

Dépistage du risque de déclin fonctionnel par une équipe gériatrique mobile au sein d'un hôpital général

Screening of the risk of functional decline performed by an inpatient geriatric consultation team in a general hospital

F. Benoît¹, M. Bertiaux², R. Schouterden², E. Huard¹, K. Segers³, L. Decorte¹, J. Robberecht¹, C. Simonetti⁴ et M. Surquin¹

¹Clinique de Gériatrie, C.H.U. Brugmann, ²Service de Gériatrie, C.H. Hornu-Frameries, Site d'Hornu, ³Service de Neurologie, C.H.U. Brugmann, ⁴Service de Gériatrie, Cliniques de l'Europe, Site Saint-Michel, Bruxelles

RESUME

L'Equipe Gériatrique Mobile (EGM) fait partie du Programme de Soins Gériatriques et a pour but de mettre l'expertise gériatrique à la disposition d'autres professionnels pour des patients âgés hospitalisés hors unités de gériatrie. Notre Institution dispose depuis 2008 d'une EGM.

L'objectif de cette étude rétrospective est de décrire la population de patients âgés de 75 ans et plus et évalués par l'EGM entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 septembre 2011. Le risque de déclin fonctionnel est évalué par le score Identification of Senior At Risk (ISAR), réalisé endéans les 48 premières heures après l'admission. On détermine également le lieu de vie, la destination après la sortie, le Mini Mental State Examination (MMSE) et la Geriatric Depression Scale (GDS).

En deux ans, 1.568 patients ≥ 75 ans ont été évalués par l'EGM (âge moyen : 82,5 ans ; 60,7 % de femmes). Parmi eux, 833 patients à haut risque de déclin fonctionnel (ISAR ≥ 3) ont été identifiés. La majorité des sujets à haut risque de déclin fonctionnel (78 %) vivaient à domicile et 58,7 % y sont retournés après l'hospitalisation. Une suspicion de dépression et d'atteinte cognitive était présente parmi respectivement 41 % et 59 % de sujets à haut risque. Parmi les 128 patients admis suite à une chute, la plupart vivaient à domicile et avaient un score ISAR ≥ 3.

L'EGM a permis d'identifier un grand nombre de patients ≥ 75 ans vivant à domicile et présentant un haut risque de déclin fonctionnel ainsi que des syndromes gériatriques, ce qui confirme la nécessité des procédures de dépistage. La plupart des patients admis après une chute ont un score ISAR ≥ 3 et nécessitent une évaluation gériatrique globale.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 462-8

ABSTRACT

The Mobile Geriatric Team (MGT) is part of the Geriatric Care Program and aims to provide interdisciplinary geriatric expertise to other professionals for old patients hospitalized outside geriatric department. Our hospital has a MGT since 2008.

Our objective is to retrospectively describe the population of patients of 75 years and older hospitalized outside the geriatric ward and screened for the risk of functional decline by the MGT between 1 October 2009 and 30 September 2011. We recorded the risk of functional decline, as indicated by the Identification of Senior At Risk score (ISAR) performed within 48 h after admission, place of living, discharge destination, Mini Mental State Examination (MMSE) and Geriatric Depression Scale (GDS) scores.

In two years, 1.568 patients ≥ 75 Y were screened with the ISAR score (mean age 82.5 Y, 60.7 % of women). We identified 833 patients with a high-risk of functional decline (ISAR ≥ 3). The majority of high-risk subjects (78 %) were living at home before hospitalization and 58.7 % returned home after discharge. Depression and cognitive impairment were identified among respectively 41 % and 59 % of high-risk subjects. Only 128 patients were admitted for fall. Most of the faller patients were living at home prior hospitalization and had an ISAR score ≥ 3.

The MGT allowed identifying many patients ≥ 75 Y living at home and presenting with high-risk of functional decline and geriatric syndromes, confirming that good screening procedures are necessary to optimize management of hospitalized elders. Most of faller patients have an ISAR score ≥ 3 and should benefit a comprehensive geriatric assessment.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 462-8

Key words : geriatric mobile team, Belgian geriatric care programme, ISAR score, fall

INTRODUCTION

La liaison interne gériatrique fait partie intégrante du programme de soins pour le patient gériatrique¹. La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste responsable et des équipes, et ce, pour les patients gériatriques hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital²⁻⁴. Après avoir été retenus pour le projet pilote du Service Public Fédéral, nous avons mis en place une équipe de liaison interne gériatrique au sein du Centre Hospitalier Hornu-Frameries (CHHF) en septembre 2008. Le CHHF est un hôpital de 390 lits aigus (incluant 65 lits de gériatrie) situé dans la région du Borinage (Région wallonne, province de Hainaut) qui réalise environ 10.000 hospitalisations/an. L'équipe gériatrique mobile (EGM) est composée de 4 équivalents temps plein (ETP) paramédicaux financés selon la répartition suivante : 2 ETP infirmiers, 1 ETP neuropsychologue, 1/2 ETP diététicienne, 1/2 ETP logopède. Aucun timat médical n'est attribué spécifiquement à la fonction de liaison gériatrique. L'équipe de liaison est par conséquent supervisée par un gériatre travaillant à temps plein dans les unités de gériatrie. Les départements faisant appel aux services de l'EGM sont les départements de cardiologie, chirurgie générale, médecine, néphrologie, neurologie, chirurgie orthopédique, pneumologie, psychiatrie et réhabilitation.

Dans notre institution, tous les patients de 75 ans et plus hospitalisés en dehors du service de gériatrie sont évalués par l'EGM qui réalise une échelle de dépistage du risque de déclin fonctionnel, l'échelle ISAR (*Identification of Seniors At Risk*)^{5,6}. Le score ISAR comprend 6 questions qui permettent de déterminer s'il existe un risque de déclin fonctionnel, ainsi qu'un risque d'institutionnalisation et de mortalité dans les 6 mois. Les patients ayant un score ISAR ≥ 2 sont considérés comme étant à risque de déclin fonctionnel et les patients avec un score ISAR ≥ 3 sont à haut

risque de déclin fonctionnel (tableau 1). Le score ISAR peut également être utilisé afin d'identifier les patients nécessitant une évaluation gériatrique globale⁷. Dans notre hôpital, l'EGM réalise une évaluation gériatrique globale chez les patients à haut risque (score ISAR ≥ 3) afin d'établir un plan de soins adapté au patient^{8,9}.

Plus de deux ans après l'implémentation du projet pilote dans notre centre hospitalier, nous avons fait un bilan des activités de l'équipe de liaison gériatrique afin de décrire la population de patients ayant fait l'objet d'un dépistage du risque de déclin fonctionnel par l'EGM.

La mise en place de l'équipe de liaison au sein de l'hôpital est un travail progressif nécessitant un investissement constant de la part des membres de l'équipe. Le service et ses intervenants ayant répondu le plus rapidement à la dynamique de la liaison interne gériatrique sont les membres du service de chirurgie orthopédique. Dans le cadre de cette collaboration, nous nous sommes intéressés particulièrement aux admissions pour chutes, une cause fréquente d'hospitalisation chez les personnes âgées.

OBJECTIFS

Nos objectifs sont :

- 1) décrire la population de patients examinée par la liaison interne gériatrique, en termes de risque de déclin fonctionnel, afin de mieux cibler la prise en charge de ces patients ;
- 2) déterminer la pathologie, la provenance et l'orientation de la population observée ;
- 3) observer la répartition des patients admis pour chutes selon leur score ISAR et la pathologie.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective permettant de

Tableau 1 : Questionnaire ISAR (*Identification of Senior At Risk*) de dépistage des patients âgés à risque de déclin fonctionnel.

1	Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui / Non
2	Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui / Non
3	Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui / Non
4	Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui / Non
5	Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?	Oui / Non
6	Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui / Non
Interprétation		
Score ISAR	Risque d'évolution défavorable ou incapacité actuelle	Risque d'évolution défavorable (décès, déclin cognitif, institutionnalisation)
≥ 2	2,0	1,7
≥ 3	3,0	2,2
≥ 4	4,7	2,8

décrire la population examinée par l'EGM sur une période de 24 mois (du 1^{er} octobre 2009 au 30 septembre 2011) au sein du CHHF. L'EGM consulte la liste des patients de ≥ 75 ans admis chaque jour et hospitalisés hors gériatrie. Tous les patients de ≥ 75 ans hospitalisés en dehors du service de gériatrie sont dépistés par l'EGM via un score ISAR réalisé dans les 48 heures après l'admission, dans les unités de soins. En deux ans, 14 patients âgés de 70-75 ans ont été également dépistés par l'EGM, à la demande spécifique de leur médecin spécialiste. Les patients ayant un score ISAR ≥ 3 font l'objet d'une évaluation médicale, sociale, nutritionnelle, locomotrice, d'une appréciation de l'autonomie ainsi que d'une estimation thymique et cognitive. Le dépistage des affects dépressifs est réalisé grâce à une échelle de dépistage du risque de dépression GDS (*Geriatric Depression Scale*) 10-items^{10,11}. Le dépistage des troubles cognitifs repose sur l'utilisation du score *Mini Mental State Examination* (MMSE)¹². L'évaluation gériatrique globale donne ensuite lieu à la transmission d'un avis gériatrique multidisciplinaire. Les valeurs de P ont été calculées avec le test chi-carré (Excel 2007).

RESULTATS

Description de la cohorte de patients ayant bénéficié d'un dépistage du risque de déclin fonctionnel avec le score ISAR

Au total, 1.568 patients ont bénéficié d'un dépistage du risque de déclin fonctionnel par le score ISAR au sein du CHHF entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 septembre 2011. Les patients de cette cohorte ont un âge moyen de 82,5 ans (70-111 ans) et sont à 60,7 % des femmes. La répartition des scores ISAR parmi ces 1.568 patients est présentée dans le tableau 2.

Le dépistage a mis en évidence un haut risque de déclin fonctionnel (score ISAR ≥ 3) chez

833 patients, soit 53 % des patients ≥ 75 ans dépistés. La majorité (60 %) des dépistages ont été réalisés dans les services de médecine, chirurgie générale et chirurgie orthopédique. Sur les 941 patients ≥ 75 ans dépistés dans ces trois services en deux ans, 54 % se sont révélés à haut risque de déclin fonctionnel (score ISAR ≥ 3). Ensuite, 29 % des dépistages ont été effectués dans les services de cardiologie et de pneumologie, dans lesquels 45 % des dépistages effectués ont permis d'identifier des patients avec un score ISAR ≥ 3 . Notons également que, parmi les 142 patients ayant fait l'objet d'un dépistage dans le service de neurologie, 73 % étaient porteurs d'un profil à haut risque de déclin fonctionnel (ISAR ≥ 3).

Description des patients présentant un haut risque de déclin fonctionnel (score ISAR ≥ 3)

En deux ans, nous avons dépisté 833 patients avec un score de fragilité ISAR ≥ 3 . L'âge moyen de ces patients est de 83 ans (73-111 ans) et ce groupe est composé à 63,7 % de femmes. La grande majorité (78 %) de ces patients vit à domicile (tableau 3). Seuls 16,5 % des patients présentant un score ISAR ≥ 3 proviennent de maison de repos et de soins (MRS). La plus grande proportion de patients provenant de MRS est représentée par les patients ayant un score ISAR = 4. Seuls 5,5 % des patients avec score ISAR ≥ 3 vivent en maison de repos (MR) et en Résidence service.

Parmi les patients dépistés, nous avons regardé quels patients ont été orientés vers une structure de vie différente après la sortie de l'hôpital. Nous observons que sur 650 patients ayant un score ISAR ≥ 3 et venant du domicile, 489 patients (75,2 %) vont y retourner après l'hospitalisation (tableau 3). Parmi les patients dont le score ISAR = 3, 82,9 % vont regagner leur domicile après l'hospitalisation, contre 71 % des patients dont le score ISAR = 4 (P = 0,001)

Tableau 2 : Scores ISAR des patients ayant bénéficié d'un dépistage par l'équipe de liaison gériatrique entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 septembre 2011 (N = 1.568).

Score ISAR	Nombre de patients (%)	Méd	Chir	Ortho	Cardio	Pneum	Neuro	Psy	Reval
0	2 (0,1 %)	0	2	0	0	0	0	0	0
1	90 (5,7 %)	16	29	10	27	5	1	0	2
2	643 (41 %)	119	146	115	145	73	37	4	4
3	377 (24 %)	71	74	84	49	52	38	3	6
4	289 (18,5 %)	73	38	60	31	34	45	7	1
5	132 (8,5 %)	38	13	34	15	17	14	0	1
6	35 (2,2 %)	9	7	5	2	5	7	0	0
Total	1.568	326	309	308	269	186	142	14	14
ISAR ≥ 3	833/1.568 (53,1 %)	189/326 (57,9 %)	132/309 (42,7 %)	183/308 (59,4 %)	97/269 (36 %)	108/186 (58 %)	104/142 (73,2 %)	10/14 (71,4 %)	8/14 (57 %)

Unités de soins : Méd : Médecine interne ; Chir : Chirurgie générale ; Ortho : Orthopédie ; Cardio : Cardiologie ; Pneum : Pneumologie ; Neuro : Neurologie ; Psy : Psychiatrie ; Reval : Revalidation.

Tableau 3 : Lieux de vie des patients présentant un score de dépistage ISAR ≥ 3 avant et après l'hospitalisation (N = 833).

Score ISAR	Lieux de vie avant l'hospitalisation				Destination à la sortie de l'hôpital					
	Dom.	Rés. service	MR	MRS	Dom.	Rés. service	MR	MRS	Décès	Transf. et Inconnus
3 (N = 377)	323	1	10	43	268	1	18	62	2	26
4 (N = 289)	214	1	20	54	152	1	27	61	2	46
5 (N = 132)	92	0	11	29	56	0	11	32	1	32
6 (N = 35)	21	0	3	11	13	0	3	11	2	6
Total (N = 833)	650/833 (78 %)	2/833 (0,2 %)	44/833 (5,3 %)	137/833 (16,5 %)	489/833 (58,7 %)	2/833 (0,2 %)	59/833 (7,1 %)	166/833 (19,9 %)	7/833 (0,8 %)	110/833 (13,2 %)

Lieux de vie : Dom. : domicile ; Rés. service : résidence service ; MR : maison de repos ; MRS : maison de repos et de soins ; Transf. et Inconnus : transferts vers d'autres services et destinations inconnues.

et 61 % des patients dont le score ISAR est égal à 5 et 6 ($P < 0,0001$). Parmi les 154 patients du domicile qui ont été réorientés après l'hospitalisation, 44 partent vers des MR et des MRS, 50 sont transférés vers d'autres services et 60 patients ont une destination inconnue. La grande majorité des patients venant de MRS retournent en MRS. Notons également qu'aucun patient avec un score ISAR = 0 ou 1 n'a été réorienté et que seuls 10 patients provenant du domicile avec un score ISAR à 2 ont été réorientés (données non présentées). Par ailleurs, 7 décès seront répertoriés pour des scores ISAR ≥ 3 , alors qu'aucun décès n'est observé parmi les patients avec un score ISAR < 3 .

Un dépistage des affects dépressifs avec l'échelle GDS 10-items ainsi qu'une exploration des fonctions cognitives à l'aide d'une échelle MMSE ont été réalisés chez respectivement 73 et 165 patients avec un score ISAR ≥ 3 . Ces évaluations permettent de suspecter un affect dépressif (GDS $> 3/10$) ou une altération des fonctions cognitives (MMSE $< 23/30$) chez respectivement 41 % et 59 % des patients explorés (tableau 4). Notons que 90 % des dépistages d'affect dépressif ont été réalisés chez les patients présentant un score ISAR de 3 ou 4. Nous n'avons pas observé de différence en termes de répartition des échelles GDS $> 3/10$ (suspicion de dépression) en fonction du score ISAR (33 % dans le groupe ISAR = 3 *versus* 50 % dans le groupe ISAR = 4, $P = 0,17$). En ce qui concerne le dépistage des troubles cognitifs, il n'y a pas de différence de répartition des échelles MMSE

$< 23/30$ (altération des fonctions cognitives) entre les groupes ISAR = 3 et ISAR = 4 (50,8 % *versus* 54,8 %, $P = 0,65$). Par contre, nous retrouvons une différence statistiquement significative entre le groupe ISAR = 3 et le groupe de patients appartenant aux groupes ISAR = 5 et ISAR = 6 (50,8 % *versus* 80 % $P = 0,002$).

Score ISAR et lieux de vie des patients admis à l'hôpital suite à une chute

Parmi les patients ayant bénéficié d'un dépistage avec le score ISAR, nous avons identifié 128 patients hospitalisés suite à une chute. La répartition des scores ISAR ainsi que le lieu de vie des patients admis pour chutes sont présentés dans le tableau 5. La plupart des patients admis pour une chute ont un score ISAR ≥ 3 (81,2 % contre 18,8 % de scores ISAR < 3). Parmi les 104 patients admis pour une chute avec un score ISAR ≥ 3 , une proportion de 86 % vient du domicile, alors que 12,5 % d'entre eux vivent en MR et en MRS. Seuls 6 patients venant du domicile seront réorientés vers une MR et 1 patient vers une MRS. Par ailleurs, parmi les patients admis pour chutes et présentant un haut risque de déclin fonctionnel, la plupart ont un score ISAR égal à 3 ou 4 (71 %), alors que seuls 10 % de ces patients ont un score ISAR à 5 ou 6. Nous notons également que la grande majorité des patients admis pour chutes (90,6 %) sont hospitalisés dans les unités de médecine, neurologie et chirurgie orthopédique. Par ailleurs, 23 des 91 patients chuteurs avec un score ISAR égal à 3 ou

Tableau 4 : Echelles GDS (N = 73) et MMSE (N = 165) chez les patients présentant un score ISAR ≥ 3 .

Score ISAR	GDS ≤ 3	GDS > 3	MMSE < 19	MMSE 19-22	MMSE 23-27	MMSE > 27
3	24	12	15	17	20	11
4	15	15	21	13	19	9
5	4	2	17	10	6	2
6	0	1	5	0	0	0
Total	43/73 (59 %)	30/73 (41 %)	58/165 (35,2 %)	40/165 (24,3 %)	45/165 (27,3 %)	22/165 (13,2 %)

GDS : Geriatric Depression Scale (10-items) ; MMSE : Mini Mental State Examination.

Tableau 5 : Score ISAR et lieux de vie des patients admis à l'hôpital pour des chutes (N = 128).

Score ISAR	Lieux de vie avant l'hospitalisation				Destination à la sortie de l'hôpital				
	Dom.	Rés. service	MR	MRS	Dom.	Rés. service	MR	MRS	Transf. et inconnus
1 (N = 2)	2				2				
2 (N = 22)	18			4	17			5	
3 (N = 43)	39			4	28			7	8
4 (N = 48)	41	1	1	5	26	1	7	6	8
5 (N = 11)	9			2	4			5	2
6 (N = 2)	1			1	1			1	
Total (N = 128)	110	1	1	16	78	1	7	24	18

Lieux de vie : Dom. : domicile ; Rés. service : résidence service ; MR : maison de repos ; MRS : maison de repos et de soins ; Transf. et Inconnus : transferts vers d'autres services et destinations inconnues.

4 ont bénéficié d'un test de dépistage cognitif. Parmi eux, 91 % ont un MMSE < 23/30 (données non présentées).

DISCUSSION

Dans notre centre hospitalier de 390 lits aigus (dont 65 lits gériatriques), l'EGM a réalisé un score ISAR de dépistage du risque de déclin fonctionnel chez plus de 1.500 patients en deux ans. La réalisation ce dépistage a permis de mettre en évidence un haut risque de déclin fonctionnel (ISAR \geq 3) ainsi qu'un risque de déclin fonctionnel (ISAR = 2) chez respectivement 53 % et 41 % des patients \geq 75 ans hospitalisés en dehors du service de gériatrie. L'EGM permet de cibler un grand nombre de patients vulnérables et a l'avantage de pouvoir dépister les patients fragiles dans un court intervalle de temps. La faible proportion (5,8 %) de patients présentant un score ISAR < 2 reflète probablement le manque de spécificité du score ISAR chez les patients \geq 75 ans^{13,14}.

Dans notre institution, nous avons choisi d'effectuer une évaluation gériatrique globale chez les patients à haut risque de déclin fonctionnel, c'est-à-dire chez les patients dont le score ISAR est \geq 3⁴. Un avis pluridisciplinaire est alors rendu par l'équipe de liaison gériatrique et est transmis à l'équipe soignante de première ligne. Bien que les effets bénéfiques de l'évaluation gériatrique globale aient été démontrés dans les unités de gériatrie, l'efficacité de cette approche réalisée par l'équipe de liaison est encore controversée^{15,16}. Le manque de contrôle sur la mise en œuvre des interventions proposées par l'équipe de liaison interne est l'une des principales limites de ce type d'avis consultatifs¹⁷. Une méta-analyse récente indique cependant que les interventions réalisées par les équipes de liaison interne permettent de réduire la mortalité à 6 et 8 mois après l'hospitalisation¹⁶.

De nombreux patients admis pour chutes ont été hospitalisés en médecine alors que leur score ISAR

est \geq 3. Pour des raisons de disponibilité de personnel, les scores ISAR ont été réalisés dans les unités de soins par l'EGM dans les 48 heures après l'admission. Il s'agit d'une limite de cette étude descriptive car le score ISAR est un outil validé dans le cadre des unités d'urgence⁵. Il serait préférable de réaliser le dépistage dès l'admission aux urgences afin de mieux orienter les patients. Ceci permettrait également à l'EGM de se focaliser d'emblée sur les patients à risque nécessitant une évaluation gériatrique globale¹⁸. Nous sommes étonnés du faible nombre de patients admis suite à une chute ainsi que de leur profil ISAR, majoritairement à 3 ou 4 alors que peu de scores ISAR à 5 ou 6 sont relevés. Cette observation peut refléter la difficulté de réaliser une anamnèse correcte permettant de révéler la survenue d'une chute chez les patients âgés. Par ailleurs, on relève une étude récente qui nous indique que, chez les patients ayant présenté une chute compliquée d'une fracture de hanche, le score ISAR est un faible facteur prédictif pour la survenue de complications gériatriques pendant l'hospitalisation¹⁹.

L'EGM a pu réaliser un dépistage des troubles cognitifs (MMSE) chez 20 % des patients avec un haut risque de déclin fonctionnel. Plus de la moitié des dépistages montrent une altération des fonctions cognitives, pouvant correspondre à un état confusionnel aigu ou à la présence d'une maladie neurodégénérative. Nous observons que la proportion de patients présentant une altération des fonctions cognitives est supérieure dans les groupes de patients avec un ISAR élevé (5 et 6), par rapport aux patients dont le score ISAR est égal à 3. A notre connaissance, il n'existe pas d'élément dans la littérature indiquant qu'il existe une corrélation entre les scores MMSE et ISAR. Parmi les patients hospitalisés suite à une chute, 90 % des tests de dépistage cognitif sont altérés. Les patients présentant une altération des fonctions cognitives nécessitent un suivi adéquat pendant l'hospitalisation. En effet, plusieurs études montrent un risque accru d'événements indésirables, de prolongation de séjour hospitalier et de mortalité chez les patients présentant

une atteinte des fonctions cognitives^{20,21}.

La prévalence de la dépression des patients vivant à domicile est généralement de 1-16 %²². Dans notre cohorte, 9 % des patients à risque de déclin fonctionnel ont bénéficié d'un dépistage thymique à l'aide de l'échelle GDS. Parmi eux, 41 % sont à risque de dépression selon la GDS, ce qui confirme que le score ISAR est corrélé non seulement au risque de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation, mais également au risque de dépression (ROC = 0,78)⁶.

En conclusion, l'analyse du travail de la liaison interne gériatrique montre qu'un grand nombre de patients à risque de déclin fonctionnel sont orientés dans de nombreux services autres que le service de gériatrie aiguë. La majorité de ces patients devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique globale optimale afin de cibler au mieux leurs problèmes. En effet, ces patients vivent pour la plupart à domicile et nombreux sont ceux qui retournent à domicile après l'hospitalisation. Dans le cadre de la poursuite de nos activités, il serait utile d'adopter des recommandations standardisées adaptées à chaque patient. Celles-ci permettraient de déterminer la cause de la sous-utilisation du MMSE et du score GDS mais également de vérifier l'implémentation et les bénéfices de la mise en œuvre du programme de soins gériatriques.

Remerciements

L'équipe gériatrique mobile du Centre Hospitalier Hornu-Frameries est financée par le projet pilote du Service Public Fédéral depuis 2008. Les auteurs remercient le Pr R. Karmali pour son aide pour les analyses statistiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté royal du 29 janvier 2007. Programme de soins pour le patient gériatrique. Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
2. Braes T, Flamaing J, Pelemans W, Milisen K : Geriatrics on the run : rationale, implementation, and preliminary findings of a Belgian internal liaison team. *Acta Clin Belg* 2009 ; 64 : 384-92
3. Deschodt M, Flamaing J, Rock G, Boland B, Boonen S, Milisen K : Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals : a national survey study. *Int J Nurs Stud* 2012 ; 49 : 842-9
4. Desplanque LA, Haemers I, Van Bastelaer MC *et al.* : Une application du " plan de soin gériatrique " selon l'arrêté royal du 29.01.2007 au sein d'un hôpital général. *Rev Med Brux* 2010 ; 31 : 149-56
5. Mc Cusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O : Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999 ; 47 : 1229-37
6. Dendukuri N, McCusker J, Belzile E : The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 290-6
7. Salvi F, Belluigi A, Cherubini A : Predictive validity of different modified versions of the identification of senior at risk. *J Am Geriatr Society* 2013 ; 61 : 462-4
8. Peppersack T, College of Geriatrics and the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics : Minimum geriatric screening tools to detect common geriatric problems. *J Nutr Health Aging* 2008 ; 12 : 348-52
9. Deschodt M, Braes T, Broos P *et al.* : Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalization, and readmission rate in older adults with hip fracture : a controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011 ; 59 : 1299-308
10. Almeida OP, Almeida SA : Short versions of the geriatric depression scale : a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 ; 14 : 858-65
11. Shah A, Herbert RM, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B : Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Ageing* 1997 ; 26 : 217-21
12. Folstein M, Folstein S, McHugh P : " Mini-mental state ". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975 ; 12 : 189-98
13. Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR *et al.* : Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department - comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly* 2012 ; 141 : w13327
14. Salvi F, Morichi V, Grilli A *et al.* : Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *J Nutr Health Aging* 2012 ; 16 : 313-8
15. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P : Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital : meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011 ; 343 : d6553
16. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K : Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals : a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2013 ; 11 : 48
17. 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. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10 : 285-93
18. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T : Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department : a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2011 ; 23 : 244-54
19. De Brauwier I, Lepage S, Yombi JC, Cornette P, Boland B : Prediction of risk of in-hospital geriatric complications in older patients with hip fracture. *Aging Clin Exp Res* 2012 ; 24 : 62-7
20. Marengoni A, Nobili A, Romano V *et al.* : Adverse clinical events and mortality during hospitalization and 3 months after discharge in cognitively impaired elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013 ; 68 : 419-25
21. Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ *et al.* : Delirium in an adult acute hospital population : predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* 2013 ; 3 : pii: e001772
22. Helmer C, Montagnier D, Pérès K : Descriptive epidemiology and risk factors of depression in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2004 ; 2 (Suppl 1) : S7-12

Correspondance et tirés à part :

F. BENOIT
C.H.U. Brugmann
Clinique de Gériatrie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
Email : florence.benoit@chu-brugmann.be

Travail reçu le 18 avril 2013 ; accepté dans sa version définitive
le 3 mai 2013.