

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**SUIVI À LONG TERME DES
PATIENTS AYANT
BÉNÉFICIÉ DE L'AVIS DE
L'ÉQUIPE MOBILE DE
GÉRIATRIE**

GADO BOUREIMA Laila

Née le 08/05/1984 à NIAMEY

Sous la direction de M. le Docteur PARE Pierre Yves

Membres du jury

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président |
| Monsieur le Docteur PARE Pierre Yves | Directeur |
| Madame le Professeur BARON Céline | Membre |
| Monsieur le Docteur ANNWEILER Cédric | Membre |

Soutenue publiquement le :
8 mars 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) **GADO BOUREIMA LAILA**
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **08/03/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre | Physiologie | Médecine |
| ASFAR Pierre | Réanimation | Médecine |
| AUBE Christophe | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| AUDRAN Maurice | Rhumatologie | Médecine |
| AZZOUZI Abdel Rahmène | Urologie | Médecine |
| BARON-HAURY Céline | Médecine générale | Médecine |
| BARTHELAIX Annick | Biologie cellulaire | Médecine |
| BATAILLE François-Régis | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| BEAUCHET Olivier | Gériatrie et biologie du vieillissement | Médecine |
| BENOIT Jean-Pierre | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| BEYDON Laurent | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| BIZOT Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique | Médecine |
| BONNEAU Dominique | Génétique | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| BRIET Marie | Pharmacologie | Médecine |
| CAILLIEZ Eric | Médecine générale | Médecine |
| CALES Paul | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CHABASSE Dominique | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| CHAPPARD Daniel | Cytologie et histologie | Médecine |
| CONNAN Laurent | Médecine générale | Médecine |
| COUTANT Régis | Pédiatrie | Médecine |
| COUTURIER Olivier | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | Physiologie | Médecine |
| DARSONVAL Vincent | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine |
| DE BRUX Jean-Louis | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie | Médecine |
| DUVAL Olivier | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie | Médecine |
| ENON Bernard | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire | Médecine |
| EVEILLARD Mathieu | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| FANELLO Serge | Épidémiologie ; économie de la santé et prévention | Médecine |
| FAURE Sébastien | Pharmacologie physiologie | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie | Médecine |
| FURBER Alain | Cardiologie | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie | Médecine |
| GARNIER François | Médecine générale | Médecine |
| GARRE Jean-Bernard | Psychiatrie d'adultes | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie d'adultes | Médecine |
| GRANRY Jean-Claude | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| GUILET David | Chimie analytique | Pharmacie |

| | | |
|--------------------------|--|-----------|
| HAMY Antoine | Chirurgie générale | Médecine |
| HUEZ Jean-François | Médecine générale | Médecine |
| HUNAUULT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| JARDEL Alain | Physiologie | Pharmacie |
| JEANNIN Pascale | Immunologie | Médecine |
| JOLY-GUILLOU Marie-Laure | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| LACOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie | Médecine |
| LAGARCE Frédéric | Biopharmacie | Pharmacie |
| LARCHER Gérard | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| LAUMONIER Frédéric | Chirurgie infantile | Médecine |
| LEFTHERIOTIS Georges | Physiologie | Médecine |
| LEGRAND Erick | Rhumatologie | Médecine |
| LERMITE Emilie | Chirurgie générale | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | Réanimation | Médecine |
| LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| MARCHAIS Véronique | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic | Dermato-vénéréologie | Médecine |
| MENEI Philippe | Neurochirurgie | Médecine |
| MERCAT Alain | Réanimation | Médecine |
| MERCIER Philippe | Anatomie | Médecine |
| MILEA Dan | Ophtalmologie | Médecine |
| PAPON Nicolas | Parasitologie mycologie | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine | Chimie générale | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | Pédiatrie | Médecine |
| PICHARD Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales | Médecine |
| PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | Génétique | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | Cardiologie | Médecine |
| REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| RICHOMME Pascal | Pharmacognosie | Pharmacie |
| RODIEN Patrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROHMER Vincent | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine |
| ROUSSELET M.-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | Thérapeutique ; médecine d'urgence | Médecine |
| SAINT-ANDRE Jean-Paul | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| SAULNIER Patrick | Biophysique pharmaceutique et biostatistique | Pharmacie |
| SENTILHES Loïc | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| SERAPHIN Denis | Chimie organique | Pharmacie |
| SUBRA Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| UGO Valérie | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| URBAN Thierry | Pneumologie | Médecine |
| VENIER Marie-Claire | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| VERNY Christophe | Neurologie | Médecine |
| WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| ZAHAR Jean-Ralph | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| ZANDECKI Marc | Hématologie ; transfusion | Médecine |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| ANNAIX Véronique | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| ANNWEILER Cédric | Gériatrie et biologie du vieillissement | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| BAGLIN Isabelle | Pharmaco-chimie | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | Immunologie | Médecine |
| BELIZNA Cristina | Médecine interne | Médecine |
| BELLANGER William | Médecine générale | Médecine |
| BENOIT Jacqueline | Pharmacologie et pharmacocinétique | Pharmacie |
| BIGOT Pierre | Urologie | Médecine |
| BLANCHET Odile | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| BOISARD Séverine | Chimie analytique | Pharmacie |
| BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CAPITAIN Olivier | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CASSEREAU Julien | Neurologie | Médecine |
| CHEVAILLER Alain | Immunologie | Médecine |
| CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire | Médecine |
| CLERE Nicolas | Pharmacologie | Pharmacie |
| CRONIER Patrick | Chirurgie orthopédique et traumatologique | Médecine |
| DE CASABIANCA Catherine | Médecine générale | Médecine |
| DERBRE Séverine | Pharmacognosie | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline | Bactériologie virologie | Pharmacie |
| DINOMAS Mickaël | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| FERRE Marc | Biologie moléculaire | Médecine |
| FLEURY Maxime | Immunologie | Pharmacie |
| FORTRAT Jacques-Olivier | Physiologie | Médecine |
| HELESBEUX Jean-Jacques | Chimie organique | Pharmacie |
| HINDRE François | Biophysique | Médecine |
| JEANGUILLAUME Christian | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| KEMPF Marie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| LACOEUILLE Franck | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| LANDREAU Anne | Botanique | Pharmacie |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | Valorisation des substances naturelles | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise | Chimie générale Nanovectorisation | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | Biologie cellulaire | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | Histologie | Médecine |
| MALLET Sabine | Chimie Analytique et bromatologie | Pharmacie |
| MAROT Agnès | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| MAY-PANLOUP Pascale | Biologie et médecine du développement et de la reproduction | Médecine |
| MESLIER Nicole | Physiologie | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | Philosophie | Médecine |
| NAIL BILLAUD Sandrine | Immunologie | Pharmacie |
| PAPON Xavier | Anatomie | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| PECH Brigitte | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | Sociologie | Médecine |
| PETIT Audrey | Médecine et santé au travail | Médecine |
| PIHET Marc | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| PRUNIER Delphine | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RIOU Jérémie | Biostatistique | Pharmacie |
| ROGER Emilie | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| SCHINKOWITZ Andréas | Pharmacognosie | Pharmacie |
| SIMARD Gilles | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

Remerciements

Au Président du jury, le Professeur CONNAN Laurent, merci de m'honorer de votre présence pour juger ce travail.

Au Directeur de thèse, le Docteur PARE Pierre Yves, merci de m'avoir conseillé et guidé dans ce travail, ton aide m'a été précieuse pour l'aboutissement de ce travail.

Aux Membres du jury,

Le Docteur ANNWEILER Cédric, merci pour vos conseils concernant les statistiques et surtout de m'honorer de votre présence pour évaluer ce travail.

Le Professeur BARON Céline, merci de m'honorer de votre présence pour évaluer ce travail.

Au Professeur HUEZ Jean -Francois, merci de m'avoir aidé lors de mes difficultés, je vous souhaite une bonne retraite.

A mes Parents, Boureima et Fadjima vous m'avez guidé, soutenu, encouragé et accompagné durant toutes ces années et encore plus .J'aurai aimé que vous soyez présents en ce jour spécial mais le destin en a décidé autrement. Merci de me rendre meilleure chaque jour. Vous êtes mon modèle. Juste Merci.

A mon Mari et ma Fille, vous m'avez rejoint en cours de route et vous avez rendu mon aventure encore plus belle.

Merci Lawan de me soutenir au quotidien, de m'épauler, de me conseiller, de m'aimer, tu es mon ami et mon partenaire pour la vie.

Merci Asnath de grandir, de me sourire et de me rendre heureuse chaque jour.

A mes frères. sœurs et tante, Nafissa , Mamar , Mourtalah ,Yoro , Anta , et Aissa vous m'avez soutenu ,toujours su m'encourager , toujours le bon mot au bon moment .Merci à vous et bon vent à chacun d'entre vous.

A mes 2 familles de substitution, Bernard, Dany, Coralie et Ben d'une part et Claude et Annie d'autre part, Vous m'avez entouré et accompagné durant toutes ces années, vous vous êtes substitué à ma famille qui était loin et je vous en remercie sincèrement.

A mes copines Elodie et Marie, mes alliées de cette aventure exceptionnelle qu'est la médecine, si nos orientations professionnelles ont été différentes, elles ne nous ont pas empêché d'être proches, merci pour votre soutien les filles !

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

HAS : Haute Autorité de Santé

EMG : Equipes Mobiles de Gériatrie

EGS : Evaluations Gériatriques Standardisées

TH : Thérapeutique

FL : Foyer Logement

MDR : Maison De Retraite

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

IMC : Indice de Masse Corporelle

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics

MMSE : Mini Mental State Examination

NB CLASS THER : Nombre de Classes Thérapeutiques

EHPA : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

Plan

Liste des abréviations

I Introduction

- I-1-Vieillessement de la population et personne âgée
- I-2-Naissance des équipes mobiles de gériatrie (EMG)
- I-3-Structure et rôle des EMG
- I-4-Etat des lieux et problématique
- I-5-Intérêt et objectifs

II Matériels et méthodes

- II-1-Type d'étude
- II-2-Méthodes d'intervention
 - II-2-a- Critères d'inclusion
 - II-2-b- Critères d'exclusion
 - II-2-c- Ethique
- II-3-Méthodes d'évaluation
- II-4-Analyse statistique

III Résultats

- III-1-Analyse initiale
- III-2-Analyse complémentaire
 - III-2-a- Le profil des patients
 - III-2-b- La réhospitalisation
 - III-2-c- La mortalité

IV Discussion

V Conclusion et perspectives

VI Bibliographie

VII Liste des tableaux et des figures

VIII Annexes

I-Introduction

I-1-Vieillesse de la population et Personne âgée :

Selon l'INSEE(1) au 1^{er} janvier 2016 la population française était estimée à 66 millions dont 12 millions avaient 65 ans et plus; selon l'INSEE toujours, courant 2050-2060 un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus contre un habitant sur cinq en 2005. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pourrait donc augmenter de près de 80%. Ce vieillissement de la population s'explique par un double phénomène :

- l'augmentation de l'espérance de vie d'une part
- l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom (1947-1973) d'autre part.

En matière d'organisation du système de santé, ce vieillissement de la population aura pour conséquence une multiplication des pathologies et des comorbidités avec un recours aux soins plus important et notamment aux hospitalisations. La notion de personnes âgées prend alors tout son sens et sera définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2) comme une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polypathologique. Ces personnes âgées vont avec le temps devenir des patients fragiles, en perte d'autonomie et dépendants qui nécessitent une prise en charge spécifique et particulière de part leur polypathologie et leur polymédication notamment. (3) La complexité de la prise en charge des personnes âgées réside surtout dans le fait qu'elle doit être globale et multidisciplinaire tant sur le plan médical que fonctionnel et social. Aussi le

vieillissement de la population a-t-il des enjeux économiques, sociaux et médicaux.

I-2-Naissance des équipes mobiles de gériatrie (EMG):

Pour faire face à ces enjeux, la filière des soins gériatriques a évolué au cours des années. Elle s'est construite autour de la coordination donnant naissance aux EMG qui existaient déjà depuis les années 1990 mais qui n'ont été officialisées qu'en 2002 par la circulaire DHOS N° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques(4). Initialement créées pour intervenir en intra hospitalier ces EMG seront incitées dès 2006, puis par la circulaire DHOS/02 N° 2007-117 du 28 mars 2007(5) à intervenir à l'extérieur de l'hôpital (établissements de santé, EHPAD, HAD).

I-3-Structure et rôle des EMG :

A l'hôpital, l'EMG a pour principale mission d'aider les différents services dans la prise en charge de ces patients complexes que constituent les personnes âgées à travers des évaluations gériatriques standardisées conduisant à l'émission de recommandations gérontologiques et/ou de conseils thérapeutiques.

Une EMG est une structure adossée à une unité de court séjour gériatrique qui comprend comme décrite dans la circulaire DHOS N° 2002-157 du 18 mars 2002 (4) :

-un médecin gériatre

-une infirmière

- une assistante sociale

- un temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicienne, de secrétaire.

L'EMG a des missions définies par la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 (5) qui sont les suivantes :

- évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate des situations complexes ;

- participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;

- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;

- orientation à la sortie de l'hôpital ;

- participation à l'organisation de la sortie;

- conseil, information et formation pour les équipes soignantes.

En pratique l'EMG du CHU d'Angers intervient à la demande des équipes hospitalières (aux urgences dès l'admission ou dans les unités de soins médico-chirurgicales) et réalise une évaluation gériatrique standardisée (EGS) afin de participer à la démarche diagnostique, de formuler des recommandations thérapeutiques et d'émettre des recommandations gérontologiques (aide à l'orientation, conseils...).

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est une notion qui regroupe un ensemble d'outils permettant d'évaluer les troubles et le degré de dépendance de

la personne âgée afin de lui proposer la prise en charge la plus optimale possible. En 1995, Rubenstein et al (6 et 7), l'un des promoteurs de l'**EGS**, en donne la définition suivante : « **L'évaluation gériatrique standardisée** est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme. » Pour se faire l'EGS comporte une réflexion à propos de la polypathologie, la polymédication, les fonctions cognitives, l'humeur, l'état nutritionnel, l'autonomie, la douleur et la dépendance à travers des tests validés tels que le test de l'horloge, l'échelle GDS simplifiée, l'échelle MMSE)

I-4-Etat de lieux et Problématique:

A l'heure de la tarification à l'activité une des problématiques principales ayant suivi la création des EMG réside dans l'évaluation de leur efficacité. Comme spécifié dans le mémoire de N Achard « Evaluer l'efficacité d'une EMG : exemple du CHU d'ANGERS »(8) le taux de réhospitalisation peut constituer un marqueur important et pertinent de l'évaluation de l'efficacité des EMG selon que la réhospitalisation intervienne précocement ou tardivement.

La réhospitalisation est une notion qui constitue un enjeu important de santé et d'économie. La HAS définit la réhospitalisation évitable comme « une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie

d'hospitalisation précédente. »(9). Les réhospitalisations augmentent le risque de fragilité et de dépendance et épuisent les aidants tout en constituant un cout financier important. (10)(11).Le taux de réhospitalisation est donc un indicateur important de la qualité d'une structure hospitalière mais a été peu étudié dans le cas des EMG.

On retrouve surtout dans la littérature des études évaluant le suivi des recommandations lors de l'hospitalisation :

- « **L'Etude rétrospective sur le travail intra hospitalier de l'équipe de gériatrie du CHRU NANCY BRABOIS-analyse de son activité sur une période de six mois et du suivi de ses recommandations à l'issue de l'hospitalisation** »(12) ; a permis de montrer que les motifs fréquents de recours à l'EMG sont les troubles des fonctions supérieurs (64%) et la perte d'autonomie (39%) avec un suivi des propositions de l'EMG estimé à 58%.

A court terme après l'hospitalisation, la publication :

- « **L'évaluation gérontologique par l'équipe mobile de liaison gériatrique au service des urgences du CHU de NANCY : intérêt, critères de sélection, impact sur le suivi** »(13) ; n'a pas permis de démontrer l'impact positif de l'évaluation gérontologique sur le devenir en raison d'un échantillon trop petit et d'une durée de suivi (1,3 et 6 mois) probablement trop courte.

Enfin les données de :

- « **L'évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par l'équipe mobile de gériatrie hospitalière** »(14) ; n'ont pas permis de mettre en évidence d'impact significatif en termes de mortalité, de ré hospitalisation précoce et d'institutionnalisation dans les trois premiers mois.

A Angers, un effet sur la durée de séjour hospitalier a pu être mis en évidence par Le Dr LAUNAY (15). Le travail de thèse du Dr PARE « **Avis thérapeutique émis par l'EMG : étude analytique et impact sur l'évolution clinique des patients** » (16) a évalué les conseils thérapeutiques émis par l'EMG Angevine chez les patients vus sur l'année 2012. Ce travail a permis de mettre en évidence, une diminution des durées d'hospitalisation chez les patients ayant bénéficié d'un avis thérapeutique par rapport à ceux qui n'en recevaient pas, alors même que ceux-ci étaient significativement plus fragiles, dépendants, comorbides et chuteurs.

La littérature actuelle reste peu fournie en termes d'études permettant d'évaluer l'efficacité des recommandations émises par les EMG à moyen et long terme, notamment une fois le patient sorti d'hospitalisation.

Le but de ce travail est d'observer l'évolution à long terme (3 ans à partir du dernier patient évalué) de tous les patients ayant été évalués par l'EMG d'Angers sur cette période de 1an (année 2012).

Il s'agira d'évaluer le suivi à moyen et long terme de ces patients à travers le nombre, le délai et le motif des ré hospitalisations sur une période de 3 ans, notamment selon qu'un avis thérapeutique ait été donné ou non.

Nous émettons l'hypothèse qu'un avis gériatrique complet, comprenant des recommandations thérapeutiques, pourrait permettre de diminuer le nombre de réhospitalisations.

I-5-Intérêt et objectifs:

L'intérêt de cette étude consiste à évaluer le rôle des EMG (à travers l'émission d'un avis thérapeutique) dans l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées tant lors de l'hospitalisation qu'au décours.

Notre objectif principal est de déterminer s'il existe une association entre la recommandation d'un avis thérapeutique émis par l'EMG et la fréquence des réhospitalisations.

Nos objectifs secondaires seront d'évaluer le délai avant réhospitalisation, le mode d'admission, et les motifs de réhospitalisation.

II- MATERIELS ET METHODES

II-1-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude quantitative, monocentrique, observationnelle descriptive et analytique, longitudinale, avec saisie des données rétrospective. Ce projet s'est inscrit dans la suite de la thèse du docteur Paré « Avis thérapeutique émis par l'EMG: étude analytique et impact sur l'évolution clinique des patients »(16).

II-2-Méthodes d'intervention:

II-2-a-Critères d'inclusion:

Les critères d'inclusions concernaient tous les patients ayant bénéficié d'une évaluation par l'EMG du CHU d' Angers pendant l'année 2012 soit 825 patients.

II-2-b-Critères d'exclusion:

Les patients ayant été transférés ultérieurement dans l'unité de court séjour gériatrique du CHU d'Angers ont été exclus de l'analyse.

Les patients ayant bénéficié de plusieurs évaluations par l'EMG durant l'année 2012 n'ont été inclus qu'une seule fois.

Les patients décédés au cours de l'hospitalisation index seront également exclus de l'analyse complémentaire.

Ni l'âge ni le sexe n'ont déterminé les critères d'inclusion ou d'exclusion.

II-2-c-Ethique:

Lors de leur hospitalisation les patients n'ont pas exprimés de refus à l'utilisation de leurs données clinico-biologiques à des fins de recherche. La base de données de l'équipe mobile de gériatrie d'Angers a été approuvée par le Comité d'éthique du CHU d'Angers (N° 2015/10) et déclarée à la CNIL (N° 2016-017).

II-3-Méthodes d'évaluation:

Le critère de jugement principal a été l'existence d'une ou plusieurs réhospitalisations au CHU d'Angers du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015 (soit à 3 ans de l'évaluation du dernier patient).

Le recueil a été réalisé de façon rétrospective à la lecture des dossiers médicaux informatisés hospitaliers des 825 patients.

Pour chacun des patients inclus nous avons recueilli :

- L'existence d'une ou plusieurs réhospitalisations (y compris toute admission au service d'accueil des urgences).

- Le délai avant la première réhospitalisation (exprimé en jours).

- Le nombre de réhospitalisations pendant la période définie.

- Les motifs d'admission ont été classés en quatre catégories : décompensation d'organe, trouble neuropsychiatrique, trouble de la mobilité/chute et/ou problème social .Ce classement a été effectué de façon prospective à l'occasion de l'évaluation par l'EMG pour l'hospitalisation index, de façon rétrospective à la lecture du dossier médical pour la première réhospitalisation.

-Le mode d'admission de la première réhospitalisation (programmée/non programmée) a été recueilli à la lecture des dossiers médicaux.

-La mortalité intra hospitalière a été évaluée via la consultation des dossiers médicaux informatisés.

Les potentiels facteurs de confusion, susceptibles d'influer sur les critères de jugement, ont été pris en compte : l'âge, le sexe, le lieu de vie, l'isolement, le motif d'hospitalisation, le fardeau de morbidités via la CIRS-G, la performance cognitive via le short MMSE et l'indépendance via l'IALDL.

Les caractéristiques précédentes ont été décrites pour l'ensemble des patients inclus et pour chacun des groupes étudiés (avec et sans avis thérapeutique).

II-4-Analyse statistique :

Les données anonymisées ont été recueillies dans une base de données via le tableur Excel.

Les caractéristiques des patients ont été estimées en fonction des cas en moyennes et écarts type ou en pourcentages et fréquences.

Une analyse univariée a été réalisée, complétée par une analyse multivariée, pour estimer l'association entre les avis thérapeutiques et la réhospitalisation selon le Modèle de Cox (Hazard Ratio).

La mortalité a été estimée sous forme de courbes de survie.

Les valeurs de $P < 0.05$ ont été considérées comme statistiquement significatives.

III-Résultats

825 évaluations ont été réalisées par l'EMG sur la période définie de 1an (1^{er} janvier au 31 décembre 2012).

Les patients hospitalisés ensuite en court séjour gériatrique ont été exclus (n=25).

Ont été également exclus les évaluations répétées des mêmes patients ; seule la première évaluation a été prise en compte (n =54).

Il reste alors 746 patients dont les données ont été exploitées.

III-1- Analyse initiale :

TABLEAU I : Première réhospitalisation selon l'année

| | total N=746 | Pas d'avis thérapeutique N=199 | Avis thérapeutique N=547 |
|--|----------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Mortalité initiale | 90 | 25 | 65 |
| Sortie hospitalisation initiale | 656 | 174 | 482 |
| Première réhospitalisation en 2012 | 263 | 75 | 188 |
| Première réhospitalisation en 2013 | 153 | 40 | 113 |
| Première réhospitalisation en 2014 | 54 | 9 | 45 |
| Première réhospitalisation en 2015 | 33 | 11 | 22 |

Concernant la réhospitalisation 67.43% ont été réhospitalisés (243 patients soit 32.57% n'ont jamais été rehospitalisés).

Parmi les patients ayant bénéficié d'un avis thérapeutique, 368/547 soit 67.28% ont été réhospitalisés sur la période de suivi.

TABLEAU II : Mortalité selon les années.

| | MORTALITE | | |
|--------------|--------------|---------------|-------------|
| | Total (n, %) | Pas d'avis TH | Avis TH |
| Total (n, %) | 161(21.58%) | 40(24.84%) | 121(75.15%) |
| 2012 | 90(55.90%) | 25(62.5%) | 65(53.71%) |
| 2013 | 28(17.39%) | 7(17.5%) | 21(17.35%) |
| 2014 | 25(15.53%) | 5(12.5%) | 20(16.52%) |
| 2015 | 18(11.18%) | 3(7.5%) | 15(12.39%) |
| | | | |

Concernant la mortalité 21.58% des patients inclus sont décédés, 22.12% de ceux ayant reçu un avis thérapeutique et 20.10% de ceux n'ayant pas reçu.

TABLEAU III : Motif de la première réhospitalisation.

| Motif de réhospitalisation | Total n (%) (503) | Pas d'avis TH(135) | Avis TH(368) |
|----------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| Neuropsychiatrique | 92(18.29%) | 28(20.74%) | 64(17.39%) |
| Mobilité/chute | 179(35.58%) | 50(37.04%) | 129(35.05%) |
| Maladie organique | 429(85.28%) | 113(83.70%) | 316(85.86%) |
| Motif social | 88(17.49%) | 26(19.25%) | 62(16.85%) |

La somme des pourcentages dépasse les 100 % car Les patients pouvaient avoir plusieurs motifs de réhospitalisation.

Le motif principal de réhospitalisation a été l'atteinte organique estimé à 85.28% (83.70% pour le groupe sans avis thérapeutique versus 85.86% pour le groupe avec avis thérapeutique).

TABLEAU IV : Lieu de vie lors de la première réhospitalisation.

| lieu de vie | Total (n ;%) (503) | Pas d'avis TH(135) | Avis TH(368) |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------|
| domicile | 331(65.80%) | 90(66.66%) | 241(65.49%) |
| EHPA (FL) | 44(8.75%) | 11(8.15%) | 33(8.97%) |
| EHPAD | 114(22.66%) | 27(20%) | 87(23.64%) |
| Long séjour | 14(2.78%) | 7(5.18%) | 7(1.90%) |

Concernant le lieu de vie plus de la moitié des patients soit 65.80% vivaient à domicile (65.49% des patients qui avaient bénéficié de l'avis thérapeutique vivaient à domicile versus 66.66% qui n'en recevaient pas).

Tableau V: Mode d'admission lors de la première réhospitalisation.

| | Total n=503 | Pas d'avis TH n=135 | Avis TH n=368 |
|---------------|-------------|---------------------|---------------|
| Programmé | 47(9,35%) | 14(10,37%) | 33(8,97%) |
| Non programmé | 456(90,65%) | 121(89,63%) | 335(91,03%) |

Concernant le mode d'admission la plupart des patients réhospitalisés ont été admis sans programmation soit 90.65% (89.63 % dans le groupe sans avis versus 91.03% dans le groupe avec avis).

Les patients décédés lors de l'hospitalisation index (n=90) ont ensuite été exclus ; il reste alors 656 patients dont les données ont été utilisées afin d'évaluer le devenir sur le moyen et le long terme selon qu'un avis thérapeutique ait été donné ou non par l'EMG.

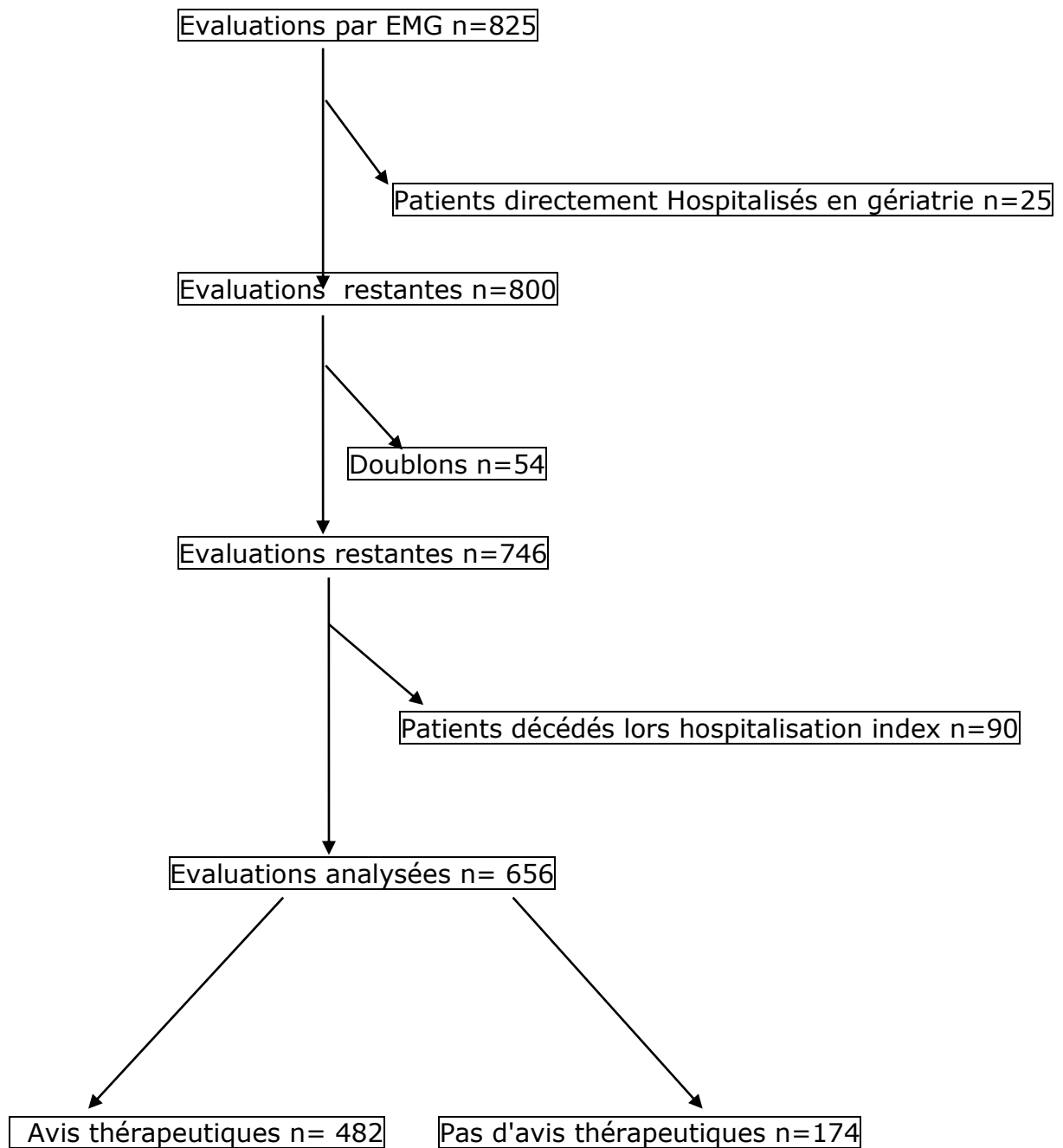


FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX

III-2- Analyse complémentaire concernant la réhospitalisation et la mortalité :

TABLEAU VI : Caractéristiques des patients inclus.

| | N | Minimum | Maximum | Moyenne | Ecart type |
|--------------|-----|---------|---------|---------|------------|
| AGE | 656 | 61 | 107 | 84,61 | 6,546 |
| IMC | 471 | 12,28 | 62,22 | 25,7706 | 6,00513 |
| CIRSG | 485 | 2 | 23 | 12,36 | 3,953 |
| MMSE3 | 336 | 1 | 6 | 4,35 | 1,149 |
| NB_CLASSTHER | 570 | 0 | 23 | 6,55 | 3,04 |

La colonne N indique le nombre de patients pour lesquels la donnée a pu être récupérée.

TABLEAU VII: Caractéristiques des patients inclus selon l'émission d'un avis thérapeutique.

| | Cohorte totale n= 656 | Avis thérapeutique | | p |
|----------------------------|---|--------------------|--------------|---------|
| | | Non n=174 | Oui n=482 | |
| Age (années) | 84,61 +/-6.5 | 83,4 +/-7,1 | 85,0 +/-6,3 | 0,004 |
| IMC (kg/m ²) | 25.8 +/- 6.0 | 24,4 +/-5,6 | 26,2 +/-6,1 | 0,007 |
| Score CIRS-G /60 | 12.4 +/-4.0 | 10,7 +/-4,2 | 12,7 +/-3,8 | < 0,001 |
| Score Short-MMSE/6 | 4.4 +/- 1.1 | 4,5 +/- 1,2 | 4,3 +/- 1,2 | 0,27 |
| Médicaments | 6.6 +/-3.0 | 6,4 +/- 3,3 | 6,6 +/- 3,0 | 0,449 |
| | | | | |
| Sexe féminin | 442 (67,4%) | 112 (64,4%) | 330 (68,5%) | NS |
| Vit seul | 312 (59,5%) car 132 données manquantes | 53,60% | 61,10% | NS |
| Réhospitalisation sur 3ans | 463 (70,6%) | 123 (70,7%) | 340 (70,5%) | NS |
| Réhospitalisation à un an | 320 (48,8%) | 89 (51,1%) | 231 (48,3%) | NS |

III-2-a-Profil de la cohorte :

- La population étudiée était composée essentiellement de femmes 67.4% (tableau VII)
- L'âge moyen était de 84.61 années (extrêmes 61 et 107 ans)(tableau VI et VII)
- L'IMC était de 25.8 +/- 6.0 kg /m² (tableau VI et VII)
- La plupart des patients vivaient seuls 59.5% (pour 132 patients cette information manquait) (tableau VII)
- La moyenne du nombre de médicaments consommés par jour était de 6.6 +/- 3 (tableau VI)
- Sur la cohorte totale de 656 patients, 482 (73.5%) ont bénéficié d'un avis thérapeutique (tableau VII).
- Comme le montre le tableau VI, les patients ayant bénéficié d'un avis thérapeutique présentaient des résultats significativement différents pour les items suivant :
 - .l'âge plus élevé 85.0 années (p=0.004)
 - .IMC plus élevé 26.2 (p =0.007)
 - .score CIRS-G plus élevé (p<0.001)
- Pour les variables suivantes : le score short MMSE ; le nombre de médicament par jour ; le sexe et l'isolement il n'est pas mis en évidence de différence significative. (Tableau VII)

III-2-b-Réhospitalisation :

- Sur les 656 patients inclus ; 463 (70.6%) ont été réhospitalisés sur les 3 ans suivant l'évaluation du dernier patient inclus : 70.5% de ceux qui avaient bénéficié d'un avis thérapeutique et 70.7% de ceux qui n'en avaient pas bénéficié sans différence significative (Tableau VII).

-La réhospitalisation à 1 an avait concerné 320 patients (48.8%) :48.3% de ceux ayant bénéficié d'un avis thérapeutique et 51.1% de ceux n'ayant pas reçu d'avis thérapeutique, sans différence significative entre les 2 groupes (Tableau VII).

III-2-c-Mortalité :

Courbes de survie :

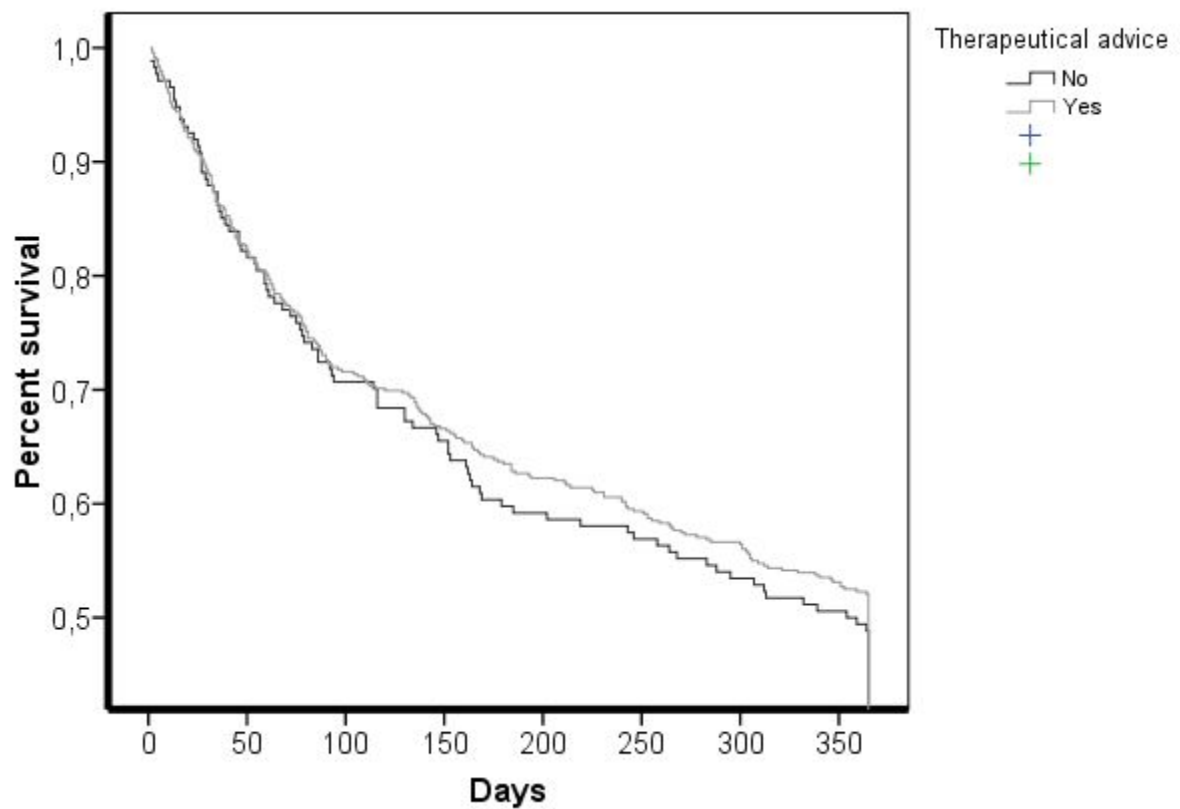


FIGURE2: courbe de survie à 1an

A 1an, la courbe de survie des patients ayant bénéficié d'un avis thérapeutique reste globalement superposable à la courbe de survie des patients n'ayant pas bénéficié d'avis thérapeutique.

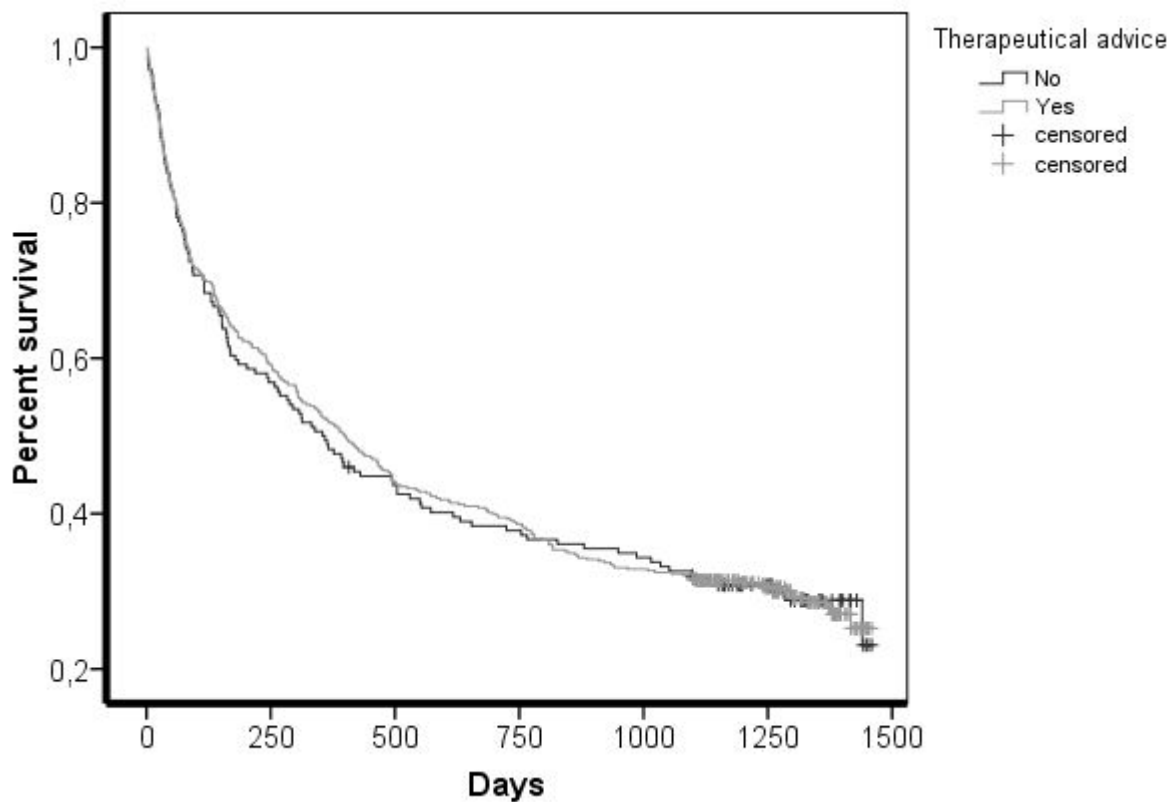


FIGURE3 : courbe de survie globale (à la fin du suivi c'est-à-dire à 3 ans du dernier patient inclus)

A la fin du suivi, la courbe de survie du groupe sans avis thérapeutique et celle du groupe avec avis thérapeutique restent superposables.

L'analyse des courbes de survie montre que la première année il semble apparaitre, moins de décès dans le groupe avec avis thérapeutique, sans significativité, puis les courbes se superposent à nouveau.

IV Discussion

Notre objectif principal était de déterminer s'il existe une association entre l'émission d'un avis thérapeutique par l'EMG et la réhospitalisation.

Notre étude a montré que l'émission d'un avis thérapeutique n'est pas associée à une diminution du taux de réhospitalisation et du taux de mortalité. En effet 70.6% des patients ont été réhospitalisés, sans différence significative selon qu'un avis thérapeutique ait été donné ou non. L'émission d'un avis thérapeutique était associée plus fréquemment à une durée d'hospitalisation courte (selon les conclusions de la thèse du docteur PARE) (16) mais ne semble donc pas influencer sur le taux de réhospitalisation. Ceci constitue un résultat pertinent notamment car la HAS (9) a publié des recommandations quant à la prévention des réhospitalisations évitables, indicateurs jugés très importants dans le parcours de soin des personnes âgées. Ces recommandations mettent l'accent sur le repérage précoce des patients à risque, l'évaluation de ces patients avec la mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS) ; la remise d'un document de sortie dès le jour de la sortie et le suivi des soins sur une période élargie de 90 jours. Les conclusions de la thèse du Docteur ROUX « Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75ans admises en médecine. Focus sur la cause médicamenteuse »(17) confortent également ces recommandations tout en insistant sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse.

Plusieurs études se sont intéressées aux relations entre durée de séjour et taux de réhospitalisation. On retrouve notamment :

Les études de Pérès et al (18) qui montrent qu'une durée d'hospitalisation supérieure à 6 jours protégeait du risque de réhospitalisation précoce ;

Les autres études Kaboli et al (19) ; Unruh et al (20) ainsi que la thèse du Dr ARRUBARRENA « Lien entre durée de séjour et taux de réhospitalisation à un mois chez les patients âgés hospitalisés à l'Unité de Gériatrie Aiguë du Centre Hospitalo-universitaire de Bordeaux »(21) retrouvent une association entre une durée d'hospitalisation courte et un taux de réhospitalisation plus faible.

L'étude de Traissac et al (22) accrédite même l'hypothèse qu'une durée de séjour strictement supérieure à 6 jours était un facteur de risque de réhospitalisation à 1 mois.

Notre étude corrobore donc l'hypothèse qu'une hospitalisation courte ne constitue pas un facteur de risque de réhospitalisation.

Le suivi ou non des recommandations n'a pas été recherché ici. Dans l'étude de Morin et al (15) (au sein d'une population similaire de l'EMG de Grenoble), le taux de suivi global des recommandations était évalué à 3 mois à 78% et celui des recommandations thérapeutiques de 92.2%.

Concernant l'évaluation du délai avant la première réhospitalisation, on remarque notamment que près de la moitié des patients ont été réhospitalisés la première année avec un taux à 1 an estimé à 48.8% pour la cohorte (51.1% dans le groupe sans avis et 48.3% dans le groupe avec avis).

Concernant le mode d'admission 90.65 % des patients réhospitalisés (soit 89.66% pour le groupe sans avis et 91.03% dans le groupe avec avis) ont été réadmis de façon non programmée sur une durée de 3 ans. Ces résultats sont en accord avec les résultats de « L'enquête nationale sur les pratiques des Equipes

Mobiles de Gériatrie en France »(23) qui retrouvait des taux de réadmission non programmée supérieurs à 10% à 1 et 2 mois après la sortie et sont associés au nombre plus élevé de comorbidités et de médicaments pris par jours. C'est l'envoi du courrier de sortie au médecin traitant qui constituait l'élément essentiel dans la diminution du taux de réadmission non programmée comme l'indiquait déjà la HAS dans ses recommandations relatives à la réhospitalisation évitable (9).

Enfin pour ce qui est du motif principal de réhospitalisation les décompensations d'organe représentent 85.28% des réhospitalisations sans différence entre les 2 groupes. (83.70 % pour le groupe sans avis thérapeutique et 85.86% pour le groupe avec avis thérapeutique. En comparant les motifs de la première réhospitalisation (tableau III) avec les motifs de l'hospitalisation initiale (annexe 1), on remarque :

1/ Une hausse du taux des décompensations d'organes dans les motifs de première réhospitalisation par rapport aux motifs d'hospitalisation initiale qui pourrait s'expliquer par l'avancé en âge et l'accumulation des comorbidités.

2/ Une diminution des taux pour 2 autres catégories (troubles de la mobilité, les troubles neuropsychiatriques) lors de la réhospitalisation par rapport à l'hospitalisation index qui pourrait être le reflet de l'efficacité des mesures instaurées lors de la première hospitalisation.

3/ Une moindre importance du motif de la problématique sociale entre l'hospitalisation index et la réhospitalisation qui pourrait constituer un indicateur de l'efficacité des mesures instaurées. Ceci atteste aussi du fait que le facteur social est un motif d'hospitalisation plus contrôlable par la mise en place de mesures (famille, aides, institutionnalisation...).

LES PRINCIPALES FORCES DE L'ETUDE :

-Notre étude est la première à notre connaissance à évaluer le suivi des patients ayant bénéficié des avis thérapeutiques de l'EMG sur une durée aussi longue de 3 ans.

-La population incluse montre une certaine homogénéité avec les caractéristiques des patients de « L'enquête nationale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie en France » (23) qui est une enquête rétrospective multicentrique observationnelle et descriptive ayant intéressé 15 équipes mobiles de gériatrie de France. Les patients évalués dans cette enquête étaient âgés de 84.9 ans +/- 6.3 ans en moyenne dont 61.7% étaient des femmes et 45.8% vivaient seuls à domicile. Une telle homogénéité constitue un atout important pour notre étude quant à l'interprétation des résultats.

-Le résultat principal à savoir l'absence d'impact sur la réhospitalisation chez les patients ayant bénéficié d'un avis thérapeutique est un résultat intéressant à prendre en compte dans les pratiques des équipes mobiles de gériatrie. Ceci corrobore les recommandations récentes de la HAS quant à la prévention des réhospitalisations. (9)

-Enfin notre étude conforte l'hypothèse qu'une hospitalisation courte n'augmente pas le taux de réhospitalisation ; ce qui a un impact médico-social et économique non négligeable.

LES BIAIS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE:

Les limites qu'on pourrait noter dans notre étude sont les suivantes :

-un biais de recueil du fait de la saisie rétrospective des données sur une période aussi longue avec des dossiers médicaux des urgences pas toujours bien complétés occasionnant des proportions variables de données manquantes. Néanmoins les données les plus importantes concernant la date de la réhospitalisation et son motif ont toujours pu être recueillies.

-une faible représentativité due au caractère unicentrique de l'analyse.

-L'absence de la vérification du suivi des recommandations et donc de la possibilité d'analyse du caractère évitable ou non des réhospitalisations, du fait de la méthode employée .En effet nous avons fait le choix de ne pas recontacter les patients ou leurs médecins généralistes pour analyser a posteriori les évènements étudiés par manque de moyens et du fait du manque de fiabilité des informations ainsi recueillies.

V-CONCLUSION ET PERSPECTIVE :

Notre étude a permis de mettre en évidence :

-qu'une réhospitalisation survient chez près de 70 % des patients ayant été évalué par l'EMG d'Angers dans les 3 ans.

-qu'une évaluation avec l'émission d'un avis thérapeutique ne permet pas de réduire le taux de réhospitalisation ni le taux de mortalité par rapport à une recommandation moins complète.

-que l'émission d'un avis thérapeutique qui est associée à une durée d'hospitalisation plus courte n'augmente pas le taux de réhospitalisation.

En cela, notre étude apporte un intérêt dans l'évaluation de l'efficacité des recommandations émises par les EMG .Elle évalue la réhospitalisation qui est non seulement un marqueur de la qualité des soins de tout service hospitalier mais aussi un enjeu médico- social et économique important. Selon la HAS, c'est une organisation à tous les niveaux de la prise en charge qui permet la baisse des hospitalisations évitables en mettant l'accent sur le repérage des patients à risque, la prise en charge personnalisée mais surtout la remise du courrier de sortie dès le jour de la sortie , ainsi que le suivi dans le temps .C'est dans cette optique que les EMG essayent d'améliorer leur évaluations mais surtout leur recommandations qu'elles soient d'ordre thérapeutique, diagnostique ou à titre de conseils gériatriques.

Si notre étude a montré que l'émission d'un avis thérapeutique n'influe pas sur la réhospitalisation et cela même à long terme sur une période de 3 ans, une estimation du suivi des recommandations émises par l'EMG sur ces 3 années pourrait constituer un sujet d'étude complémentaire.

VI-Bibliographie

1. Insee-Population-Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050-La population continue de croître et le vieillissement se poursuit (Internet). (Cited 2015 Aug 3).Available from:

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

2. HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Avril 2015 www.has-sante.fr

3.Quelquesdonnées-clés-Personnesâgées/autonomie(Internet). (cited2015Aug3).

Available from : http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agées-autonomie,776/dossiers,758/adaptation-de-la-société-au,2971/le_projet-de-loi-en-chiffres,2975/quelques-données-clés,17314.html

4. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. [cited 2014 Dec 29]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

5. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la loi sur la réorganisation du système de soin de santé français;2007

6. Paule Le Deun, Armelle Gentric . L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique. 2004; 10(4):229-236.

7. Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic component. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, editors. Geriatric assessment technology: The state of the art. NY : Springer, 1995.

8. Achard N .Evaluer l'efficacité d'une équipe mobile gériatrique: l'exemple du CHU d'Angers. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique. Université de Rennes ; 2008,60p.

9. HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées, Avril 2013 www.has-sante.fr

[Internet]. Available from:

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

10. Marcantonio ER, McKean S, Goldfinger M, Kleefield S, Yurkofsky M, Brennan TA. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a medicare managed care plan. Am J Med. 1999 Jul 1;107(1):13-7.

11. Silverstein MD, Qin H, Mercer SQ, Fong J, Haydar Z. Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. Proc Bayl Univ Med Cent. 2008 Oct;21(4):363-72.

12. Callier M. Etude rétrospective sur le travail intra hospitalier de l'équipe de gériatrie du CHRU NANCY BRABOIS – analyse de son activité sur une période de six mois et du suivi de ses recommandations à l'issue de l'hospitalisation. Thèse de doctorat de médecine générale sous la direction du docteur Ghassan W, Nancy. Université de Lorraine, mars 2015, 38p.

13. Ancel A. Evaluation gérontologique par l'équipe mobile de liaison gériatrique au service des urgences du CHU de NANCY : intérêt, critères de sélection, impact sur le suivi. Thèse de médecine générale sous la direction du docteur Hanesse B, Nancy. Université de lorraine, décembre 2008, 135p.

14. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. (Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team). Geriatrie Psycho Neuropsychiatr Vieil. 2012 sep;10(3):285-93

15. Launay CP, Annweiler C, Delanoe-Telfour L, de Decker L, Kabeshova A, Beauchet O. Mobile geriatric team advice: effect on length of hospital stay in older adults. J Am Geriatr Soc. 2014 Feb;62(2):390-1.

16. Pare PY. Avis thérapeutiques émis par l'équipe mobile de gériatrie : étude analytique et impact sur l'évolution clinique des patients. Thèse de médecine générale sous la direction du docteur ANNWEILER C. Université d'Angers, octobre 2015, 29p.
17. Roux S. Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en médecine. Focus sur la cause médicamenteuse. Thèse de médecine générale sous la direction du docteur BOCQUET P. Université Pierre et Marie Curie Paris 6, juin 2016, 88p.
18. Pérès K, Rainfray M, Perrié N, Emeriau JP, Chêne G, Barberger-Gateau P. [Incidence, risk factors and adequation of early readmission among the elderly]. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2002 Apr;50 (2):109–19
19. Kaboli PJ, Go JT, Hockenberry J, Glasgow JM, Johnson SR, Rosenthal GE, et al. Associations Between Reduced Hospital Length of Stay and 30-Day Readmission Rate and Mortality: 14-Year Experience in 129 Veterans Affairs Hospitals. Ann Intern Med. 2012 Dec 18;157(12):837–45.
20. Unruh MA, Trivedi AN, Grabowski DC, Mor V. Does Reducing Length of Stay Increase Rehospitalization Among Medicare Fee-for-Service Beneficiaries Discharged to Skilled Nursing Facilities? J Am Geriatr Soc. 2013 Sep;61(9):1443–8.
21. Arruabarrena S. Lien entre durée de séjour et taux de réhospitalisation à un mois chez les patients âgés hospitalisés à l'unité de gériatrie aigue du centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. Thèse de médecine générale sous la direction du docteur Traissac T. Université de Bordeaux 2-Victor Ségalen ; mars 2015, 68p.
22. Traissac T, Videau M-N, Bourdil M-J, Bourdel-Marchasson I, Salles N. The short mean length of stay of post-emergency geriatric units is associated with the rate of early readmission in frail elderly. Aging Clin Exp Res. 2011 Jun; 23(3):217–22.
23. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. La Revue de Gériatrie, Tome 37, N°9 NOVEMBRE 2012 :738-741.

VII-LISTES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

VII-1-Liste des tableaux :

| | |
|---|----|
| <u>Tableau I</u> : Première réhospitalisation selon l'année..... | 14 |
| <u>Tableau II</u> : Mortalité selon les années..... | 15 |
| <u>Tableau III</u> : Motif de la première réhospitalisation..... | 16 |
| <u>Tableau IV</u> : Lieu de vie lors de la première réhospitalisation | 16 |
| <u>Tableau V</u> : Mode d'admission lors de la première réhospitalisation | 17 |
| <u>Tableau VI</u> : Caractéristiques des patients inclus..... | 19 |
| <u>Tableau VII</u> : Caractéristiques des patients inclus selon l'émission d'un avis thérapeutique..... | 20 |

VII-2-Liste des figures :

| | |
|--|----|
| <u>Figure 1</u> : Diagramme de flux..... | 18 |
| <u>Figure 2</u> : Courbe de survie à 1an..... | 23 |
| <u>Figure 3</u> : Courbe de survie globale..... | 24 |

VIII-TABLE DES MATIERES

| | |
|--|---------------|
| I-Introduction | 4 |
| I-1-Vieillessement de la population et personne âgée..... | 4 |
| I-2-Naissance des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)..... | 5 |
| I-3-Structure et rôle des EMG..... | 5 |
| I-4-Etat des lieux et Problématique..... | 7 |
| I-5- Intérêt et objectifs | 10 |
| II-Matériels et Méthodes..... | 11 |
| II-1-Type d'étude..... | 11 |
| II-2- Méthodes d'intervention..... | 11 |
| II-2-a- Critères d'inclusion..... | 11 |
| II-2-b- Critères d'exclusion..... | 11 |
| II-2-C- Ethique..... | 12 |
| II-3-Méthodes d'évaluation..... | 12 |
| II-4-Analyse statistique..... | 13 |
| III-Résultats..... | 14 |
| III-1-Analyse initiale..... | 14 |
| III-2-Analyse complémentaire des 656 patients..... | 19 |
| III-2-a-Profil de la cohorte..... | 21 |
| III-2-b-La Réhospitalisation..... | 22 |
| III-2-c-La Mortalité..... | 23 |
| IV-Discussion..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| V-Conclusion et perspective..... | 30 |
| VI-Bibliographie..... | 31 |
| VII-Listes des tableaux et des figures..... | 34 |
| VIII-Table des matières..... | 35 |
| IX-ANNEXES..... | 37 |

IX-Annexes :

Annexe1 :

Tableau 2. Caractéristiques et comparaison des participants (n=791) séparés en deux groupes selon l'avis thérapeutique donné ou non par l'équipe mobile gériatrique.

| | Total cohort (n = 791) | Therapeutic advice by mobile geriatric team | | P-Value* |
|--|---------------------------|--|------------|------------------|
| | | No | Yes | |
| | | (n = 211) | (n = 580) | |
| Demographical measures | | | | |
| Age | | | | |
| Mean±SD, years | 84.5±6.4 | 83.6±6.7 | 84.8±6.3 | 0.018 |
| Age ≥ 90 years, n (%) | 178 (22.5) | 42 (19.9) | 136 (23.4) | 0.291 |
| Female gender, n (%) | 514 (65.0) | 127 (60.2) | 387 (66.7) | 0.088 |
| Body mass index, kg/m ² | 25.6±5.9 | 24.1±5.2 | 26.0±6.0 | 0.002 |
| Regular physical activity, n (%) | 88 (11.1) | 16 (7.6) | 72 (12.4) | 0.006 |
| Living at home, n (%) | 628 (79.4) | 173 (82.0) | 455 (78.4) | 0.276 |
| Non-use of formal and/or informal home services, n (%) | 207 (26.2) | 55 (26.1) | 152 (26.2) | 0.968 |
| Geriatric assessment | | | | |
| CIRS-G score, /60 | 12.6±4.1 | 10.8±4.5 | 13.0±4.0 | <0.001 |
| MNA-SF score, /14 | 7.6±2.8 | 8.1±2.9 | 7.5±2.7 | 0.055 |
| SMMSE score, /6 | 4.3±1.2 | 4.5±1.1 | 4.3±1.2 | 0.200 |
| Temporal disorientation, n (%) | 281 (35.5) | 57 (27.0) | 224 (38.6) | 0.003 |
| IADL score, /4 | 1.7±1.4 | 1.8±1.3 | 1.7±1.4 | 0.355 |
| History of falls during the past 6 months, n (%) | 454 (57.4) | 101 (47.9) | 353 (60.9) | 0.001 |
| Hospitalization | | | | |
| Reason for hospitalization | | | | |
| Neurocognition/behaviour, n (%) | 307 (38.8) | 82 (38.9) | 225 (38.8) | 0.986 |
| Mobility/falls, n (%) | 472 (59.7) | 102 (48.3) | 370 (63.8) | <0.001 |
| Other acute condition, n (%) | 615 (77.7) | 161 (76.3) | 454 (78.3) | 0.555 |
| Social, n (%) | 360 (45.5) | 108 (51.2) | 252 (43.4) | 0.053 |
| Length of hospitalisation stay | | | | |
| Mean±SD, days | 14.9±13.6 | 15.5±12.8 | 14.6±13.8 | 0.431 |
| Length ≤ 4 days, n (%) | 172 (21.7) | 34 (16.1) | 138 (23.8) | 0.021 |
| In-hospital mortality, n (%) | 90 (11.4) | 25 (11.8) | 65 (11.2) | 0.802 |
| Usual treatment | | | | |
| Number of therapeutic classes used daily | | | | |
| Mean±SD | 6.6±2.9 | 6.3±2.8 | 6.7±3.0 | 0.104 |
| Number >5, n (%) | 512 (64.7) | 115 (54.5) | 397 (68.4) | <0.001 |
| Therapeutic advice | | | | |
| Request for therapeutic advice, n (%) | 225 (28.4) | 37 (17.5) | 188 (32.4) | <0.001 |
| Advice, n (%) | | | | |
| Dose escalation only | 191 (24.1) | - | 191 (32.9) | |
| Dose reduction only | 22 (2.8) | - | 22 (3.7) | |
| Combined advice or drug change | 292 (36.9) | - | 292 (50.3) | |
| No détail available (telephone advice) | 75 (9.5) | - | 75 (12.9) | |

Data presented as mean±standard deviation where applicable. CIRS-G: Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics; MNA-SF: Mini Nutritional Assessment – Short Form; SMMSE: Short version of the Mini-Mental State Examination; IADL: Instrumental Activities of Daily Living; *: Comparisons of participants with and without therapeutic changes by mobile geriatric team based on the Chi-square test or the independent samples t-test, as appropriate; P-value significant (i.e. < 0.05) indicated in bold.

SUIVI À LONG TERME DES PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ DE L'AVIS DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE.

RÉSUMÉ

Introduction: A l'hôpital, l'équipe mobile de gériatrie (EMG) a pour principale mission d'aider les différents services dans la prise en charge des personnes âgées qui sont des patients complexes car fragiles, polypathologiques et polymédiqués. L'EMG réalise des évaluations gériatriques standardisées conduisant à l'émission de recommandations gériatriques et/ou de conseils thérapeutiques. Ces interventions ont pu être associées à une réduction de la durée de séjour hospitalier des patients. La réhospitalisation est un indicateur important de la qualité des soins de tout service hospitalier. Notre objectif principal est de déterminer s'il existe une association entre la recommandation d'un avis thérapeutique émis par l'EMG et la réhospitalisation.

Méthodes : Nous avons mené une étude quantitative monocentrique, observationnelle descriptive et analytique, longitudinale, avec saisie rétrospective des données. Nous avons évalué le taux de réhospitalisation selon l'émission ou non d'un avis thérapeutique et décrit les motifs de la première réhospitalisation et le délai avant cette première réhospitalisation sur une durée de 3 ans.

Résultats : 825 interventions ont été réalisées, 656 ont pu être analysées dont 482 comportaient un avis thérapeutique. Une réhospitalisation est survenue dans 70,6% des cas, sans différence significative entre les deux groupes. De même, on ne mettait pas en évidence de différence de survie entre les deux groupes.

Conclusions : L'émission d'un avis thérapeutique n'était pas associée à une diminution du taux de réhospitalisation et du taux de mortalité.

Mots-clés :

Personnes âgées - conseil thérapeutique - réhospitalisation - équipe mobile de gériatrie - mortalité.

LONG-TERM MONITORING OF PATIENTS WHO BENEFITED THE OPINION OF THE MOBILE GERIATRIC TEAM.

ABSTRACT

Introduction: At hospital, the mobile geriatric team (MGT-EMG) has the main mission to help the various services in the care of the elderly who are complex patients, because fragile, polypathological and polymedic. The MGT carries out standardized geriatric assessments leading to the issuance of gerontological recommendations and / or therapeutic advice. These interventions may have been associated with a reduction in the length of patients' hospital stay. Re-admission is an important indicator of the quality of care in any hospital service. Our main objective is to determine whether there is an association between the recommendation of a therapeutic opinion issued by the MGT and re-admission.

METHODS: We conducted a quantitative monocentric, observational descriptive and analytical, longitudinal study, with retrospective data entry. We evaluated the re-admission rate according to whether or not a therapeutic notice was issued and describes the reasons for the first re-admission and the period before this first re-hospitalization over 3 years duration.

RESULTS: 825 interventions were performed, 656 could be analyzed, out of which 482 included therapeutic advice. A re-admission occurred in 70.6% of cases, without significant difference between the two groups. Similarly, there was no evidence of survival differences between the two groups.

CONCLUSION: Issuing a therapeutic advice was not associated with a decrease in the re-admission (re-hospitalization) rate and mortality rate.

Keywords :

Elderly people - therapeutic advice - re-admission - mobile geriatric team - mortality.