgences, et de 11 % à près de 50 % pour ceux évalués dans les services d'hospitalisation. Cela confirme le fort risque d'institutionnalisation de ces patients âgés fragiles à la survenue d'un événement médical, social ou affectif.

Seul un quart des patients vus aux urgences vivent avec leur conjoint. En effet, de nombreuses personnes se retrouvent veuves à cet âge, surtout les femmes. Cet isolement est partiellement pallié par le passage régulier d'infirmiers, aides soignants, ou aides ménagère chez 44 % de ces personnes âgées. Les patients vus dans les services vivent encore en couple pour 37,7 % d'entre eux, et les intervenants extérieurs ne passent alors que chez 30 % de ces patients. Bien que non cité précisément par Winograd comme facteur de risque de fragilité, l'isolement est chez le sujet âgé une dimension à ne pas négliger. Dans ce sens, l'entourage familial occupe une position très importante : un peu plus de la moitié des patients évalués bénéficient de la présence et de l'aide régulière d'au moins l'un de leurs enfants.

Mais comment la société va-t-elle s'adapter au vieillissement démographique et aux modifications de la structure familiale ? En effet, si les parents vieillissent les enfants aussi, et leur état de santé ne leur permet pas toujours de s'occuper de leurs parents. L'organisation familiale subit de sérieux bouleversements (séparations fréquentes, travail des femmes, éclatement des familles, éloignement géographique pour des raisons professionnels ou autres...) qui peuvent susciter de profondes réflexions quant à la gestion de nos personnes âgées dans les années à venir.

Le passage des proches, de la famille et des intervenants extérieurs est pour nombre de personnes âgées un moyen de lutter contre l'isolement et de maintenir les liens sociaux. Pour conserver cette capacité à la vie relationnelle, la personne âgée doit avoir un niveau cognitif suffisant. En effet, le déficit acquis des fonctions supérieures altère la vie sociale du patient. Le MMS a été réalisé chez 35 % des patients vus dans les services et le résultat moyen de 17,25 sur 30 est pathologique, et confirme la dimension importante de l'évaluation cognitive dans le dépistage de la personne âgée fragile. Hormis le MMS, l'équipe utilise d'autres tests cognitifs validés pour évaluer les patients. Dans les services l'évaluation par le MMS est souvent complétée par un test de fluence verbale, un test de l'horloge et le test des cinq mots de Dubois. Le contexte des urgences n'offre pas les conditions optimales pour réaliser une évaluation fiable : l'équipe utilise alors le test de l'horloge qui, accompagné du test des cinq mots, a une bonne sensibilité et spécificité pour éliminer un trouble cognitif (18). Les déficiences sensorielles sont également à rechercher, car non corrigées elles exposent le patient âgé à l'altération de ses relations avec les autres et à un isolement. Pour réaliser les tests cognitifs et surtout pour maintenir une bonne communication le patient doit avoir ses lunettes ou son appareil auditif. Ces patients âgés fragilisés par une démence et/ou un déficit sensoriel sont vulnérables au moindre changement de leur environnement.

Au-delà de la recherche du maintien des relations sociales, le nombre important d'intervenants extérieurs pour aider le patient dans les actes de la vie quotidienne est corrélé à son niveau de dépendance, qui dans l'étude se révèle par un GIR moyen de 4,2 pour les patients vus aux urgences. Les patients vus dans les services sont globalement plus dépendants, puisque le GIR moyen n'est que de 3,3. Il est évident que l'autonomie dans les actes de base de la vie quotidienne est indispensable au maintien de la personne âgée dans son environnement (11). Avec l'ADL et l'IADL, l'équipe dispose de deux autres échelles validées pour évaluer le niveau d'autonomie des patients. L'étude de Cohen (19) montre que la perte de la capacité à réaliser un ou plusieurs ADL est l'un des facteurs prédictifs de mortalité à deux ans les plus importants.

## **E/ LES MOTIFS D'HOSPITALISATION DES PATIENTS ÉVALUÉS**

La chute arrive largement en tête des motifs d'hospitalisation (28,7 %) : aux urgences (31,75 %) comme pour les patients vus dans les services (20,5 %). L'instabilité posturale témoigne de la fragilité du sujet (20). L'altération de l'équilibre au cours du vieillissement physiologique et pathologique expose à un risque accru de chute. La plupart des études réalisées chez des sujets âgés victimes de chutes retrouvent une morbidité et mortalité supérieures à celles de sujets du même âge indemnes de chute (21). Les conséquences traumatiques de la chute sont en général prises en charge dans les meilleurs délais. Les conséquences psychomotrices trop souvent négligées initialement, peuvent conduire, en l'absence de prise en charge adaptée et rapide, à un état de dépendance, voir à une grabatisation. Toute chute chez le sujet âgé doit être considérée comme un événement important, quelles qu'en soient les circonstances de survenue, et mérite une prise en charge adaptée pour prévenir les conséquences psychomotrices et la récurrence.

La confusion et les troubles du comportement sont, après la chute, les motifs les plus fréquents de demande d'hospitalisation des patients vus par l'équipe mobile de gériatrie. Il n'est pas toujours facile de faire la part des choses entre confusion, troubles du comportement et altération des fonctions cognitives. Cette difficulté justifie une évaluation gériatrique globale, dans de bonnes conditions, qui ne sont pas toujours réunies aux urgences, et une enquête auprès des proches du patient.

10,4 % des patients vus par l'équipe aux urgences sont adressés pour maintien à domicile impossible. Chez ces patients âgés fragiles, le problème du maintien à domicile peut très rapidement se poser lors d'un événement médical même minime. Les médecins adressants n'hésitent pas à préciser ce motif, alors que bien souvent l'impossibilité de maintien à domicile n'est pas la raison principale de l'hospitalisation, mais seulement secondaire à un événement médical temporaire. Cette impossibilité de maintien à domicile n'est dans ce cas que transitoire. Pour un même motif médical d'hospitalisation chez un sujet jeune, ce problème de maintien à domicile même s'il existe n'est en général pas retenu. Le patient âgé fragile a des ressources diminuées et l'hospitalisation est un facteur de risque supplémentaire de perte d'autonomie, et au décours du problème médical le retour à domicile devra être soigneusement organisé. Alors que pour un sujet plus jeune, la sortie d'hospitalisation pose en général peu de problème.

Pour certains patients âgés adressés pour impossibilité de maintien à domicile, ce motif est la principale raison de la demande d'hospitalisation. Ces patients n'ont, pour la plupart, jamais bénéficié auparavant d'une évaluation gériatrique globale. C'est alors dans l'urgence qu'une institutionnalisation est organisée. Malheureusement, du fait de la pénurie de places, ces patients sont souvent hospitalisés dans des services inadaptés à leur prise en charge, dans l'attente d'une place en institutions. Cette hospitalisation que l'on peut considérer comme injustifiée expose ces patients fragiles à une majoration de leur dépendance.

## **F/ ÉVALUATION MÉDICO PSYCHO SOCIALE** **GÉRIATRIQUE**

Globalement, l'évaluation gériatrique globale (34,2 %) est la sollicitation la plus fréquente auprès de l'équipe mobile. Cela traduit bien le besoin ressenti par les équipes d'une expertise gériatrique spécialisée pour ces patients âgés fragiles, qui nécessitent une prise en charge globale adaptée à leur problématique qui a une composante sociale neuf fois sur dix.

La chute est le motif d'hospitalisation le plus fréquent des patients évalués par l'équipe. La survenue d'une chute est un événement très important dans la vie de la personne âgée fragile, avec le risque de basculer dans la dépendance. Une chute n'est jamais anodine chez le sujet âgé, et au-delà du simple symptôme « chute », elle peut être l'expression ou la conséquence de problèmes médicaux ou socio affectifs nombreux. Le bilan de chute (16,3%)

est la deuxième demande d'intervention de l'équipe, ce qui confirme bien la complexité de sa prise en charge à la fois médicale et sociale au regard de ses conséquences souvent loin d'être négligeables.

## **1) au service des urgences :**

L'évaluation gériatrique globale est le motif le plus fréquent (31%) de sollicitation de l'équipe par les urgentistes, pour des patients ne nécessitant pas toujours une hospitalisation en court séjour, mais dont la situation médico sociale est incompatible avec un retour à domicile. L'équipe met alors tout en oeuvre pour assurer l'orientation la mieux adaptée à ces patients âgés fragiles dans la filière gériatrique. En effet, toute hospitalisation dans un service inadapté risque de déstabiliser un patient fragile déjà en équilibre précaire.

Pour ces patients âgés fragilisés, le passage par les urgences est le mode d'entrée à l'hôpital le plus fréquent, surtout quand il s'agit de motif d'hospitalisation comme la chute, qui arrive en seconde position (20,3 %) des demandes d'intervention de l'équipe mobile. La chute peut avoir différentes significations qu'une prise en charge gériatrique permettra de découvrir, et d'en orienter les soins curatifs et préventifs adaptés, le plus précocement possible, idéalement dès l'admission aux urgences.

En troisième position des demandes de passage de l'équipe aux urgences arrivent la confusion (10,1 %) et le maintien à domicile impossible (10,1 %).

Toute affection aiguë ou bouleversement dans son environnement expose le sujet âgé fragile à la confusion. Le patient âgé est particulièrement susceptible à la moindre modification de son état physique et/ou psychique, ou de son environnement. Cette fragilité exacerbée inquiète et interroge souvent les médecins qui sollicitent alors l'avis de l'équipe mobile gériatrique. Il est difficile parfois, surtout en l'absence d'anamnèse précise de faire la différence entre confusion et altération des fonctions cognitives. L'équipe utilise aux urgences le test de l'horloge dont la passation courte ne demande pas une concentration prolongée de la part du patient. Mais régulièrement, l'équipe diffère l'évaluation cognitive, soit lors d'un second passage dans le service ou sera hospitalisé le patient, soit lors d'une consultation psycho gériatrique ou neurologique à distance prévue par l'équipe. Les médecins urgentistes ont bien conscience de la difficulté à réaliser une évaluation cognitive fiable dans le contexte de l'urgence et sollicite peu l'équipe pour ce motif.

L'équipe est sollicitée dans 10 % des cas pour une impossibilité de maintien à domicile. Ce chiffre apparaît important par rapport à celui du travail du Dr Yvain où ce motif d'hospitalisation exclusif ne concerne que 1,5 % des patients âgés de plus de 75 ans reçus aux urgences. Cette différence vient très probablement du mode de recueil des données par l'équipe qui peut préciser plusieurs motifs d'intervention pour un même patient. Le problème de maintien à domicile impossible est souvent associé à un motif d'ordre médical qui expose le patient âgé fragile à une perte d'autonomie ne lui permettant pas de rester à domicile.

L'impossibilité de maintien à domicile est temporaire suite à cet événement médical aigu. Toutefois, ce motif de demande d'intervention révèle parfois un défaut de dépistage en amont de la fragilité. En effet pour certains de ces patients se pose uniquement un problème d'ordre social avec une impossibilité de maintien à domicile. Il est dommageable pour eux d'être adressés aux services des urgences, au risque d'augmenter encore un peu plus leur perte d'autonomie, pour organiser leur avenir. Mais l'équipe ne fait pas de miracle, et les délais d'attente pour obtenir une place en maison de retraite ou soins de longue durée peuvent être longs, surtout lorsque aucune démarche n'a été réalisée plus tôt. Dans cette attente, il faut protéger ce qu'il reste d'autonomie à ces patients âgés fragiles.

Ainsi, les médecins urgentistes sollicitent facilement l'équipe mobile pour des situations qui associent immédiatement plusieurs problématiques à la fois médicales, psychiques et sociales. Par contre, ils lui font très peu appel pour des conseils sur des affections aiguës comme un infarctus du myocarde, un problème infectieux..., qui peuvent pourtant menacer ces patients âgés fragiles de décompensations fonctionnelles en cascade et les entraîner dans la dépendance. Cette réflexion bouleverse le fonctionnement médical centré sur l'organe. Face à l'émergence de cette population âgée fragile, il faut être conscient de la nécessité d'une prise en charge globale, pour prévenir la pathologie en cascade, et reculer l'entrée dans la spirale de la dépendance. Il est évident que l'intervention régulière de l'équipe mobile favorisera la prise de conscience du patient gériatrique qui n'est pas un patient tout à fait comme les autres, et mérite une attention toute particulière et pas uniquement médicale.

## **2) dans les services d'hospitalisation :**

Les médecins des services font appel à l'équipe pour deux motifs principaux : l'évaluation gériatrique globale (40,3 %), et la demande de bilan cognitif (24,8 %).

Par cette importante demande d'évaluation gériatrique globale (40,3 %), les services expriment leur besoin de conseil médico social. Idéalement, chez ces patients âgés fragiles souvent polypathologiques, la prise en charge médicale doit fréquemment s'accompagner d'une prise en charge sociale. La gestion de cette population âgée pose de réels problèmes dans les services de spécialité et à vocation non gériatrique, qui attendent un soutien précieux de la part de l'équipe mobile gériatrique. Celle-ci joue alors un rôle essentiel dans l'optimisation de la prise en charge intra hospitalière de cette population, en proposant un projet de soins adapté et en conseillant la meilleure orientation possible dans la filière gériatrique. Par sa connaissance des structures extra hospitalières l'équipe peut également proposer des alternatives à l'hospitalisation.

Parfois il est difficile de différencier un syndrome confusionnel d'une altération des fonctions cognitives, deux problèmes auxquels sont fréquemment exposés ces personnes âgées. Pour les aider dans leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques, les médecins des services font appel à l'équipe pour réaliser un bilan cognitif (24,8 %), ou les orienter dans la prise en charge d'un syndrome confusionnel (9,1 %).

Les troubles du comportement, d'expressions diverses, surtout alimentaire avec anorexie ou refus de prendre les médicaments, inquiètent souvent les médecins qui se sentent impuissants. Il n'est pas rare dans ce cas là que la confusion n'est pas été diagnostiquée avant le passage de l'équipe mobile gériatrique, et que les symptômes s'amendent dès la correction du trouble.

Les services sollicitent parfois l'équipe pour appréhender un conflit entre l'équipe soignante et la famille. Les proches peuvent éprouver une certaine difficulté à accepter la perte d'autonomie physique et/ou psychique d'un parent survenant dans les suites d'une pathologie aiguë ou d'une intervention chirurgicale. L'équipe étudie le dossier, évalue le patient et interroge la famille et le médecin traitant. Elle dispose, alors, des éléments nécessaires et des connaissances pour expliquer à l'entourage la fragilité antérieure de leur parent, qui l'expose inéluctablement à un risque de perte d'autonomie au moindre événement médical, psychique ou social. L'équipe représente un intermédiaire entre les aidants et les équipes qui ne parviennent pas toujours à expliquer la problématique de la pathologie en cascade qui menace chaque personne âgée fragile.

Des problèmes éthiques peuvent amener certains services à solliciter l'équipe. Il peut s'agir d'un médecin de spécialité qui éprouve des difficultés à interrompre les soins curatifs chez un patient âgé qu'il suit depuis longtemps, ou d'un médecin du service de soins palliatifs confronté à un patient âgé adressé pour prise en charge palliative mais dont l'état clinique s'améliore. Dans les deux cas, l'équipe associe à son évaluation médicale un pronostic en terme d'autonomie, et propose une orientation des soins. La décision définitive reste sous la responsabilité du médecin du service.

## **G/ DEVENIR**

### **1) au service des urgences :**

En concertation avec le médecin urgentiste, l'équipe assure la prise en charge du patient pour lequel on lui a demandé d'intervenir. Ainsi, l'orientation à court terme du patient concerné correspond à la décision de l'équipe.

Seuls 10 % des patients ont pu rentrer chez eux après une évaluation globale par l'équipe, nombre moindre de retour à domicile par rapport à l'étude du Dr Yvain, où un peu plus de 20 % des patients de plus de 75 ans vus aux urgences rentraient à domicile. Les urgentistes sollicitent l'équipe uniquement pour des patients âgés fragiles, contrairement au travail du Dr Yvain où tous les patients de plus de 75 ans étaient inclus dans l'étude. Il est évident que le terrain de fragilité ne favorise pas le retour à domicile.

Par contre, bien que les données ne soient pas strictement superposables, en s'appuyant sur le travail réalisé par Dr Yvain avant la création de l'équipe mobile, il est possible d'évaluer le passage direct des patients âgés des urgences vers les services de soins de suite. Avant la création de l'équipe mobile, seulement 8 % des patients de plus de 75 ans vus aux urgences étaient dirigés directement vers les services de soins de suite, alors que près d'un tiers des patients expertisés par l'équipe mobile dès les urgences sont transférés en soins de suite.

Sans compter les 47 patients hospitalisés quelques jours en court séjour dans l'attente d'une place en soins de suite. Ainsi, après expertise, l'équipe mobile souhaitait une orientation directe en soins de suite pour 43 % des patients âgés fragiles vus aux urgences. Malheureusement, la disponibilité des lits n'a permis ce transfert immédiat que pour 71 % de ces patients.

Une grande partie de cette population âgée fragile arrivant aux urgences ne nécessite donc pas une hospitalisation, mais présente une situation médico sociale incompatible avec un retour à domicile, sans une prise en charge spécifique adaptée. Le passage aux urgences aurait pu être évité pour de nombreux patients par une meilleure concertation entre médecins traitants, structures extrahospitalières et services hospitaliers de gériatrie, et par l'organisation d'hospitalisations programmées. La mise en place progressive des CLIC devrait faciliter ces échanges entre l'hôpital et les acteurs de santé extrahospitaliers.

Assurés de la certitude d'un regard gériatrique global, les services de soins de suite acceptent facilement les patients adressés par l'équipe mobile. Les services de soins de suite sont adaptés à la prise en charge de patients ne nécessitant pas de thérapeutiques lourdes, mais pour lesquels une prise en charge médico sociale globale s'avère nécessaire pour optimiser leur devenir. Ce transfert direct en soins de suite validé par l'équipe mobile gériatrique, permet au patient âgé fragile d'éviter la iatrogénicité imputable à une hospitalisation injustifiée dans un service de médecine aiguë. Malheureusement, ce passage direct vers les soins de suite n'est pas toujours possible par manque de place. L'équipe mobile met alors tout en œuvre pour négocier un lit dans les plus brefs délais, en moyenne dans les cinq jours. Dans l'intervalle, elle n'a pas d'autre choix que d'hospitaliser le patient concerné en court séjour, au risque de décompenser un état médico psychique déjà en équilibre précaire. Pour ces patients, dont l'admission aux urgences n'a pu être évitée, l'orientation optimale dans la filière gériatrique apparaît aléatoire selon la disponibilité des lits, et la réalité n'est pas toujours en accord avec les souhaits d'orientation émis par l'équipe mobile. L'intervention de l'équipe trouvera tout son bénéfice lorsqu'elle disposera des moyens nécessaires à la gestion optimale des patients âgés, notamment en terme de lits.

Au-delà du bénéfice certain pour le patient âgé fragile d'un transfert direct en soins de suite, l'aspect économique n'est pas négligeable. Un séjour en soins de suite coûte moins cher qu'une hospitalisation en soins aigus.



Plus de la moitié (57,3 %) des patients hospitalisés en court séjour par l'équipe mobile le sont dans le service de médecine gériatrique. Par son appartenance au pôle gériatrique du CHU, l'équipe mobile entretient une relation privilégiée avec le service de court séjour gériatrique et lui confie la majeure partie des patients qui justifient d'une hospitalisation en soins aigus, ou qui sont dans l'attente d'une place en soins de suite. L'émergence de cette population âgée fragile justifie amplement l'existence de ce service de médecine gériatrique dont l'environnement répond aux besoins spécifiques de cette population.

## **2) dans les services d'hospitalisation :**

Les services d'hospitalisation à vocation non gériatrique sont souvent confrontés au problème d'orientation des patients âgés. Ils sollicitent l'équipe mobile pour obtenir des informations sur les institutions gériatriques. Ces services sont parfois amenés à garder longtemps une personne âgée en attente d'une place en soins de suite, long séjour ou maison de retraite. Le manque de lits, notamment de soins de suite, se fait là encore sentir.

Pour les patients évalués dans les services, l'équipe mobile propose une orientation qui en général est acceptée par le médecin du service. Cependant, à l'image du constat fait aux urgences, les lits de soins de suite font manifestement défaut. En effet, après évaluation globale, l'équipe préconise une orientation rapide vers les soins de suite pour 99 patients soit près de 60 % des patients vus dans les services. A court terme, seulement 56 % de ces patients qui, pour l'équipe, ne nécessitent pas ou plus une hospitalisation en court séjour, sont admis en soins de suite, ce qui représente tout de même le tiers des patients vus dans les services. Les médecins des services de soins de suite sont mis en confiance par l'assurance d'une évaluation médicale gériatrique, qu'ils peuvent consulter sur le réseau informatique du CHU, et sont régulièrement favorables à l'admission des patients vus par l'équipe. Les équipes de soins de suite apprécient également que les démarches sociales soient initiées avant l'arrivée du patient dans leur service.

Le devenir à moyen terme des patients vus dans les services confirme leur état de fragilité antérieure. Alors que 11 % de ces patients vivaient en institutions avant l'hospitalisation, 51 % d'entre eux quittent l'hôpital pour entrer en maison de retraite ou soins de longue durée. L'entrée en institution est précipitée par la rupture d'un équilibre précaire, soit par l'événement ayant motivé l'hospitalisation, soit par les conséquences d'une hospitalisation induite ou dans un service inadapté. Ces patients âgés fragiles sont donc clairement exposés au risque de basculer dans la dépendance au moindre événement ou changement de leur environnement.

## **VII. CONCLUSION**

Sauf rupture imprévisible, la part des personnes âgées dans la population ne devrait cesser de croître dans les prochaines années. L'espérance de vie à 60 ans s'allonge et l'âge d'entrée dans la dépendance recule. Cette évolution démographique voit émerger une population âgée fragilisée à haut risque d'évolution vers la dépendance.

Cependant, le nombre de lits spécifiquement destinés aux patients âgés est peu important, en regard de la population âgée hospitalisée : au CHU de Nantes, il n'existe que 36 lits de court séjour gériatrique. Il est évident alors, que l'ensemble des services se retrouve confronté à la gestion de ces patients âgés.

Les services hospitaliers se perfectionnent et orientent leur activité spécifiquement vers leur spécialité. Cette hyperspécialisation conduit, sans aucun doute, à une amélioration de la qualité des soins. Mais, ces services à vocation non gériatrique se retrouvent en difficulté dans l'orientation secondaire des patients âgés. D'autre part, certains services ont une fréquentation plus âgée que d'autres sans pour autant bénéficier de moyens adaptés à cette population âgée.

Dans ce contexte, l'hôpital ne peut se priver d'une réflexion sur les modes de prise en charge de ses patients âgés. Née d'une concertation entre les gestionnaires, les équipes soignantes et sociales, l'équipe mobile est un moyen de promouvoir une politique gériatrique basée sur une évaluation globale de la personne âgée, et trouve toute sa place aujourd'hui dans le système hospitalier.

Multidisciplinaire, l'équipe mobile est une unité rattachée au pôle de soins gériatriques avec qui elle travaille en étroite collaboration. Du simple avis gériatrique à une évaluation gériatrique globale ou à l'aide à l'orientation, son activité est nécessairement polyvalente. Un psychologue lui serait parfois d'une aide sérieuse.

Avec l'avancée en âge, le maintien de la qualité de vie passe principalement par la conservation d'une indépendance et d'une vie sociale. Aujourd'hui, nous avons la possibilité de détecter précocement les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, avec pour certains des moyens d'y faire face. Malheureusement, peu de patients âgés bénéficient de telle démarche de dépistage et de prévention. L'équipe mobile gériatrique joue un rôle important, au sein de l'hôpital, dans la reconnaissance de ces patients âgés fragiles, et facilite leur parcours hospitalier, en proposant une prise en charge et une orientation adaptée, pour permettre une hospitalisation la plus courte possible.

La perte d'autonomie qui accompagne trop souvent un séjour hospitalier pourrait être prévenue par une meilleure communication entre les équipes hospitalières et les professionnels de ville, qui assurent le suivi ambulatoire. Ainsi, le développement des liens

entre l'hôpital et la médecine de ville, permettrait d'éviter un certain nombre d'hospitalisations indues ou de mauvaises orientations, en particulier l'admission abusive de ces patients fragiles dans les secteurs de l'urgence. Pour développer les liens avec l'extérieur, l'équipe mobile trouve dans les CLIC des interlocuteurs de choix l'informant sur les alternatives à l'hospitalisation, et les structures de soins possibles à domicile. Comme son nom l'indique l'équipe a une activité ambulatoire et pourrait prochainement être amenée à intervenir dans les EHPAD, et auprès de certains patients à domicile à la demande des médecins traitants.

Ainsi, l'équipe mobile contribue à développer la discipline gériatrique au sein du CHU. Elle valorise la prise en charge globale du patient en s'appuyant sur l'évaluation gériatrique standardisée. Ce fonctionnement bouleverse l'activité médicale traditionnelle concentrée sur les actes techniques et la productivité, et nécessite, au-delà des compétences médicales des qualités indéniables d'écoute et de patience.

Si les actions de prévention médicalisée de la perte d'autonomie sont indispensables auprès de nos aînés, d'autres directions peuvent être prises comme l'amélioration de l'habitat, l'information et le soutien aux familles, la lutte contre l'isolement et le repli pour préserver le réseau de soutien de soutien familiale et éviter les entrées injustifiées en institutions.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1.** Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Editions 2003-2004 ; 8-11.
  
- 2.** Observatoire régional de la santé des pays de la Loire. La santé observée dans les pays de la Loire. Editions 2003-2004 ; 14-5.
  
- 3.** Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Editions 2003-2004 ; 154-7.
  
- 4.** Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Editions 2003-2004 ; 38-9.
  
- 5.** Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Editions 2003-2004 ; 134-5.
  
- 6.** Sauvel C, Barberger-Gateau V, Dequae L, Letenneur L, Dartigues JF. Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. Revue épidémiologique santé publique 1994 ; 42 : 13-23.
  
- 7.** Direction générale de l'action sociale. Chiffre mis à jour en novembre 2004.
  
- 8.** Winograd CH, GERTY MB et coll "targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. J Am Geriatric Soc 1983; 36 : 1113-9.
  
- 9.** Yvain F. Filières de soins des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées par l'intermédiaire des urgences au CHU de Nantes. Mémoire de diplôme approfondi 1998.
  
- 10.** Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F, CHU St Etienne. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement 2003 ; 187-96.

- 11.** Rockwood K, Stadmyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999; 353 : 305-6.
- 12.** Couturier P, Falchler-Buatois S, Argentier AM, Villard M.L, Moine S, Rolin A, Franco A. Place et rôle des unités mobiles de gériologie dans la prise en charge des patients âgés fragiles et hospitalisés. *L'année gériologique* 2002 ; 16(1) : 74-88.
  
- 13.** Gauvain J B, Skowronski V, Houdaille L, Ripault H, Dalmasio B, Dupriez F, Prudhomme S, Lemonnier J Y, Chavanne D. Unité mobile gériologique : évaluation du fonctionnement d'une année. Impact sur les structures et les acteurs. *L'année gériologique* 2002 ; 16(1) : 89-104.
  
- 14.** David B Hogan, Ron A Fox. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age and Aging* 1990; 19 : 107-13.
  
- 15.** Leroux P, David A, Marot JP and all. Une équipe gériatrique aux urgences d'un centre d'hospitalisation général, l'expérience de Saint Nazaire. *L'année gériologique* 2002 ; 16(2) :109-11.
  
- 16.** Heitz D, Castel E , Kelhoffner M, Baechler P and all. L'unité mobile de gériatrie dans les services d'accueil et des urgences : entre vouloir et pouvoir. *L'année gériologique* 2002 ; 16(2) :111-12.
  
- 17.** Chermak O. Description de la population gériatrique admise au service porte de l'hôpital Bichat à partir d'une enquête prospective réalisée sur six mois. *L'année gériologique* 2002 ; 16(2) : 107-8.
  
- 18.** Montani C, Bouati N, Pellissier C and All. Scoring and validation of the Clock Face Test in psychometric assesment of elderly subjects. *Encephale* 1997 ; 23(3) : 194-9.
  
- 19.** Cohen HJ, Saltz CC, Samsa G, McVey L, Davis D, Fenssnar JR. Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans study evaluating a geriatric consultation team. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 : 1231-5.
  
- 20.** Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Lannes A, and all. Le sujet âgé fragile. *Revue de gériatrie* 2002 ; 27 : 569-81.

**21.** Ory MG, Schechtman KB, Miller P, Hadley EC, Fiatarone MA, Province M, and all. Frailty and injuries in later life : the ficsit trials. *J Am Geriatric Soc* 1993; 41 : 283-96.

Nom : **LE MOING**

Prénom : **ANNE**

Titre de thèse : **Activité sur l'année 2004 de l'équipe mobile gériatrique au CHU de Nantes.**

---

### RESUME

Avec le vieillissement démographique, émerge une population âgée fragile souvent polypathologique. Pour optimiser la prise en charge hospitalière de ces patients fragiles, aux besoins spécifiques, est créée fin 2003 l'équipe mobile gériatrique au CHU de Nantes. Sur l'année 2004, l'équipe a examiné 543 patients, dont la majorité (69,25 %) aux urgences. Les médecins hospitaliers sollicitent l'équipe essentiellement pour des situations qui associent problématiques médicale et sociale. Au terme d'une évaluation globale médico psycho sociale, l'équipe émet des propositions de soins et d'orientation. Pour une grande partie des patients expertisés, l'équipe a préconisé une entrée en soins de suite. Ainsi, L'équipe contribue à développer les filières gériatriques intra hospitalières, pour favoriser des hospitalisations les plus courtes possibles. Par ses interventions régulières dans l'ensemble des services du CHU, l'équipe permet l'essor d'une culture gériatrique, basée sur un regard global du patient âgé et de son environnement. Idéalement, l'équipe souhaiterait travailler en collaboration avec les médecins traitants, afin de dépister précocement les patients âgés fragiles et de promouvoir des hospitalisations programmées, qui éviteraient des admissions indues aux urgences.

---

### MOTS-CLES

- Sujet âgé fragile
- Equipe mobile gériatrique
- Evaluation gérontologique standardisée
- Filière gériatrique
- Hôpital

