

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE-LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**PRÉVENTION DU SYNDROME D'IMMOBILISATION ET PRISE EN
CHARGE GLOBALE EN COURT SÉJOUR NON GÉRIATRIQUE:
Étude rétrospective avant et après mise en place des équipes mobiles
gériatriques dans deux centres hospitaliers de la métropole Lilloise**

Présentée et soutenue publiquement le 18 janvier 2012

Par Louis Eugène TESSA

Jury

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Madame le Professeur Hélène BULCKAEN

Monsieur le Docteur Karim GALLOUJ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Daniel DREUIL

ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

EMG : Equipe(s) Mobile(s) Gériatrique(s).

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CH : Centre Hospitalier.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales.

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

<u>SOMMAIRE</u>	Page
1. INTRODUCTION.....	11
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
3. RÉSULTATS.....	16
3.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	16
3.2. TAUX DE MOBILISATION DES PATIENTS PAR RAPPORT A LA DURÉE DU SÉJOUR (%) ENTRE 2004 ET 2007.....	18
3.3. SCORE GLOBAL DE PRISE EN CHARGE (valeur/11) DES PATIENTS ENTRE 2004 ET 2007.....	19
3.4. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE 2004 ET 2007.....	20
3.5. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE LE CHR DE LILLE ET LE CH DE SECLIN.....	24
4. DISCUSSION.....	27
4.1. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS.....	27
4.1.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	27
4.1.2. ANALYSE DES RESULTATS.....	28
4.2. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	29
4.2.1. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	29
4.2.2. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	30
4.3. COMPARAISON À D'AUTRES ÉTUDES.....	31
4.4. APPROCHE QUALITATIVE DE L'IMPACT DES EMG.....	31
4.5. PERSPECTIVES : COMMENT MIEUX ÉVALUER L'IMPACT DES EMG ?.....	33
5. CONCLUSION.....	36
6. BIBLIOGRAPHIE.....	38
7. ANNEXES.....	40

1. INTRODUCTION

- Le vieillissement de la population française est inéluctable: 32% de la population aura 60 ans et plus en 2050 d'après une projection de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). La croissance la plus spectaculaire portera sur les groupes les plus âgés puisque 15,6% de la population aura plus de 75 ans [1]. Le vieillissement de la population associé à une augmentation de la morbidité aux âges élevés s'accompagne d'une augmentation de la fréquentation hospitalière des personnes âgées [2].
- Cependant, pour de nombreuses personnes âgées, l'hospitalisation peut être responsable d'un déclin fonctionnel malgré l'amélioration voire la guérison de l'affection pour laquelle ils ont été admis. De plus, elle peut entraîner des complications sans rapport avec le motif d'admission initial, ou son traitement spécifique [3]. Les patients âgés poly pathologiques ou présentant un fort risque de dépendance devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire [4].
- Les équipes mobiles gériatriques (EMG) constituent une des réponses possibles permettant d'assurer des soins de qualité aux patients âgés fragiles ou en perte d'autonomie quel que soit leur service d'hospitalisation [5]. Elles se sont constituées en application de la circulaire du 18 mars 2002 (annexe 1) relative à l'amélioration de la filière gériatrique. Ce concept correspond fondamentalement à l'intervention d'une équipe comportant au minimum un médecin gériatre, une infirmière et éventuellement d'autres professionnels (assistante sociale, secrétaire, ergothérapeute, kinésithérapeute) qui assure une aide spécialisée et polyvalente dans la prise en charge des patients âgés fragiles hospitalisés dans les secteurs à vocation non gériatrique. Elle utilise l'évaluation gériatrique standardisée comme outil d'identification des problèmes médicaux, psychologique et sociaux. Cet outil est reconnu efficace en terme de résultats de santé pour l'individu fragile (recul de la mortalité, contrôle de la morbidité et préservation de l'autonomie) [6,7].
- Néanmoins, l'évaluation de l'impact des EMG est difficile car elles ne correspondent pas à une activité hospitalière classique. La productivité peut être appréciée du point de vue de la qualité des soins entre autres par la baisse des pathologies liées à l'hospitalisation (escarre, confusion et dépression, dénutrition, infections nosocomiales, perte d'autonomie) [8]. Dans le cadre du programme de recherche en qualité hospitalière pour l'année 2007 (cité dans la circulaire en annexe 2), le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Lille a proposé un projet intitulé impact des EMG sur les pratiques de soins dans les services de médecine. Nous avons émis l'hypothèse d'une modification des pratiques de soin dans les services de médecine où sont intervenues des EMG.

- L'objectif de notre travail était donc de montrer que la mise en place des EMG était associée à une amélioration de la prévention du syndrome d'immobilisation et de la prise en charge globale des personnes âgées dans les services de court séjour non gériatriques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Notre étude était rétrospective sur dossiers de patients tirés au sort, au CHR de Lille et au Centre Hospitalier (CH) de Seclin avant et après mise en place des équipes mobiles gériatriques respectivement en 2004 et 2007. Des EMG ont été créés dans ces 2 hôpitaux en 2005.
- Les critères d'inclusion étaient:
 - Âge \geq 75 ans
 - Hospitalisation dans les services de court séjour non gériatrique dans lesquels intervenaient le plus souvent les EMG;
>Au CHR de Lille, il s'agissait des services de: cardiologie, dermatologie, pneumologie, néphrologie, gastro-entérologie, médecine interne et rhumatologie.
>Au CH de Seclin, il s'agissait des services de: gastro-entérologie, cardiologie et médecine interne.
- Les critères d'exclusion étaient :
 - Hospitalisation dans un service de chirurgie
 - Hospitalisation dans des services dans lesquels les EMG n'étaient jamais intervenues
- 598 dossiers ont été tirés au sort, dont 299 en 2004 et 299 en 2007. Le nombre de dossiers tirés au sort était fonction de l'activité de l'établissement, reflétée par le nombre de séjours \geq 1 nuit de patients \geq 75 ans sur l'année 2007.
- Nous avons analysé les dossiers de soin à l'aide d'un questionnaire (annexe 3) dont nous avons extrait les données suivantes:
 - Informations fournies par les départements d'information médicale :
 - Établissement et service d'hospitalisation
 - Date du séjour
 - Durée du séjour (jours)
 - Âge
 - Sexe
 - Informations recherchées dans les dossiers de soin concernant:
 - Le nombre de jours avec lever au fauteuil.
 - L'installation des patients :
 - Mention d'actes d'installations particulières (type de matelas, coussin au fauteuil, accoudoir,...) : oui/non ?
 - Présence d'une fiche de changement de position : oui/non ?
 - La prise en charge nutritionnelle:
 - Notification du poids pendant le séjour (au moins une pesée en sus du poids d'admission): oui/non ?
 - Prescription de compléments alimentaires oraux oui/non ?

- Dosage de l'albuminémie (résultat présent dans le dossier): oui/non ?
 - Dosage de la pré-albuminémie (résultat présent dans le dossier): oui/non ?
 - Surveillance de la prise des repas (feuille de suivi alimentaire présente dans le dossier): oui/non ?
 - La prise en charge de la douleur:
 - Présence d'une mesure diagnostique de la douleur au moyen d'une échelle d'évaluation: oui/non ?
 - Présence d'une mesure de suivi de la douleur avec une échelle d'évaluation: oui/non ?
 - Prescription conditionnée d'antalgique (à la demande) : oui/non ?
 - Présence d'une prescription d'antalgique systématique: oui/non ?
- Les réponses positives étaient cotées 1 et celles négatives 0.
 - L'indicateur reflétant le **taux de mobilisation** du patient durant le séjour donné correspondait au rapport du nombre de jours avec lever au fauteuil, à la durée du séjour. Cette variable était exprimée en pourcentage.
 - Le score reflétant la **prise en charge globale du patient** correspondait au rapport du nombre de réponses affirmatives aux questions relatives à l'installation, la prise en charge nutritionnelle et la prise en charge de la douleur, sur le nombre total de questions.
 - La moyenne des taux de mobilisation et la moyenne des scores de prise en charge globale des patients ont été comparés entre 2004 et 2007 au CHR Lille, au CH de Seclin puis globalement pour les 2 hôpitaux.
 - Les différentes modalités de l'installation, des prises en charge nutritionnelle et de la douleur ont été comparées entre 2004 et 2007 au CHR de Lille, au CH de Seclin puis globalement pour les 2 hôpitaux. Enfin, les 2 hôpitaux ont été comparés entre eux.
 - Le critère de jugement principal était une meilleure prévention du syndrome d'immobilisation, reflétée par l'amélioration du taux de mobilisation des patients.
 - En effet, l'immobilisation est un facteur aigu précipitant de l'apparition des symptômes de la désadaptation psychomotrice. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard de prise en charge peut occasionner des conséquences fonctionnelles potentiellement graves et engager le pronostic vital du patient âgé [9,10]. En outre, l'alitement faisant partie de toute prise en charge d'une pathologie aiguë ou chronique et invalidante, doit être considéré comme un événement pathogène. Si toutes les complications n'ont pas la même gravité, toutes peuvent entraîner une augmentation de la durée de prise en charge, un surcoût de celle-ci, une

diminution de l'autonomie et de la qualité de vie. La meilleure mesure préventive des complications de l'immobilisation est la réduction maximale de la durée de l'alitement [11].

- Le critère de jugement secondaire était une meilleure prise en charge des patients, reflétée par l'amélioration du score global incluant:
 - l'installation des patients: il est indispensable d'organiser un nursing soigneux centré sur l'installation correcte du patient ainsi qu'une mise en place d'aide aux changements de position [12].
 - la prise en charge nutritionnelle: La première mesure à envisager qui paraît évidente, même si elle n'est encore que rarement mise en œuvre, est la nécessité d'un dépistage systématique et précoce de la dénutrition chez un sujet âgé, particulièrement en cas d'hospitalisation pour une affection aiguë [13]. Chez le sujet âgé, La dénutrition est associée à l'augmentation des infections, des troubles de la marche, des chutes, des fractures et des escarres. La dépendance et la qualité de vie sont intimement liées au statut nutritionnel. Les coûts médicaux et hospitaliers (traitement des complications, durées de séjour) sont plus élevés. Il est recommandé de fonder la surveillance médicale de la dénutrition sur la mesure du poids, la quantification des apports alimentaires et le dosage de l'albuminémie [14].
 - La prise en charge de la douleur: La douleur présente, en général, une forte prévalence chez les patients âgés, en raison d'une incidence élevée de pathologies douloureuses. Les conséquences peuvent être graves et rapidement irréversibles sur le plan fonctionnel et psychique [15]. Il est indispensable de réagir et d'améliorer significativement la gestion de la douleur des patients les plus âgés en tenant compte bien entendu de leurs particularités [16].

- Concernant les méthodes statistiques utilisées:
 - Nous avons réalisé une analyse descriptive des données en calculant pour chaque modalité de prise en charge le pourcentage de réponses affirmatives.
 - Les moyennes ont été comparées par le test du t de Student (après vérification de l'homogénéité des variances des échantillons par le test de Fischer-snedecor).
 - Les modalités de prise en charge ont été comparées en calculant les rapports de cote. Le degré de significativité a été évalué par le test du chi 2 (valeur seuil à 3,84 pour $p < 0,05$ et un nombre de degré de liberté à 1), pour les ODDS RATIOS > 1 ou $< 0,5$.
 - La valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme statistiquement significative.
 - Tous les résultats sont exprimés avec un intervalle de confiance à 95%

3. RÉSULTATS

3.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

- Nous avons inclus 598 patients. La moyenne d'âge était de 81,59 ans (81,17 à 82,01). La population était globalement homogène entre 2004 et 2007. Le sexe ratio était globalement de 7/10 (masculin/féminin). La moyenne d'âge en 2004 était de 82,04 ans (82,28 à 84,54) ; elle était de 81,14 ans (80,64 à 81,72 ans) en 2007. Cette moyenne d'âge était supérieure de 2 ans en moyenne au CH de Seclin par rapport au CH de Lille en 2004 et de 3 ans en moyenne en 2007.
- Le tableau 1 résume les caractéristiques macro-démographiques de la population étudiée.

ANNEE	HOPITAL (N=EFFECTIF)	AGE MOYEN (ANS) p<0,05	SEXE RATIO (M/F)
2004	CHR LILLE (N=202)	81,38 (80,68 à 82,08)	86/116
	CH SECLIN (N=97)	83,41 (82,28 à 84,54)	30/67
	GLOBAL (N=299)	82,04 (81,43 à 82,68)	116/183
2007	CHR LILLE (N=203)	80,16 (79,53 à 80,79)	88/115
	CH SECLIN (N=96)	83,21 82,11 à 84,31	43/53
	GLOBAL (N=299)	81,14 (80,64 à 81,72)	131/168

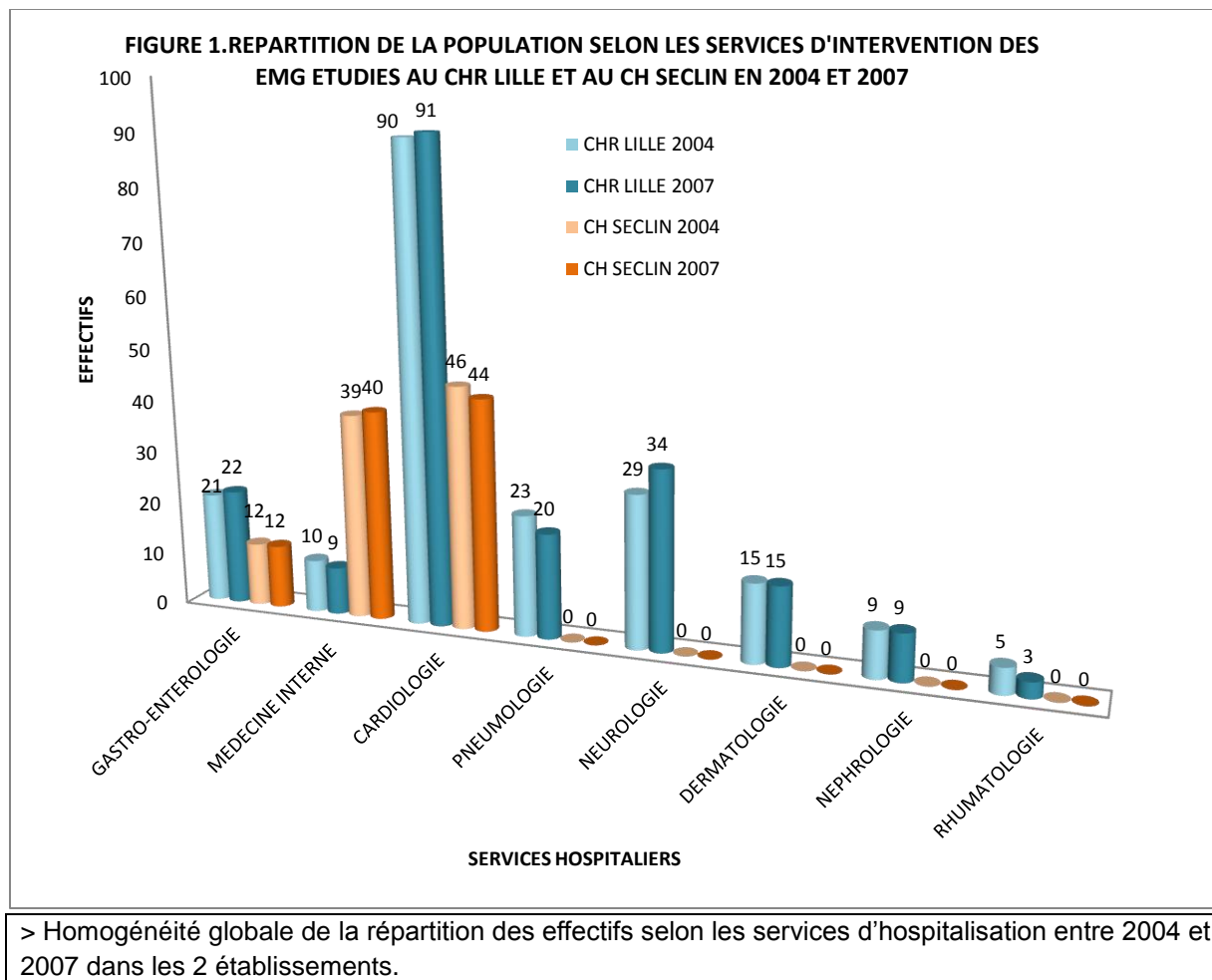
- La durée moyenne de séjour (DMS) était de 9,64 jours (8,91 à 10,73). Elle était comparable dans les 2 hôpitaux en 2004 et supérieure au CH de Seclin par rapport au CHR de Lille en 2007 (10,89 jours versus 9 jours en moyenne).

- Le tableau 2 résume la répartition de la population selon la DMS.

TABLEAU 2. REPARTITION DE LA POPULATION SELON LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR (DMS) AU CHR DE LILLE ET AU CH DE SECLIN EN 2004 ET EN 2007						
	ANNEE 2004			ANNEE 2007		
	CHR LILLE	CH SECLIN	GLOBAL	CHR LILLE	CH SECLIN	GLOBAL
DMS (JOURS)	9,7 (8,31 à 11,09)	9,64 (7,83 à 1,45)	9,68 (8,57 à 10,79)	9 (7,90 à 10,1)	10,89 (9,15 à 12,63)	9,61 (8,68 à 10,54)

- La répartition des effectifs de la population étudiée était globalement homogène entre 2004 et 2007 dans les 2 établissements. Le tableau 3 et la figure 1 résument la répartition de cette population suivant les services d'intervention des EMG étudiés.

TABLEAU 3. REPARTITION DE LA POPULATION SELON LES SERVICES D'INTERVENTION DE L'EMG ETUDIÉS AU CHR DE LILLE ET AU CH DE SECLIN EN 2004				
EFFECTIFS	CHR LILLE 2004	CH SECLIN 2004	CHR LILLE 2007	CH SECLIN 2007
GASTRO-ENTEROLOGIE	21	12	22	12
MEDECINE INTERNE	10	39	9	40
CARDIOLOGIE	90	46	91	44
PNEUMOLOGIE	23		20	
NEUROLOGIE	29		34	
DERMATOLOGIE	15		15	
NEPHROLOGIE	9		9	
RHUMATOLOGIE	5		3	



3.2. TAUX DE MOBILISATION DES PATIENTS PAR RAPPORT A LA DURÉE DU SÉJOUR (%) ENTRE 2004 ET 2007

- Le taux de mobilisation des patients par rapport à la durée de séjour était significativement augmenté de 6% (intervalle de confiance à 95% (IC) de 4% à 8%, $p < 0,0005$) entre 2004 et 2007 (avant et après mise en place des équipes mobiles gériatriques). Cette augmentation était de 6% (IC de 2 à 10%, $p < 0,0005$) au CHR de Lille et de 7% (IC de 3 à 11%, $p < 0,0005$) au CH de Seclin.

- Le tableau 4 résume la comparaison du taux de mobilisation des patients entre 2004 et 2007.

TABLEAU 4.COMPARAISON DU TAUX DE MOBILISATION (%) ENTRE 2004 ET 2007				
	2004	2007	t (student)	p (seuil<0,05)
CHR LILLE	43% (41 à 45%)	49% (47 à 51%)	4,53	p<0,0005
CH SECLIN	39% (37 à 41%)	46% (44 à 48%)	5,87	p<0,0005
CHR LILLE ET CH SECLIN	42% (41 à 43%)	48% (47 à 49%)	6,75	p<0,0005
>Augmentation significative du taux de mobilisation des patients entre 2004 et 2007 au CHR de Lille et au CH de Seclin y compris en considérant globalement les 2 hôpitaux.				

3.3. SCORE GLOBAL DE PRISE EN CHARGE (valeur/11) DES PATIENTS ENTRE 2004 ET 2007

- Le score global de prise en charge des patients n'était pas modifiée entre 2004 et 2007 au CHR de Lille ($p=0,3$), ni au CH de Seclin ($p<0,3$), ni même en considérant globalement les 2 hôpitaux. Les scores étaient globalement faibles.
- Le tableau 5 résume la comparaison du score global de prise en charge entre 2004 et 2007.

TABLEAU 5. COMPARAISON DU SCORE GLOBAL DE PRISE EN CHARGE (valeur/11) DES PATIENTS ENTRE 2004 ET 2007				
	2004	2007	t (student)	p (seuil<0,05)
CHR LILLE	2,39 (1,91 à 2,87)	2,6 (1,95 à 3,25)	0,53	p=0,3
CH SECLIN	0,93 (0,7 à 1,16)	1,08 (0,71 à 1,45)	0,72	p<0,3
CHR LILLE ET CH SECLIN	1,91 (1,55 à 2,27)	2,11 (1,63 à 2,59)	0,65	p<0,3
>Pas d'amélioration significative du score global de prise en charge au CHR de LILLE, au CH de Seclin ni même en considérant globalement les 2 hôpitaux. >Scores de prise en charge globalement faibles.				

3.4. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE 2004 ET 2007

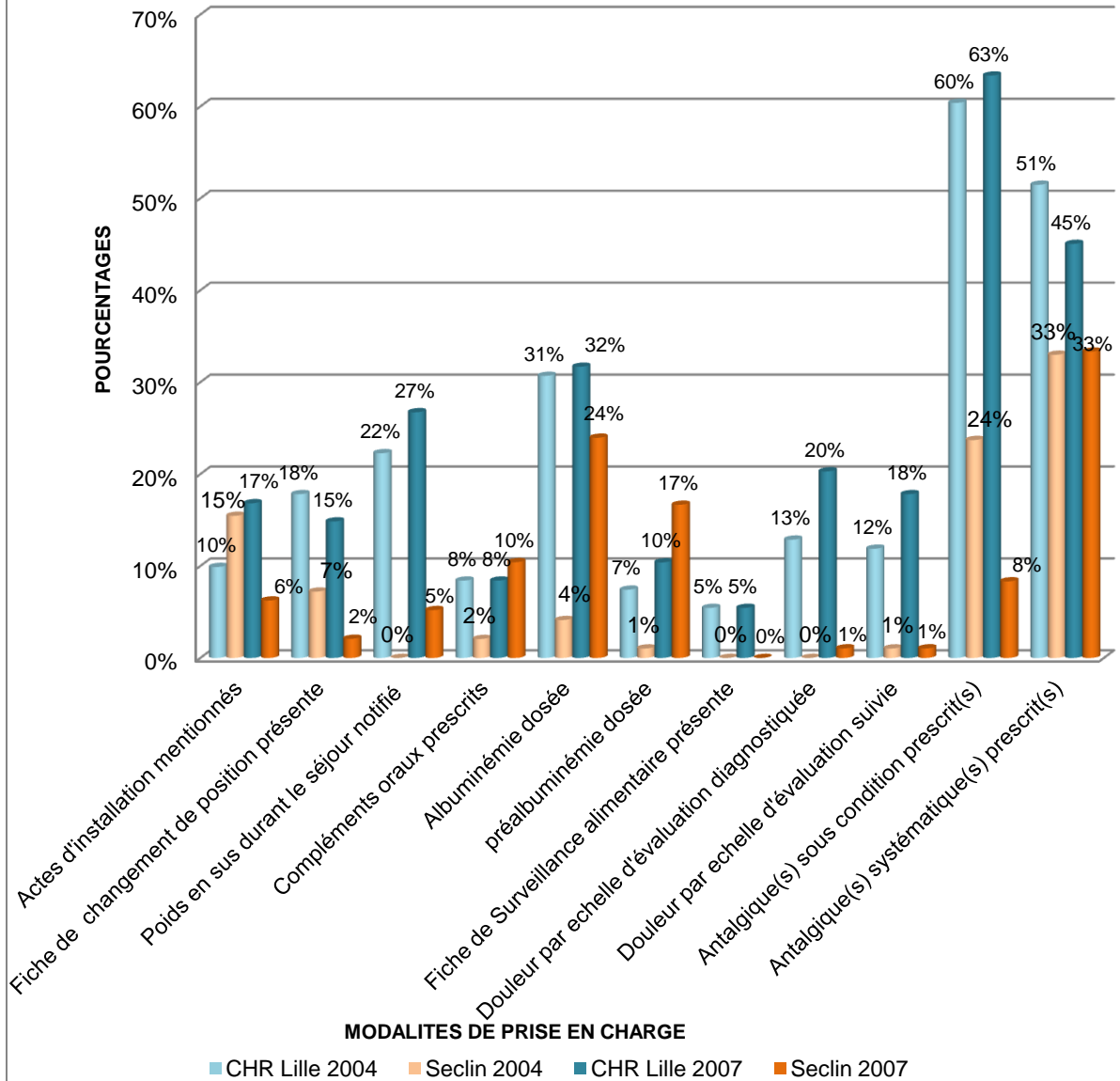
- Les différentes modalités de la prise en charge ont été comparées entre 2004 et 2007 (tableau 6 et figure 2).
 - Concernant l'installation des patients :
 - La mention des actes d'installation était significativement augmentée au CHR de Lille de 10% à 17% (ODDS RATIO(OR) 1,83 (1,01 à 3,3), $p < 0,05$) et significativement diminué au CH de Seclin de 15% à 6% (OR 0,36(0,13 à 0,97), $p < 0,05$). Elle n'était pas modifiée en considérant globalement les 2 hôpitaux (12% à 13%, OR 1,16 (0,71 à 1,88)).
 - La présence de fiche de changement de position n'était pas significativement modifiée au CHR de Lille (18% à 15%, OR 0,8(0,47 à 1,36)), ni au CH de Seclin (7% à 2%, OR 0,27(0,05 à 1,33)), ni même en en considérant globalement les 2 hôpitaux (14% à 11%, OR 0,71(0,44 à 1,16)).
 - Concernant la prise en charge nutritionnelle :
 - La pesée des patients en sus du poids d'admission n'était pas significativement modifiée au CHR de Lille (22% à 27%, OR 1,26(0,8 à 1,99)) ni en considérant globalement les 2 hôpitaux (15% à 20%, OR 1,39(0,91 à 2,13)). L'OR n'a pu être calculé au CH de Seclin en raison d'un effectif nul en 2004 (figure 2).
 - La prescription de compléments alimentaires oraux était significativement augmentée au CH de Seclin de 2% à 10% (OR 5,27 (1,18 à 25,9), $p < 0,05$) ; elle n'était pas significativement modifiée au CHR de Lille (8% à 8%, OR 1,01 (0,5 à 2,04)) ni en considérant globalement les 2 hôpitaux (6% à 9%, OR 1,46(0,79 à 2,69)).
 - Le dosage de l'albuminémie était significativement augmenté au CH de Seclin de 4% à 24% (OR 7,33 (2,43 à 147,95), $p < 0,05$) y compris en considérant globalement les 2 hôpitaux de 22% à 29% (OR 1,45(1 à 2,1), $p < 0,05$) ; il n'était pas significativement modifié au CHR de Lille (31% à 32%, OR 1,04 (0,68 à 1,58)).
 - Le dosage de la préalbuminémie était significativement augmenté au CH de Seclin de 1% à 17% (OR 19,2 (2,49 à 26), $p < 0,0005$), y compris en considérant globalement les 2 hôpitaux de 5% à 12% (OR 2,5 (1,36 à 4,6), $p < 0,005$) ; il n'était pas significativement modifié au CHR de Lille (7% à 10%, OR 1,44(0,72 à 2,88)).

- La présence de fiche de surveillance alimentaire n'était pas significativement modifiée au CHR de Lille (5% à 5%, OR 0,99(0,42 à 2,34)) ni en considérant les 2 hôpitaux (4% à 4% OR 1 (0,43 à 2,34)). L'OR n'a pu être calculé au CH de Seclin en raison d'effectifs nuls en 2004 et en 2007.
 - Concernant la prise en charge de la douleur :
 - La présence d'une mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation était significativement augmentée au CHR de Lille de 13% à 20% (OR 1,71 (1 à 2,92), $p < 0,05$) y compris en considérant globalement les 2 hôpitaux de 9% à 14% (OR 1,72 (1,02 à 2,89), $p < 0,05$). L'OR n'a pu être calculé en au CH de Seclin en raison d'un effectif nul en 2004.
 - La présence d'une mesure de suivi de la douleur par une échelle d'évaluation n'était pas significativement modifiée quel que soit l'hôpital au CHR de Lille (12 à 18%, OR 1,6(0,92 à 2,8)), ni au CH de Seclin (1% à 1%, OR 1,01 (0,06 à 16,38)), ni même en considérant globalement les 2 hôpitaux (8% à 12%, OR 1,55 (0,91 à 2,65)).
 - La prescription d'antalgiques sous condition ou à la demande était significativement diminuée au CH de Seclin de 24% à 8% (OR 0,29(0,12 à 0,69), $p < 0,005$) ; elle n'était pas significativement modifiée au CHR (60% à 63%, OR 1,12(0,75 à 1,67)), ni en considérant globalement les 2 hôpitaux (48% à 45%, OR 0,89(0,65 à 1,23)).
 - La prescription systématique d'antalgique n'était pas significativement modifiée au CHR de Lille (51% à 45%, OR 0,77(0,52 à 1,14)), ni au CH de Seclin (33% à 33% (OR 1,02(0,56 à 1,86)), ni en considérant globalement les 2 hôpitaux (45% à 41% OR 0,84 (0,61 à 1,15)).
- Le tableau 6 résume la comparaison des modalités de prise en charge entre 2004 et 2007.

TABLEAU 6. COMPARAISON DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE 2004 ET 2007			
ODDS RATIOS (IC95%, X², p) *	CHR LILLE	CH SECLIN	CHR LILLE ET CH SECLIN
Actes d'installation	1,83 (1,01 à 3,3) X ² =4,11. p< 0,05	0,36 (0,13 à 0,97) X ² =4,22.p<0,05	1,16 (0,71 à 1,88)
Changements de position	0,8 (0,47 à 1,36)	0,27 (0,05 à 1,33)	0,71(0,44 à 1,16)
Poids durant le séjour	1,26 (0,8 à 1,99)	Non valide **	1,39 (0,91 à 2,13)
Compléments oraux	1,01 (0,5 à 2,04)	5,27 (1,18 à 25,9) X ² =5,78. p<0,05	1,46 (0,79 à 2,69)
Albuminémie	1,04 (0,68 à 1,58)	7,33 (2,43 à 147,95) X ² =15,78.p<0,0005	1,45 (1 à 2,1) X ² =3,87.p<0,05
Pré albuminémie	1,44 (0,72 à 2,88)	19,2 (2,49 à 26) X ² =14,69.p<0,0005	2,5 (1,36 à 4,6) X ² =9,13.p<0,005
Fiche surveillance alimentaire	0,99 (0,42 à 2,34)	Non valide**	1 (0,43 à 2,34)
Douleur évaluée	1,71 (1 à 2,92) X ² =3,94. p<0,05	Non valide**	1,72 (1,02 à 2,89) X ² =4,25.p<0,05
Douleur suivie	1,6 (0,92 à 2,8)	1,01 (0,06 à 16,38)	1,55 (0,91 à 2,65)
Antalgique sous condition	1,12 (0,75 à 1,67)	0,29 (0,12 à 0,69) X ² =8,46. p<0,005	0,89 (0,65 à 1,23)
antalgique systématique	0,77 (0,52 à 1,14)	1,02 (0,56 à 1,86)	0,84 (0,61 à 1,15)
<p>*IC95%: Intervalle de confiance à 95%; X² et p sont respectivement les valeurs du CHI 2 et du risque d'erreur calculés uniquement pour les résultats significatifs. valeur seuil de p<0,05 retenue comme statistiquement significative.</p> <p>**L'ODDS RATIO ne peut être calculé en présence d'effectifs nuls.</p>			

- La figure 2 illustre la répartition des modalités de prise en charge entre 2004 et 2007.

FIGURE 2. REPARTITION DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE ENTRE 2004 ET 2007, CHR LILLE ET CH SECLIN



>Au CHR de Lille entre 2004 et 2007: Amélioration à la limite de la significativité de la mention d'actes d'installation et de la présence de mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation.

>Au CH de Seclin entre 2004 et 2007: Diminution significative de la mention d'actes d'installation, de la prescription d'antalgiques sous condition et amélioration significative du dosage de l'albuminémie et de la préalbuminémie ; Absence de fiche de surveillance alimentaire en 2004 et 2007 ; absence de notification du poids en 2004; absence de diagnostic la douleur par échelle d'évaluation en 2004.

> En considérant globalement les 2 hôpitaux, entre 2004 et 2007: Amélioration significative des dosages de l'albuminémie, de la préalbuminémie et amélioration de la présence de mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation.

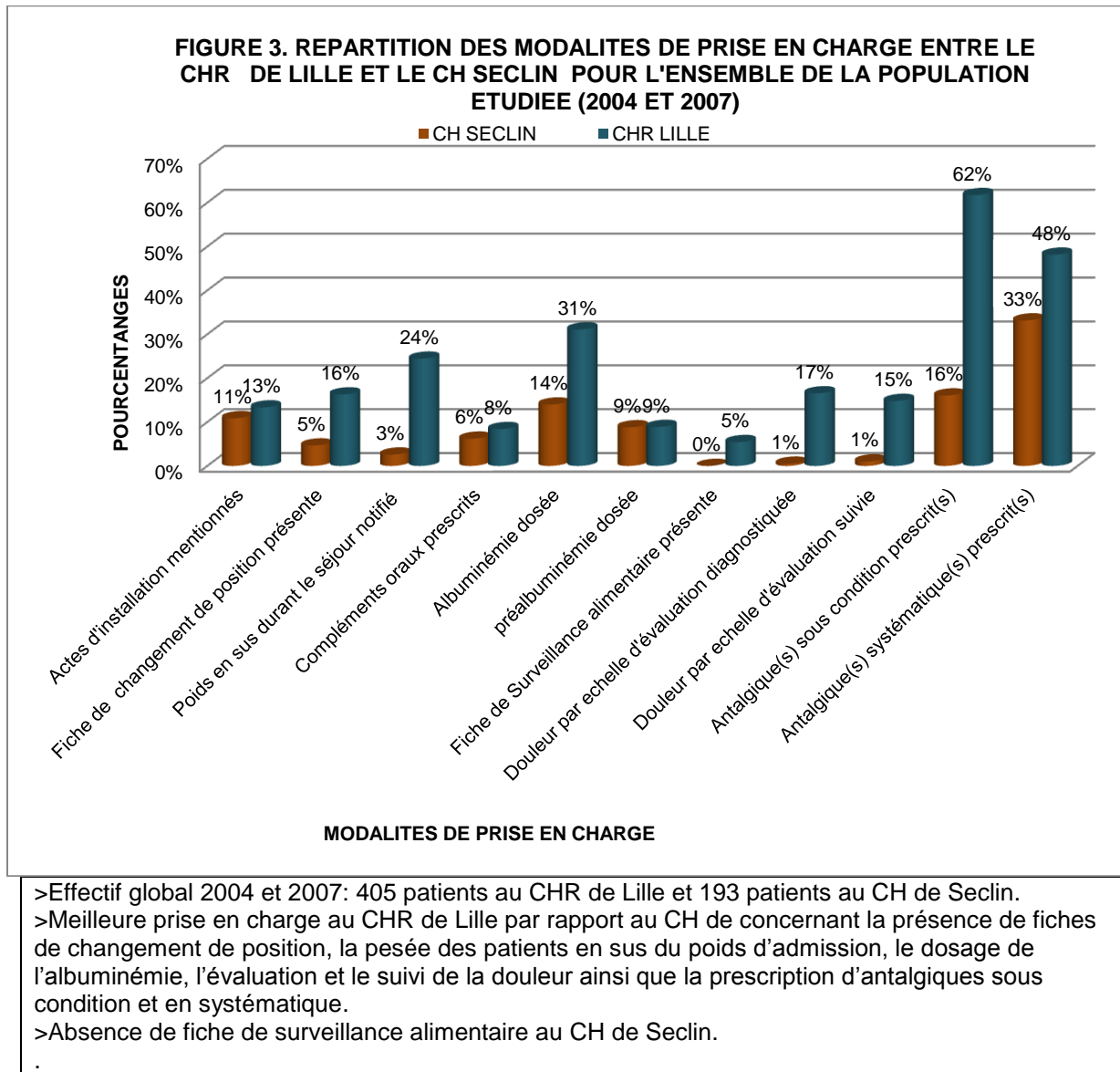
3.5. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE LE CHR DE LILLE ET LE CH DE SECLIN

- Les différentes modalités de la prise en charge entre le CHR de Lille et le CH de Seclin pour l'ensemble de la population étudiée en 2004 et 2007 ont été comparées (tableau 7 et figure 3) :
 - Concernant l'installation des patients :
 - La mention des actes d'installation n'était pas statistiquement différente entre les 2 hôpitaux (13% au CHR de Lille versus 11% au CH de Seclin, p non significatif).
 - La présence de fiche de changement de position était significativement supérieure au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin (16% versus 5%, OR 3,98(1,94 à 8,17), $p < 0,0005$)).
 - Concernant la prise en charge nutritionnelle :
 - La pesée durant le séjour était significativement supérieure au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin (24% versus 5 %, OR 3,98(1,94 à 8,17), $p < 0,0005$)).
 - La prescription des compléments alimentaires oraux n'était pas statistiquement différente entre les 2 hôpitaux (8% au CHR de Lille versus 6% au CH de Seclin, p non significatif).
 - Le dosage de l'albuminémie était significativement supérieur au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin (31% versus 14%, OR 2,78(1,76 à 4,39), $p < 0,0005$)).
 - Le dosage de la préalbuminémie n'était pas statistiquement différent entre les 2 hôpitaux (9% au CHR de Lille versus 9% au CH de Seclin, p non significatif)).
 - La présence de fiche de surveillance alimentaire était de 5% au CHR de Lille et 0% au CH de Seclin. L'OR n'a pu être calculé en raison de l'effectif nul du CH de Seclin.
 - Concernant la prise en charge de la douleur :
 - La présence d'une mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation était significativement supérieure au CHR de Lille à par rapport au CH de Seclin (17% versus 1%, OR 38,06 (5,24 à 276,35), $p < 0,0005$)).
 - La présence d'une mesure de suivi de la douleur par une échelle d'évaluation était significativement supérieure au CHR de Lille à par rapport au CH de Seclin (15% versus 1%, OR 16,61 (4,02 à 68,71), $p < 0,0005$)).

- La prescription d'analgiques sous condition était significativement supérieure au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin (62% versus 16%, OR 8,43 (5,47 à 13), $p < 0,0005$)).
- La prescription systématique d'analgique était significativement supérieure au CHR de Lille à par rapport au CH de Seclin (48% versus 33%, OR 1,87 (1, 31 à 2,67), $p < 0,0001$)).

TABEAU 7. COMPARAISON DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ENTRE LE CHR DE LILLE ET LE CH DE SECLIN POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ETUDIEE (2004 et 2007)		
ODDS RATIOS (IC95%, X²)*	CHR LILLE/CH SECLIN	p (seuil<0,05)
Actes d'installation	1,26 (0,74 à 2,15)	p non significatif
Changements de position	3,98 (1,94 à 8,17) X ² =16,13	p<0,0005
Poids durant le séjour	12,16 (4,86 à 30,41) X ² =43,45	p<0,0005
Compléments oraux	1,38 (0,7 à 2,73)	p non significatif
Albuminémie	2,78 (1,76 à 4,39) X ² =20,13	p<0,0005
Pré albuminémie	1,01 (0,55 à 1,85)	p non significatif
Fiche de surveillance alimentaire	Non valide**	
Douleur évaluée	38,06 (5,24 à 276,35) X ² =33,31	p<0,0005
Douleur suivie	16,61 (4,02 à 68,71) X ² =26,7	p<0,0005
Analgique sous condition	8,43 (5,47 à 13) X ² =109,43	p<0,0005
antalgique systématique	1,87 (1,31 à 2,67) X ² =11,96	p<0,0001
>* Intervalle de confiance à 95%; X ² calculée uniquement pour les résultats significatifs >** L'ODDS RATIO ne peut être calculé car présence d'effectif nul (au CH de Seclin).		

- La figure 3 illustre la répartition des différentes modalités de prise en charge entre le CHR de Lille et le CH de Seclin pour l'ensemble de la population étudiée (2004 et 2007) soit 193 patients au CH de Seclin et 405 patients au CHR de Lille.



4. DISCUSSION

4.1. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS

4.1.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

- Notre étude a montré :
 - Une augmentation significative du taux de mobilisation des patients par rapport à la durée du séjour entre 2004 et 2007 (avant et après mise en place des EMG) au CHR de Lille, au CH de Seclin y compris en considérant globalement les 2 hôpitaux ;
 - Une absence d'amélioration significative du score global de prise en charge des patients entre 2004 et 2007 au CHR de Lille, ni au CH de Seclin, ni même en considérant globalement les 2 hôpitaux ;
 - En considérant globalement les 2 hôpitaux entre 2004 et 2007 : Une amélioration significative des dosages de l'albuminémie et de la préalbuminémie ainsi qu'une amélioration de la mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation ;
 - Au CHR de Lille entre 2004 et 2007, une amélioration à la limite de la significativité de la mention d'actes d'installation et de la présence de mesure diagnostique de la douleur par une échelle d'évaluation ;
 - Au CH de Seclin entre 2004 et 2007, une diminution significative de la mention d'actes d'installation, de la prescription d'antalgiques sous condition et une amélioration significative du dosage de l'albuminémie, de la préalbuminémie ; une absence de fiche de surveillance alimentaire en 2004 et 2007 ; une absence de notification du poids en 2004 ; une absence de diagnostic de la douleur par une échelle d'évaluation en 2004 ;
 - Enfin, la comparaison inter établissement a montré que la prise en charge au CHR de Lille serait meilleure par rapport au CH de Seclin concernant la présence de fiches de changement de position, la pesée des patients en sus du poids d'admission, le dosage de l'albuminémie, la présence de mesure

diagnostique d'évaluation de la douleur par une échelle ainsi que la prescription d'antalgiques sous condition et en systématique.

4.1.2. ANALYSE DES RESULTATS

- On peut déduire des résultats de cette étude que la mise en place des EMG dans les services de court séjour non gériatriques serait associée à une meilleure prévention du syndrome d'immobilisation ainsi qu'une amélioration du dépistage de la dénutrition et de l'évaluation de la douleur. Cependant le caractère rétrospectif de cette étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre la mise en place des EMG et les améliorations observées. Cette limite méthodologique connue et assumée dès le départ a nécessité la réalisation d'une enquête qualitative complémentaire recherchant les déterminants de l'impact des EMG sur la qualité des soins ; on va y revenir.
- En effet des facteurs autres que l'intervention des EMG pourraient au moins en partie expliquer les résultats significatifs observés, notamment la mise en œuvre dans les hôpitaux de programmes nationaux de santé publique visant à l'amélioration de la qualité des soins. On peut citer dans ce cadre :
 - La proposition aux établissements de santé en 2004 d'un programme d'Audit Clinique Ciblé visant à limiter la contention physique des personnes âgées (annexe 4) ;
 - Le deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010 (en annexe 5) prévoyant d'assurer une prise en charge efficace de la dénutrition au sein des établissements de santé en intégrant notamment sa prévention, son dépistage et sa prise en charge dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens entre les Agences Régionales d'Hospitalisation et les établissements de soins en lien avec les objectifs nutritionnels des plans régionaux de santé publique.
 - Le Plan d'amélioration de la prise en charge de la Douleur 2006-2010 (annexe 6) ayant mené de nombreuses actions auprès des usagers et des professionnels de santé dont l'intégration d'une référence « douleur » dans la certification des établissements de santé.
- Par ailleurs, l'absence d'amélioration du score global montre que la prise en charge des personnes âgées en court séjour non gériatrique ne serait pas encore optimale. En effet, l'organisation des soins a évolué dans les grands hôpitaux, vers la spécialisation d'organe où le patient âgé polypathologique serait inadéquat [8], les comorbidités et les facteurs de risque de décompensation y étant moins bien

détectées. En outre, les scores de prise en charge globale faibles dans l'ensemble reflèteraient la marge d'amélioration importante.

- Enfin, la meilleure prise en charge dans l'ensemble au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin sur la majorité des items étudiés reflèterait l'existence d'une certaine hétérogénéité inter établissement. Cependant, l'interprétation de cette comparaison entre les 2 hôpitaux serait délicate car il pourrait y avoir un biais lié à l'effectif au CHR très supérieur à celui du CH de Seclin.

4.2. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

4.2.1. POINTS FORTS DE L'ETUDE

- Même si cette étude n'a pas permis pas d'attribuer les améliorations observées à la seule intervention des EMG, elle présente l'intérêt de participer à une dynamique de recherche sur l'activité des équipes transversales intra-hospitalières. L'objectif à terme serait de développer un secteur de recherche structuré dans le domaine de l'organisation en qualité hospitalière et filières de soins au niveau du CHR de Lille et en collaboration avec les autres établissements de la Métropole Lilloise. Le développement de cette politique de transversalités, mis en œuvre dans le cadre du projet d'établissement 2004-2008 du CHR de Lille, viserait l'amélioration de la qualité du parcours de soins.
- De plus, cette étude nous a interpellé sur la nécessité de faire intervenir dans les services de court séjour non gériatriques des professionnels habitués à une prise en charge globale et en équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer les soins aux personnes âgées fragiles dans ces services. Toutefois, cette reconnaissance du soin gériatrique relevant d'une compétence spécifique est loin d'être admise par tous, notamment de tous les médecins spécialistes d'organe. Néanmoins, ces conflits entre gériatres et non gériatres semblent s'amender progressivement avec l'intervention et la reconnaissance de la valeur ajoutée des EMG. Certains spécialistes prennent conscience des limites de leurs compétences, de la possibilité de travailler autrement, des avantages d'une collaboration multidisciplinaire à la fois pour leurs patients âgés et pour leur personnel [17].
- Enfin, les résultats de la comparaison des 2 hôpitaux conforteraient la nécessité de renforcer les échanges entre les établissements de la métropole Lilloise afin d'homogénéiser la prise en charge. Le CHR de Lille en tant que seul hôpital universitaire, devrait dans ce cadre jouer un rôle d'innovation, apportant une

réflexion, une expertise, des conseils et une aide méthodologique aux autres hôpitaux du Nord-Pas-de-Calais.

4.2.2. LIMITES DE L'ETUDE

- Une première limite concernerait la population étudiée, issue des services dans lesquels l'EMG intervient le plus souvent. En pratique, ces interventions se font sur appel des services demandeurs et de manière ponctuelle. Par conséquent, la population sélectionnée serait constituée en majorité de patients n'ayant pas été vus par les EMG ce qui pourrait générer un manque de spécificité pouvant diminuer alors la pertinence des résultats. Par ailleurs, les services de chirurgie ont été volontairement exclus bien que les EMG y interviennent régulièrement, en raison du biais lié aux contraintes d'immobilisation des patients.
- En deuxième lieu, le choix d'une méthodologie rétrospective, outre le fait qu'elle ne permet pas d'établir de lien de cause à effet entre l'intervention des EMG et les améliorations observées, pose aussi le problème de la traçabilité des données recueillies. En effet, certaines données étaient parfois insuffisantes voire manquantes dans les dossiers de soin. Ce défaut de traçabilité a pu générer un biais pour l'interprétation des résultats puisque les actes non mentionnés étaient considérés comme non réalisés. Il faudrait souligner que les données quantitatives, ayant permis de déterminer le taux de mobilisation, étaient mieux tracées que les données qualitatives intervenant dans le calcul du score global de prise en charge.
- En troisième lieu, les EMG ayant été créés en 2005 dans les 2 centres hospitaliers étudiés, il se pourrait que l'étude de leur impact en 2007 ait été trop précoce et donc ne permettrait pas d'avoir suffisamment de recul pour observer des résultats significatifs, les pratiques de soin n'ayant pas suffisamment évoluées [18].
- Enfin, on pourrait se poser la question de la pertinence de la comparaison entre CHR de Lille et le CH de Seclin car bien que le mode de fonctionnement des EMG dans les 2 hôpitaux soit identique, leur taille et donc leurs activités sont différentes. En effet, le CHR est un établissement de 2700 lits d'hospitalisation conventionnelle tandis que le CH de Seclin n'a que 350 lits d'hospitalisation complète. Cela s'est traduit statistiquement par l'invalidité de la comparaison du taux de mobilisation des patients et du score global de prise en charge entre les 2 hôpitaux en raison d'une inhomogénéité des variances des échantillons de population.

4.3. COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES

- Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature sur le thème précis de la l'impact de la mise en place d'une EMG sur la prévention du syndrome d'immobilisation et la prise en charge globale des personnes âgées en court séjour non gériatrique.

4.4. APPROCHE QUALITATIVE DE L'IMPACT DES EMG

- La méthodologie rétrospective ne permet pas d'établir de lien de causalité entre la mise en place des EMG en court séjour non gériatrique et l'amélioration de la prévention du syndrome d'immobilisation. C'est la raison pour laquelle une étude complémentaire qualitative sociologique a été menée par Mr SAINSAULIEU Ivan [19]. Elle avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs déterminants de l'impact des EMG sur les services de soin hospitaliers avec une volonté affichée des médecins du CHR de Lille de défendre et valoriser l'existence des EMG.
- Cette étude a été réalisée dans un contexte de lassitude des médecins des EMG qui exprimaient le besoin de comprendre cet essoufflement et trouver des solutions pour y remédier. La première cause de cet épuisement viendrait du faite que les demandes d'intervention ne sont pas gériatriques et les recommandations ne sont pas respectées ou suivies. De plus, les membres des EMG dénonçaient un préjugé populaire consistant à nier la maladie des personnes âgées en la confondant avec l'âge : « leur maladie ? c'est normal, ils sont vieux ». En même temps, les médecins des services de soin hospitaliers avaient conscience d'appeler à tort leurs collègues gériatres : « on les appelle pas assez pour des tâches glorieuses qui fassent appel à leurs compétences médicales.. » (hématologue, Roubaix).
- L'analyse qualitative de 49 entretiens individuels a été réalisée dans les EMG et les services de soin hospitaliers de trois établissements de la métropole Lilloise dont le CH de Seclin et le CHR de Lille. Toutes les professions médicales et paramédicales ont été interrogées.
- L'étude de Mr SAINSAULIEU a souligné l'utilité de l'EMG pour le patient et pour l'organisation : elle joue un rôle d'affinage du diagnostic, d'orientation, de prévention, de supplément de présence soulageante et rassurante. Cependant, comment les EMG pourraient-elles diffuser leur savoir faire et ainsi avoir une influence sur les pratiques de soin dans les services de soin hospitaliers ?
- A la lecture de ce rapport, les EMG sont obligées de déployer le plus souvent tout un art diplomatique et pédagogique car il existerait des blocages dus au

chevauchement des compétences, notamment médicales. La littérature témoigne d'ailleurs de cet aspect pour toutes les équipes mobiles et en particulier pour les EMG. Il faut du doigté et du tact : « le plus difficile, c'est la communication », souligne un cadre en dermatologie, à propos des rapports entre équipes mobiles et services de soin.

- En outre, l'ignorance soignante de l'existence de l'EMG reste grande ; pourtant ces derniers sont préoccupés par les problématiques gériatriques posées par leurs patients : « une grande part de la prise en charge est le fait des infirmières et des aides-soignantes, elles sont beaucoup plus à même d'évaluer la douleur, de prévenir les escarres » (médecin néphrologue, CHR Lille).
- Il est aussi évoqué la nécessité d'une formation professionnelle, souhaitée par les équipes lors des entretiens mais qui serait difficile à mettre en œuvre en pratique. A côté de cette formation officielle, il existe une formation informelle, assumée par l'EMG. Cette formation informelle serait essentielle car le respect des recommandations dépendrait aussi directement du nombre de personnes contactées lors de leur passage et donc du nombre de discussions.
- En conclusion de ce rapport, Mr SAINSAULIEU émet certaines recommandations visant à mieux redéployer les efforts des EMG en les adaptant à la demande des services hospitaliers :
 - Réorganiser le temps médical gériatrique des EMG pour favoriser la formation régulière des soignants des services de soin hospitaliers (temps d'échange dans les services avec les médecins de l'EMG, réunions informelles multidisciplinaires) ;
 - Mieux utiliser les ressources paramédicales :
 - au sein des EMG, en développant les déplacements du personnel paramédical de l'équipe pour résoudre des questions de confort ou d'orientation des patients ;
 - Au sein des services de soin hospitaliers, en permettant l'appel de l'EMG par les soignants, et en s'appuyant sur des référents gériatriques soignants dans ces services.

4.5. PERSPECTIVES : COMMENT MIEUX EVALUER L'IMPACT DES EMG ?

- D'après un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales (IGAS), l'activité des EMG n'est pas vraiment évaluée parce que les outils manquent et que chaque équipe produit ses statistiques selon ses besoins et les objectifs déclinés au niveau institutionnel pour tenter de remédier à cette carence. Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), principal outil dont disposent les établissements de santé est d'une très faible utilité pour les EMG dont l'activité repose en grande partie sur des consultations internes, des expertises ou des conseils. L'IGAS a recensé 35 indicateurs développés par les EMG et les a classés en trois catégories : indicateurs de moyens, de fonctionnement et de résultats. Or tous ces indicateurs ne sont pas utilisés de façon homogène par l'ensemble des EMG, soulignant qu'il n'existe actuellement pas de procédures ou d'outils standardisés. Les EMG doivent donc rechercher les indicateurs les plus pertinents qui vont leur permettre :
 - De prouver leur utilité en tant que structure de soins qui apporte une véritable expertise et qui offre une réelle qualité de service rendu au patient ;
 - De justifier l'utilisation des financements qui leur sont alloués, ainsi que les demandes d'augmentation des moyens si l'activité progresse ;
 - De démontrer qu'elles ont une place essentielle au sein de l'organisation de la filière de soins (gériatrique ou non).
- Cependant, il est nécessaire de s'interroger sur la finalité de ce que l'on cherche à évaluer. Des approches théoriques permettent de cibler les champs pertinents d'évaluation, comme le modèle de pilotage de la performance par le « Balanced Score Card » développé par Norton et Kaplan, issu du monde de l'entreprise [20]. Isabelle ARTHUS, Marie-Annick MONTALAN et Béatrice VINCENT (annexe 7) ont appliqué ce modèle aux EMG comme organisations transversales guidées par des finalités stratégiques (amélioration de la prise en charge médicale, sanitaire et sociale des personnes âgées) et dont le fonctionnement pose des problèmes d'organisation (mobile), de processus (activité de conseil et non de soins), de frontières (intra et extrahospitalière), et de compétences (glissement de tâches, relations avec les autres services). Chaque axe est présenté d'après les objectifs et les mesures pour les atteindre. La synthèse de ce modèle appliqué aux EMG fait ressortir 4 axes à évaluer, et donne des pistes d'indicateurs :

- Axe financier : Suivi de l'évolution des moyens budgétaires et humains, suivi de l'évolution de la DMS, analyse des rapports d'activité avec pour objectif à long terme d'envisager de possibles développements d'activité ;
 - Axe des partenaires : Recensement précis des partenaires (services de soins, direction, patients, familles), détermination des frontières des interventions (en intra et en extra hospitalier), recueil de la nature des relations, des motifs de satisfaction et d'insatisfaction, avec pour objectif d'avoir une bonne visibilité de l'insertion de l'EMG dans l'existant hospitalier et de son articulation avec les différents partenaires ;
 - Axe processus interne : Comparaison du parcours de mêmes patients polypathologiques fragiles avec pour objectif d'évaluer en quoi l'EMG a amélioré la qualité de la prise en charge et fluidité des parcours de soins ;
 - Axe d'apprentissage organisationnel : Evaluation de la nature des connaissances mobilisées, échangées et générées par les EMG pour objectiver le rôle de formation et d'information des EMG ;
- Finalement, cette approche pourrait éventuellement servir de référentiel pour étudier la pertinence d'indicateurs déjà existants et réfléchir sur de nouveaux critères afin d'améliorer le pilotage et la performance des EMG. On peut citer pour exemple l'étude de Achard [20] qui a utilisé le modèle de Norton et Kaplan pour analyser des indicateurs manquants à l'EMG du CH d'Angers et la pertinence de les mettre en place, parmi lesquels :
 - **Le suivi des recommandations**, dont un taux élevé indique que l'expertise gériatrique de l'EMG est reconnue par les praticiens non gériatres, ce qui est un indicateur très fort d'efficacité ; néanmoins, son recueil, conditionné par la gestion du dossier des patients est ponctuel et empirique. Faute de pouvoir le recueillir de façon fiable, elle n'en a pour le moment qu'un aperçu via l'enquête de satisfaction et les entretiens menés dans le cadre de l'étude de Nathalie Achard, dont elle en a encore moins la maîtrise.
 - **La DMS**, qui est un indicateur très discuté car l'EMG a vocation à repérer les pathologies non décelées par les spécialistes des services cliniques ; ces pathologies, quand elles nécessitent des traitements en plus de la durée du séjour, augmentent mécaniquement la DMS du patient ; Il en est de même des problèmes médico-sociaux (perte d'autonomie, aides insuffisantes,...) dont les solutions peuvent être longues à trouver.

- **Le taux de ré-hospitalisation précoce**, est un marqueur important de l'efficacité et de l'utilité de l'EMG s'il est faible. Cependant, il n'y a pas de consensus sur la notion de précocité ; de même si la pertinence de cet indicateur est forte, les patients vus par l'EMG étant polypathologiques et fragiles, un patient évalué et orienté de manière adéquate peut se représenter aux urgences de l'hôpital dans un délai court pour un tout autre motif.
- **Le taux de retour au lieu de vie d'origine** qui est un indicateur pertinent, et **le taux d'institutionnalisation** sur lequel l'EMG n'a pas vraiment d'action car son taux brut dépend surtout de l'existence de lits d'aval.
- **La diminution des complications et des comorbidités acquises**, appréciant le bénéfice direct de la consultation gériatrique et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients vus par l'EMG durant leur séjour hospitalier.
- Au final, la mise en place de ces indicateurs est conditionnée par le recueil de données qui doit être suffisamment fiable pour être exploité. L'informatisation du dossier d'évaluation et son interface avec le futur dossier informatisé du patient ouvrent de nombreuses perspectives dans ce sens, notamment le partage de méthodologie d'évaluation entre plusieurs EMG. Cette démarche pourrait être un premier pas vers l'harmonisation et la mutualisation des outils de recueil d'informations ainsi que des indicateurs d'activité entre plusieurs EMG, structurant alors leur offre de soin dans une même région.

5. CONCLUSION

- La mise en place des EMG dans les services de court séjour non gériatrique serait associée à une meilleure prévention du syndrome d'immobilisation ainsi qu'une ébauche d'amélioration du dépistage de la dénutrition et de l'évaluation de la douleur. Cependant, ces améliorations ne seraient pas associées à la seule action des EMG. Les pratiques de soin pourraient bien avoir été modifiées au moins en partie par la mise en œuvre dans les hôpitaux de programmes nationaux de santé publique. De plus, cette étude met aussi en exergue les insuffisances dans la prise en charge globale des personnes âgées polypathologiques et fragiles en court séjour non gériatrique avec une marge d'amélioration importante. Enfin, on note une hétérogénéité de la prise en charge entre hôpitaux avec une meilleure prise en charge au CHR de Lille par rapport au CH de Seclin.
- Cette étude présente l'intérêt de participer à une dynamique de recherche sur l'activité des équipes transversales intra-hospitalières. Elle interpelle aussi sur la nécessité de faire intervenir dans les services de court séjour non gériatrique des professionnels habitués à une prise en charge globale et en équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer les soins aux des personnes âgées dans ces services. Enfin, elle conforte l'idée de favoriser une dynamique d'échange inter établissement, le CHR devant jouer dans ce cadre un rôle de référent et d'expertise.
- Parmi les limites de cette étude, on note le choix d'une méthodologie rétrospective ne permettant pas d'établir de lien de causalité entre la mise en place des EMG et les améliorations observées, raison pour laquelle l'étude a été complétée par une enquête qualitative sur les déterminants de l'impact des EMG dans les services de soin hospitaliers. On peut aussi déplorer le problème de la traçabilité des données générant un biais dans leur interprétation, les actes non notifiés étant considérés comme non réalisés. Enfin, cette étude pourrait avoir été réalisée trop précocement par rapport à la création des EMG dans les hôpitaux étudiés, ne laissant pas suffisamment de temps aux pratiques d'évoluer.
- L'analyse de la littérature souligne qu'il n'existe actuellement pas de procédures ou d'outils standardisés permettant d'évaluer l'impact des EMG sur les pratiques de soin. Les EMG doivent donc développer les indicateurs les plus pertinents qui vont leur permettre de prouver leur utilité en tant que structure de soins, justifier l'utilisation des financements et démontrer qu'elles ont une place essentielle au sein de l'organisation de la filière de soins (gériatrique ou non). Pour se faire, il est nécessaire de s'interroger sur la finalité de ce que l'on cherche à évaluer. Une approche théorique comme le modèle de pilotage de la performance par le « Balanced Score Card » développé par Norton et Kaplan, issu du monde de l'entreprise permettrait de cibler les champs pertinents d'évaluation, voire servir de référentiel pour étudier la pertinence d'indicateurs déjà existants ; encore faudrait-il disposer d'un recueil de données suffisamment fiable. Cet écueil pourrait

être amélioré par l'informatisation du dossier d'évaluation et son interface avec le futur dossier informatisé du patient, premier pas vers la mutualisation des outils de recueil d'informations entre plusieurs EMG, structurant alors leur offre de soin dans une même région.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *Insee première*. 2006.
2. GARCIA-PEREZ L. et al. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2011; 104: 639-651.
3. CREDITOR MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern med*. 1993; 118: 219-23.
4. AUGER MC. Mobile geriatric teams, a response to gerontologic needs in non-geriatric hospital services. *Soins gerontol*. 2007; 64: 25.
5. CUDENNEC T. Mobile geriatric teams. *Soins gerontol*. 2007; 64: 17.
6. STUCK AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. 1993; 342: 1032-6.
7. COHEN HJ et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*. 2002; 346: 905-12.
8. COUTURIER P. Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. *La Revue de gériatrie*. 2004; 29: 703-712.
9. MANCKOUNDIA P, MOUREY F, TAVERNIER-VIDAL B, PFITZENMEYER P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. *La Revue de Médecine Interne*. 2007; 28: 79-85.
10. KHARTER M et al. Le syndrome de glissement. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2005; 5: 44-49.
11. KEMOUN G et al. Masso-kinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire (marche, transferts, équilibre) des malades âgés. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 1996; 39: 259-267.
12. PRAS P et al. Syndrome d'immobilisation: conséquences et stratégies préventives. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2005; 5: 46-51.

13. HEBUTERNE X. Dénutrition de la personne âgée : de la sarcopénie à la cachexie. *Nutrition Clinique et métabolique*. 2003; 17: 24–35.
14. PATRY et al. Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l'HAS en 2007 ? *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2011; 11: 95–100
15. RAT P. Évaluation de la douleur chez le sujet âgé. *Douleurs: Evaluation-diagnostic-traitement*. 2006; 7: 17–19.
16. AUBRUN F. Prise en charge de la douleur aigue chez le sujet âgé. *Douleurs: Evaluation-diagnostic-traitement*. 2006; 7: 19–20.
17. ROUSSEAU AC, BASITANELLI JP. Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soin. *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*. 2005.
18. DURIG F. Services hospitaliers non gériatriques : Qualité de prise en charge des plus de 75 ans, étude dans trois établissements dotés d'une équipe mobile de gériatrie. *Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en médecine*. Septembre 2011.
19. SAINSAULIEU I. Enquête sociologique sur l'impact des équipes mobiles gériatriques dans les services de soin hospitaliers. *Rapport du Centre National de Recherche Scientifique*. 2010.
20. ACHARD N. Evaluer l'efficacité d'une équipe mobile gériatrique: l'exemple du CHU d'Angers. *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*. 2008.

7. ANNEXES

1. CIRCULAIRE DHOS/O 2/DGS/SD 5 D N 2002-157 DU 18 MARS 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. 2002.


Available from: <http://www.fregif.org/docs/circulaires/circulaire-filieres-soins-geriatriques-mars-2002-8.pdf>

2. CIRCULAIRE DHOS/OPRC/SDE/2006/545 du 27 décembre 2006 relative au programme de recherche en qualité hospitalière pour 2007 [Internet]. 2006.

Available from:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_545t0.pdf

3. Questionnaire d'étude.



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION
Impact des EMG sur les pratiques de soins

Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

ÉTABLISSEMENT / SERVICE								
CHRU Lille	Cardiologie	Dermato.	Maladies app. digestif	Médecine interne	Néphro.	Neurologie	Pneumo.	Rhumato.
CH Roubaix	Cardiologie	Gastro-entérologie	Médecine interne	Néphro.	Pneumologie			
CH Seclin	Cardiologie	Médecine Polyvalente	Médecine interne	Gastro-entérologie				

Date du séjour : / / Age : Sexe : M / F

Pathologie principale : Nombre de pathologies associées :

Durée du séjour : (jours) Modalités de sortie :

1 - IMMOBILISATIONS

1.1 Mention d'actes d'installation (type de matelas, coussin au fauteuil, accoudoir, ...) OUI NON

1.3 Présence d'une fiche de changement de position OUI NON

1.2 Nombre de jour avec lever au fauteuil Jours

Indicateur IMMOBILISATION : $\frac{\text{Nbre jour avec lever au fauteuil}}{\text{Nbre de jour d'hospitalisation}}$

2 - NUTRITION

2.1 Notification du poids pendant le séjour (au moins 1 pesée en sus de la pesée d'admission) OUI NON

2.2 Prescription de compléments alimentaires oraux OUI NON

2.3 Dosage de l'albuminémie (résultat présent dans le dossier) OUI NON

2.4 Dosage de la préalbuminémie (résultat présent dans le dossier) OUI NON

2.5 Surveillance de la prise des repas (feuille de suivi alimentaire) OUI NON

Notification du poids pendant le séjour
et/ou feuille de suivi alimentaire
et/ou prescription de compléments alimentaires
et/ou dosage albuminémie / préalbuminémie

Indicateur NUTRITION : $\frac{\text{Nbre dossiers avec}}{\text{Nbre de dossiers évalués}}$

3 - DOULEUR

3.1 Présence d'une mesure diagnostique de la douleur au moyen d'une échelle OUI NON

3.2 Présence d'une mesure de suivi de la douleur avec échelle OUI NON

3.3 Prescription conditionnée d'antalgique (« à la demande », « si douleur » ...) OUI NON

3.4 Présence d'une prescription d'antalgique en systématique OUI NON

Indicateur Evaluation douleur : $\frac{\text{Nbre dossiers avec}}{\text{Nbre de dossiers évalués}}$ Mesure diagnostic de la douleur ou mesure de suivi de la douleur

Indicateur Traitement douleur : $\frac{\text{Nbre dossiers avec prescription antalgique}}{\text{Nbre de dossiers évalués}}$

Dr Dreuil / Direction Qualité – jan 2009

4. Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. Rapport de l'expérimentation nationale [Internet]. 2006.

Available from:

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cppa - rapport final .pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cppa_-_rapport_final.pdf)

5. Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010 [Internet]. 2006.

Available from:

http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_PNNS2.pdf

6. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. 2006.

Available from:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan d amelioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 .pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010.pdf)

7. Modèle du pilotage stratégique de la performance par le modèle de Kaplan et Norton du Balanced Score Card. Travail de modélisation présenté lors des 4ièmes journées nationales des EMG à Bordeaux en mai 2008, par Isabelle ARTHUS, Marie-Annick MONTALAN et Béatrice VINCENT. Université Paul Sabatier, Toulouse.



AUTEUR : TESSA Louis Eugène

Date de Soutenance : 18 Janvier 2012

Titre :

PRÉVENTION DU SYNDROME D'IMMOBILISATION ET PRISE EN CHARGE GLOBALE EN COURT SÉJOUR NON GÉRIATRIQUE : Étude rétrospective avant et après mise en place des équipes mobiles gériatriques (EMG) dans deux centres hospitaliers de la métropole Lilloise.

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : DES Médecine générale

Mots clés : Equipe mobile gériatrique, service hospitalier, syndrome d'immobilisation, prise en charge globale, qualité hospitalière, personne âgée

Résumé :

Contexte : L'hospitalisation peut entraîner un déclin fonctionnel pour des personnes âgées fragiles. L'objectif de notre travail était de montrer que la mise en place des EMG était associée à une amélioration de la prévention du syndrome d'immobilisation et de la prise en charge globale des personnes âgées dans les services de court séjour non gériatriques.

Méthode : Etude quantitative rétrospective, comparative avant et après mise en place des EMG respectivement en 2004 et 2007, sur 598 dossiers de patients âgés d'au moins 75 ans tirés au sort, aux centres hospitaliers de Lille et de Seclin. Critère de jugement principal : Amélioration du taux de mobilisation des patients (reflété par le nombre de jours avec lever au fauteuil/durée du séjour) ; critère secondaire : amélioration du score global patient (reflété par 11 items sur l'installation, la prise en charge de la dénutrition et de la douleur des patients) ; test statistique utilisé : t de Student. Intervalles de confiance (IC) à 95%.

Résultats : Le taux de mobilisation des patients par rapport à la durée de séjour était significativement amélioré, de 42% en 2004 (IC (41 à 43%), $p < 0,0005$) à 48% en 2007 (IC (47 à 49%), $p < 0,005$), en considérant globalement les 2 hôpitaux. Il n'y avait pas de différence significative ($p < 0,3$) du score global de prise en charge entre 2004 (1,91/11, IC (1,55 à 2,27)/11) et 2007 (2,11/11, IC (1,63 à 2,59)/11) en considérant globalement les 2 hôpitaux ; les scores étaient par ailleurs faibles dans l'ensemble.

Conclusion : La mise en place des EMG en court séjour non gériatrique serait associée à une amélioration de la prévention du syndrome d'immobilisation. Des progrès resteraient à faire pour l'amélioration de la prise en charge globale avec une marge de progression importante. Les EMG devraient développer des indicateurs les plus pertinents leur permettant de prouver leur utilité en tant que structure de soin et démontrer qu'elles ont une place essentielle dans l'organisation de la filière de soin, gériatrique ou non.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX François

Assesseurs : Monsieur le Professeur BOULANGER Eric

Madame le Professeur BULCKAEN Hélène

Monsieur le Dr GALLOUJ Karim

Monsieur le Dr DREUIL Daniel