

Fiche de synthèse d'initiatives concernant « Le repérage et dépistage des fragilités des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes... »

(format à titre indicatif mais document à limiter à un recto-verso)

1. Présentation générique de l'action

Nom de l'action : Évaluation du *Triage risk screening tool* (TRST) pour le dépistage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie nécessitant une expertise gériatrique dans les établissements de santé

- Nom du porteur de l'action : Groupes de travail des équipes mobiles de gériatrie à la SFGG
- Contact (nom, tél, mail) : Dr Bahman MOHEB 0450636087 bmohebkhosravi@ch-annecygenevois.fr
- Partenaires : Les équipes mobiles de gériatrie et les services de spécialités des établissements de santé
- Date de création : 2015
- Lieux concernés (domicile, établissement) : Etablissement de santé
- Territoire(s) concerné(s) : étude multicentrique dont Annecy et Grenoble

2. Description de l'action

- Objectifs : Aux urgences et dans les unités médico-chirurgicales, le dépistage des patients fragiles ou à risque de perte d'autonomie implique la réalisation d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle. Dans les établissements de santé ce sont les équipes mobiles de gériatrie qui proposent cette expertise aux urgences et dans les services de spécialités. Or on constate que le repérage précoce des patients nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) demeure difficile. La population cible des ces équipes est la population âgée fragile. L'objectif de d'une étude menée par le groupe des EMG de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie a été d'évaluer la validité et les performances prédictives du *Triage risk screening tool* (TRST) pour le repérage des patients âgés de 75 ans et plus, nécessitant l'intervention d'une EMG.

- Description du parcours : du dépistage à la conduite à tenir (bilan, préconisations, actions menées) :

▪

Méthode : étude de cohorte prospective, multicentrique. La population d'étude a porté sur l'ensemble des patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés aux urgences et en unités médicochirurgicales d'établissements de santé, sur une période allant de 2 à 4 semaines entre septembre et octobre 2013

Déroulement de l'étude : Une version « adaptée » du TRST a été retenue, comprenant cinq dimensions et cinq questions à réponse binaire (*figure ci-dessous*), cotée sur un total de 5 points. Quatre dimensions du TRST devaient être remplies par les médecins des différentes unités participant à l'étude (troubles cognitifs, troubles de la marche, polymédication, antécédents d'hospitalisation). Un item relatif à l'évaluation fonctionnelle était recueilli par les infirmières des unités participant à l'étude. Un seuil supérieur ou égal à 2 sur un total de 5 points a été retenu pour déclencher l'intervention de l'EMG. Afin de répondre à l'objectif principal, une question complémentaire à réponse binaire (oui/non) était posée au gériatre, afin de savoir s'il avait trouvé l'intervention de l'EMG utile pour chaque patient évalué

Triage risk screening tool (TRST)

L'objectif de l'étude est d'évaluer le TRST dans le repérage des personnes âgées de plus de 75 ans nécessitant le passage d'une équipe mobile de gériatrie (SAU, UHCD, unités médico-chirurgicales). Il devra être réalisé pour tous les patients de plus de 75 ans par l'équipe médicale demandeuse dans les 48h suivant l'admission du patient.

Ce test mesure cinq dimensions :

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité)</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		

Questions complémentaires pour le service demandeur :

- ☐ En dehors de cette étude, auriez-vous fait appel à l'équipe mobile de gériatrie ?
☐ OUI
☐ NON

Questions complémentaires pour l'équipe mobile de gériatrie :

- ☐ Trouvez-vous l'intervention gériatrique utile pour ce patient ?
☐ OUI
☐ NON

Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 5 (à très haut risque), un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

Pendant la période d'étude, il a été demandé aux médecins des services, à la fois seniors et internes, de réaliser un TRST à tous les patients âgés de 75 ans et plus dans les 48 heures suivant leur admission. Les patients étaient inclus consécutivement, sans randomisation. Une fois complétés, les TRST étaient transmis à l'EMG. À l'issue de l'évaluation gériatrique des caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été recueillies pour chaque patient : âge, sexe, lieu de vie, nombre de traitements, maladies chroniques, autonomie, chutes, cognition, confusion, dénutrition, escarres. La question complémentaire posée aux gériatres a permis de définir les TRST comme étant des vrais positifs ou faux négatifs en cas de réponse affirmative (intervention jugée utile). À l'inverse, une réponse négative (intervention jugée inutile) a permis de définir les vrais négatifs et les faux positifs. Les paramètres évaluant les performances individuelles du TRST étaient la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives. Les analyses ont été faites séparément dans les services d'urgences et unités médico-chirurgicales

■ Résultats de l'action :

Aux urgences, 427 patients ont eu un TRST (dont 155 à Grenoble) et dans les unités médico-chirurgicales 63 patients ont eu un TRST (dont 23 à Annecy) pendant la période d'étude. La moyenne d'âge était proche de 86 ans, les patients étaient majoritairement de sexe féminin, vivant seul à domicile. En moyenne, les patients prenaient plus de 6 médicaments et avaient près de 4 comorbidités. Plus de 60 % présentaient des troubles cognitifs.

Caractéristiques cliniques	Services d'urgence et UHCD (n = 251)	Unités médico-chirurgicales (n = 51)
Délai appel EMG (jours)	-	3,7
Age (moyenne, $\pm$)	86,7 (5,8)	85,4
Sexe féminin (%)	66,5	80,4
Domicile (%)	81,2	84,3
Ehpad (%)	18,8	-
Vivre seul (%)	50,6	58,8
Nombre de traitements (my, $\pm$)	6,6 (3,0)	6,7
Maladie chronique (my, $\pm$)	3,6 (1,8)	4,1
ADL 15 jours avant (my, $\pm$)	3,7 (2,1)	3,6
Chutes à répétition (%)	36,1	41,2
Troubles cognitifs (%)	63,2	66,7
Confusion (%)	22,7	33,3
Dénutrition (%)	37,5	49,0

Aux urgences la sensibilité a été estimée à 79%, soit 79 % des patients nécessitant une évaluation par l'EMG (population cible fragile) étaient correctement identifiés par le TRST (fraction de vrais positifs). La spécificité a été estimée à 19 %, soit 19 % des patients ne nécessitant pas une évaluation par l'EMG étaient correctement identifiés par le TRST (fraction de vrais négatifs). La valeur prédictive positive a été estimée à 55 % la valeur prédictive négative à 42 %.

Dans les unités médico-chirurgicales la sensibilité a été estimée à 98%, soit 98% des patients nécessitant une évaluation par l'EMG étaient correctement identifiés par le TRST (fraction de vrais positifs). La spécificité a été estimée à 58%, soit 58% des patients ne nécessitant pas une évaluation par l'EMG étaient correctement identifiés par le TRST (fraction de vrais négatifs) (*tableau 3*). La valeur prédictive positive a été estimée à 90 %, la valeur prédictive négative à 87 %.

- Ressources mobilisées : compétences, financières, autres... :

Le projet a tout d'abord été présenté dans différents services et validé par les médecins, chefs de service, cadre de santé et cadre supérieur. Des séances de formation au TRST ont été réalisées par les EMG auprès du personnel médical et paramédical des unités participantes.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le département d'information médicale de l'hôpital.

3. Bilan (suivi/ évaluation)

- Le cas échéant, quelle évaluation a été conduite ? Quels en sont les principaux résultats ?

Faisabilité du TRST : Ce travail, en conditions réelles quotidiennes, a soulevé certaines difficultés pratiques. Selon les organisations des services, la charge de travail et l'implication du personnel médical, le TRST a été complété par différentes personnes, médecins, internes ou infirmiers. Malgré la formation initiale, des difficultés ont été soulevées par les équipes soignantes dans la compréhension de certaines questions du TRST, en particulier l'item relatif à l'évaluation fonctionnelle

Ce travail montre les résultats d'une première étude pilote réalisée en France sur les performances d'un test tel que le TRST dans le repérage des patients nécessitant une évaluation gériatrique globale par les EMG. Ce travail présente l'avantage d'être prospectif et d'avoir été réalisé dans les conditions réelles. Il montre également une forte implication à la fois des EMG, des urgentistes et des médecins et soignants des différentes unités hospitalières.

Le choix d'utiliser le TRST a été décidé après avoir réalisé une recherche dans la littérature de l'ensemble des échelles permettant de repérer les patients fragiles et à risque à l'hôpital. Les résultats de cette recherche ont montré que la plupart des études étaient réalisées aux urgences et évaluaient les performances de tests sur la base de plusieurs indicateurs dont le taux de réadmission hospitalière précoce ou le déclin fonctionnel dans le mois suivant la sortie du patient âgé de l'hôpital. Un total de 3 échelles a émergé de cette recherche dont l'ISAR (*Identification of senior at risk*), l'ISAR modifié et le TRST. Une étude genevoise a permis de comparer les performances prédictives de ces 3 tests aux urgences. Les résultats ont montré que l'utilisation de ces

échelles ne permettait pas d'obtenir des résultats suffisamment précis pour être utilisé en routine et pour dépister des patients âgés à risque.

Dans l'étude réalisée avec le TRST par le groupe des EMG, la faible sensibilité du test aux urgences ne permettait pas non plus d'identifier les personnes âgées à risque de réadmission aux urgences. L'utilisation de ce test aux urgences risquerait à terme de poser le problème d'une sur-sollicitation des EMG pour des patients ne nécessitant pas une évaluation gériatrique approfondie. En revanche, il convient de souligner la pertinence de l'utilisation du test TRST au sein des unités médicochirurgicales avec au final une diminution significative du délai moyen avant la sollicitation des EMG par les professionnels de santé : 3,7 jours (contre 5,6 jours en 2011). Ce test TRST pourrait également permettre de solliciter plus rapidement les EMG.

A noter que le bilan d'activité de l'équipe mobile mobile de gériatrie à Annecy montre que dans les unités médico-chirurgicales la durée moyenne de séjour des patients pour qui l'EMG est intervenue dans les 72h après leur admission a diminué de moitié par rapport aux patients évalués par l'EMG dans ces unités au-delà de 72h après leur admission.

- **Quels soutiens et résistances sociales ou politiques, voire impasses réglementaires et légales à la mise en œuvre de l'idée ?**

La première limite dans le cadre du repérage de fragilité chez le sujet âgé est l'absence de test de référence standard validé.

Même si cette étude avec les EMG a été réalisée auprès d'équipes médicales et paramédicales volontaires et impliquées, les résultats ont pointé certaines difficultés notamment au remplissage de l'item relatif à l'évaluation fonctionnelle des patients. Même si le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ne fait qu'accroître dans les unités d'hospitalisation, l'évaluation de l'autonomie du patient dans ses activités quotidiennes n'est pas encore inscrite dans l'organisation des soins et les freins à la diffusion de la « culture gériatrique » restent nombreux au sein des établissements de santé.

La notion de la fragilité est parfois estompée dans ces établissements par les contraintes institutionnelles et les équipes ressources souvent appelées tardivement voire le jour de la sortie du patient et trop souvent pour des motifs d'organisation du maintien à domicile du patient

- **Quels ont été les leviers de faisabilité du projet ?**

L'implication des équipes soignantes des unités médico-chirurgicales et des équipes mobiles de gériatrie est le levier principal. Le projet a tout d'abord été présenté dans différents services et validé par les médecins, chefs de service, cadre de santé et cadre supérieur. Des séances de formation au TRST ont été réalisées par les EMG auprès du personnel médical et paramédical des unités participantes.

- **Quelles seraient les conditions de diffusion du projet à une échelle territorial ou populationnelle plus large ?**

A l'échelle de l'établissement de santé des actions ont été poursuivies sur la même thématique de repérage des patients fragiles ou à risque de perte d'autonomie. L'exemple est la mise en place de la filière cardio-gériatrie au Centre Hospitalier Annecy Genevois avec le repérage des patients fragiles avec le test TRST en service de cardiologie par les internes en cardiologie ou les cardiologues avant l'orientation du patient vers une unité spécialisée cardio-gériatrique. Une étude est en cours.

4. Commentaires complémentaires éventuels