



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Marianne HUMBERT

Le 5 décembre 2014

**Facteurs influents et spécificité de l'expertise gériatrique
dans l'orientation du patient âgé hospitalisé en SSR : étude
rétrospective sur 100 patients au Service de Soins de Suite
et de Réadaptation Gériatrique du CHRU de Nancy**

Examineurs

M. le Professeur Athanase BENETOS

Président

M. le Professeur Jean PAYSANT

Juge

M. le Professeur François ALLA

Juge

M. le Docteur Gabriel MALERBA

Directeur

**Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre
MUTZENHARDT**

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie »	:	Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain »	:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances »	:	Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE

Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX

Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET

Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET

Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT

Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET

Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE

PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Athanase BENETOS

Professeur de Médecine interne, Gériatrie et biologie du vieillissement

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A M. le Professeur François ALLA

Professeur d'Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gabriel MALERBA

Praticien hospitalier au Service de soins de suite et de Réadaptation

Spillmann du CHRU de NANCY

Par où commencer... merci de m'avoir confié ce travail, et de m'avoir accompagnée patiemment dans toutes les étapes de sa réalisation. Tu as su me remotiver et me rassurer encore et encore chaque fois que j'en ai eu besoin, et ça a été souvent !

Je garde un très bon souvenir de mon passage au centre Spillmann, où l'ambiance de travail et de détente était toujours conviviale, et où le chocolat n'a jamais manqué !

A Madame le Docteur Thérèse JONVEAUX, pour ses conseils et la patiente relecture de ce travail.

A Madame le Docteur Clotilde LATARCHE et au service d'Epidémiologie et d'Evaluation clinique du CHU, merci pour votre temps, votre patience et votre aide précieuse.

A mes parents, merci d'essayer de toujours rendre les choses plus faciles pour moi ; vous m'avez entourée et soutenue depuis toujours et j'espère vous avoir rendu fiers de temps en temps. La famille s'agrandit encore dans quelques mois et je compte sur tous vos bons conseils parentaux !

A mes sœurs, Céline et Emilie, merci pour tous les bons souvenirs d'enfance ; merci d'être les femmes belles, fortes et intelligentes sur lesquelles je peux prendre exemple, merci de votre présence et soutien dans les différents moments, heureux ou difficiles de ma vie. Vous êtes mes sœurs et vous êtes mes plus proches amies.

A mes grands parents Berthe, Jacques et Léopold, vos souvenirs sont précieusement gardés dans mon cœur. A ma grand-mère Renée.

A Robin, Camille et Noé, nos rayons de soleil depuis votre arrivée dans la famille; et à leurs papas Greg et Guillaume, que je suis fière d'avoir comme beaux frères.

A Julien, tu es ma force et tu es mon équilibre. Merci de m'avoir soutenue et surtout supportée ces derniers mois ! Cette année a été remplie de beaux projets à deux et 2015 nous réserve le plus beau d'entre tous, et j'ai hâte de vivre cette aventure à tes côtés...

A Marie-Thérèse et Francis, pour l'accueil chaleureux dans leur famille, et pour leur aide et soutien dans la réalisation de nos projets.

A Valérie, merci d'être une si bonne amie. Nous avons construit beaucoup de souvenirs ensemble tout au long de ces longues années d'études, et d'autres nous attendent encore. Je suis fière du lien solide qui nous unit et te souhaite tout le bonheur que tu mérites. Et William a intérêt à prendre soin de toi... mais je n'en doute pas !

A Claire, depuis les bancs de la maternelle (eh non ça ne nous rajeunit pas !) notre amitié dure, et je sais que je peux toujours compter sur toi pour les bons moments comme pour les mauvais, et j'espère que tu sais que c'est réciproque...

A Mylène (et manu !), à Dragos, à Matthieu, « la neuneu team » et à Lavinia et Jean. Parce que Neufchateau ça rapproche et crée de belles amitiés...vacances en 2016 à Constanza ? Ou peut être à Brasov pour un mariage... !

A Eliette, merci pour les beaux moments partagés ces dix dernières années. No regrets...

A Sandrine et Stéphanie, merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur, nos routes s'éloignent parfois mais se recroisent toujours.

A Dorothée, tu es une amie attentionnée et toujours présente, et j'espère te rendre parfois la pareille ...je te souhaite la réussite et le bonheur dans tous tes projets.

A Mélanie et Séverine, merci pour un des mes meilleurs stages d'interne en votre compagnie ; notre entente et complicité a perduré hors des murs de Saint Julien et continuera j'espère encore longtemps.

Aux belles personnes rencontrées pendant ces études, Marie, Karine, Chloé, Antonin, Anne Bé ...

Aux amitiés nouvelles et parce que les amis de mon chéri sont aussi mes amis, à Kevin et Sophie, à Maxime et Virginie (et Marceau)...

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Sommaire

Lexique	27
1. Introduction	29
2. Justification de l'étude	31
2.1 Les réformes de l'organisation de soins en France	31
2.2 La notion de fragilité.....	33
2.3 Evolution des filières gériatriques MCO-SSR en France	34
2.4 Organisation de la filière gériatrique au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy.....	36
2.4.1 Service de court séjour gériatrique.....	36
2.4.2 Service de soins de suite et de réadaptation	37
2.4.3 Les autres acteurs de la filière gériatrique.....	38
3. Matériel et méthodes.....	39
3.1 Le dossier Imad	39
3.2 L'évaluation gériatrique standardisée	40
3.2.1 Evaluation des fonctions cognitives	40
3.2.2 Evaluation de la thymie	41
3.2.3 Evaluation de l'état nutritionnel.....	41
3.2.4 Evaluation du risque de chute.....	42
3.2.5 Evaluation des fonctions sensorielles.....	42
3.2.6 Evaluation des fonctions sphinctériennes	43
3.2.7 Evaluation de l'autonomie.....	43
3.3 L'enquête de proximité et les entretiens avec les familles	43
3.4 Le projet thérapeutique	44
3.5 Objectifs de la recherche	45
3.5.1 Objectif principal	45
3.5.2 Objectifs secondaires.....	45
3.6 Méthodologie de la recherche.....	45
3.7 Description du cahier de saisie de l'étude	46
3.8 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	50
3.8.1 Critères d'inclusion	50
3.8.2 Critères d'exclusion.....	50
3.9 Méthodes statistiques	51

4. Résultats	52
4.1 Description de la population.....	52
4.1.1 Données épidémiologiques.....	52
4.1.2 Hospitalisation	57
4.1.3 Evaluation initiale en SSR	59
4.1.4 Evaluation intermédiaire.....	64
4.1.5 Evaluation finale.....	66
4.2 Comparaison des caractéristiques selon l'orientation finale.....	71
4.2.1 Données épidémiologiques.....	71
4.2.2 Hospitalisation	76
4.2.3 Evaluation initiale en SSR	78
4.2.4 Evaluation intermédiaire.....	84
4.2.5 Evaluation finale.....	86
4.3 Analyses des discordances	90
4.3.1 Discordance MCO-SSR	90
4.3.2 Discordance SSR et sortie réelle	94
4.3.3 Discordance MCO et sortie réelle	99
5. Analyse des Résultats : caractéristiques de la population	105
6. Discussion.....	108
6.1. Modes de sortie et fragilité des patients	108
6.2 La DMS	114
6.3 Analyse des discordances.....	117
6.4 Limites de l'étude	120
6.5 Proposition de guide de travail sur le projet de vie en SSR	121
7. Conclusion.....	123
8. Références bibliographiques	125
9. Annexes	131

Sommaire des illustrations

Figure 1 : Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009	34
Figure 2 : Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants en 2009	35
Figure 3 : Sexe des Patients	52
Figure 4 : Répartition de l'effectif par tranche d'âge	53
Figure 5 : Critères de fragilité.....	54
Figure 6 : Domicile des patients	55
Figure 7 : Situation familiale.....	56
Figure 8 : Mode de Sortie de SSR.....	58
Figure 9 : Indice de Masse Corporelle initial	60
Figure 10 : MMS initial	61
Figure 11 : Nombre de chutes dans les six derniers mois	62
Figure 12 : Mobilité initiale	63
Figure 13 : Nombre de chutes pendant l'hospitalisation	64
Figure 14 : Nombre d'évènements intercurrents pendant l'hospitalisation	65
Figure 15 : Indice de Masse Corporelle final.....	66
Figure 16 : Comparaison des IMC initiaux et finaux	67
Figure 17 : MMS de sortie.....	67
Figure 18 : Comparaison des MMS d'entrée et de sortie.....	68
Figure 19 : Comparaison des mobilités initiales et finales	70
Figure 20 : Comparaison des Mobilités à l'entrée et à la sortie.....	70
Figure 21 : Répartition Hommes/Femmes selon le mode de sortie.....	71
Figure 22 : Domicile d'origine des patients pour chaque mode de sortie	73
Figure 23 : Situation familiale pour chaque mode de sortie	74
Figure 24 : Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon le mode de sortie	76
Figure 25 : IMC initial pour chaque mode de sortie.....	79
Figure 26 : MMS initial pour chaque mode de sortie	80
Figure 27 : Nombre de chutes dans les six derniers mois pour chaque mode de sortie...	82
Figure 28 : Mobilité initiale pour chaque mode de sortie.....	83
Figure 29 : Nombre de chutes en SSR pour chaque mode de sortie.....	84
Figure 30 : Nombre d'évènements intercurrents en SSR pour chaque mode de sortie...	85
Figure 31 : MMS final pour chaque mode de sortie	87
Figure 32 : Mobilité finale pour chaque mode de sortie.....	89
Figure 33 : Discordance MCO/SSR selon la mobilité initiale	93
Figure 34 : Discordance SSR/sortie réelle selon l'autonomie à l'habillage	96
Figure 35 : Discordance SSR/sortie réelle selon l'autonomie à la toilette	97
Figure 36 : Discordance MCO/sortie réelle selon le MMS initial	102
Figure 37 : Discordance MCO/sortie réelle selon la mobilité initiale.....	103

Lexique

ADL	Activities of Daily Living
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSARR	Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DIM	Département d'Information Médicale
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EMLG	Equipe Mobile de Liaison Gériatrique
EN	Echelle Numérique
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement Pour les Personnes Agées Dépendantes
GDS	Gériatric Depression Scale
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IMAD	Internet Medical ADmission
IMC	Indice de Masse Corporelle (BMI)
ISAR	Identification of Senior At Risk
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAMA	Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique

MMSE	Mini Mental State Examination (Folstein 1975)
MNA	Mini Nutritional Assessment
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PAQUID	Personne Âgée QUID
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PRADO	PRogramme d'Accompagnement des retours à DOmicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification A l'Activité
UCC	Unité Cognitvo-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UPUP	Unité de Post Urgences Polyvalentes
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs

1. Introduction

En 1970, Simone de Beauvoir disait : « On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées » [1]. Elle rejoint l'avis de nombreux sociologues qui par la description des anciennes civilisations n'ont eu de cesse de comparer la vieillesse à l'indigence. Néanmoins, les sociétés n'ont jamais cessé d'évoluer et de s'adapter face aux changements de leur démographie. De nos jours, en France comme dans de nombreux autres pays d'Europe, nous observons le vieillissement progressif de la population. Il conduit à une hausse concomitante du nombre de personnes âgées prises en charge médicalement, notamment par le système hospitalier [2]. Face à cette vague démographique, depuis le début des années 2000, les politiques de gestion des soins se réforment progressivement en essayant d'anticiper les besoins, les nécessités de coordination, tout en s'adaptant au besoin de maîtrise des dépenses afin d'assurer la pérennisation d'un système de prise en charge adapté et efficace.

La création d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes âgées de 75 ans et plus, dans le cadre de l'expérimentation Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) dans l'agglomération du Grand Nancy, permet d'optimiser l'utilisation des filières gériatriques déjà existantes. Ces filières sont nécessaires pour le repérage de la fragilité gériatrique mais aussi pour la prise en charge globale des décompensations aiguës, de manière curative mais aussi préventive [3]. Notre travail de recherche s'est donné comme objectif de s'intégrer aux objectifs des politiques de santé en France. Nous cherchons à individualiser les critères de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) aidant à anticiper l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans vers la meilleure filière de soins gériatriques.

Nous présentons une évaluation de l'une de ces filières gériatriques concrétisée par l'interface entre le service de court séjour de gériatrie et le SSR gériatrique du CHRU de Nancy. Après une description de la population concernée, nous comparerons les résultats des EGS et des projets de vie établis par chacune des deux structures de soins avec l'orientation réelle et finale des patients.

Nous cherchons à démontrer qu'il existe des critères significatifs d'évaluation discordants mais aussi des critères concordants permettant d'anticiper et d'améliorer la prise en charge et aussi l'orientation des patients âgés. Nous soulignons l'importance d'un travail

multidisciplinaire, cher aux professionnels s'impliquant dans le domaine gérontologique. Enfin, nous cherchons à vérifier si actuellement une évaluation conforme au texte de recommandation de l'expérimentation PAERPA est réellement possible et efficace dans la pratique quotidienne.

2. Justification de l'étude

2.1 Les réformes de l'organisation de soins en France

La recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses de soins en France a conduit à la réforme du plan de financement des hôpitaux en 2004. Le plan « hôpital 2007 » a modifié la logique de mesure des activités en fonction de leur nature et du volume de soins distribués [4]. Cette réforme est censée permettre aux établissements de soins de mieux maîtriser les coûts par l'intermédiaire d'une réorganisation allant vers une meilleure efficacité. Cette réforme progressive fait l'objet d'ajustements réguliers. Elle est en cours de mise en œuvre pour les secteurs de soins de suite et de réadaptation (SSR).

D'autres efforts de réorganisation ont été mis en place tendant à améliorer la prise en charge des patients au sein même de la structure hospitalière. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) [5], promulguée en 2009 a fixé des objectifs de découplage entre les fonctions et les logiques médicales, administratives et soignantes. Outre la notion de gouvernance, cette loi apporte la notion d'organisation en pôles d'activité respectant une certaine stratégie médicale et une culture de responsabilité médico-économique aux acteurs de prise en charge des patients, devenue à présent indispensable à la pérennisation des établissements sanitaires.

Compte tenu du pourcentage élevé de personnes âgées de plus de 75 ans, population particulièrement fragile et à fort risque de décompensation de pathologie médicale, des efforts d'optimisation des ressources de prise en charge sont également nécessaires. Les filières de soins gériatriques ont besoin d'une meilleure coordination afin de mieux partager les informations nécessaires à chaque prise en charge, d'éviter les redondances d'évaluation des risques et les ré-hospitalisations. L'expérimentation « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA), dont la Communauté Urbaine du Grand Nancy est un partenaire pilote, s'inscrit dans le cadre des stratégies nationales de santé. Elle s'intègre dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2013 [6], et s'inscrit dans le prolongement des travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Un cahier des charges a été élaboré et diffusé en janvier 2013: le « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA », afin de sélectionner les premiers territoires pilotes dont fait partie l'agglomération du Grand Nancy. Le dispositif PAERPA concerne les personnes de plus de

75 ans pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons médicales et/ou sociales soit environ 21000 personnes sur le territoire du Grand NANCY [7].

Les projets pilotes ont pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées. Cela permet d'améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et d'optimiser leur prise en charge dans une logique de parcours de santé. L'insuffisance de coordination constatée dans le parcours de soins des patients amène des réformes nécessaires à la bonne prise en charge, au bon accompagnement, au bon moment, par les bons professionnels, disposant des bonnes informations. La nécessité de cette réorganisation des soins déjà bien ressentie par les acteurs de soins gériatriques depuis quelques années doit s'appuyer sur les ressources et les dynamiques locales déjà préexistantes. Telle la création des Programmes d'accompagnement de Retour A Domicile (PRADO) [8], suite logique aux créations de réseaux de soins spécifiques, la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) est chargée, entre autres, de promouvoir l'action de mise en place d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et de la mise en œuvre de l'expérimentation de l'article 70 de la LFSS visant à une meilleure gestion de la sortie des patients âgés de 75 ans et plus et à la prévention de leur ré hospitalisation [6].

Dans ce cadre, et pour améliorer la sortie des patients de l'hôpital, les établissements repèrent rapidement les besoins de la personne pour un retour à domicile optimal. Pour ce faire, ils s'engagent à :

- identifier dès l'admission et au plus tard à la 48ème heure d'hospitalisation, au sein des structures de court séjour médical-chirurgie-obstétrique (MCO), les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charge, et ceux pour lesquels sera indiqué un SSR, une hospitalisation à domicile (HAD) ou un changement de lieu de vie à la sortie du service vers les Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)
- identifier au plus tard au 7^{ème} jour d'hospitalisation, au sein des structures SSR, les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges, y compris en HAD, et ceux pour lesquels sera indiqué un changement de lieu de vie à la sortie du SSR (EHPAD ou USLD).

2.2 La notion de fragilité

L'augmentation de la population âgée s'accompagne d'un accroissement du recours aux soins, notamment hospitaliers. Pour cela, il apparaît nécessaire que soient prises en compte les spécificités de ces patients et que soient repérés les patients dits « fragiles ». L'évaluation gériatrique standardisée doit cibler cette population à risque de fragilité [9].

Il existe de nombreuses définitions de la fragilité. Toutes s'accordent à décrire un état de réduction des capacités physiologiques d'adaptation à une situation de stress physique, psychique, social ou environnemental. La fragilité est un facteur de risque d'hospitalisation, de chute, d'entrée en institution ou de mortalité. Les causes sont multifactorielles, en lien avec les maladies, la génétique, l'environnement et le contexte socio-économique [10].

Il existe de nombreux moyens pour dépister la fragilité. La réalisation du score ISAR (Identification of Senior At Risk) peut être proposée dans la démarche de repérage de la personne âgée fragile en médecine de ville. Il s'agit d'un questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables. Un patient est considéré à risque d'évènements indésirables avec plus de deux réponses positives sur un ensemble de six questions (Annexe 1).

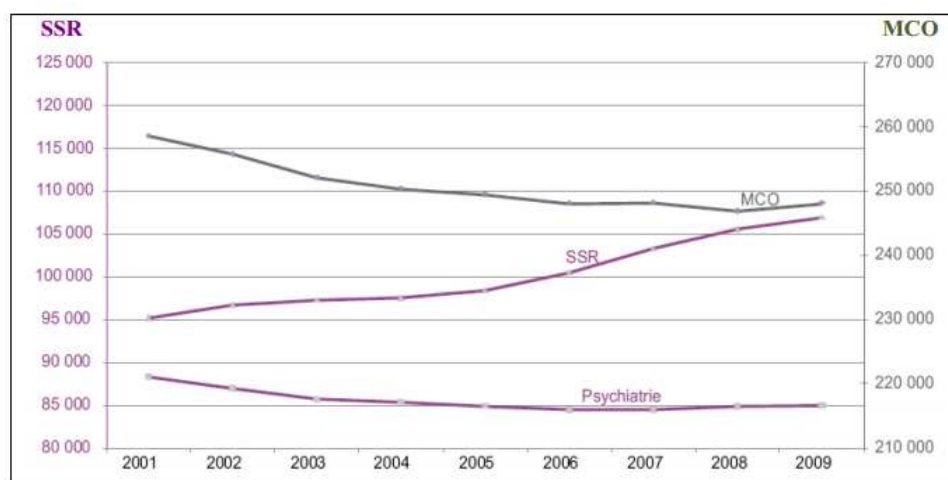
Des études de cohorte de grande envergure aident toujours à comprendre et à définir la fragilité. Elles permettent d'estimer la prévalence de l'incapacité, les probabilités de récupérations fonctionnelles. On peut donc identifier des trajectoires d'évolution fonctionnelle et des populations fragiles sur lesquelles les actions de prévention seraient les plus profitables. Parmi elles, l'étude PAQUID (Personnes Agées QUID) est une cohorte épidémiologique de recherche prospective menée en population générale. Son objectif est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, notamment l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA), mais aussi celle de la dépendance du sujet âgé [11]. Cette cohorte a démarré en 1988, incluant initialement 3 777 personnes, âgées d'au moins 65 ans, vivant alors à domicile et tirées au sort sur les listes électorales de Gironde et de Dordogne. L'échantillon ainsi constitué est initialement représentatif en termes d'âge et de sexe de la population âgée de ces deux départements. Depuis 25 ans, les sujets sont revus environ tous les deux ans avec mesures répétées de la cognition et recueil d'échelles fonctionnelles [12]. Leur suivi se prolonge encore aujourd'hui.

2.3 Evolution des filières gériatriques MCO-SSR en France

La réorganisation du parcours patient au sein du système de soins permet l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées, la réduction des durées de séjours pendant les hospitalisations avec la volonté d'une meilleure prise en charge au domicile quand cela est possible dans l'objectif d'une réduction des coûts de prise en charge.

La durée moyenne de séjour a diminué de 17 % entre 2001 et 2009 dans le secteur MCO [13]. Cette progression est à mettre en parallèle avec la mise en place du système de tarification à l'activité (TAA ou T2A), réforme du financement des établissements de santé. Le principe de base de la T2A consiste à payer les établissements en fonction de leur activité, mesurée par groupe homogène de malades.

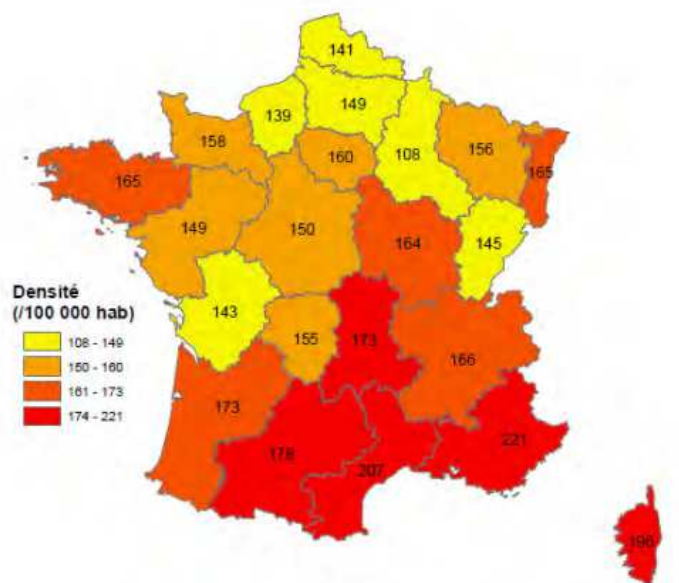
Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009



Source : DREES

Figure 1 : Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009 [14]

Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants



Source : Cnamts : rapport charges et produits pour l'année 2011

Figure 2 : Densité de lits et places de SSR pour 100 000 habitants en 2009 [15]

Elle couvre 100 % de l'activité de court séjour (MCO) des établissements publics depuis 2008 [16]. La T2A n'est pas encore mise en place dans les services de SSR. En 2009 les établissements de santé ont pris en charge près d'un million de séjours en hospitalisation complète en SSR.

En huit ans, la capacité d'accueil en SSR a augmenté de 12,3 %. L'activité des SSR (+53,5% entre 2001 et 2009) a ainsi progressé autant que les capacités, sur un rythme qui s'est fortement accéléré après 2005 (+7,7 % annuellement).

2.4 Organisation de la filière gériatrique au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

La filière hospitalière de soins gériatriques est une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné [17]. Son objectif est d'assurer une meilleure fluidité des différents parcours de soins possibles d'un patient âgé, en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et des disponibilités des plateaux techniques [18]. La filière gériatrique est très bien développée en Lorraine et dans l'agglomération du Grand Nancy. Au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Nancy, elle fait notamment le lien entre le court séjour gériatrique, les services de SSR en aval, les USLD, et les Hospitalisations à Domicile (HAD). Elle s'appuie également sur des partenariats locaux par des conventions de coopération avec les Etablissements d'Hébergement Pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

2.4.1 Service de court séjour gériatrique

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients généralement âgés de plus de 75 ans dans le secteur dit médical-chirurgical-obstétrique (MCO). Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou de la survenue d'une affection aiguë. Ses missions sont de procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale et d'assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement. Chaque patient bénéficie d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire permettant in fine son orientation adaptée après une hospitalisation de quelques jours [18]. Selon les données du Département d'Informatique Médicale (DIM) la Durée Moyenne de Séjour (DMS) en 2011 au service de court séjour gériatrique du CHRU de NANCY était de 19, 9 jours, et 35% des patients étaient adressés dans un service de soins de suite. Le service de court séjour gériatrique du CHRU de NANCY se situe à Brabois au 8ème étage et comprend deux secteurs d'hospitalisation classique de 20 lits chacun, 7 lits de soins continus et 15 lits de PUOG (Post Urgence à Orientation Gériatrique).

2.4.2 Service de soins de suite et de réadaptation

L'activité de SSR a pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales d'une décompensation aigue ayant entraîné une hospitalisation. Ils représentent un secteur charnière de l'offre de soins en raison de leur position, entre soins de courte durée et retour à domicile, USLD ou secteur médico-social et institutionnalisation en EHPAD. Les SSR constituent donc aujourd'hui un des pivots des filières de prise en charge, dont ils tentent d'assurer la fluidité [19].

Le secteur du SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ MCO, nécessaire à l'équilibre financier des établissements.

Le SSR n'est pas seulement l'aval du MCO. Cette structure sanitaire apporte une plus-value réelle au patient en fournissant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les missions des établissements de soins de suite et de réadaptation sont : [20]

- Améliorer l'accès aux soins : organiser une répartition d'activité équilibrée pour être en mesure de prendre en charge tous les patients, faciliter la communication entre les structures de court séjour et les SSR, ainsi qu'entre les professionnels libéraux et l'hôpital. [18,21]
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'efficience

À travers la rééducation, les SSR aident le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SSR assurent la réadaptation du patient. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient. [22,23]

Le service de Soins de Suite et de Réadaptation du CHRU se situe au sein du Centre Paul Spillmann, à l'hôpital Saint Julien au centre ville de Nancy. Il se compose de 33 lits répartis sur deux étages.

2.4.3 Les autres acteurs de la filière gériatrique

Les services de gériatrie du CHRU de Nancy sont également en lien direct avec les structures de soins non programmés recevant les personnes âgées : Service d'Accueil des Urgences (SAU), et les autres services de courts séjours. L'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG) apporte à ses secteurs de soins une expertise gériatrique indispensable à la prise en charge optimale spécifique. L'EMLG est également en lien avec les réseaux gérontologiques de ville, la structure « Maison pour l'autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer » (MAIA), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Le service de consultation gériatrique et le service d'hospitalisation de jour gériatrique favorisent également le lien avec les acteurs de la médecine de ville, dont le médecin généraliste représente la pierre angulaire.

Enfin, les partenariats formalisés entre les EHPAD et le CHU, le dispositif Vill'hop (accessibilité téléphonique directe des seniors gériatres pour les médecins généralistes), la plate-forme SSIAD avec un numéro unique, sont autant de moyens favorisant le dialogue et l'échange autour de la prise en charge des personnes âgées.

3. Matériel et méthodes

3.1 Le dossier Imad

L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Ainsi toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation [24]. Tous les établissements autorisés en SSR doivent mettre en place un outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient avec les prises en charge qu'ils offrent. Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure SSR [25].

Initié en mars 2012, le projet Internet Medical Admission (IMad), géré par la plateforme SSR, se propose d'optimiser les sorties de patients des établissements de MCO de la région Lorraine devant être dirigés vers les Soins de Suite et de Réadaptation. [26].

Cet outil permet de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR en facilitant la gestion des demandes d'admissions en SSR. Il permet d'informer sur les capacités d'accueil des SSR, répondant à un besoin d'optimisation ressenti par les acteurs hospitaliers, qui avaient auparavant peu de visibilité sur l'offre de soins régionale en SSR. Il permet de sécuriser et uniformiser les informations médicales transitant d'un établissement à l'autre [27]. Enfin, il permet une visibilité sur toute une partie du parcours patient, nécessaire à une évaluation et à un meilleur contrôle des différentes structures sanitaires.

Dans notre étude, nous nous appuyons sur les dossiers IMad afin de retrouver la synthèse des évaluations médicales par le service de court séjour de gériatrie du CHRU de Nancy et l'orientation du projet de vie pressentie pour la personne âgée au moment de l'orientation vers le SSR.

3.2 L'évaluation gériatrique standardisée

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de compléter l'examen clinique d'un patient âgé par une recherche systématique des critères de fragilité. Elle repose sur l'utilisation de tests simples, consensuels, validés chez les personnes âgées, et comparatifs [28]. Son but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques, médicales, socio-familiales et économiques d'une personne âgée fragile dans le but de mettre en action un plan de soins coordonné et un suivi à long terme [29]. Elle permet également l'uniformisation des évaluations dans les différents services composant les filières. Nous citons ci-après, dans un bref rappel les évaluations utilisées pour notre travail.

3.2.1 Evaluation des fonctions cognitives

Elle se fait dans un premier temps par le MMSE ou Mini Mental State Examination de Folstein (Annexe 2). Il s'agit d'un test cognitif global, composé de onze questions explorant la mémoire, le langage, le calcul, l'attention et les praxies. Un score inférieur à 25/30 doit faire suspecter une altération des fonctions cognitives et faire approfondir l'évaluation. [30] L'épreuve des cinq mots de Dubois [31], est un test simple et rapide, qui consiste à faire apprendre au patient une liste de cinq mots de catégories sémantiques différentes et à en étudier la restitution à l'aide d'un rappel libre et indicé. Un score inférieur à 10 constitue une alerte.

Le test de l'horloge [32] : on demande au patient de placer sur le cadran de l'horloge, préalablement dessiné, tous les chiffres, ainsi que les aiguilles, pour indiquer par exemple cinq heures moins le quart. Ce test explore plusieurs fonctions cognitives : les praxies, l'attention, les capacités visio-constructives, les stratégies de planification et d'élaboration. On étudie sept critères, chacun coté sur 1 point.

3.2.2 Evaluation de la thymie

La dépression est une pathologie fréquente de la personne âgée fragile [33]. Elle peut être à l'origine d'une perte d'autonomie (chutes, dénutrition...) ou de troubles cognitifs. Elle peut être détectée grâce à un entretien semi-directif, permettant de repérer les troubles du sommeil, les idées noires, l'anhédonie. La Geriatric Depression Scale ou GDS (Annexe 3) est l'échelle de dépression de référence pour le dépistage de la baisse de moral chez les personnes âgées. Elle comporte dans sa version initiale trente questions auxquelles le patient doit répondre par oui ou non, et n'est pas d'utilisation aisée en pratique. On lui préfère la « mini GDS » (Annexe 4) à 4 items.

3.2.3 Evaluation de l'état nutritionnel

La dénutrition constitue un facteur important de morbi-mortalité dans la population âgée (augmentation du nombre d'évènements infectieux, augmentation de la durée d'hospitalisation, aggravation de la perte d'autonomie...) [34]

L'évaluation du risque de dénutrition chez le sujet âgé repose sur :

- la recherche de situations à risque de dénutrition ;
- l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ;
- la mesure du poids ;
- l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur ;
- le calcul de l'indice de masse corporelle.

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant la recherche de situations à risque de dénutrition, tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA) (Annexe 5), qui comprend à la fois des indices anthropométriques, une évaluation globale, des indices diététiques, et une évaluation subjective [35].

Le dosage de l'albuminémie et de la pré-albuminémie peut également permettre d'apprécier à la fois la dénutrition et son évolution lors de la prise en charge diététique.

3.2.4 Evaluation du risque de chute

L'évaluation du risque de chute regroupe l'examen de plusieurs éléments : les pathologies de l'appareil locomoteur, les troubles vestibulaires et les déficits visuels.

La chute est la première cause de décès accidentel après 65 ans. Les actes de prévention sont donc indispensables compte tenu de la gravité potentielle des chutes. Le dépistage est donc essentiel :

- L'appui monopodal [36] : évalue la durée maximale pendant laquelle le patient parvient à tenir en équilibre sur un pied, puis sur l'autre, yeux ouverts. Un appui unipodal inférieur à cinq secondes signe l'instabilité posturale et le risque de chute.
- Le get up and go test [36] : le patient assis sur un siège avec accoudoirs doit se lever, marcher trois mètres, faire demi-tour puis s'asseoir après avoir contourné le siège. Un patient « stable » doit effectuer le test en moins de 20 secondes : il est alors considéré comme étant autonome pour ses transferts et ses déplacements de base. Un temps supérieur à trente secondes évoque une instabilité posturale.
- Le Tinetti test [36] : épreuve d'évaluation d'équilibre et de marche, sur 13 items, statiques, puis dynamiques, chacun côté de 1 à 3. Tout score inférieur à 28 exprime un risque de chute potentiel.
- La recherche d'hypotension orthostatique (baisse de 20 mm de mercure de la pression artérielle systolique et de 10 mm de la pression artérielle diastolique, lors du passage de la position allongée à la position debout, et lors du maintien de la station debout immobile) fait aussi partie de l'évaluation du sujet à risque de chute [37].

3.2.5 Evaluation des fonctions sensorielles

C'est l'évaluation des troubles de l'audition et de la vision. La cataracte touche 20 % des plus de 65 ans et plus de 60 % des personnes âgées de 85 ans. La DMLA pourrait atteindre 6 à 8 % des plus de 65 ans et 50 % des plus de 80 ans et serait responsable de 3 000 nouvelles cécités par an. [38, 39]. L'acuité visuelle des patients âgés dit « chuteurs » est plus faible que chez les patients « non chuteurs » [40]. La société canadienne de l'ouïe estime que

33 % des patients de 75 à 84 ans souffrent d'une déficience auditive, 48 % des plus de 85 ans en sont également atteints. 84 % des résidents de foyers pour personnes âgées souffrent de déficience auditive [41].

3.2.6 Evaluation des fonctions sphinctériennes

Il s'agit de rechercher une incontinence urinaire/fécale ou les deux, et d'en déterminer l'origine, qui peut être multifactorielle, gynécologique, urologique, neurologique, psychologique ou fonctionnelle. L'étiologie de l'incontinence doit être recherchée en n'oubliant pas de prendre en compte la pathologie, les traitements associés, afin de déboucher sur une prise en charge adaptée.

3.2.7 Evaluation de l'autonomie

Elle se fait par l'entretien avec le patient et sa famille, et à l'aide de deux scores (Annexe 6 et 7) :

- Activities of Daily Living (ADL): évaluation des capacités à assurer les actes de la vie quotidienne
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL) : évaluation des capacités à réaliser les activités instrumentales de la vie quotidienne [42].

3.3 L'enquête de proximité et les entretiens avec les familles

L'interrogatoire de la famille et des proches est indispensable afin d'approfondir la connaissance des antécédents médicaux du patient s'il ne peut y répondre lui-même. Il permet également de se questionner sur son mode de vie et notamment sur le contexte socio-économique et familial dont la connaissance est indispensable à l'élaboration de son projet de vie après l'hospitalisation.

Tout au long de l'élaboration individualisée du projet de vie, le patient et son entourage font l'objet d'une démarche d'éducation et de prévention. Au cours de l'hospitalisation le patient est sollicité afin de désigner une personne de confiance [43] qui pourra être consultée au cas le patient lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir les informations nécessaires à la compréhension de sa prise en charge.

3.4 Le projet thérapeutique

Il peut et doit prendre la forme d'un contrat de soins [44]. Il s'agit d'établir entre le patient, son entourage familial et l'équipe soignante un projet thérapeutique adapté détaillant les différentes étapes et moyens de la démarche thérapeutique. Il impose de préparer au cours de l'hospitalisation la sortie programmée du patient. Ce projet doit être régulièrement réévalué dans la logique d'amélioration de la qualité portée par la Haute autorité de Santé (HAS) [45].

Afin d'adapter au mieux un projet de vie personnalisé, l'équipe soignante doit anticiper l'évolution médico-psycho-sociale du patient. Cela permet de solliciter dans les meilleurs délais les structures d'aval ou d'organiser les aménagements nécessaires au domicile. L'optimisation de la prise en charge et de l'organisation de la sortie semble devoir se baser sur l'anticipation. Ceci implique que dès l'entrée en SSR, l'ensemble des caractéristiques sociales, familiales, économiques et médicales du patient doit être connu ou approfondi pour tenter de prévoir au mieux un projet de vie adapté.

Chaque évènement intercurrent médico-social pouvant modifier ce projet implique une réactivité permanente au cours de l'hospitalisation. Une réorientation doit être effectuée dès que nécessaire afin de maintenir une adéquation optimale entre condition de santé et possibilités de sortie.

L'instabilité clinique du patient, ses capacités fonctionnelles résiduelles ou son indécision quant à un changement de lieu de vie sont autant de facteurs pouvant conduire à travailler de front à plusieurs projets de vie.

Ainsi le travail sur le projet de vie d'un patient entré en hospitalisation est un processus complexe, qui nécessite d'être précoce sans être précipité. Il implique des réajustements fréquents toujours dans l'intérêt du patient, de sa volonté et de son état de santé.

3.5 Objectifs de la recherche

3.5.1 Objectif principal

Notre hypothèse est qu'il existe des critères de l'EGS ayant un impact significatif sur le mode de sortie d'hospitalisation après la prise en charge en court séjour et en SSR.

Nous voulons mettre en évidence quels critères orientent vers un retour à domicile ou plutôt vers une institutionnalisation.

3.5.2 Objectifs secondaires

- Nous allons comparer les EGS et les différences de pratique entre le service de court séjour gériatrique et le SSR gériatrique du CHRU de Nancy afin de faire ressortir les critères spécifiques de chaque unité fonctionnelle.
- Nous souhaitons estimer le délai nécessaire et suffisant pour formuler une proposition cohérente et valide du projet de vie après l'entrée en SSR.
- Nous cherchons à mettre en évidence les critères permettant l'amélioration de la fluidité dans la filière gériatrique au sein du CHRU dans le but d'une amélioration de la prise en charge des patients dans le parcours de soins.
- Nous voulons évaluer les possibilités de réduire la DMS en SSR par une meilleure anticipation des orientations des patients en court séjour.

3.6 Méthodologie de la recherche

Il s'agit d'une étude rétrospective sur cent dossiers de patients hospitalisés en court séjour gériatrique et ayant été orientés vers le SSR gériatrique du CHRU de NANCY (Centre Paul Spillmann) sur une période de 9 mois (juillet 2013 à mars 2014).

Pour chaque patient un cahier de saisie réalisé par nos soins est rempli (Annexe 8). Il comporte des informations socio-épidémiologiques, l'orientation proposée en service de court séjour gériatrique au moment du transfert, l'orientation initiale proposée par le SSR après évaluation courte, l'évolution dans le service et l'orientation finale.

L'analyse des résultats vise à étudier la concordance de la formulation du projet de vie indiqué par le médecin de court séjour gériatrique et celui établi par le médecin de SSR (dans les 7 jours qui suivent l'admission en SSR). La discordance fait l'objet d'une analyse particulière afin d'en déterminer les facteurs.

De manière similaire, nous recherchons la concordance entre le projet de vie établi dans les 7 premiers jours de SSR et le projet effectivement réalisé. Nous recherchons de même les facteurs associés à la discordance.

3.7 Description du cahier de saisie de l'étude

Pour chaque patient, le dossier patient harmonisé est utilisé pour récupérer les informations nécessaires à l'étude.

L'orientation du patient proposée par le médecin de court séjour est retrouvée dans le dossier iMad de demande d'hospitalisation en SSR. Elle est actualisée lors de la validation du transfert en accord avec les médecins seniors de chaque unité fonctionnelle.

La saisie des cent dossiers a été faite sur le logiciel Epidata 3.1, dont le masque a été réalisé par nos confrères du service d'Epidémiologie du CHRU.

Le questionnaire a été conçu comme suit : (Annexe 8)

- A. Données épidémiologiques : Relevé de l'âge et du sexe des patients
- B. Description du parcours hospitalier : Relevé de la date d'hospitalisation initiale, de la date de l'hospitalisation en court séjour de gériatrie, date d'entrée en SSR gériatrique, date de sortie médicalement autorisée et date de sortie réelle du patient.
- C. Proposition de sortie : Sont relevés dans ce cadre :
 - l'orientation de sortie proposée par le médecin de court séjour gériatrique lors de la demande d'admission en SSR gériatrique, réactualisée le jour de la programmation du transfert en SSR
 - l'orientation proposée dans les sept premiers jours d'hospitalisation en SSR gériatrique
 - l'orientation réelle ayant eu lieu pour le patient : du fait du nombre de patients inclus dans l'étude, les orientations sont regroupées en quatre catégories:

Domicile, EHPAD, USLD, ou Autres. Les retours en EHPAD sont comptabilisés comme des Retours à Domicile (RAD) si le lieu de vie initial du patient est le même EHPAD.

D. Motif d'hospitalisation : il a été retranscrits tel que noté dans le dossier du patient à son entrée en SSR. Du fait de son importante prévalence dans les hospitalisations gériatriques, il est précisé, pour chaque cas, s'il existe un contexte de chute ou non.

E. Facteurs de fragilité : afin d'évaluer la fragilité de la population étudiée, nous avons relevé les éléments suivants pour chaque patient :

- Sédentarité (activité physique faible)
- Confinement (diminution de la liberté géographique de déplacement)
- Instabilité à la marche (trouble fonctionnelle ou de l'équilibre entraînant un risque de chute)
- Déficience visuelle et auditive
- Incontinence urinaire et fécale
- Négligence (manque de soins pour soi même en ce qui concerne les besoins essentiels, ou déni d'un trouble ou d'une pathologie)
- Troubles cognitifs (déficit des fonctions supérieures : mémoire, perception, compréhension, jugement ...)
- Dépression (trouble mental caractérisé par la tristesse, l'anhédonie, l'aboulie, la faible estime de soi, le manque de concentration, la perte de sommeil ou d'appétit)
- Douleur chronique (douleur évoluant depuis plus de trois mois)
- Dénutrition et carences alimentaires
- Poly-pathologies
- Poly-médication
- Nombre de chutes dans les six derniers mois
- Hospitalisations itératives

F. Contexte socio-familial : Nous avons souhaité tenir compte du lieu de vie antérieur à l'hospitalisation et relevé les conditions de domicile, à savoir domicile personnel ou institution (foyer-logement ou EHPAD), et le type d'habitation, maison ou appartement en recherchant notamment la présence d'escaliers. Le questionnaire recherche également la situation maritale : Patient marié, veuf(ve), célibataire, divorcé, ainsi que la présence de l'entourage familial, amical ou de voisinage. Nous relevons également les aides à domicile si elles existent : IDE, auxiliaire de vie, aide

ménagère, portage des repas. Nous notons la présence d'une télé-assistance, l'existence d'une protection juridique, ou le lien avec un réseau gérontologique ou la MAIA.

- G. Evaluation initiale : Elle se rapporte à l'examen clinique d'entrée. Nous relevons l'IMC, le Score MMS, le GDS, la présence ou non de douleur (à partir de l'Echelle Numérique EN), d'une hypotension orthostatique, la présence d'une confusion mentale.

Le questionnaire relève l'existence de troubles trophiques et notamment escarres et ulcères artério-veineux.

La mobilité est catégorisée selon l'aide technique utilisée : fauteuil roulant, déambulateur, canne, sans aide ou pas de mobilité seul.

Enfin l'autonomie est évaluée selon cinq critères, tels que présents dans la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) remplies toutes les quinze semaines en réunion pluridisciplinaire dans le service de SSR : habillage, toilette, alimentation, continence, déplacement, cognition et comportement et relations. Les critères sont chacun évalués en A, B ou C, selon que le patient est estimé avoir besoin d'aucune aide, d'une aide partielle ou d'une aide totale pour chaque item.

- H. Evolution dans le service : le nombre de chutes est relevé sur l'ensemble du séjour en SSR : aucune chute, une chute ou plus d'une chute.

Le nombre d'évènement intercurrents est noté : il regroupe tout évènement médical aigu intervenant en cours d'hospitalisation ayant eu un retentissement fonctionnel ou ayant nécessité un traitement

Le nombre d'acte total de rééducation, tous professionnels confondus (Diététicienne, orthophoniste, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue et médecin) pendant l'hospitalisation est noté. Le relevé d'actes CSARR (Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation) nous a été fourni par le service du DIM pour chaque dossier inclus dans l'étude.

- I. Il est également relevé la réalisation ou non d'un calendrier mictionnel, d'une consultation diététique et l'utilisation ou non du jardin thérapeutique (jardin « Art, mémoire et vie ») du centre Spillmann.

- J. Evaluation finale : elle reprend les mêmes critères que l'évaluation initiale, relevés en fin d'hospitalisation.

3.8 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.8.1 Critères d'inclusion

- Tout patient hospitalisé en SSR gériatrique du Centre Paul Spillmann (CPS) suite à une hospitalisation préalable en service de court séjour de gériatrie du CHRU de Nancy, dont la sortie a eu lieu entre le 1^{er} juillet 2013 et 31 mars 2014.
- Patients ayant bénéficié d'une EGS conforme à la définition donnée au préalable.

3.8.2 Critères d'exclusion

- Les patients provenant d'un autre service du CHRU n'ont pas été inclus.
- Les patients hospitalisés dans les services d'Unité Cognitivo-Comportementale ou de Soins Palliatifs du centre Spillmann n'ont pas été inclus.
- Les patients dont la sortie, quelle qu'elle soit (retransfert en MCO, transfert en UCC, USP, USLD, sortie à domicile en EHPAD ou décès) est intervenue dans les cinq premiers jours ont été exclus de l'étude.

3.9 Méthodes statistiques

Concernant la description des caractéristiques de la population : les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne et leur écart type ; les variables qualitatives sont exprimées par leur fréquence et leur effectif.

L'analyse bi-variée des caractéristiques des patients selon leur orientation finale se fait par un test t de Student en présence d'une distribution normale des variables pour les variables quantitatives et par un test du Chi-Deux pour les variables qualitatives.

La concordance des propositions d'orientation a été étudiée par un test de concordance Kappa de Cohen en prenant comme valeurs d'interprétation :

Kappa	Interpretation
< 0	Désaccord
0.0 — 0.20	Accord très faible
0.21 — 0.40	Accord faible
0.41 — 0.60	Accord modéré
0.61 — 0.80	Accord fort
0.81 — 1.00	Accord presque parfait

Le seuil de significativité (p) retenu est de 5%.

L'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.3 au service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique du CHRU de NANCY.

4. Résultats

4.1 Description de la population

4.1.1 Données épidémiologiques

4.1.1.1 Sexe des patients

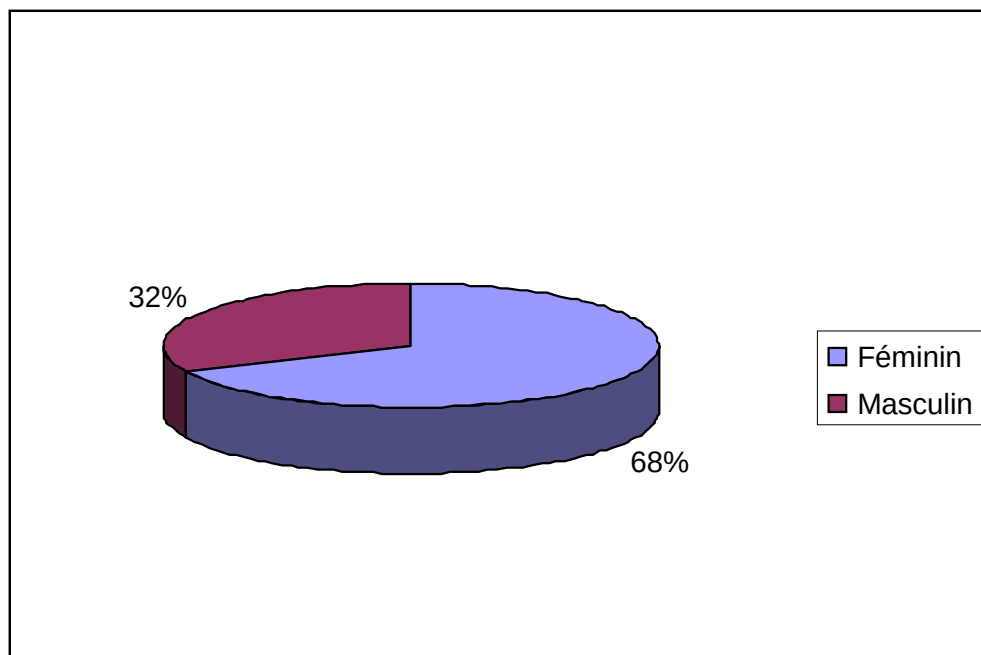


Figure 3 : Sexe des Patients

Sur 100 patients de notre étude, 68 % sont des femmes

4.1.1.2 Age moyen

L'âge moyen est de 84,1 ans au moment de l'hospitalisation en SSR. L'âge minimum est de 67,5 ans et l'âge maximum de 97,4 ans.

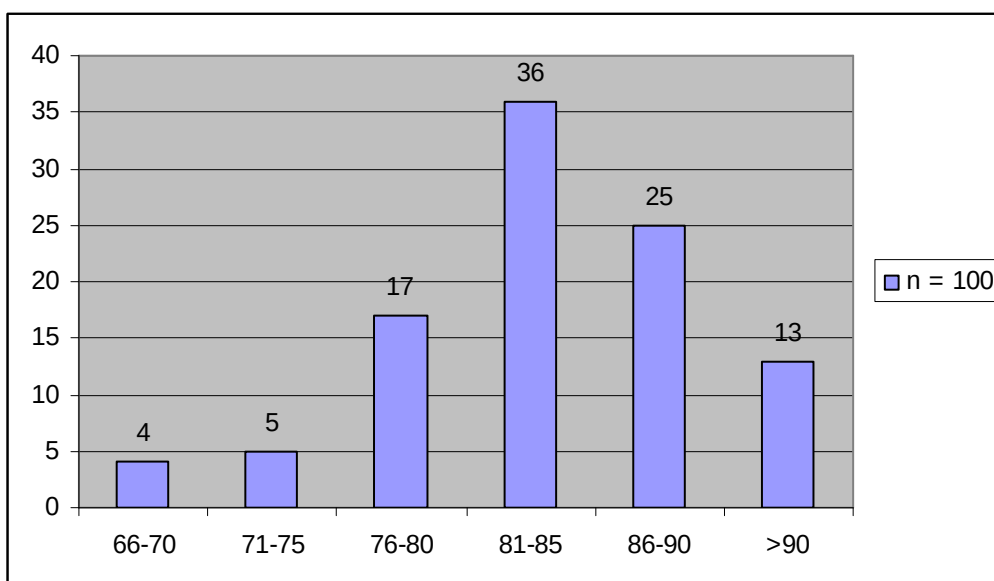


Figure 4 : Répartition de l'effectif par tranche d'âge

Selon les données du DIM l'âge moyen des hospitalisés au SSR Spillmman en 2013 est de 80 ans.

4.1.1.3 Critères de fragilité

Concernant les critères de fragilité :

Il existe une sédentarité dans 76 % des cas et un confinement associé dans 71% des cas.

L'instabilité à la marche est présente chez 88% des patients.

La notion de chutes à répétition concerne 83 % des patients.

Il existe une déficience visuelle dans 89 % des cas.

Il existe une déficience auditive dans 38 %.

Dans 53% des cas il existe une incontinence urinaire et une incontinence fécale dans 32 %.

La notion de négligence se retrouve dans 44% des cas.

En ce qui concerne les troubles cognitifs dans notre étude, 77% des patients présentent des troubles cognitifs, ils sont sévères dans 22% des cas.

40 % des patients de notre étude présentent des symptômes dépressifs.

Dans notre étude, la douleur chronique concerne 1 patient sur 2.

Les troubles alimentaires sont présents chez 58 % des patients, et les carences chez 46 %.

100 % des patients présentent une Poly-pathologie, 95 % présentent une poly-médication.

Les hospitalisations à répétition concernent 35 % des patients.

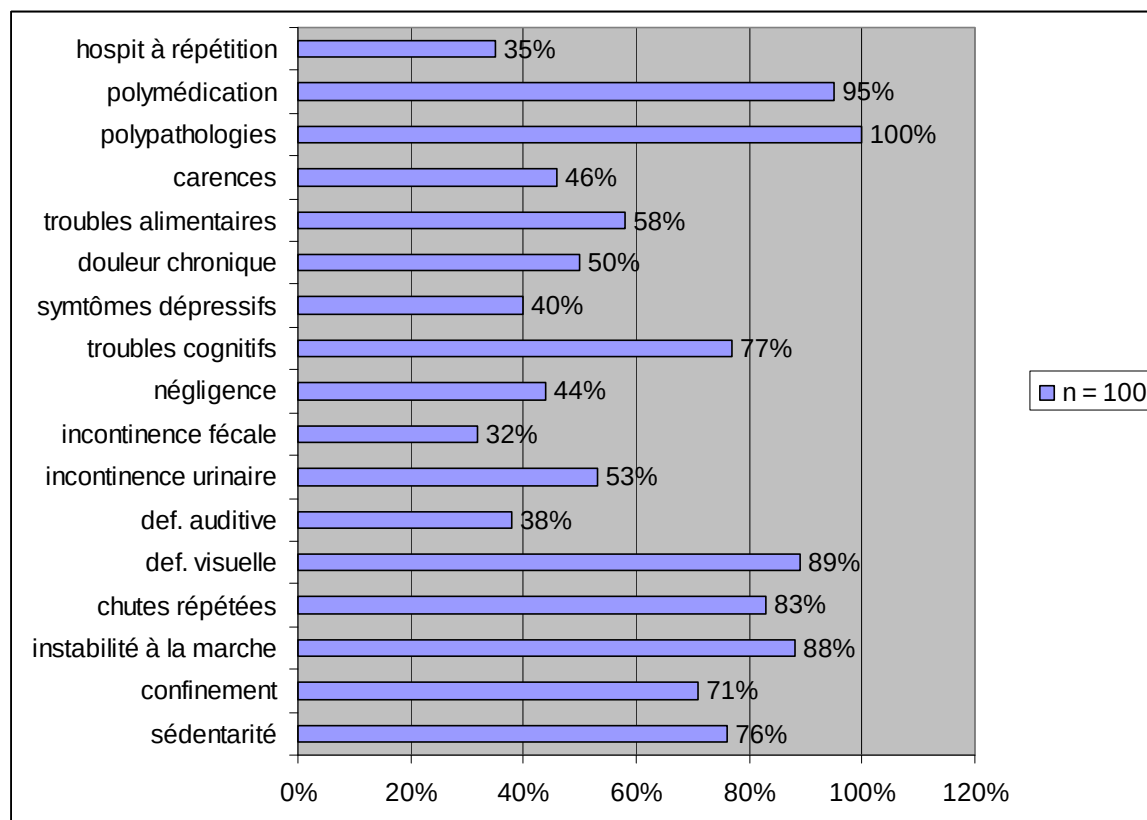


Figure 5 : critères de fragilité

4.1.1.4 Domicile des patients

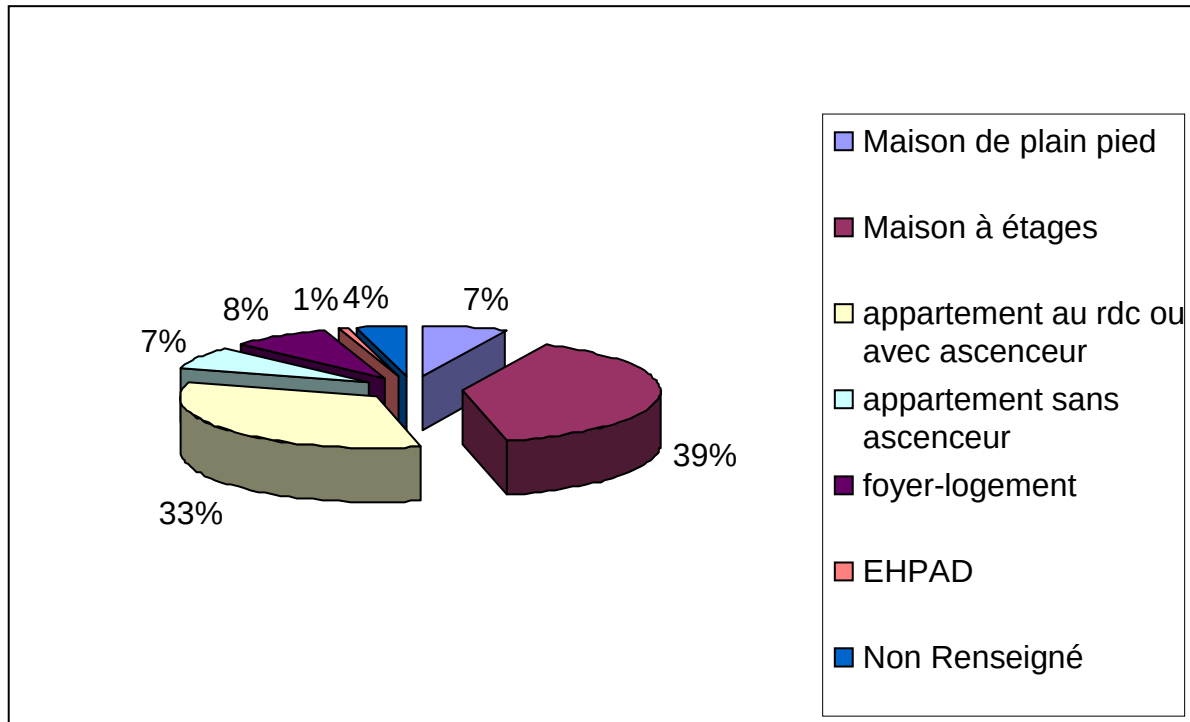


Figure 6 : Domicile des patients

Sur l'ensemble de notre population, 46% des patients vivent dans une maison, 40% en appartement ; la présence d'escaliers au domicile concerne 46% des patients.

9% des patients vivent en institution.

4.1.1.5 Situation familiale

Concernant la situation familiale des patients, 59% sont veuf(ve)s, 24% sont marié(e)s, 9% sont célibataires et 8% sont divorcés.

Donc 76% des patients sont seuls, soit 3 patients sur 4 dans notre étude.

Dans notre étude, dans 87% des cas l'entourage familial est dit présent.

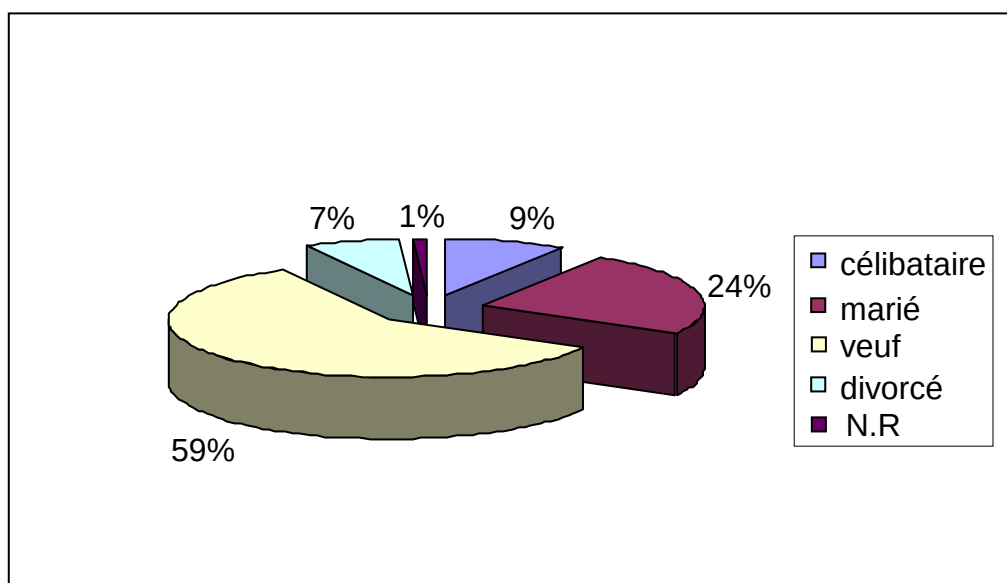


Figure 7 : Situation familiale

4.1.1.6 Aides à domicile

En ce qui concerne les aides à domiciles, 48% des patients bénéficient du passage d'une IDE à domicile, 25% d'une auxiliaire de vie, 36% d'une aide ménagère.

Le portage des repas concerne 12% des patients.

12% sont connus d'un réseau gérontologique.

Le système de télé-alarme est mis en place dans 15% des cas.

4% des patients arrivent avec une protection juridique dans le service de SSR à orientation gériatrique et 12 protections juridiques ont été mises en place en cours d'hospitalisation au SSR.

4.1.2 Hospitalisation

4.1.2.1 Durée d'hospitalisation

Pour notre étude, la durée moyenne d'hospitalisation totale est de 82 jours. **La durée moyenne de séjour en MCO gériatrique est de 21 jours, celle en SSR est de 57,4 jours.**

Le délai moyen entre sortie médicale autorisée en SSR et sortie réelle est de 9 jours. Il est en moyenne plus long de 4,6 jours pour les sorties en EHPAD, par rapport aux sorties à domicile.

4.1.2.2 Mouvements hospitaliers

Pour 74% des patients, l'hospitalisation initiale se fait en MCO de gériatrie au CHU de Brabois, 26% d'entre eux séjournent dans d'autres services avant leur transfert en Gériatrie. Parmi ces services on retrouve :

- 8 hospitalisations en UPUP (Unité de Post Urgences Polyvalentes) et 7 en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), résultat cohérent et attendu puisque ces deux services ont pour vocation de prendre en charge des patients adultes issus du service des Urgences dont l'hospitalisation en service de MCO est nécessaire mais nécessite un délai.
- 2 en Chirurgie Orthopédique
- 2 hors CHU
- et 1 en Hématologie, 1 en Neurochirurgie, 1 en Rhumatologie, 1 en Dermatologie, 1 en Hépatogastro-entérologie et 1 en Réanimation Médicale.

Ce recrutement découle de l'organisation d'une filière gériatrique interne au sein du CHU de Nancy ; il ne nous pas permet d'avoir une vision de l'ensemble des patients adressés à d'autres SSR depuis les autres services de MCO du CHU.

4.1.2.3 Mode de sortie de SSR

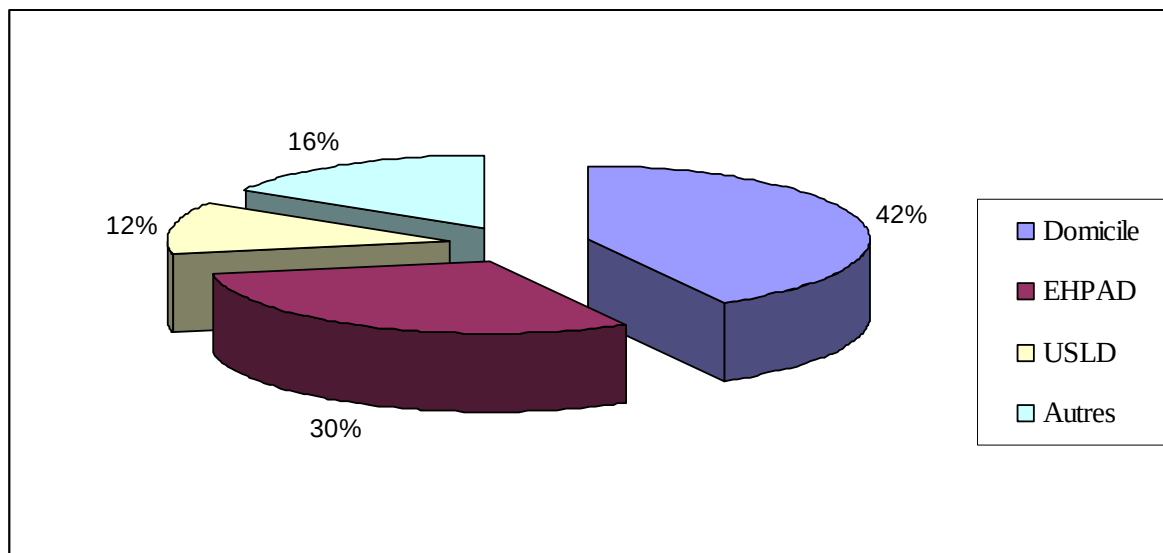


Figure 8 : Mode de Sortie de SSR

A la sortie, **42% des patients rentrent au domicile, 30% sont institutionnalisés en EHPAD, 12% sont orientés en USLD.**

Les autres modes de sorties concernent 16% des patients. Parmi eux, on compte 7 décès, 4 hospitalisations en soins continus de Gériatrie, 2 transferts en Unité Cognitivo-Comportementale, 1 transfert en Unité de Soins Palliatifs, 1 transfert au Service d'Accueil des Urgences, et 1 transfert en Réanimation Médicale.

A noter que parmi les 42 sorties à domicile, 43% se font avec HAD (soit 18 patients de notre étude).

N = 100	MCO	SSR	Réelle
RAD	71%	46%	42%
EHPAD	24%	38%	30%
USLD	4%	13%	12%

Tableau 1 : Propositions d'orientation par le MCO, le SSR et sorties effectives

Concernant les propositions d'orientation par les différents services, le retour à domicile a été proposé dans 71% des cas par le service de MCO, contre 46% par le SSR. L'institutionnalisation en EHPAD a été proposée dans 24% des cas par le MCO, et dans 38% des cas par le SSR.

L'USLD a été proposé dans 4% des cas par le service de MCO et dans 13% des cas par le SSR.

4.1.2.4 Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation sont multiples. **La notion de chute comme critère principal ou associé est retrouvée dans 69% des cas.**

Dans notre population, 9% des hospitalisations sont dues à un AVC, 7% à une pneumopathie, 6% à une embolie pulmonaire, 6% à une altération de l'état général dans un contexte néoplasique, 5% à des malaises, 4% à une insuffisance cardiaque, 4% à une infection urinaire, 3% à des troubles ioniques, 3% à un mésusage médicamenteux et 3% à des troubles trophiques. On note deux hématomes sous duraux, une ischémie aigue des membres, et deux thromboses veineuses profondes.

Le motif principal d'hospitalisation est la chute dans 13% des cas, avec traumatisme osseux associé dans 7% des cas.

8 des hospitalisations sont dues à des troubles cognitivo-comportementaux en rapport avec une maladie démentielle.

On dénombre une tentative d'autolyse, et deux hospitalisations pour isolement social en rapport avec l'hospitalisation du conjoint.

4.1.3 Evaluation initiale en SSR

La présence d'une confusion est retrouvée chez presque un patient sur deux (46% des cas). De même que la notion de syndrome dépressif (au moins un point au mini-GDS) (44% des patients). Ces résultats mettent en avant la présence d'une fragilité cérébrale dans notre population.

Et 28% des patients présentent à la fois une confusion et un syndrome dépressif.

L'existence d'une douleur à l'admission se retrouve dans 55% des cas.

4.1.3.1 Indice de Masse Corporelle

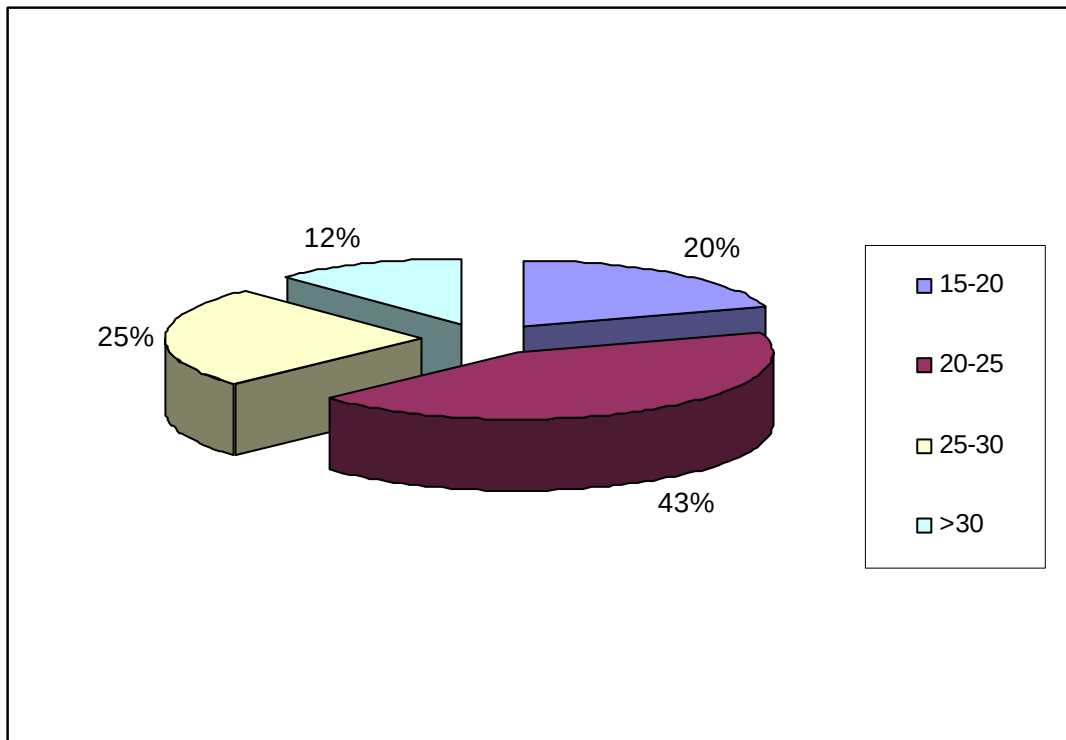


Figure 9 : Indice de Masse Corporelle initial

Concernant l'Indice de Masse Corporelle : 43 % des patients ont un IMC normal (IMC entre 20 et 25), 25% sont en surpoids (IMC entre 25 et 30), 12% sont obèses (IMC > 30) dont 1 obésité morbide, et 20% des patients ont un IMC < 20.

L'IMC moyen est de 23,03 kg/m².

4.1.3.2 Etat cognitif

Notre étude ne nous permet malheureusement pas de faire la différence entre les patients dont la démence est connue de ceux pour qui elle a été diagnostiquée en service de MCO ou en service de SSR.

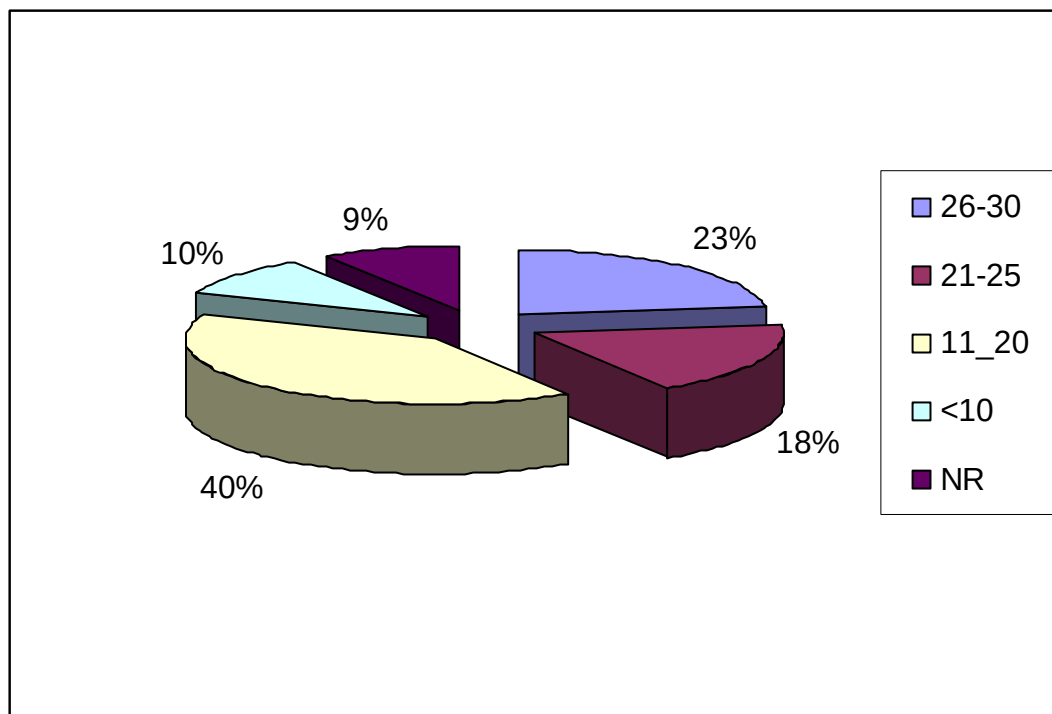


Figure 10 : MMS initial

Pour l'évaluation initiale du MMS, 23% des patients ne présentent pas de troubles cognitifs (MMS entre 26 et 30).

Donc 77% des patients présentent une fragilité cognitive, parmi eux, 18% ont des troubles légers (MMS entre 21 et 25), 40% ont des troubles modérés (MMS entre 11 et 20) et 10% ont des troubles cognitifs sévères (MMS à 10 ou inférieur).

Le MMS initial n'est pas renseigné dans 9% des cas.

A noter que 31% des patients présentent à la fois des troubles cognitifs et un syndrome dépressif.

4.1.3.3 Etat cutané

En ce qui concerne les troubles trophiques, initialement 23% des patients présentent une ou plusieurs escarres, tous stades confondus. 5% présentent des ulcères artério-veineux.

4.1.3.4 Risque de chute

La recherche d'hypotension orthostatique manque dans le dossier dans 41% des cas. Le test est positif dans 28% des cas, négatif dans 31%.

Donc parmi les dossiers où l'hypotension a effectivement été recherchée, elle est positive dans 47% des cas et négative dans 53%.

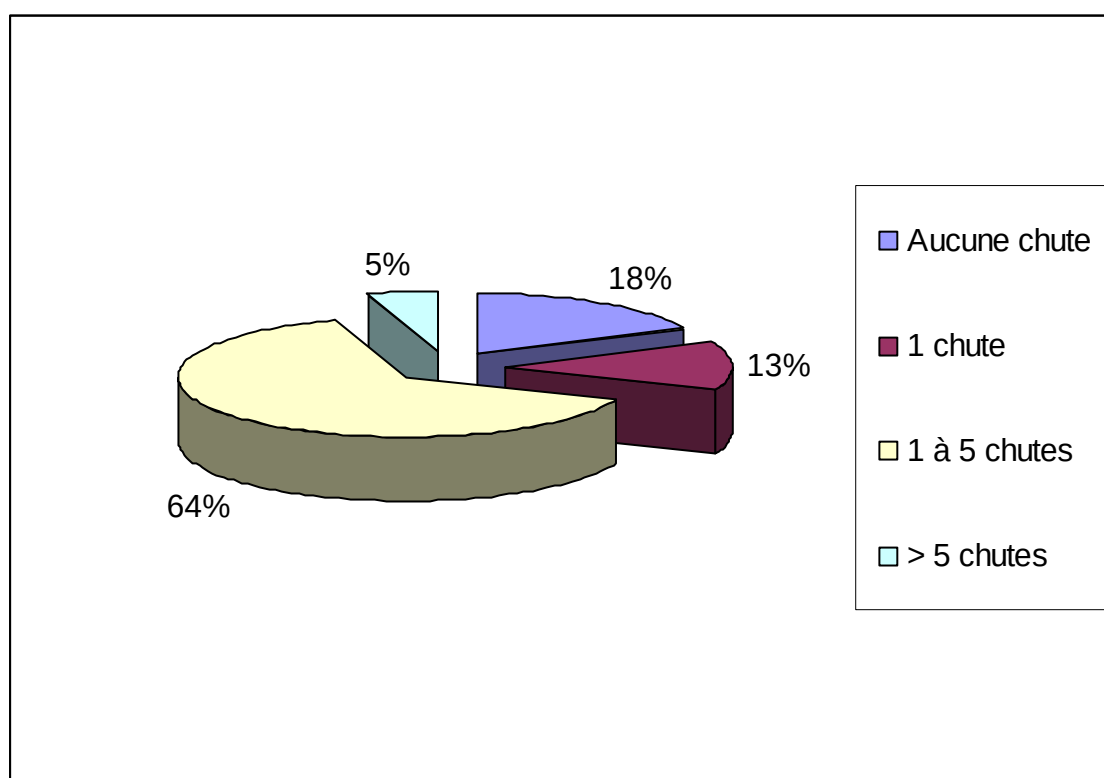


Figure 11 : Nombre de chutes dans les six derniers mois

La recherche du nombre de chute dans les six derniers mois est faite par l'interrogatoire du patient ou de son entourage. **82% des patients ont présenté au moins une chute dans les six derniers mois.** Une seule chute déclarée dans 13%, entre deux et cinq chutes dans 64% des cas et plus de cinq chutes dans 5% des cas.

18% des patients n'ont pas chuté dans les six derniers mois.

4.1.3.5 Mobilité initiale

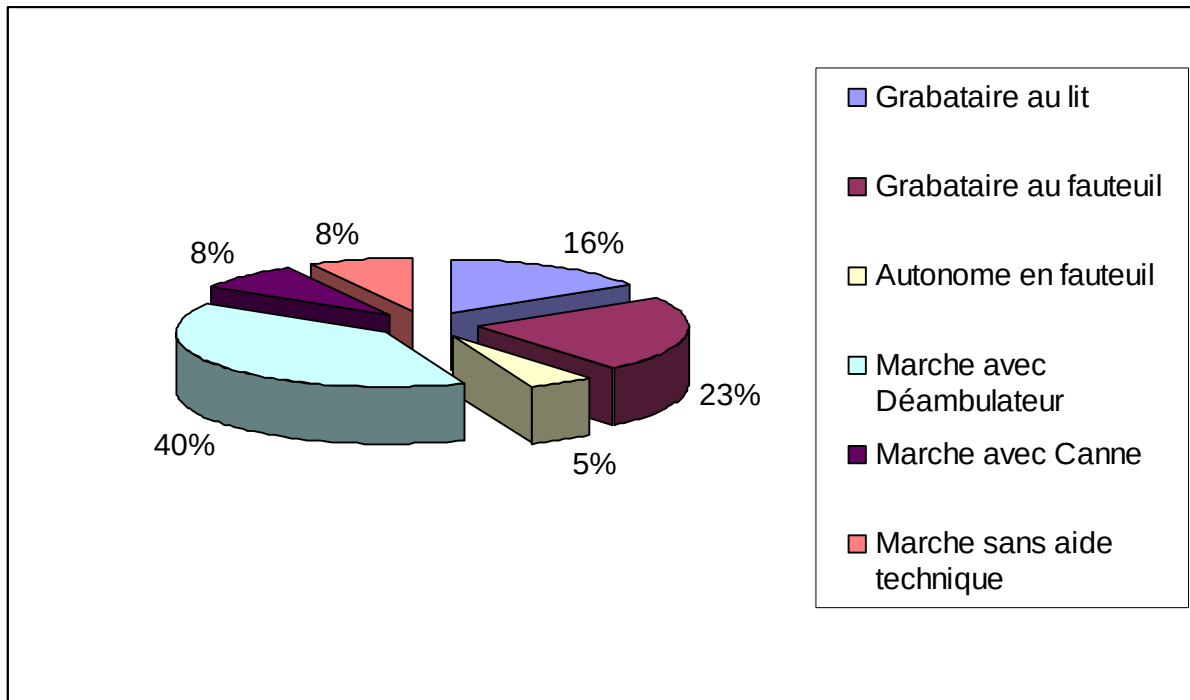


Figure 12 : Mobilité initiale

Au début de l'hospitalisation, la verticalisation est impossible dans 16% des cas ; 23% des patients sont grabataires au fauteuil, 5% sont autonomes en fauteuil roulant, 40% se déplacent en déambulateur, tous types confondus, 8% marchent avec une canne, simple ou anglaise, et 8% se déplacent sans aide technique.

Donc 39% des patients sont grabataires à l'examen d'entrée en SSR.

4.1.4 Evaluation intermédiaire

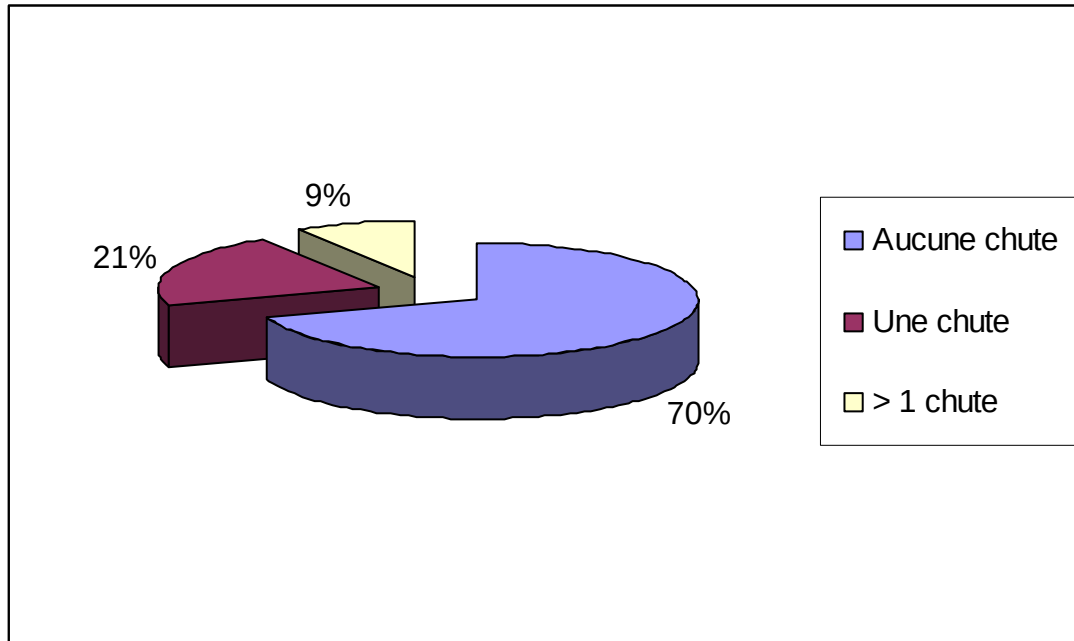


Figure 13 : Nombre de chutes pendant l'hospitalisation

Nombre de chute pendant l'hospitalisation : aucune chute dans 70% des cas, une seule chute dans 21% et plus d'une chute dans 9% des cas.

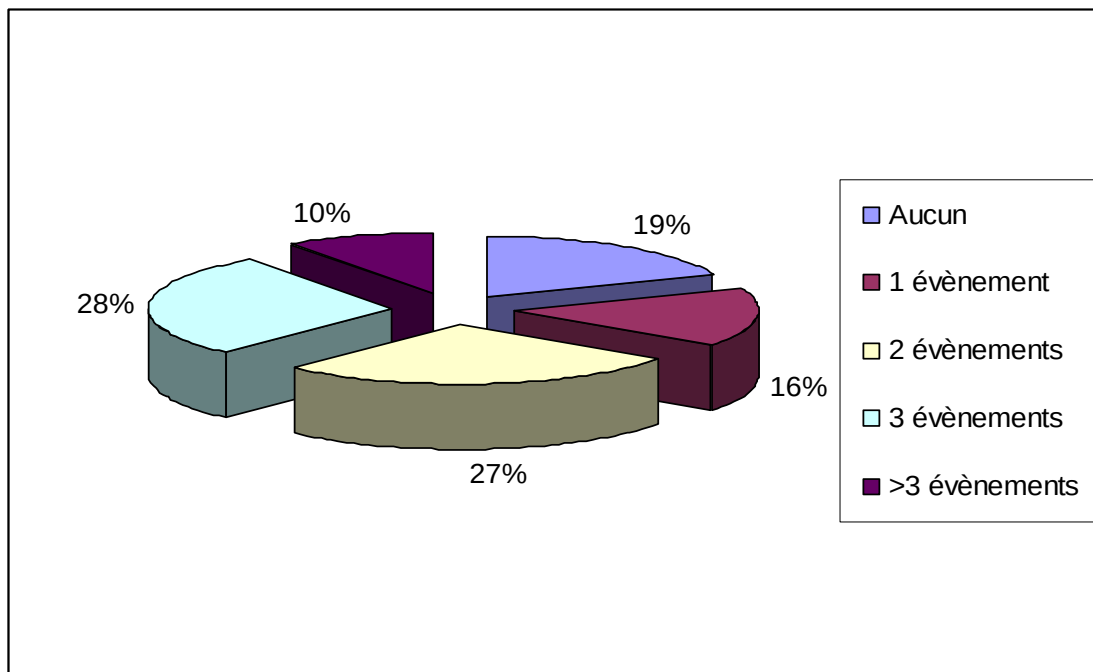


Figure 14 : Nombre d'évènements intercurrents pendant l'hospitalisation

Nombre d'évènements intercurrents : aucun dans 19% des cas, un évènement dans 16% des cas, deux ou trois évènements dans 55% des cas et plus de trois dans 10 % des cas.

Les évènements intercurrents n'ont pas été différenciés les uns des autres dans notre étude ; ils sont en effet nombreux et variés, ils regroupent entre autres, infection urinaire, bronchite et pneumopathie, thrombose veineuse, accident vasculaire...

La rééducation concerne 100% des patients, avec en moyenne 105,8 actes de rééducation sur l'ensemble du séjour, soit 13 actes par semaine (tous professionnels confondus)

Le jardin thérapeutique est utilisé pour 36% des patients.

Un calendrier mictionnel est utilisé dans 66% des cas.

97% des patients bénéficient d'au moins une consultation diététique.

4.1.5 Evaluation finale

4.1.5.1 Indice de Masse Corporelle

Concernant l'Indice de Masse Corporelle : **1 patient sur 2 a un IMC normal**, 15% sont en surpoids, 10% sont obèses dont 1 obésité morbide, 14% des patients ont un IMC < 20. L'IMC final n'est pas mesuré pour 13% des patients, du fait d'un transfert (SAU, Soins intensifs ou réanimation médicale) ou du décès.

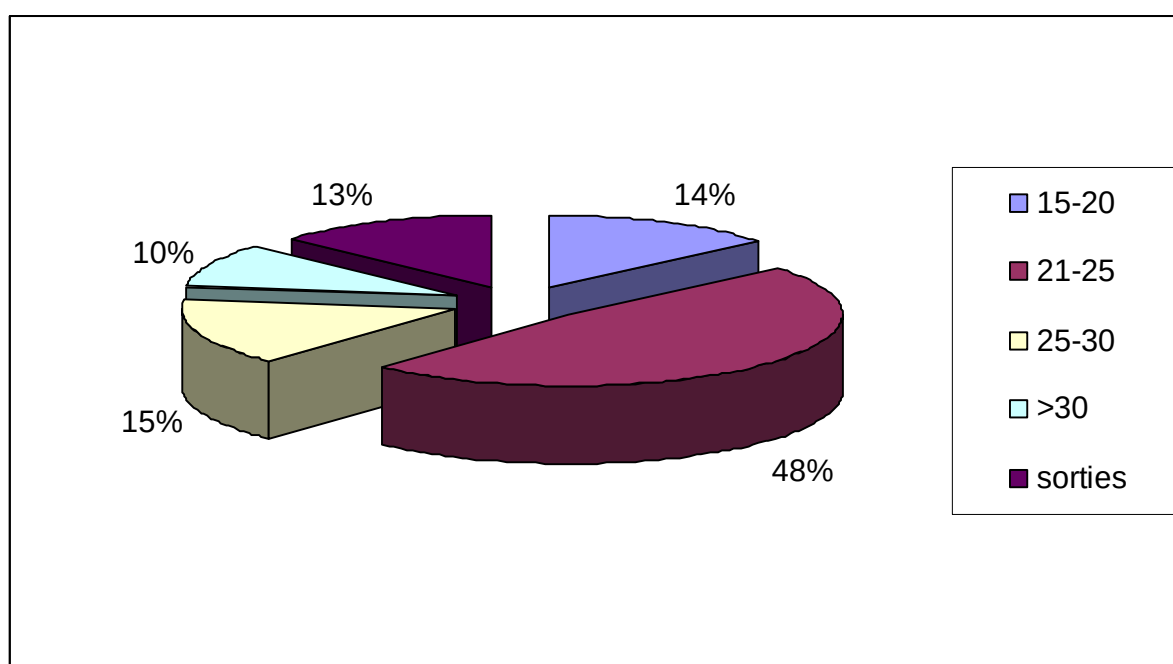


Figure 15 : Indice de Masse Corporelle final

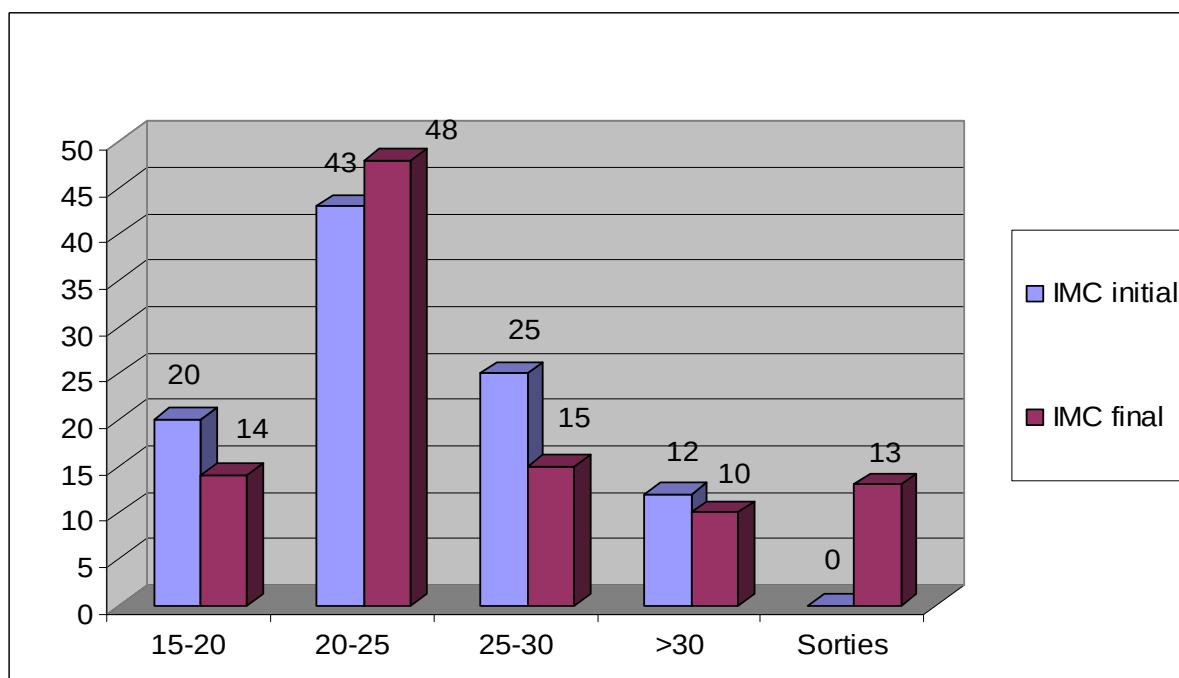


Figure 16 : Comparaison des IMC initiaux et finaux

Il n'existe pas de différence significative entre les IMC initiaux et finaux, mais une tendance à l'amélioration ($p=0,085$).

4.1.5.2 Etat cognitif

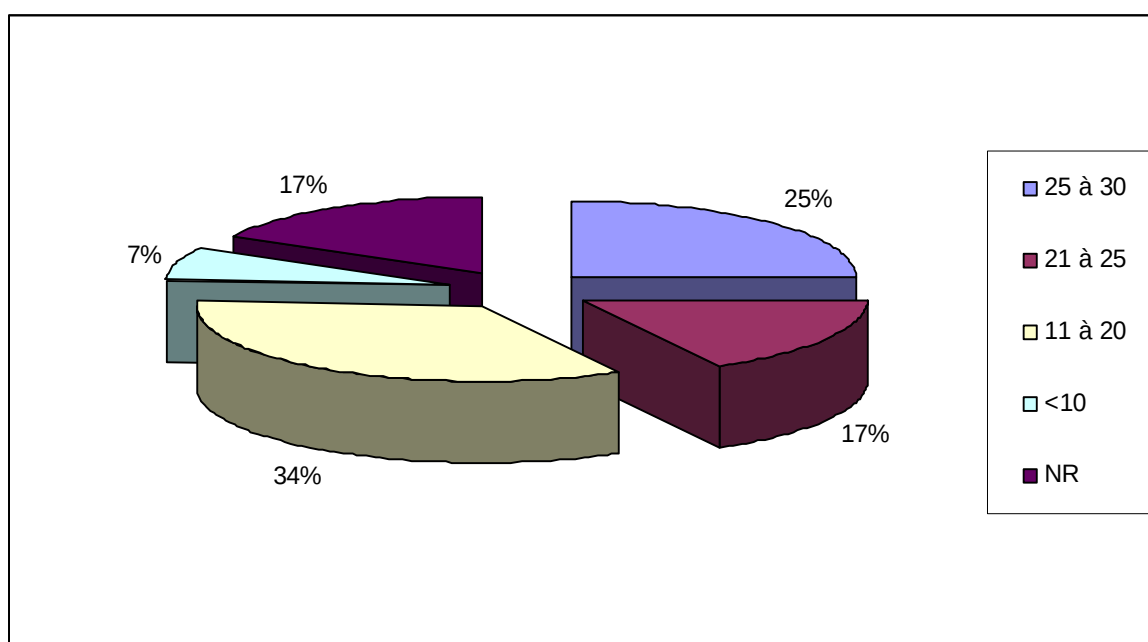


Figure 17 : MMS de sortie

Pour l'évaluation finale du MMS, 25% des patients ne présentent pas de troubles cognitifs (MMS entre 26 et 30).

Donc 75% des patients ont un MMS perturbé, parmi eux, 17% ont des troubles cognitifs légers (MMS entre 21 et 25), 34% ont des troubles modérés (MMS entre 11 et 20) et 7% ont des troubles cognitifs sévères (MMS<10).

Le MMS n'est pas renseigné dans 17% des cas (Décès ou transfert pour décompensation aigue).

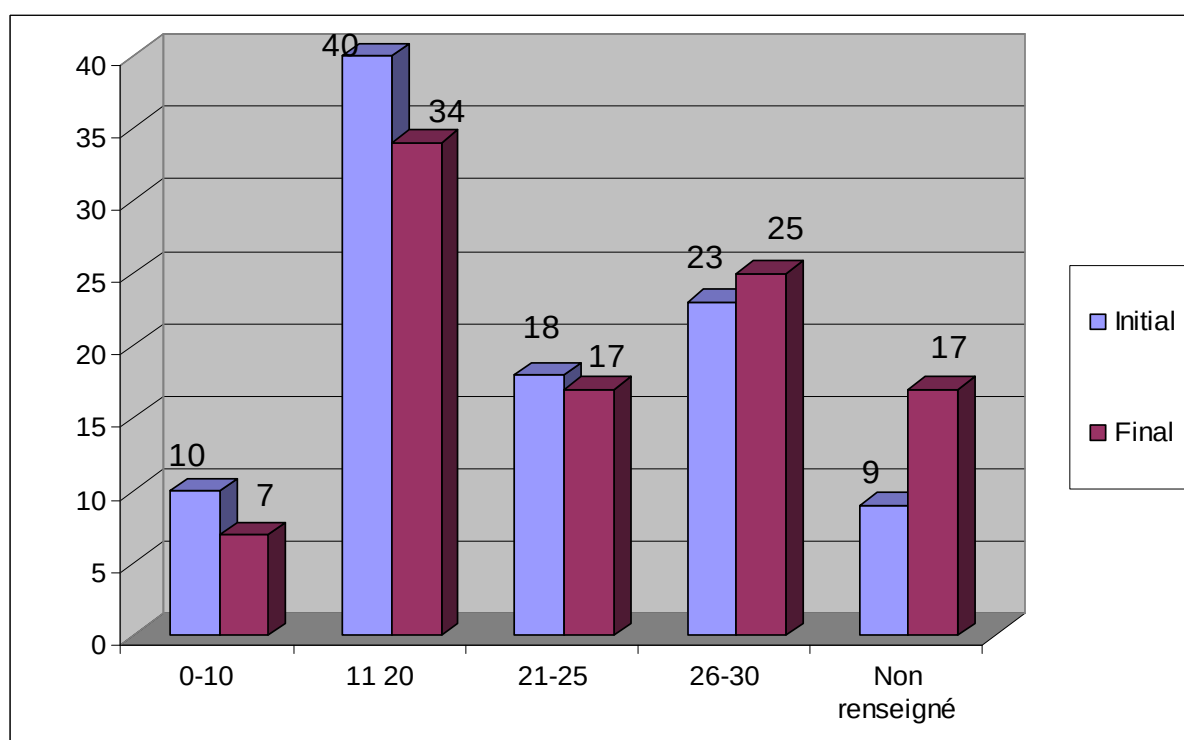


Figure 18 : Comparaison des MMS d'entrée et de sortie

Seuls 16% des patients connaissent une modification significative du résultat de leur MMS entre l'évaluation initiale et finale. Il s'agit d'une augmentation du score obtenu dans tous les cas.

La notion de risque de syndrome dépressif se retrouve chez 36% des patients mais cette donnée est non renseignée dans 13% des cas (décès ou transfert), donc la présence d'un syndrome dépressif concerne en réalité 41% des patients sortants d'hospitalisation.

La différence est non significative avec l'évaluation initiale (44% de syndromes dépressifs) mais il existe une tendance à l'amélioration.

L'existence d'une douleur ($EN > 0$) à l'examen de sortie se retrouve dans 37% des cas, mais cette donnée est non renseignée en cas de décès soit dans 7% des cas ; la douleur concerne donc en réalité 40% de l'ensemble des patients examinés à la sortie.

Il n'existe pas d'amélioration significative des syndromes douloureux au cours de l'hospitalisation en SSR (à l'examen initial, la douleur concernait 55% des patients).
($p=0,95$)

4.1.5.3 Etat cutané

En ce qui concerne les troubles trophiques, à la sortie 18% des patients présentent une ou plusieurs escarres, tous stades confondus. 5% présentent des ulcères artério-veineux.

Il n'existe pas de différence significative avec l'évaluation initiale mais toutefois une légère amélioration.

4.1.5.4 Mobilité finale

A la sortie, à l'exception des 7 patients décédés, la verticalisation est impossible dans 6% des cas.

10% des patients sont grabataires au fauteuil,
3% sont autonomes en fauteuil roulant,
37% se déplacent en déambulateur,
24% marchent avec une canne, simple ou anglaise,
et 9% se déplacent sans aide technique.

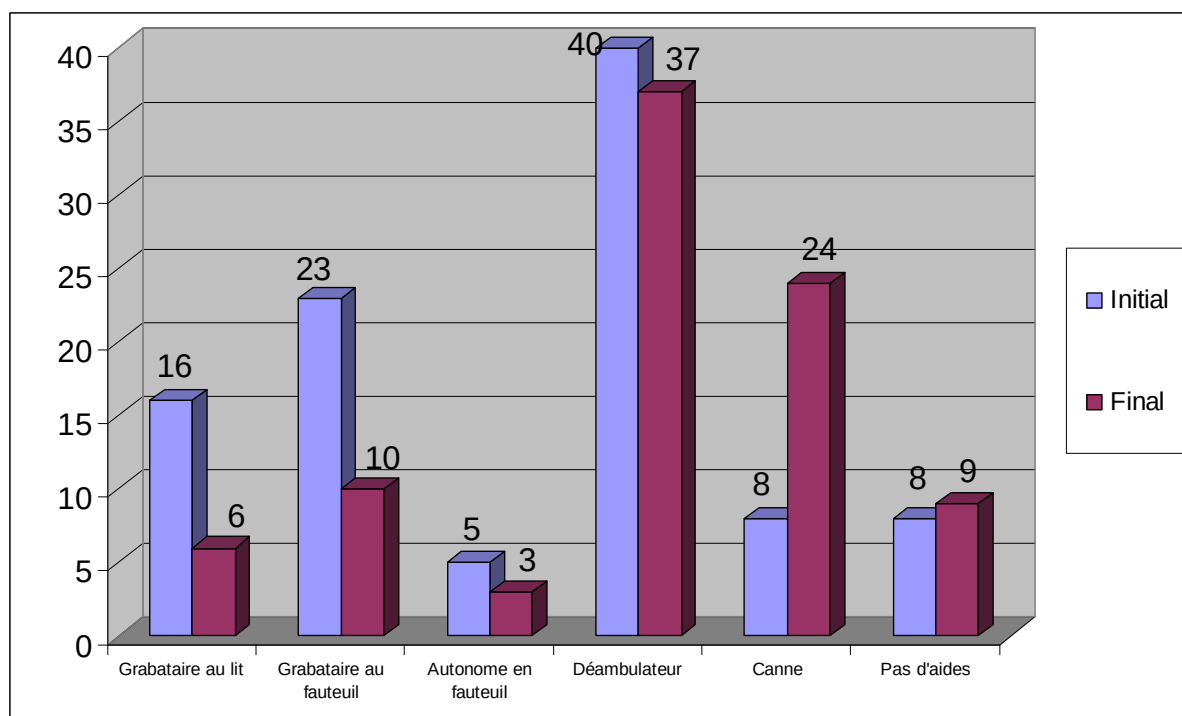


Figure 19 : comparaison des mobilités initiales et finales

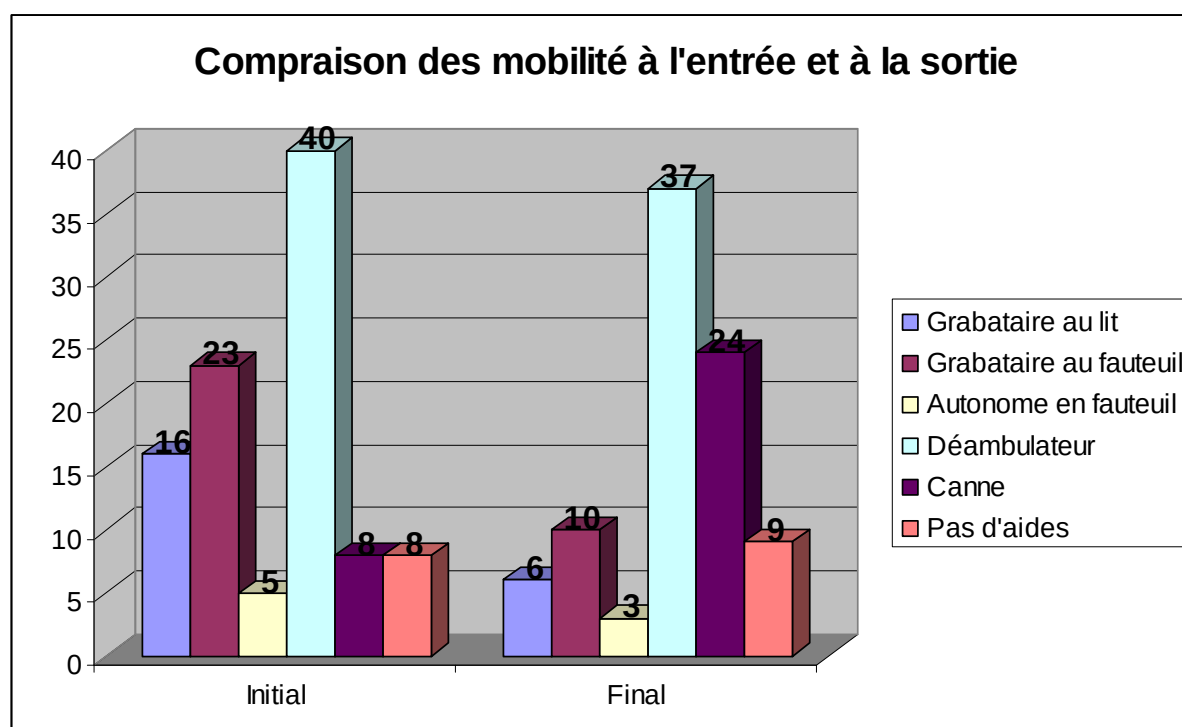


Figure 20 : Comparaison des Mobilités à l'entrée et à la sortie

La proportion de patients grabataires au lit ou au fauteuil diminue de façon significative. Parallèlement, la proportion de patients utilisant une canne est significativement plus importante à la sortie ($p=0,05$)

Le nombre de patients qui utilisent un déambulateur est sensiblement le même, mais il ne s'agit pas des même patients.

Le nombre de patients autonomes à la marche sans aides techniques est identique.

4.2 Comparaison des caractéristiques selon l'orientation finale

4.2.1 Données épidémiologiques

4.2.1.1 Sexe des patients

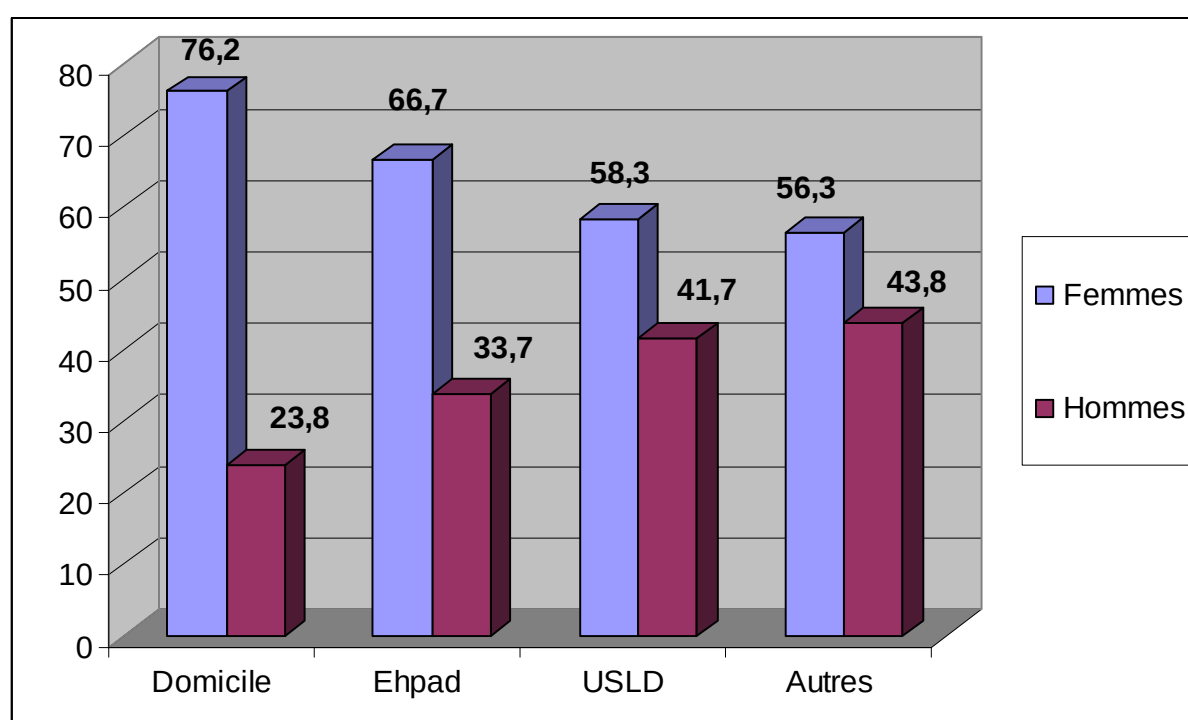


Figure 21 : Répartition Hommes/Femmes selon le mode de sortie

A la sortie d'hospitalisation, les femmes représentent :

- **76,2 % des patients rentrant à domicile**
- 66,7% des patients sortant en EHPAD
- 58,3% des patients sortant en USLD

Les femmes ont significativement plus de chance de rentrer à domicile que d'être institutionnalisée en EHPAD (test du chi 2, $p < 0.01$).

4.2.1.2 Age des patients

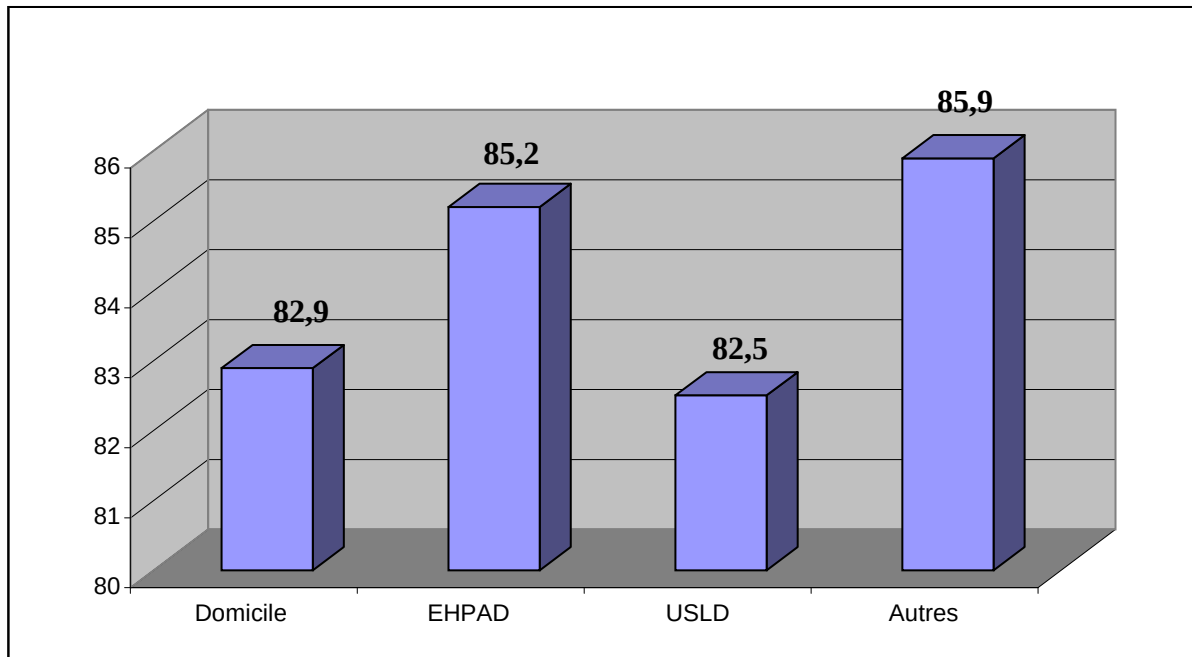


Figure 22 : Age moyen selon le mode de sortie

Les patients rentrant à domicile ont en moyenne 2,3 ans de moins que les patients orientés en EHPAD. Les patients ayant nécessité un transfert dans un service de médecine de court séjour et les patients décédés ont en moyenne 3 ans de plus que les patients sortant à domicile et 0,7 ans de plus que les patients placés en EHPAD.

4.2.1.3 Domicile des patients

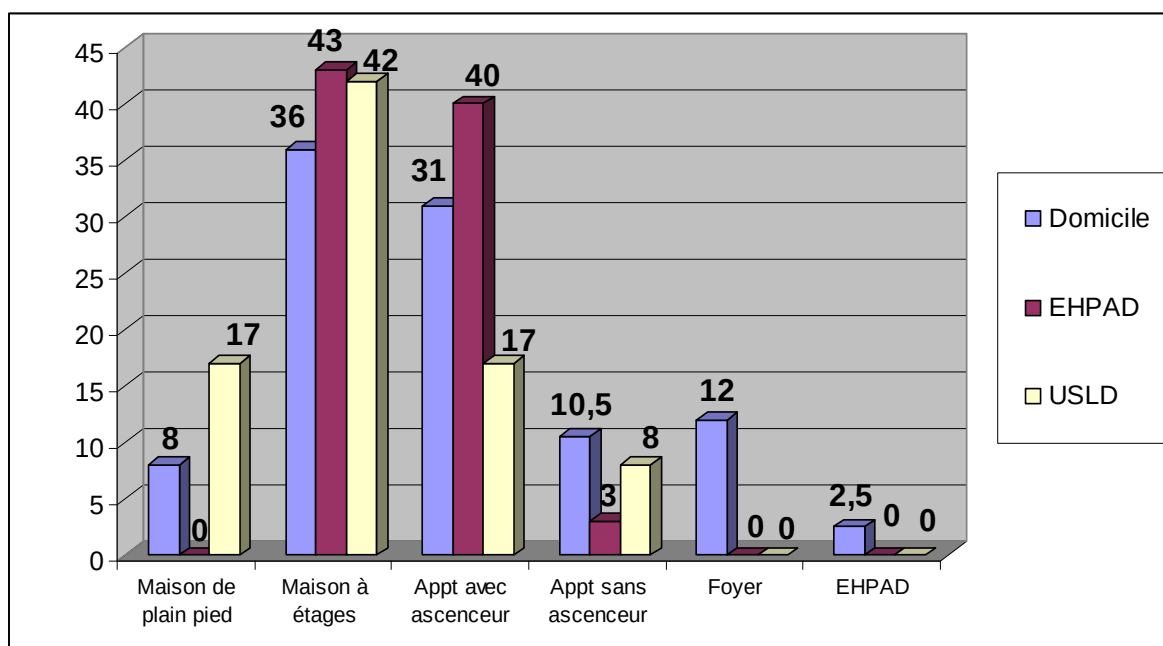


Figure 22 : Domicile d'origine des patients pour chaque mode de sortie

Parmi les 42% de patients dont le mode de sortie est le retour à domicile, 8% vivent dans une maison de plain pied, 36% dans une maison à étages, 31% dans un appartement en rez-de-chaussée ou avec ascenseur, 10,5% dans un appartement sans ascenseur, 12% dans un foyer de personnes âgées et 2,5 % dans un EHPAD.

Parmi les 30% de patients sortant en EHPAD, aucun ne vit dans une maison de plain pied, 43% vivent dans une maison à étages, 40% dans un appartement au rez-de-chaussée ou avec ascenseur, 3 % dans un appartement sans ascenseur, et 10% dans un foyer logement.

Parmi les 12% de patients sortant en USLD, 17% vivent dans une maison de plain pied, 42% dans une maison à étages, 17% dans un appartement au rez-de-chaussée ou avec ascenseur, 8% dans un appartement sans ascenseur et aucun en foyer logement ou EHPAD.

Le type de domicile du patient n'amène pas à une différence significative entre retour à domicile et institutionnalisation ($p = 0,5$).

4.2.1.4 Situation familiale

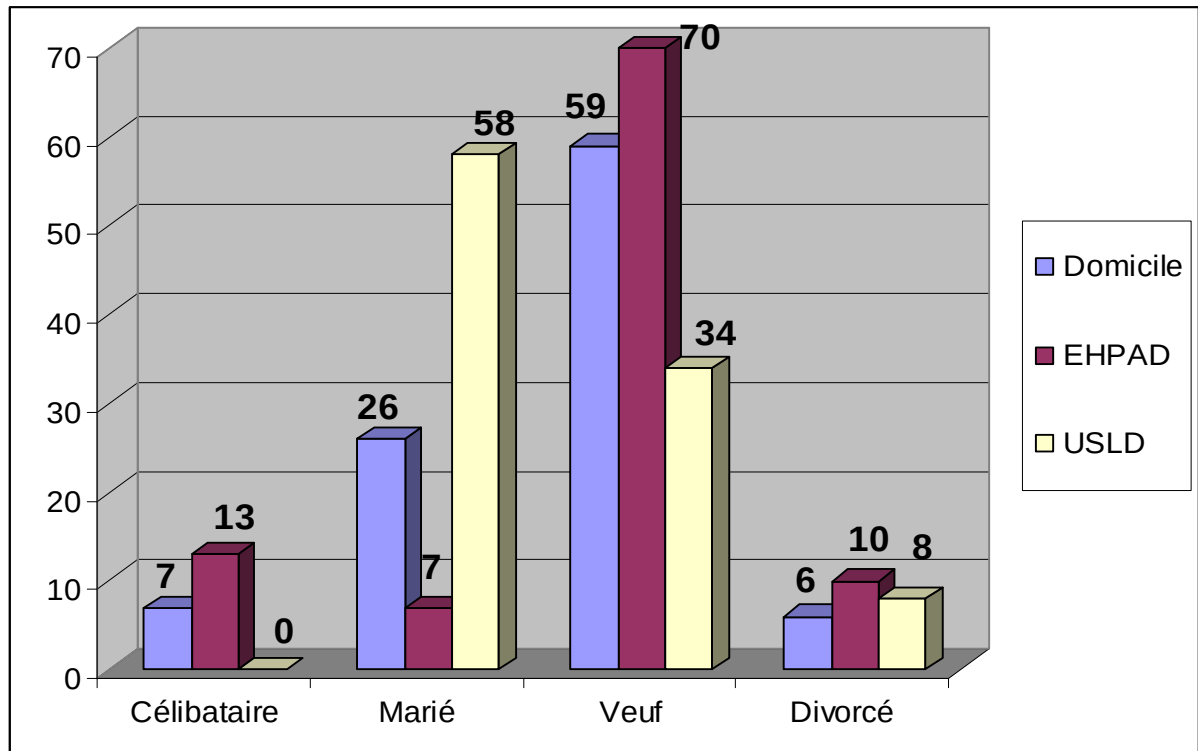


Figure 23 : Situation familiale pour chaque mode de sortie

26% des patients rentrant au domicile à la sortie d'hospitalisation sont mariés.

7% des patients sortant en EHPAD sont mariés.

Les patients plus isolés (veuf, célibataire ou divorcé) représentent 93% des patients sortant en EHPAD. Ils représentent 72% des patients rentrant à domicile (2% de situation familiale non renseignée dans le questionnaire).

A noter que pour les sorties en USLD, 58% des patients sont mariés et 42% des patients vivent seuls (veuf ou divorcé).

L'isolement familial conduit de façon significativement plus importante à l'institutionnalisation qu'au retour à domicile ($p=0,05$).

4.2.1.5 Aides à domicile

Le passage d'une infirmière à domicile préexistait dans 42% des cas des patients rentrant à domicile, et dans 53% des cas des patients hospitalisés en EHPAD.

Le passage d'une auxiliaire de vie existait chez 21% des patients rentrant à domicile et chez 23% des patients entrant en EHPAD.

Le passage d'une aide ménagère concernait 38% des patients sortant à domicile et 40% des patients sortant en EHPAD.

Un portage des repas était mis en place avant l'hospitalisation dans 7% des cas de patients rentrant à domicile et dans 20% des cas des patients sortant en EHPAD.

Le nombre d'aides à domicile total existant avant l'hospitalisation est significativement plus important chez les patients sortant en EHPAD ($p < 0,05$).

7% des patients sortant à domicile étaient antérieurement connus d'un réseau gériatrique, contre 10% des patients sortant en EHPAD.

Il existait une télé-assistance avant l'hospitalisation chez 9,5% des patients sortant à domicile et chez 27% des patients sortant en EHPAD.

Enfin aucun des patients rentrant à domicile ne bénéficiait d'une protection juridique avant l'hospitalisation, quand c'était le cas pour 7% des patients sortant en EHPAD.

4.2.2 Hospitalisation

4.2.2.1 Durée d'hospitalisation

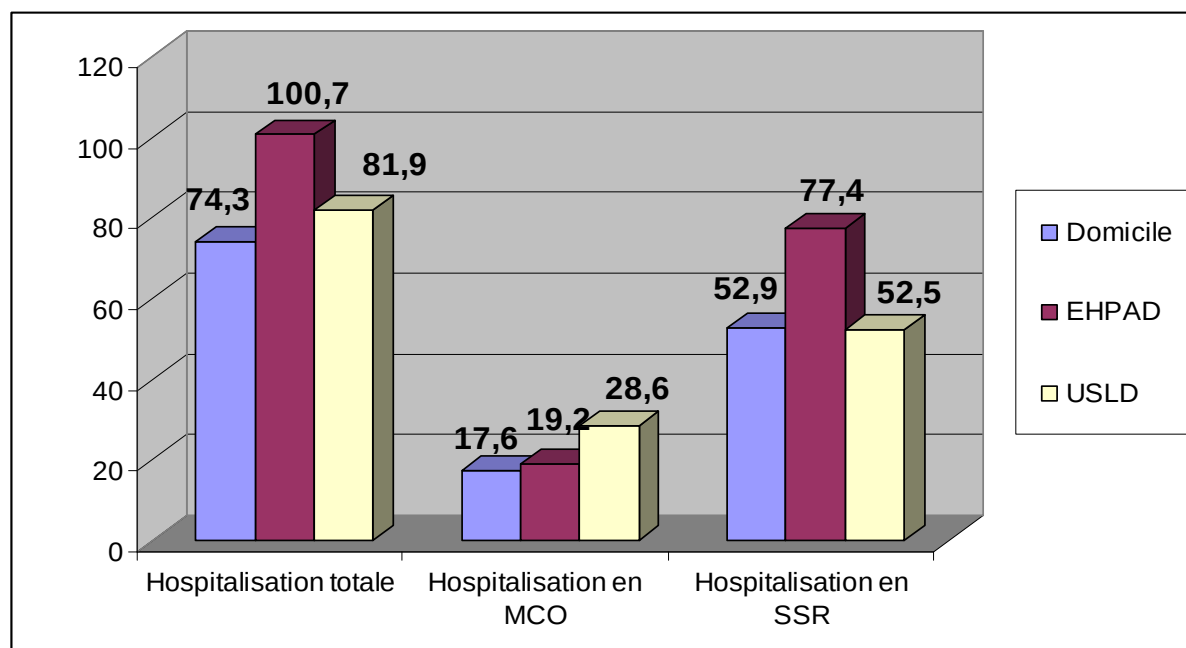


Figure 24 : Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon le mode de sortie

La durée moyenne d'hospitalisation totale (MCO+SSR) est de 74,3 jours pour les patients sortant au domicile, contre 100,7 jours pour les patients sortant en EHPAD, soit **en moyenne 26,4 jours de plus pour les patients institutionnalisés.** Elle est de 81,9 jours pour les patients sortant en USLD.

La différence entre sortie à domicile et sortie en EHPAD s'explique essentiellement par une durée d'hospitalisation prolongée en SSR.

La durée moyenne d'hospitalisation en service de MCO Gériatrie est de :

- 17,6 jours pour les retours à domicile
- 19,2 jours pour les sorties en EHPAD ; soit en moyenne 1,6 jours de plus pour les patients institutionnalisés.
- 28,6 jours pour les sorties en USLD

La durée moyenne d'hospitalisation en SSR est de :

- 52,9 jours pour les patients rentrant à domicile
- 77,4 jours pour les patients allant en EHPAD, soit 24,5 jours de plus.
- 35, 7 jours pour les patients décédés ou victimes d'un évènement intercurrent nécessitant leur transfert
- 52,5 jours pour les patients orientés en USLD.

Le délai moyen entre sortie médicale autorisée par le SSR et sortie réelle est en moyenne plus long de 4,6 jours pour les sorties en EHPAD, par rapport aux sorties à domicile ; il est de :

- 7,7 jours pour les retours à domicile
- 12,3 jours pour les institutionnalisations en EHPAD
- 7,7 jours pour les USLD.

Parmi les 42% de retour à domicile, le service MCO de Gériatrie avait proposé cette orientation dans 92,9% des cas, et le SSR dans 85,7% des cas.

Parmi les 30% d'institutionnalisation en EHPAD, le service MCO de Gériatrie avait proposé cette orientation dans 30% des cas (soit 9 patients) et le SSR dans 73,3% des cas (soit 22 patients).

Parmi les 12% de patients sortis en USLD, le service MCO de Gériatrie avait proposé cette orientation dans 1 cas (soit 8%) et le SSR dans 6 cas (soit 50%).

4.2.2.2 Motif d'hospitalisation

Le contexte de chute est retrouvé dans 66% des cas des patients dont l'hospitalisation se termine par un retour à domicile et dans 83% des cas de patients sortant en EHPAD.

Il concerne 50% des patients sortants en USLD.

4.2.3 Evaluation initiale en SSR

La présence d'une confusion à l'entrée en SSR est retrouvée :
dans 31% des cas dans le groupe des patients rentrant à domicile,
dans 33% des cas dans le groupe des patients sortant en EHPAD,
dans 91% des cas de patients sortant en USLD,
et dans 75% des cas des patients ayant nécessité un transfert dans un autre service ou décédés.
($p < 0,001$ est significatif), l'orientation en USLD est influencée par la présence d'une confusion à l'entrée en SSR, de même que les ré-hospitalisations dans d'autres services.

La notion de risque de syndrome dépressif (au moins un point au mini-GDS) se retrouve chez :

- 29% des patients dont le mode de sortie est le retour à domicile
- **53% des patients sortant en EHPAD**
- 50% des patients sortant en USLD

La valeur $p = 0,01$ est significative pour cette variable. **L'existence d'un syndrome dépressif à l'entrée en SSR augmente la probabilité d'institutionnalisation.**

L'existence d'une douleur à l'admission en SSR se retrouve dans 55% des cas des patients rentrant à domicile et dans 33% des cas des patients sortant en EHPAD.

L'existence d'une douleur n'est pas un élément significatif dans le choix de l'orientation, et les moyens thérapeutiques mis en place semblent être suffisamment efficaces pour ne pas influencer le mode de sortie.

Rappelons qu'il est primordial de ne pas méconnaître la présence d'une douleur et son dépistage fait d'ailleurs partie des Evaluations de Pratiques Professionnelles mises en place dans le service de SSR du CHRU.

4.2.3.1 Indice de masse corporelle

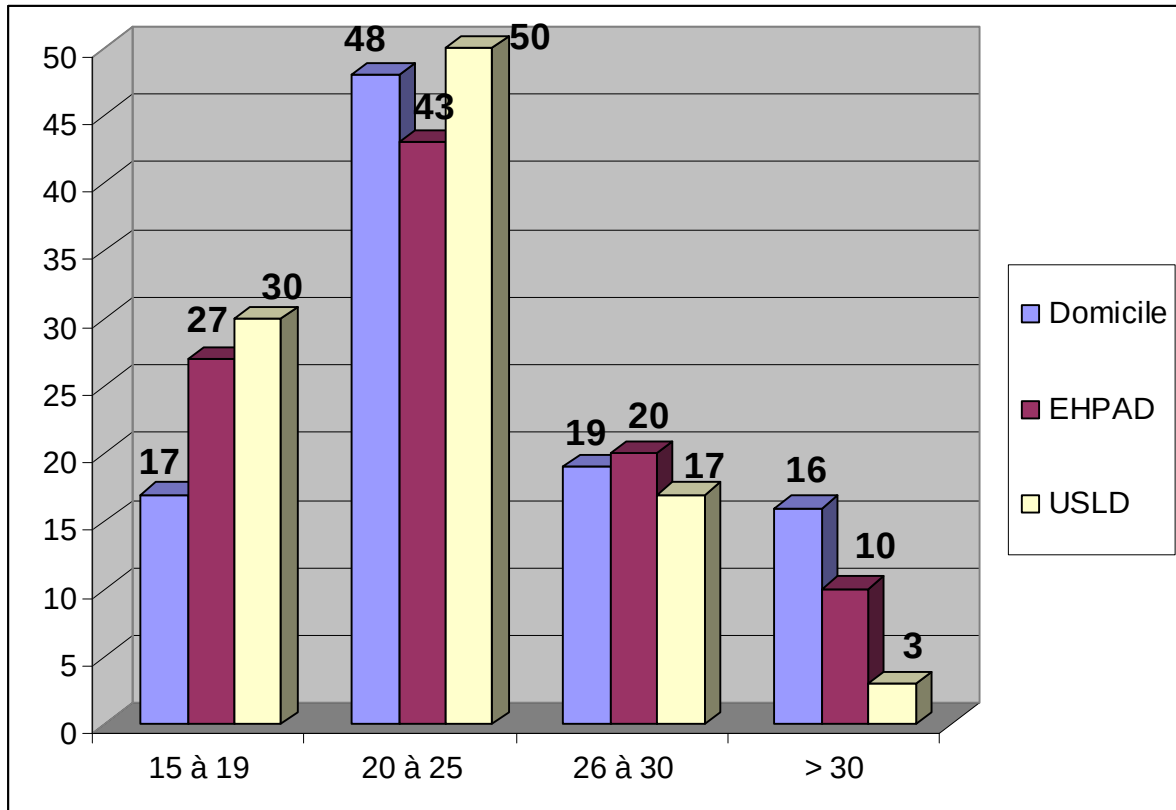


Figure 25 : IMC initial pour chaque mode de sortie

Concernant l'Indice de Masse Corporelle : pour les patients dont le projet de vie final est le retour à domicile :

- 48% ont un IMC normal,
- 19% sont en surpoids,
- 16% sont obèses
- 17% ont un IMC inférieur à 20, dont 3 patients avec un IMC inférieur à 15.

Pour les patients sortant en EHPAD :

- 43% ont un IMC normal,
- 20% sont en surpoids,
- 10% sont obèses, et
- 27% ont un IMC inférieur à 20, dont 7 patients avec un IMC inférieur à 15.

Pour les patients sortant en USLD :

- 50% ont un IMC normal
- 17% sont en surpoids
- 3% sont obèses
- 30% ont un IMC inférieur à 20, aucun inférieur à 15.

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes ; l'IMC initial n'est pas un élément discriminant pour décider de l'orientation finale du patient.

4.2.3.2 Etat cognitif

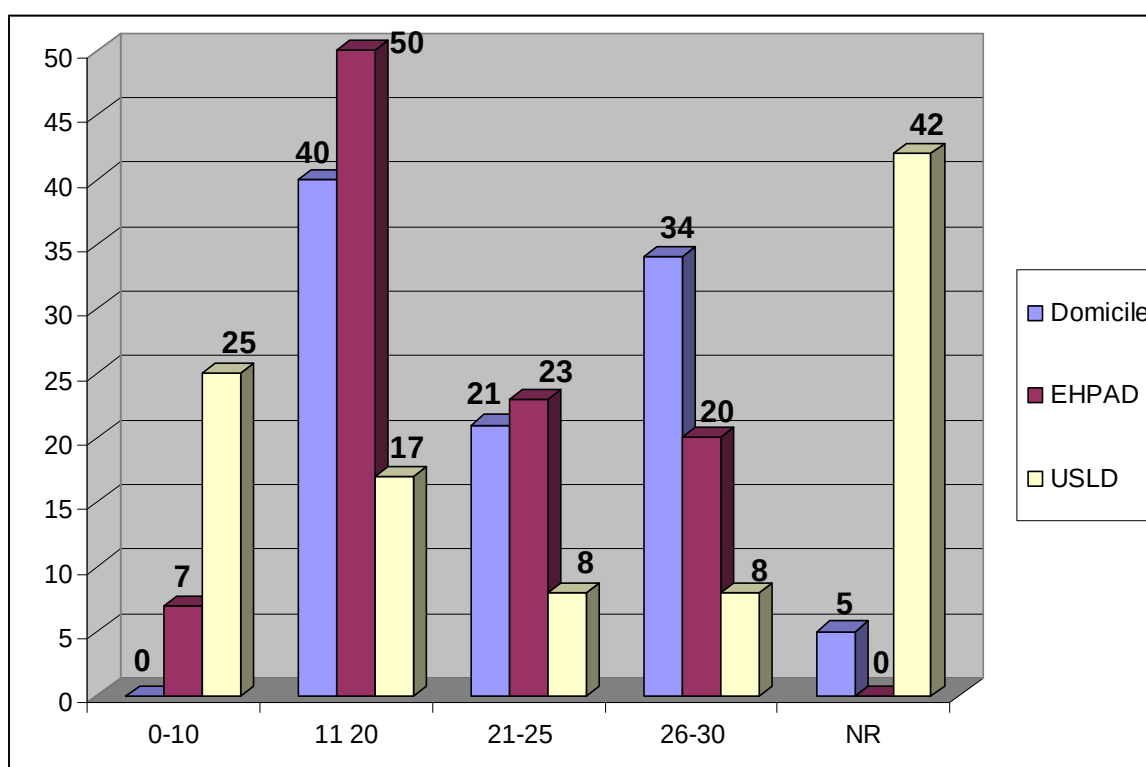


Figure 26 : MMS initial pour chaque mode de sortie

Concernant le MMS à l'entrée en SSR, **80 % des patients sortant en EHPAD présentent des troubles cognitifs contre 61% des patients sortant à domicile et 49% des patients orientés en USLD.**

Il existe une différence significative entre les MMS des patients sortant à domicile et ceux sortant en EHPAD. ($p < 0,001$).

Parmi les patients sortant à domicile en fin d'hospitalisation, 34% n'ont pas de troubles cognitifs (20% parmi les patients sortant en EHPAD et 8% pour les patients sortant en USLD).

Les patients sortant en EHPAD sont donc plus fragiles au niveau cérébral.

4.2.3.3 Etat cutané

L'examen cutané initial révèle la présence d'escarres dans 50% des cas des patients sortant en USLD ou ayant nécessité un transfert dans un autre service, dans 10 % des cas de patients sortant en EHPAD, et dans 14 % des cas de patients rentrant à domicile. ($p= 0,001$).

La présence de troubles cutané-trophiques et notamment d'escarres est un facteur de risque de transfert en USLD. Elle n'est pas prédictive dans l'orientation entre domicile et EHPAD.

4.2.3.4 Risque de chute

La recherche d'hypotension orthostatique est positive dans :

- 24% des cas pour les patients rentrant à domicile en fin d'hospitalisation
- 37% des cas pour les patients sortant en EHPAD.
- 17% des cas pour les patients sortant en USLD.
- 31% des cas pour les patients transférés ou décédés.

Ce critère n'est pas significatif.

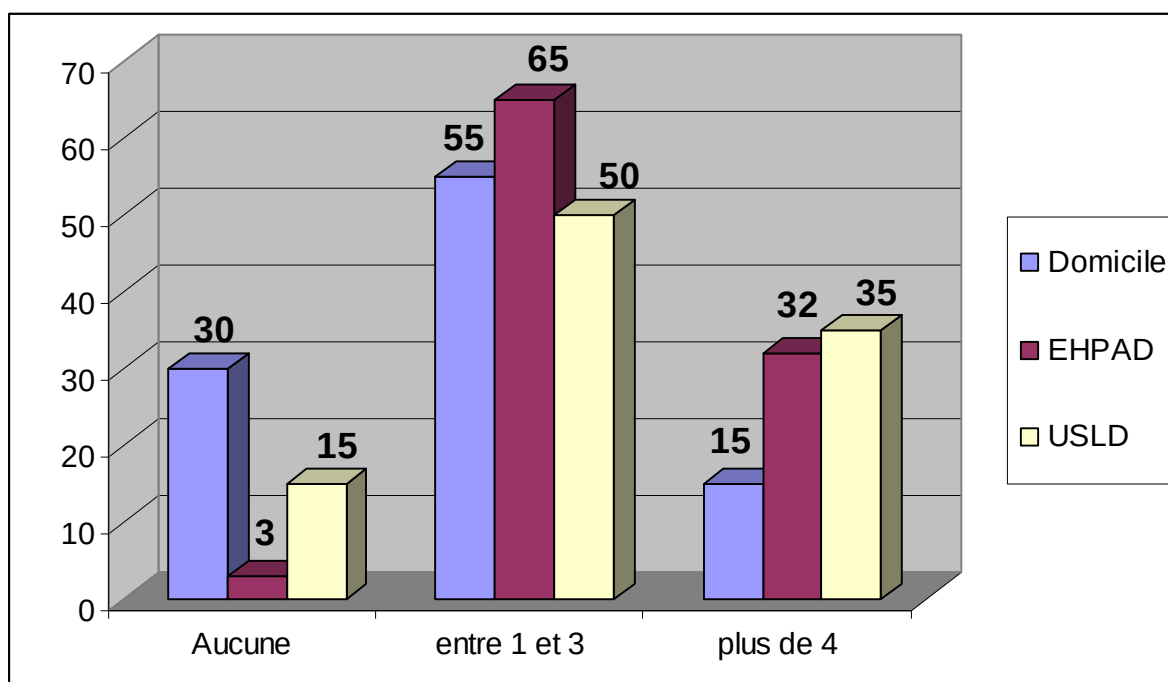


Figure 27 : Nombre de chutes dans les six derniers mois pour chaque mode de sortie

Concernant le nombre de chute dans les six derniers mois, pour les patients sortant à domicile :

- aucune chute pour 30% d'entre eux,
- entre une et trois chutes pour 55%
- plus de quatre chutes pour 15%.

Pour les patients sortant en EHPAD :

- aucune chute pour 3% d'entre eux
- **entre une et trois chutes pour 65%**
- plus de quatre chutes pour 32%

Pour les patients sortant en USLD :

- aucune chute pour 15% d'entre eux
- entre une et trois chutes pour 50%
- plus de quatre chutes pour 35%

L'absence de chute dans les six derniers mois est un facteur significativement associé à la possibilité de retour à domicile ; tandis que l'existence de plus de quatre chutes est un facteur pronostic orientant de façon plus importante vers une institutionnalisation

(EHPAD ou USLD). Il n'existe pas de différence significative pour l'orientation chez les patients ayant présenté entre une et trois chutes dans les six derniers mois.

Le déficit visuel concerne 85% des patients sortant à domicile, 90 % des patients sortant en EHPAD et 92% des patients sortant en USLD.

Le déficit auditif concerne 42% des patients sortant à domicile, 37% des patients sortant en EHPAD, et 50% des patients sortant en USLD.

La présence d'un déficit auditif ou visuel n'est pas significative pour le mode de sortie ($p=0,2$).

Les déficits auditifs et visuels ne sont pas des facteurs de pronostic pour l'orientation, il n'existe pas de différence significative chez les patients rentrant à domicile, ceux sortant en EHPAD ou en USLD.

4.2.3.5 Mobilité initiale

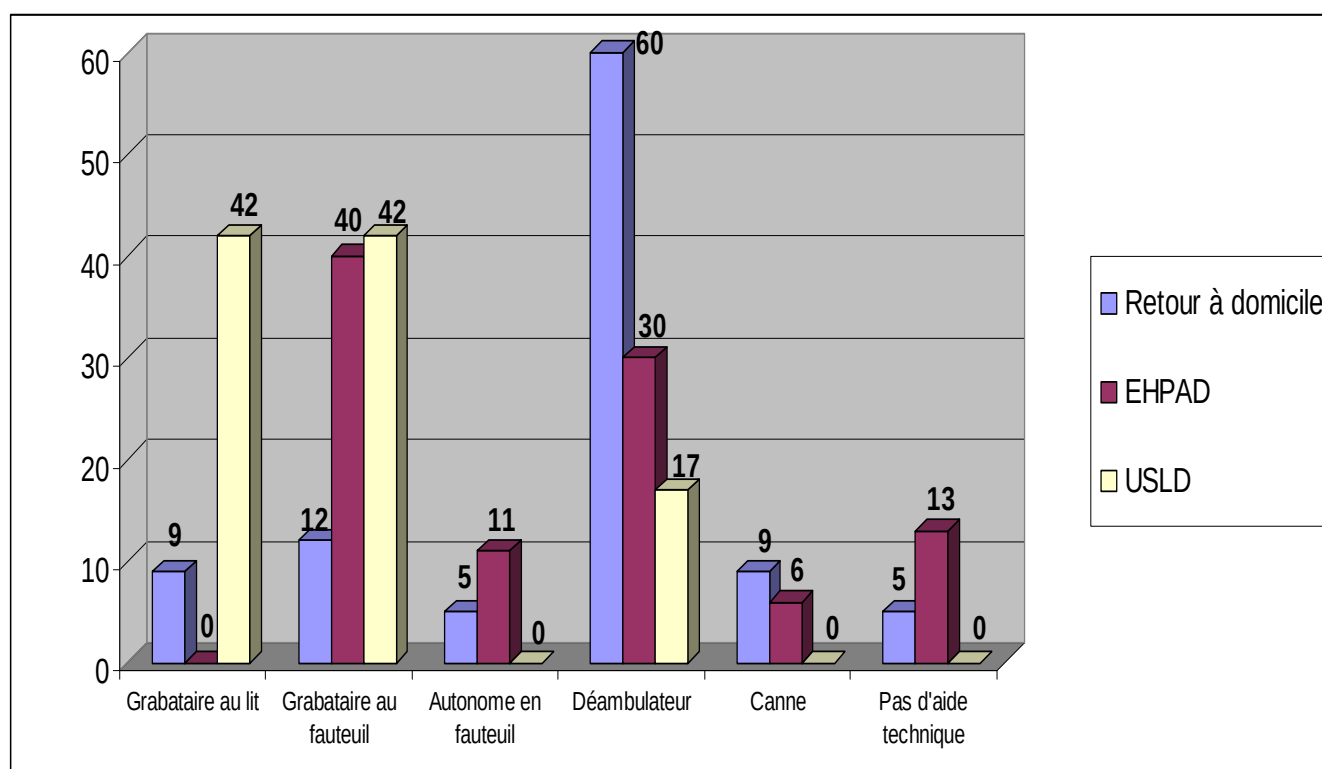


Figure 28 : Mobilité initiale pour chaque mode de sortie

Le mode de déplacement à l'entrée en SSR est un critère significatif pour la prévision du mode de sortie ($p<0,001$).

Le fait d'être grabataire au fauteuil en début d'hospitalisation en SSR est un facteur significativement associé à la possibilité d'une institutionnalisation.

Lorsque la marche est possible avec un déambulateur au début de l'hospitalisation, les chances de retour à domicile sont significativement plus importantes.

L'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'une canne à l'entrée en SSR ne présage pas de l'orientation future.

4.2.4 Evaluation intermédiaire

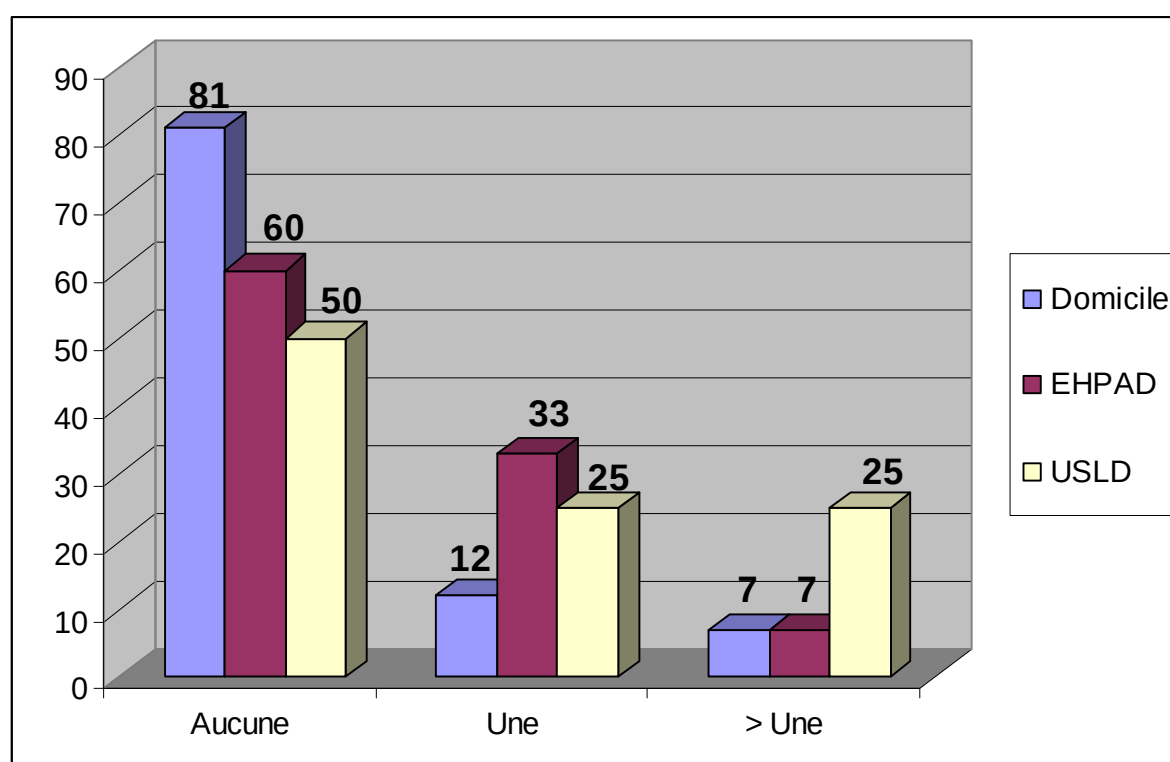


Figure 29 : Nombre de chutes en SSR pour chaque mode de sortie

Concernant le nombre de chutes pendant l'hospitalisation en SSR, pour les patients sortant à domicile :

- **81% d'entre eux n'ont présenté aucune chute pendant l'hospitalisation,**
- 12% en ont présenté une
- 7% en ont présenté plus d'une.

Pour les patients sortant en EHPAD :

- **60% n'en ont présenté aucune,**
- 33% en ont présenté une

- 7% plus d'une.

Pour les patients sortant en USLD :

- 50% n'en ont présenté aucune

- 25% en ont présenté une

- 25% en ont présenté plus d'une.

Cette variable est significative ($p = 0,05$).

Les patients sortant en EHPAD et en USLD ont un risque de chute supérieur à ceux rentrant à domicile, et donc une plus faible autonomie à la marche.

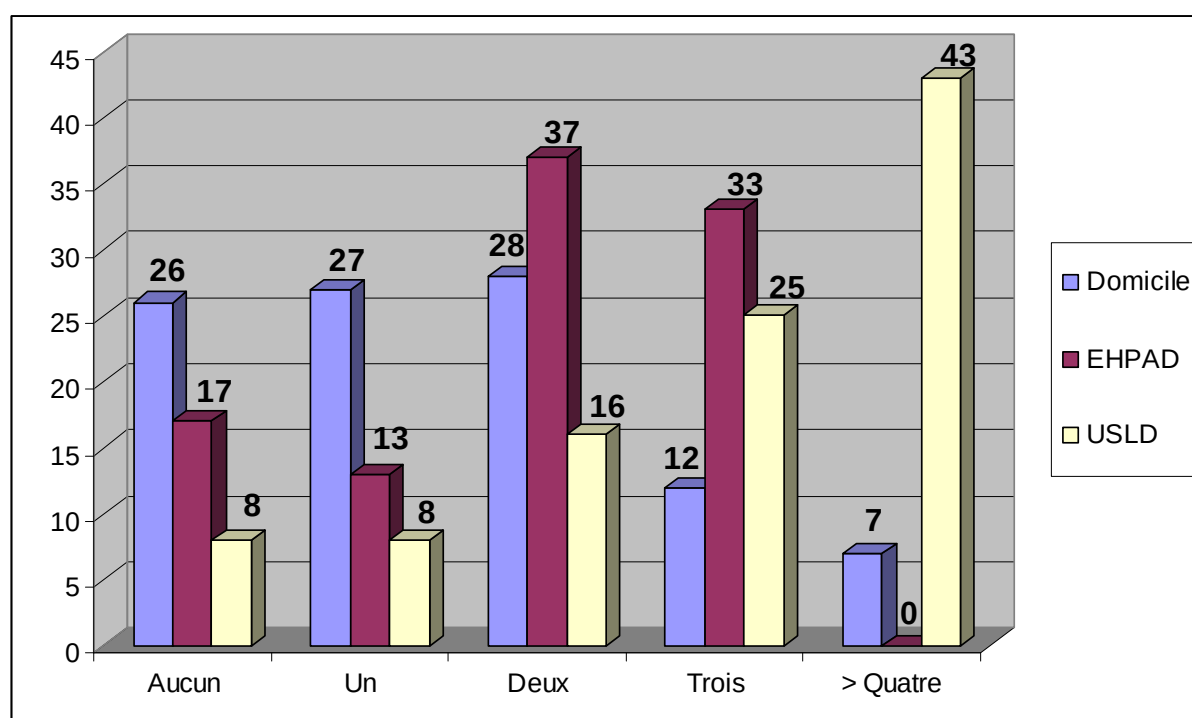


Figure 30 : Nombre d'événements intercurrents en SSR pour chaque mode de sortie

Concernant le nombre d'événements intercurrents pendant l'hospitalisation en SSR,

- il n'y a eu aucun événement pour 26% des patients sortant à domicile (pour 17% des patients sortant en EHPAD, et pour 8% des patients sortant en USLD)

- il y en a eu un pour 27% des patients sortant à domicile, pour 13% des patients sortant en EHPAD et 8% des patients sortant en USLD

- il y en a eu 2 pour 28% des patients sortant à domicile, pour 37% des patients sortant en EHPAD et pour 16% des patients sortants en USLD

- il y en a eu 3 pour 12% des patients sortant à domicile, pour 33% des patients sortant en EHPAD et pour 25% des patients sortant en USLD.

- il y en a plus de 4 pour 7% des patients sortant à domicile, pour 0% des patients sortant en EHPAD et pour **43% des patients sortant en USLD**.

Le nombre d'évènements intercurrents pendant l'hospitalisation est significativement plus important chez les patients sortant en EHPAD et en USLD. ($p < 0,002$).

La survenue d'évènements en cours d'hospitalisation influe fortement sur les risques d'institutionnalisation.

L'utilisation du jardin thérapeutique concerne 50% des patients sortant à domicile, 33% des patients sortant en EHPAD et 16% des patients sortant en USLD. Critère significatif, $p = 0,01$.

L'autonomie des patients rentrant à domicile leur permet plus facilement les déplacements dans le jardin.

Pour les trois modes de sortie, 97% des patients bénéficient d'une consultation diététique.

Un calendrier mictionnel est réalisé chez 69% des patients sortant à domicile, chez 73% des patients sortant en EHPAD et 67% des patients sortant en USLD, différence non significative ($p = 0,2$).

4.2.5 Evaluation finale

La notion de risque de **syndrome dépressif** à l'examen final, se retrouve chez 29% des patients dont le mode de sortie est le retour à domicile et dans **43% des cas chez les patients sortant en EHPAD**. (58% pour les patients sortant en USLD). La différence est significative, $p < 0,001$.

Les patients présentant un syndrome dépressif sont plus à risque d'institutionnalisation, ces résultats prouvent à nouveau la fragilité des patients institutionnalisés sur le plan psychologique.

4.2.5.1 Indice de Masse Corporelle

Il n'existe pas de différence significative entre les IMC finaux des patients selon leur mode de sortie ($p=0,8$).

4.2.5.2 Etat cognitif

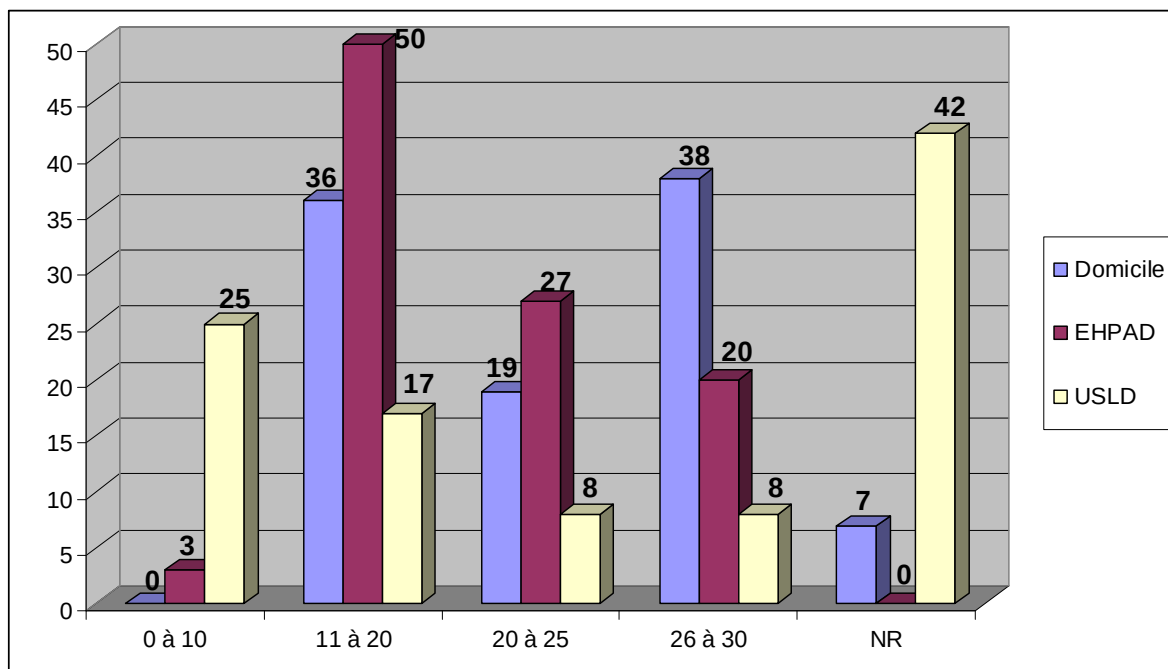


Figure 31 : MMS final pour chaque mode de sortie

80% des patients sortant en EHPAD présentent des troubles cognitifs à l'évaluation finale, contre 55% des patients sortant à domicile (et 49% des patients sortant en USLD, mais nous notons que pour ce mode de sortie le MMS final manque au dossier dans 42% des cas).

Les principales différences significatives ($p<0,0001$) existent pour les troubles cognitifs modérés, qui concernent 50% des patients sortant en EHPAD, 36% des patients sortant à domicile, et 17% des patients sortant en USLD.

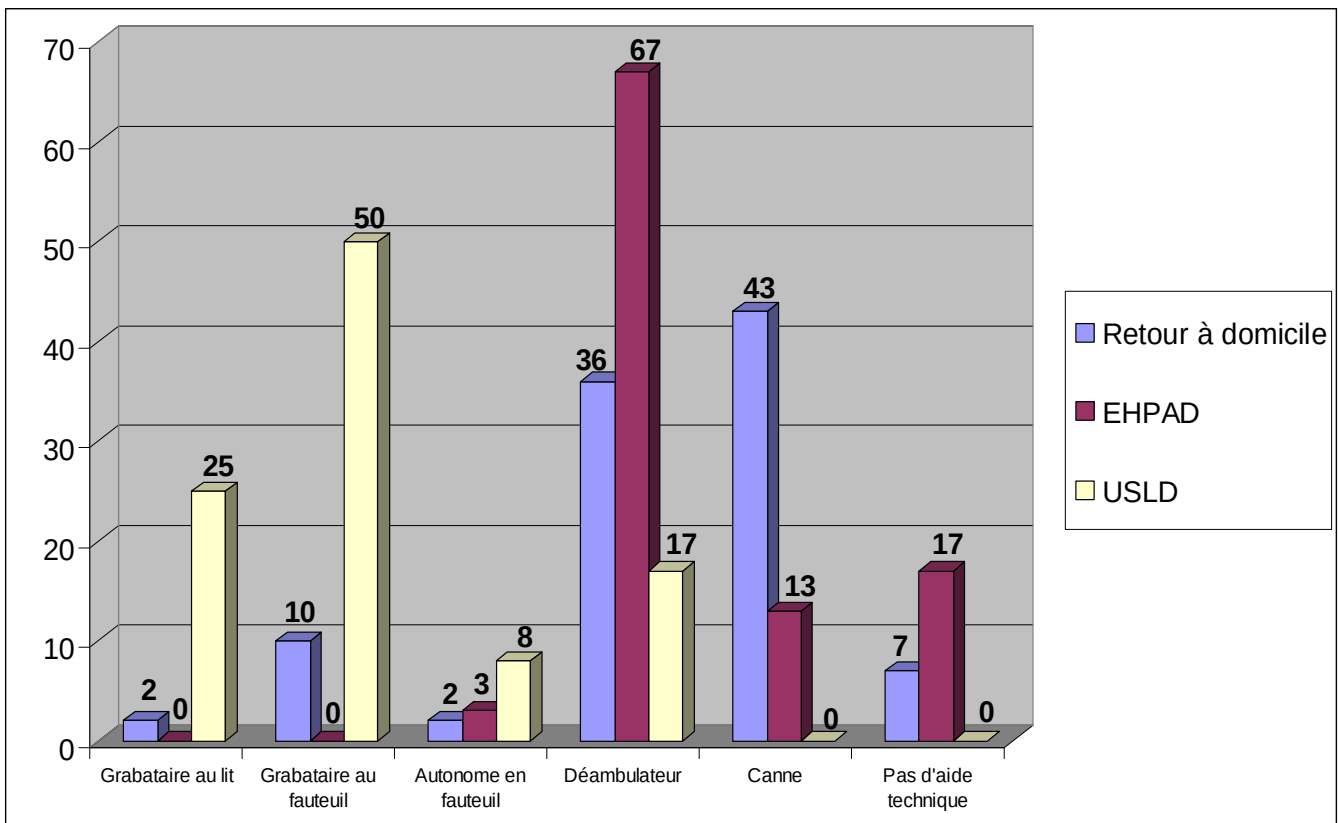
L'absence de troubles cognitifs concerne 20% des patients sortant en EHPAD, 38% des patients sortant à domicile et 8% des patients sortant en USLD.

La fragilité cognitive est un facteur prédictif important d'institutionnalisation en EHPAD.

4.2.5.3 Etat cutané

L'examen cutané final est sensiblement le même que l'examen initial pour chaque mode de sortie ; avec une tendance à la diminution du nombre de plaies même si elle n'est pas significative.

4.2.5.4 Mobilité de sortie



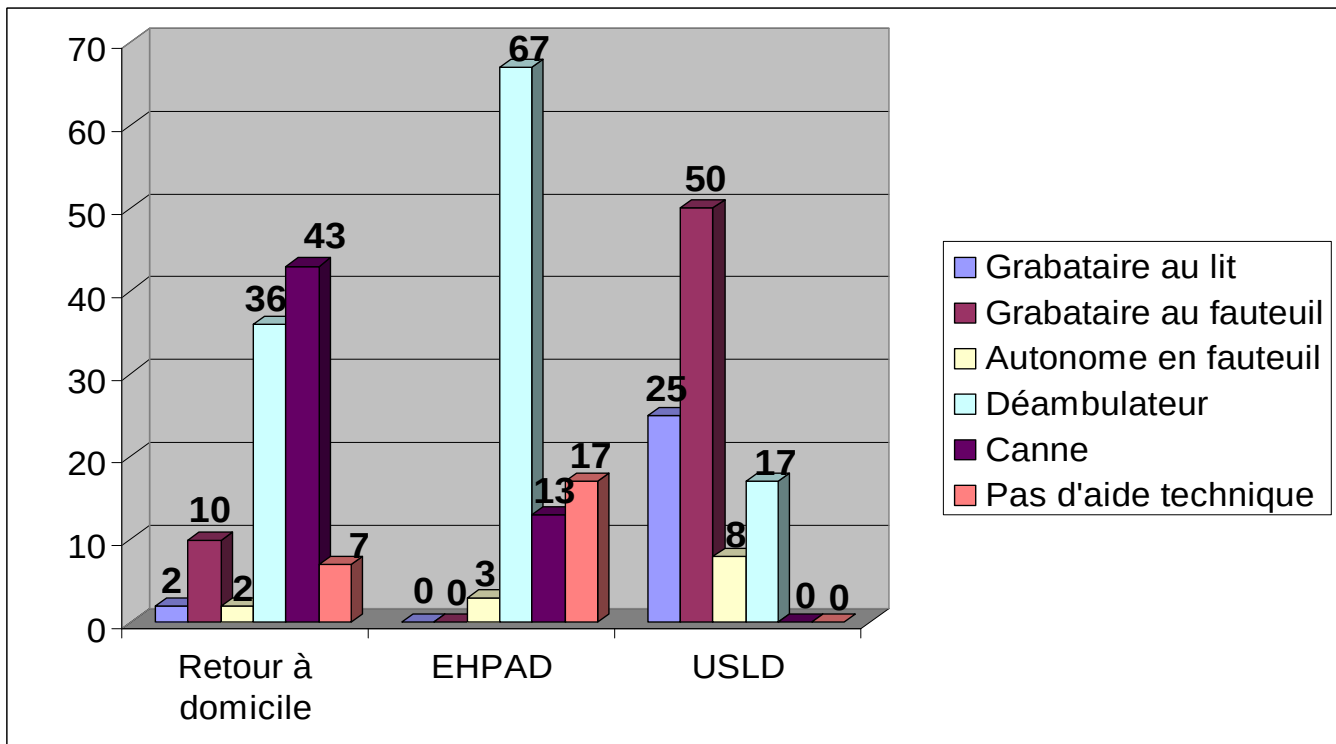


Figure 32: Mobilité à la sortie pour chaque mode de sortie

43% des patients rentrant à domicile marchent avec une canne (cane simple ou cane anglaise), 36% marchent en déambulateur et seulement 7% n'utilisent pas d'aide technique.

67 % (soit 2/3) des patients sortant en EHPAD marchent avec un déambulateur, seulement 13% marchent avec une canne.

75% des patients sortant en USLD sont grabataires (25% ne sont pas du tout verticalisés, et 50% sont confinés au fauteuil).

Les différences sont significatives, $p < 0,001$. Plus le trouble de la marche nécessite une aide technique plus les risques d'institutionnalisation sont grands et ce de manière significative.

Comme attendu les patients sortants en USLD sont plus dépendants que les patients sortants en EHPAD ; eux même sont moins autonomes que les patients rentrants à domicile.

4.3 Analyses des discordances

4.3.1 Discordance des propositions entre MCO-SSR

Dans 68% des cas le service de MCO et le SSR proposent la même orientation de sortie. Leurs avis discordent dans 32% des cas.

	MCO+SSR	Sortie effective en fin d'hospitalisation
RAD	68%	57%
EHPAD	25%	22%
USLD	6%	7%

Tableau 2 : Répartition des modes de sortie proposés lorsque les avis MCO et SSR concordent, et sorties ayant réellement eu lieu à la suite de ces propositions.

Parmi les propositions concordantes, 68 % concernent un retour à domicile, 25% une institutionnalisation en EHPAD et 6% une USLD. Il n'y a pas de différence significative entre les orientations proposées conjointement par MCO et SSR et les sorties effectives.

Donc, lorsque les avis du service de MCO et du SSR concordent, les sorties effectives sont bien celles proposées.

Dans 32% des cas les propositions de sortie formulées par le service de MCO et par le SSR divergent. Nous cherchons à mettre en évidence des critères significatifs associés à la discordance.

	MCO	SSR	Sortie réelle
RAD	78%	0%	9%
EHPAD	22%	66%	47%
USLD	0%	28%	22%

Tableau 3 : Répartition des modes de sorties lorsque les avis SSR et MCO divergent et sorties effectives ayant eu lieu.

Parmi les cas de discordance entre MCO et SSR, 78% concernent une proposition de retour à domicile par le service de MCO.

Dans 1 cas sur 2 de discordance entre proposition MCO et SSR, l'orientation finale est l'EHPAD : le service MCO propose moins d'orientations en EHPAD que de sortie à domicile.

4.3.1.1 Données épidémiologiques

Parmi les 32% de cas de discordance des avis entre MCO et SSR, 75% des cas concernent des femmes, critère non significatif du fait de leur proportion plus importante dans l'échantillon total.

L'âge joue un rôle significatif ($p=0,02$) dans la probabilité de discordance, **plus l'âge est important plus la probabilité de discordance est grande** : il est de 86 ans en moyenne parmi les cas de discordance, et de 83 ans quand les avis concordent.

Les critères de domicile et de situation familiale n'exposent pas significativement à un risque de discordance.

Parmi les critères de fragilité, l'existence de troubles visuels et d'instabilité à la marche sont significativement associés à une discordance d'avis entre MCO et SSR ($p<0,05$).

La présence d'aides à domicile est associée à une discordance seulement pour la présence d'une télé-assistance : elle existe dans 31% des cas de discordance contre 7% des concordants ($p = 0,006$).

4.3.1.2 Hospitalisation

Le motif d'hospitalisation ne constitue pas une source significative de discordance. Il en est de même pour la survenue ou non d'une chute : 65% des cas de discordance concernent une chute pour 71% des cas de concordance, différence non significative.

Les durées d'hospitalisation dans les différents services ne constituent pas une source de discordance significative.

	Avis MCO/SSR concordants	Avis MCO/SSR discordants
Durée d'hospitalisation totale	79.6 jours	88 jours
Durée d'hospitalisation MCO	20.8 jours	22.4 jours
Durée d'hospitalisation SSR	54.9 jours	62.8 jours

Tableau 4 : Durées d'hospitalisation pour les concordances ou les discordances de proposition de sortie par le MCO et le SSR.

Les durées d'hospitalisation dans les différents services n'influent pas sur la proposition de sortie par le MCO ou par le SSR.

4.3.1.3 Evaluation initiale

Les différents points clés de l'évaluation initiale significativement associés à une discordance sont :

- la présence d'une **confusion à l'entrée** (62% des cas de discordance, $p=0,02$), qui rend donc l'évaluation gériatrique moins précise
- l'existence de **troubles de l'humeur** (dans 59% des cas de discordance, $p < 0,05$). La présence d'un syndrome dépressif est un critère discriminant dans l'élaboration du projet de vie et un point de l'évaluation gériatrique qui nécessite d'être affiné.
- la **mobilité initiale** :

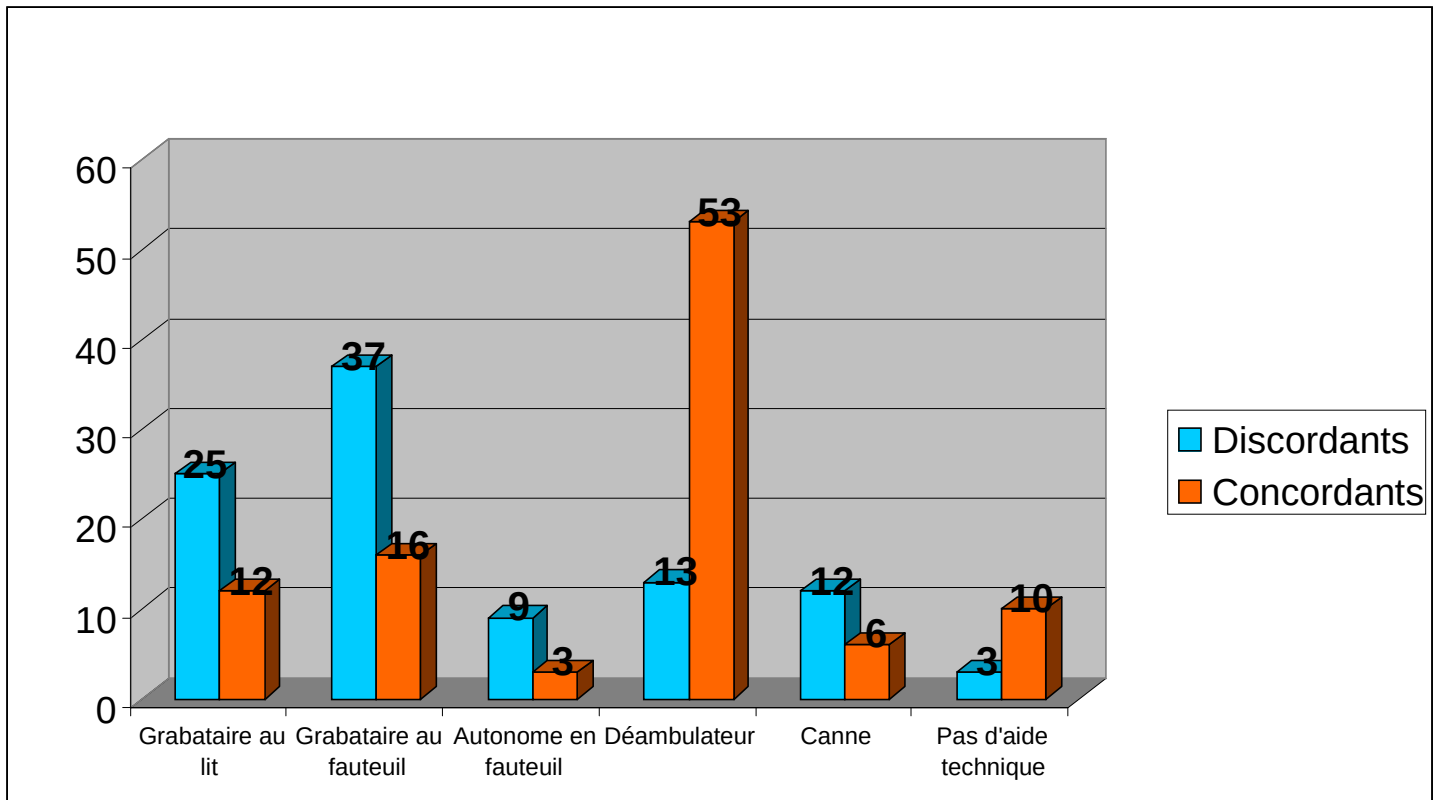


Figure 33 : Discordance MCO/SSR selon la mobilité initiale

Une faible mobilité (grabataire au lit ou au fauteuil) (Figure 33) est significativement associé à un risque de discordance ($p=0,0013$). Pour les patients les plus fortement dépendants sur le plan de la marche, la rééducation nécessaire est plus importante et ses résultats moins prévisibles, et donc le projet de vie plus difficile à élaborer de façon précoce.

- **l'autonomie à la toilette** : dans 69% des cas de discordance l'autonomie initiale à la toilette en SSR est classée en C. ($p=0,014$).

- **l'autonomie à l'habillage** : dans 72% des cas de discordance, l'autonomie initiale à l'habillage en SSR est classée en C. ($p=0,013$).

L'IMC, la présence de troubles cognitifs, la douleur, l'hypotension orthostatique, les troubles trophiques, le nombre de chute dans les six derniers mois, la continence et l'autonomie alimentaire ne sont pas des critères significativement associés à une discordance d'avis entre MCO et SSR. Ce sont donc de bons critères d'EGS car ils permettent **l'homogénéisation de la prise en charge du patient** et une **validation objective du projet de vie** par l'ensemble des professionnels et de façon précoce.

4.3.1.4 Evolution dans le service de SSR

Aucun des critères en rapport avec le séjour en SSR n'est associé à une discordance significative entre MCO et SSR (nombre de chute pendant l'hospitalisation, utilisation du jardin thérapeutique, réalisation d'un calendrier mictionnel, consultation diététique, nombre d'évènements intercurrents et nombre d'actes de rééducation) ; résultat attendu puisque les propositions de sorties sont dans les deux cas faites en amont de la rééducation proprement dite.

Il en est de même pour tous les critères de l'évaluation finale.

4.3.2 Discordance SSR et sortie réelle

Il existe 67% de concordance entre les avis proposés en SSR et les sorties réelles et 33% de discordance. Ce sont les critères significativement associés à cette discordance que nous étudions ici.

N= 33	Proposition SSR	Sortie réelle
Retour à Domicile	30%	18%
EHPAD	50%	24%
USLD	20%	18%
Autres	0	40%

Tableau 5 : Discordance entre propositions de sorties formulées par le SSR et sorties réelles

Dans les cas de discordance entre proposition du SSR et sortie réelle, le SSR a proposé

- dans 30 % des cas un RAD
- dans 50 % des cas un EHPAD
- dans 20% des cas une USLD

Alors que les sorties réelles furent : 18% de retour à domicile, 24% d'institutionnalisation en EHPAD, 18% d'orientation en USLD et 40% des transferts ou de décès.

Les 16% de patients transférés dans un autre service ou décédés font toujours partie des discordants puisque victimes d'évènements intercurrents non prévisibles. Donc si l'on exclut ces 16% de patients, les discordances entre propositions du SSR et sortie réelle concernent 17% des dossiers seulement.

4.3.2.1 Données épidémiologiques

Les discordants sont répartis de façon égale entre hommes et femmes (51,5% et 48,5%), alors que les concordants concernent 76% de femmes.

L'élaboration du projet de vie est apparemment plus difficile lorsque le patient est un homme. Notre étude ne permet pas d'expliquer ce résultat ; les hypothèses sont que la population masculine est plus fragile, plus sujette aux décompensations en cours d'hospitalisation, ou que la rééducation est elle plus difficile.

L'âge moyen lors de l'hospitalisation ne constitue pas un facteur significativement associé à la discordance dans ce cas. Il en est de même pour la situation familiale, le domicile antérieur du patient ou la présence d'aides à domicile.

La dépression concerne 61% des patients parmi les dossiers discordants et seulement 29,9% parmi les concordants.

Parmi les critères de fragilité, l'existence d'un trouble de l'humeur est significativement associée à une discordance : **la sortie de SSR est d'autant moins prévisible qu'il existe un syndrome dépressif chez le patient.**

4.3.2.2 Hospitalisation

Le motif d'hospitalisation ne constitue pas une source de discordance significative, la notion de chute associée au motif d'hospitalisation n'est pas significativement associée à une discordance non plus.

Les durées d'hospitalisation dans les différents services ne constituent pas non plus une source de discordance.

4.3.2.3 Evaluation initiale

Les différents points clés de l'évaluation initiale associés à une discordance significative sont :

- la présence de troubles trophiques à l'entrée, significativement associé à une différence entre proposition du SSR et la réalité (42% des cas, soit $p=0,001$). **L'examen cutané initial est un critère influençant la sortie et doit être mieux pris en compte dans l'élaboration du projet de vie.**

- l'existence de troubles de l'humeur (présents dans 55% des cas de discordance, $p < 0,05$)
L'évaluation des syndromes dépressifs fait partie des critères à affiner lors de l'évaluation gériatrique initiale en SSR.

- l'autonomie à l'habillage est un critère significatif : elle est cotée C dans 70% des cas de discordance

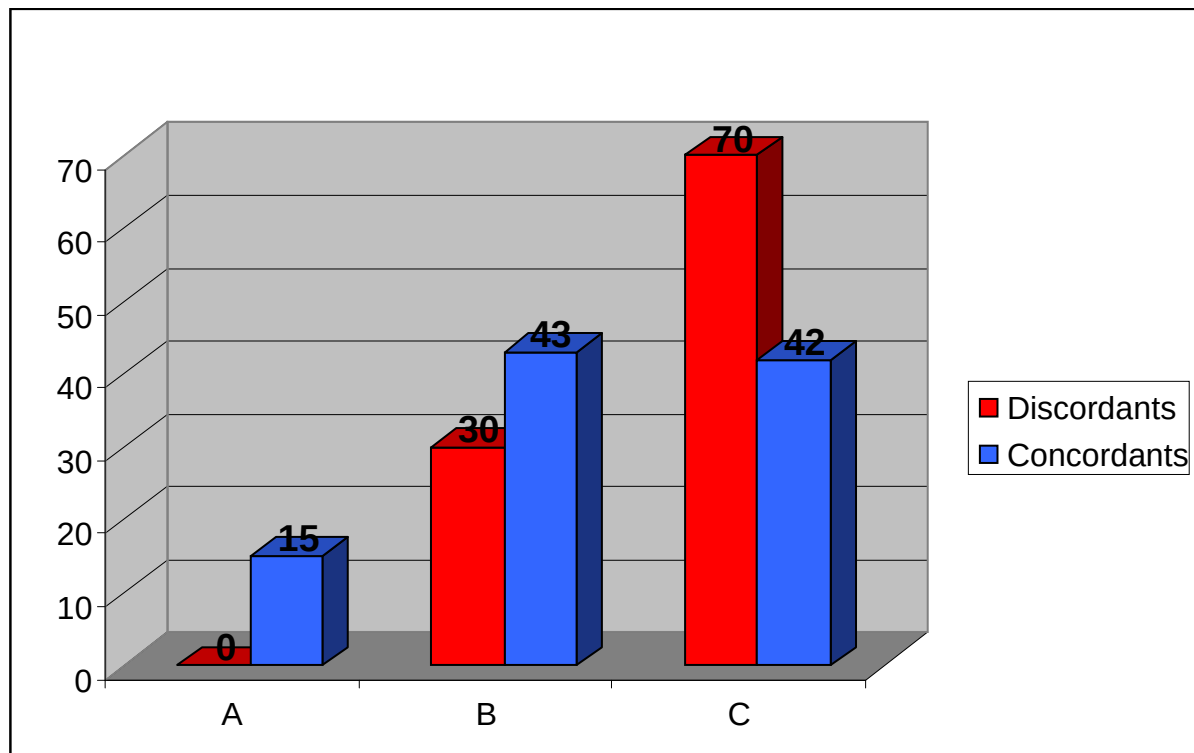


Figure 34 : Discordance SSR/sortie réelle selon l'autonomie à l'habillage

Plus l'autonomie à l'habillage est faible, plus il est difficile de prévoir la sortie réelle. ($p=0,009$)

Il en est de même pour l'autonomie à la toilette ($p=0,005$), l'autonomie à l'alimentation, la continence, l'évaluation de la cognition et de la vie de relation.

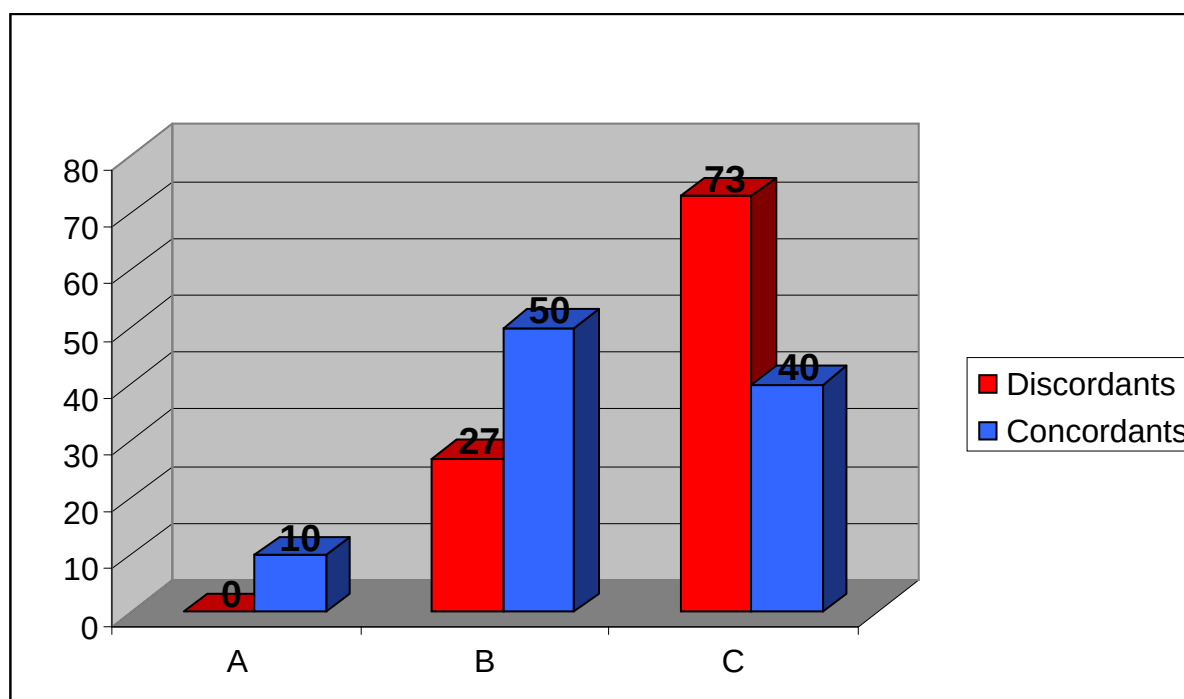


Figure 35 : Discordance SSR/sortie réelle selon l'autonomie à la toilette

Lors de l'évaluation initiale et concernant l'habillement, la toilette, la continence, l'alimentation et les fonctions supérieures, plus le patient est dépendant, plus les probabilités de prévoir le mode de sortie définitif sont faibles.

L'IMC, la présence d'une confusion, le MMS, le test d'hypotension orthostatique, la douleur, le nombre de chutes dans les six derniers mois et la mobilité initiale ne constituent pas des facteurs significativement associés à cette discordance.

Ils constituent donc des critères objectifs d'EGS dans l'élaboration du projet de vie par le SSR.

4.3.2.4 Evolution dans le service de SSR

Le nombre de chutes en cours d'hospitalisation, le nombre d'évènements intercurrents, le nombre d'actes de rééducation ne sont pas significativement associés à une discordance.

Seule l'utilisation du jardin thérapeutique concerne 21% des cas de discordance contre 43% des cas de concordance.

L'utilisation du jardin permettrait de mieux réaliser le projet de vie proposé par le SSR à l'entrée de l'hospitalisation.

Il existe pour tous les éléments de l'évaluation finale une différence significative entre concordants et discordants ; la proposition de sortie formulée par le SSR se faisant dans les sept premiers jours d'hospitalisation, ces critères ne peuvent influencer cette proposition.

4.3.3 Discordance MCO et sortie réelle

Les propositions de sorties formulées par le service MCO de Gériatrie et les sorties réelles concordent dans 50% des cas.

Il existe donc une chance sur deux que la proposition de MCO se réalise du fait du hasard. Y-a-t-il néanmoins des critères significativement associés à la concordance ou à la discordance ?

N = 50	Proposition MCO	Sortie réelle
Retour à Domicile	64%	6%
EHPAD	30%	42%
USLD	6%	22%
Autres	0	30%

Tableau 6 : Discordance entre propositions de sortie formulées par le service de MCO et les sorties réelles

Dans la moitié des dossiers de notre étude, il existe une discordance entre proposition formulée par le service de MCO et sortie réelle. Le service de MCO a proposé :

- le retour à domicile dans 64% des cas
- l'institutionnalisation en EHPAD dans 30%
- l'orientation en USLD dans 6%

Alors que les sorties réelles sont le retour à domicile dans 6% des cas, l'EHPAD dans 42% des cas, l'USLD dans 22% et un transfert ou un décès dans 30%.

Ainsi sur l'ensemble de l'échantillon : 93% des retours à domicile effectifs sont justement proposés par le MCO (39 propositions de RAD par le MCO sur les 42 RAD effectifs). Mais 32 retours à domicile sont proposés par le MCO mais non réalisés.

Le service de MCO propose donc moins souvent l'institutionnalisation que le RAD.

Les 16% de patients ayant du être transférés dans un autre service ou les patients décédés font bien sûr toujours partie des discordants ; donc si nous les excluons, les propositions de sortie par le service MCO et les sorties réelles discordent dans 34% des cas.

4.3.3.1 Données épidémiologiques

Le sexe des patients n'est pas un critère significativement associé à la concordance ni à la discordance des avis.

Parmi les discordants, l'âge moyen est de 85,4 ans ; il est de 82,7 parmi les concordants. (l'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 84.4 ans). **Plus le patient est âgé plus la probabilité d'erreur d'évaluation du mode de sortie par le service MCO est élevée** ($p=0,02$).

Le domicile d'origine du patient, sa situation familiale, la présence d'aides à domicile n'apparaissent pas comme des critères significatifs dans la concordance ou la discordance des propositions de sortie du MCO et les sorties réelles.

Parmi les critères de fragilité :

- la présence d'une **incontinence urinaire** est associée significativement à une discordance dans 66% des cas, $p<0,01$ (et dans 40% des cas de concordance).
- la présence d'une **incontinence fécale** est associée à une discordance dans 44% des cas ($p=0,01$, significatif) et à une concordance dans 20% des cas.
- la notion de **négligence** se retrouve dans 56% des dossiers avec discordance (32% des dossiers concordants)
- l'existence de troubles cognitifs sévères ($MMS<10$) se retrouve dans 32 des dossiers où il existe une discordance (pour 12% des dossiers concordants). Alors que l'absence de troubles cognitifs ($MMS>26$) n'est pas un critère significatif de discordance

L'existence de troubles cognitifs chez les patients est un facteur responsable de discordance. Plus ces troubles sont sévères plus le risque d'erreur dans l'évaluation de la sortie est élevé.

- l'existence d'un syndrome dépressif est associée à une discordance dans 54% des cas (26% des cas parmi les concordances), $p=0,004$, significatif.

La dépression du patient est un critère significatif de discordance entre proposition MCO et sortie réelle.

- les **troubles alimentaires** sont également significativement associés à une discordance (70% des cas contre 45% des cas de concordance).

4.3.3.2 Hospitalisation

Le motif d'hospitalisation ou la survenue d'une chute associée ne constitue pas une source significative de discordance.

Les durées d'hospitalisation dans les différents services ne constituent pas non plus une source de discordance.

4.3.3.3 Evaluation initiale

Les critères de l'évaluation initiale associés de façon significative à une discordance entre proposition de sortie par le service de MCO et la sortie réelle sont nombreux :

- la présence d'une **confusion** concerne 56% des cas de discordance (36% des dossiers concordants). $P=0,04$

- le MMS initial est lui aussi source de discordance, en particulier pour les scores extrêmes : **la présence de troubles cognitifs sévères ($MMS < 10$) est un risque important de discordance.**

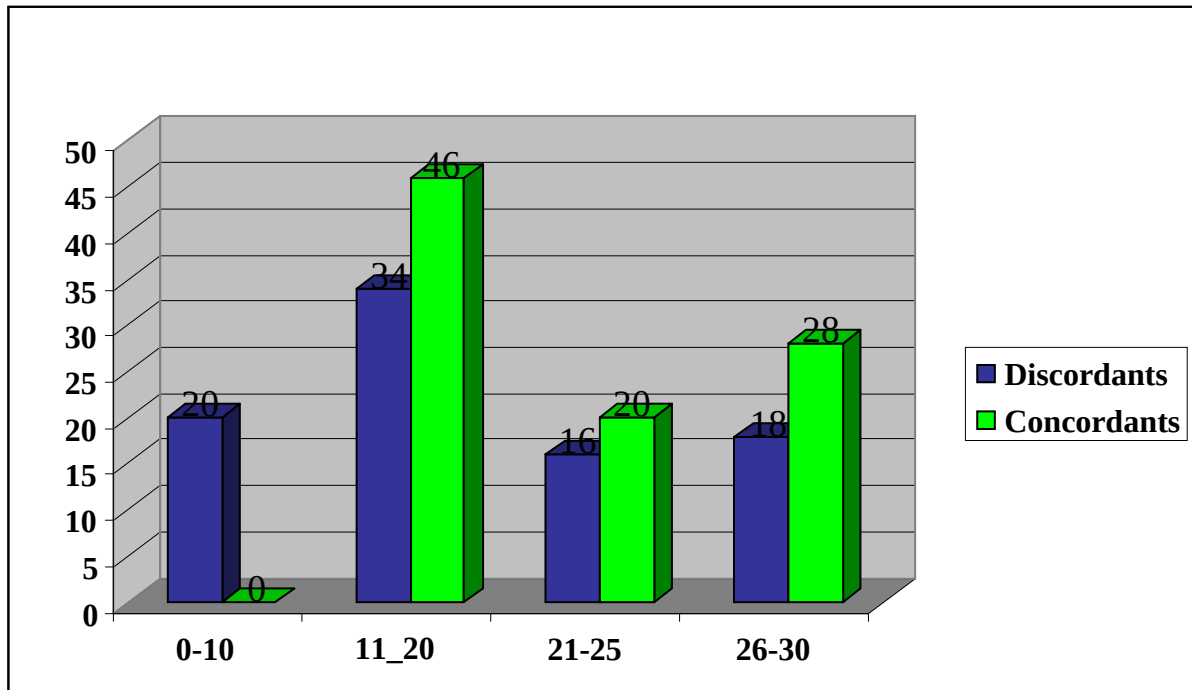


Figure 36 : Discordance MCO/sortie réelle selon le MMS initial

- Un syndrome dépressif est retrouvé dans 56% des cas de discordance (32% parmi les dossiers concordants), $p = 0,02$.

L'existence d'un syndrome dépressif est source significative de discordance.

- La présence d'escarres est retrouvée dans 34% des dossiers avec discordance (12% des dossiers concordants), $p = 0,009$.

La présence de troubles trophiques à type d'escarres est significativement associée à une discordance.

- L'évaluation de la mobilité initiale est significativement différente entre concordants et discordants ($p=0,0009$) :

Plus la dépendance pour les déplacements est importante plus le risque de discordance augmente.

Lorsque la marche est possible avec un déambulateur, le risque de discordance est faible. Il s'agit donc ici d'un bon facteur prédictif de l'EGS pour le travail sur le projet de vie.

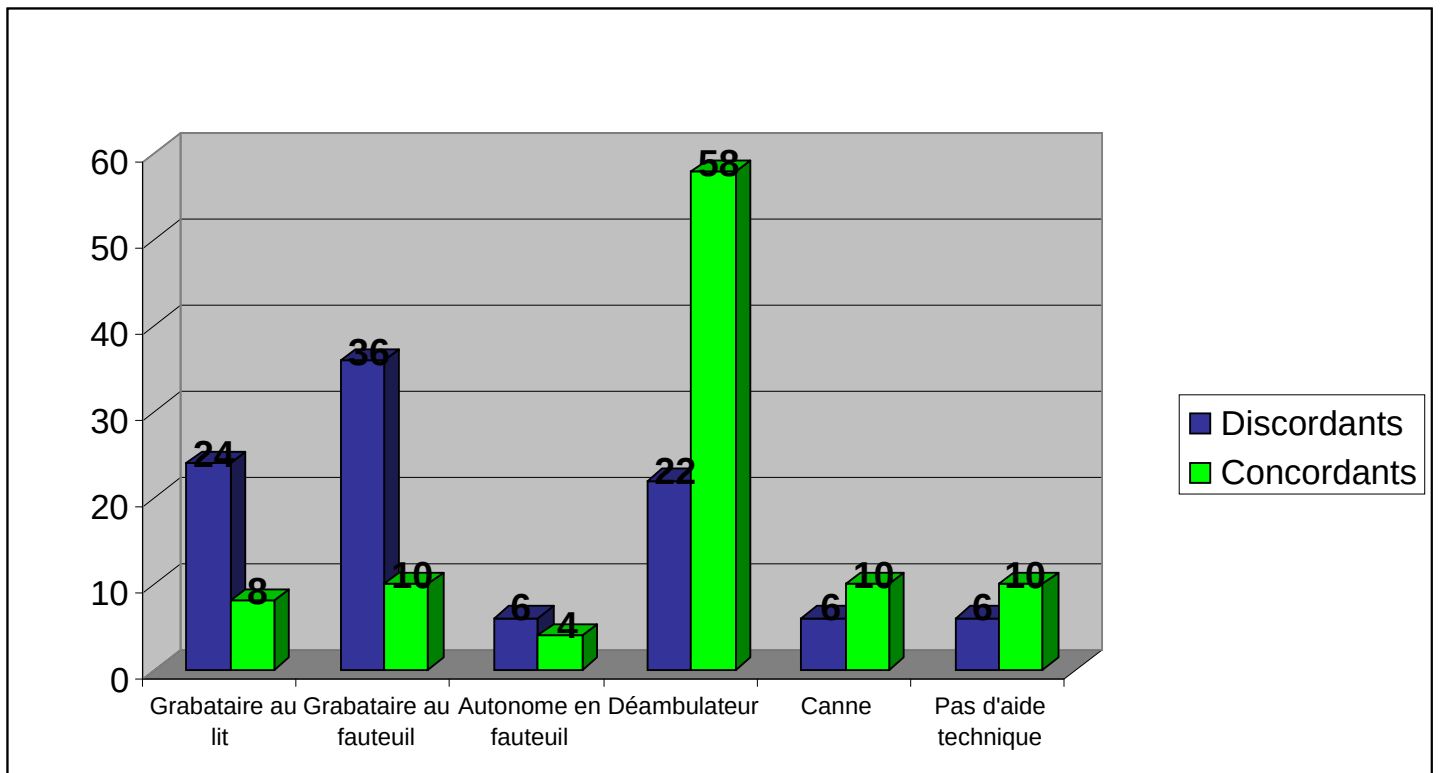


Figure 37 : Discordance MCO/sortie réelle selon la mobilité initiale

Il en est de même pour l'autonomie à la toilette, à l'habillage, et pour la continence. **Plus le patient est dépendant, plus les probabilités de prévoir le mode de sortie définitif sont faibles. Et à l'inverse, l'autonomie permet à ce que le projet de vie soit mieux anticipé.**

4.3.3.4 Evolution dans le service de SSR

Aucun critère de l'évaluation intermédiaire n'est significativement associé à une discordance. Ce résultat n'est pas surprenant puisque les propositions de sortie faites par le service de MCO sont bien sûr faite en amont de la rééducation en SSR.

5. Analyse des Résultats : caractéristiques de la population

68% des patients de notre étude sont des femmes. Selon l'estimation de la population en décembre 2013 par l'INSEE, 62.3% des plus de 75 ans sont des femmes [46]. En Lorraine, elles représentent 63% des plus de 75 ans. Selon les chiffres du service du DIM, en 2013, 65% des patients hospitalisés au SSR Spillmann sont des femmes. Toutes ces données sont en accord avec celles de notre étude concernant le sexe des patients.

L'âge moyen est de 84,1 ans au moment de l'hospitalisation. En 2007, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 83 ans et 10 mois [47] ; dans notre étude l'âge moyen d'institutionnalisation en EHPAD est de 85,2 ans.

En ce qui concerne les facteurs de fragilité repérés par notre questionnaire :

La notion de chutes à répétition concerne 83 % des patients. Dans la population générale, 1/3 des plus de 65 ans fait au moins une chute dans l'année et la moitié des plus de 80 ans [48]. Les chutes répétées concerneraient 10 à 25% des plus de 65 ans, dont 1/3 entraîne une hospitalisation [49]. Les patients de notre étude présentent un risque de chute supérieur à celui de la population générale pour les mêmes tranches d'âge.

Il existe une déficience visuelle chez 89 % des patients de l'étude. Les chiffres du plan handicap visuel du ministère de la santé [50] révèlent que 20% des plus de 80 ans auraient une déficience visuelle grave entraînant une incapacité et un handicap. En EHPAD les chiffres atteindraient 33% [51].

Il existe une déficience auditive dans 38 % des cas. Selon l'OMS, dans le monde, 1/3 des plus de 65 ans souffriraient de perte d'audition entraînant une incapacité [52]. L'étude de la DREES sur le handicap auditif en France, estime à 22% des plus de 60 ans touchés par la déficience auditive et 43% des plus de 75 ans. La prévalence des déficients serait deux fois plus élevée en institution qu'à domicile [53]. La société canadienne de l'ouïe estime que 84 % des résidents de foyers pour personnes âgées souffrent de déficience auditive.

Il existe une incontinence urinaire dans 53% des cas et une incontinence fécale dans 32 %. Dans la population générale, on estime que 1 femme sur 3 chez les plus de 75 ans est touchée par les troubles sphinctériens urinaires. Cela concerne environ 25% des plus de 80 ans. Ces chiffres augmentent chez les patients hospitalisés (30 à 40%) et chez les patients en EHPAD (43 à 72%). [54]

Concernant l'incontinence fécale, elle concernerait 13% des plus de 65 ans et 30 à 50% des patients en EHPAD et en USLD [55]. Dans les deux cas, les chiffres de notre population sont supérieurs, démontrant le degré de fragilité de nos patients.

La notion de négligence corporelle se retrouve dans 44% des cas.

77% des patients présentent des troubles cognitifs. Ils sont sévères dans 22% des cas.

La prévalence des pathologies neurocognitives dans la population des plus de 75 ans est de 18%. [56, 57] Elle augmenterait rapidement avec l'âge et on estime que seule la moitié des patients atteints d'une Maladie d'Alzheimer ou d'une Maladie Apparentée (MAMA) est repérée par le système de santé [58]. 40 % des patients de notre étude présentent des symptômes dépressifs. L'étude PAQUID décrit une prévalence de la dépression de 16% chez les plus de 65 ans parmi la population générale [56]. Elle serait de 22% selon HAMMANI [33]. La dépression toucherait 15 à 40 % des patients hospitalisés et 40 à 51% des patients en institution. [59]-

La douleur chronique concerne 1 patient sur 2 de notre étude. Dans la population générale la prévalence d'une douleur dite chronique serait de 25 à 50% chez les patients de plus de 65 ans vivant à domicile, et de 50 à 93% parmi les patients en institution [60].

La présence d'une confusion mentale aiguë est retrouvée chez presque un patient sur deux (46% des cas).

Il en est de même pour la notion de syndrome dépressif (44% des patients). Ces résultats mettent en avant la présence d'une fragilité cérébrale dans notre population.

Les troubles alimentaires (dénutrition) sont présents chez 58 % des patients, et les carences chez 46 %. Dans la littérature, la dénutrition protéino-énergétique concerne 60% des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés [61]. Pour l'HAS, la proportion de patients hospitalisés dénutris varie de 30 à 70% [34].

Concernant l'Indice de Masse Corporelle (IMC) : 43 % des patients ont un IMC normal (entre 20 et 25), 25% sont en surpoids (IMC entre 25 et 30), 12% sont obèses (IMC > 30) dont 1 obésité morbide, et 20% des patients ont un IMC < 20. L'enquête Handicap-Santé note une obésité chez 14,6% des plus de 65 ans vivant à domicile et un IMC < 20 chez 15%. Elle souligne un risque de perte de mobilité significativement plus élevé chez les patients obèses en comparaison avec ceux dont l'IMC est normal [62]. Ces chiffres sont sensiblement identiques à ceux de notre étude, malgré une légère surreprésentation des patients en état de maigreur par rapport aux patients obèses, soulignant l'importance des risques de dénutrition chez les patients hospitalisés. L'amélioration des IMC au cours de l'hospitalisation tend à montrer que la rééducation nutritionnelle fait partie intégrante de la prise en charge des SSR et

que les résultats doivent impérativement s'observer dans la longueur, avec le soucis d'une surveillance nutritionnelle rapprochée toute les semaines en cas de dénutrition.

100 % des patients présentent une poly-pathologie, 95 % présentent une poly-médication. Selon les données de l'HAS, 56% des patients en institution prendraient quotidiennement plus de 4 médicaments différents. La moyenne serait de 5,6 médicaments en moyenne. Dans la population générale des plus de 75 ans, la moyenne se situerait entre 4 et 4,6 médicaments par jour [63]. Ce qui représente une poly-médication très importante, probablement similaire aux données retrouvées dans notre étude. A noter que des effets indésirables médicamenteux surviendraient chez 14,5 à 35% des personnes âgées de plus de 75 ans en Europe [64].

Sur le plan socio-familial, sur l'ensemble de notre population, 46% des patients vivent dans une maison, 40% en appartement. La présence d'escaliers au domicile concerne 46% des patients. 9% des patients vivent en institution. En France, 6 % des personnes de 80 à 84 ans vivent en EHPAD. Pour cette tranche d'âge, il y a un peu plus de deux femmes pour un homme [65].

Concernant la situation familiale des patients, 59% sont veuf(ve)s, 24% sont marié(e)s, 9% sont célibataires et 8% sont divorcés. 76% des patients vivent seuls, soit 3 patients sur 4 dans notre étude. Selon le recensement en France en 2007, 40% des plus de 75 ans vivent seuls et 46% vivent en couple après 75 ans [66], notre population souffre donc d'un isolement plus important en comparaison avec la population générale. Dans notre étude on note que 76% des patients sont seuls, mais seulement 48 % bénéficient d'au moins une aide qui le plus fréquemment est une IDE qui ne reste que quelques minutes chez eux.

Dans notre étude, les motifs d'hospitalisation sont multiples. La notion de chute comme critère principal ou associé est retrouvée dans 69% des cas. Ce pourcentage est similaire dans les services d'urgences pour les populations âgées de plus de 75 ans. Le service de court séjour de gériatrie et le service de SSR du CHRU s'insèrent dans les structures de soins non programmés des patients âgés. L'institut National de Veille Sanitaire (INVS) confirme que la chute est l'une des décompensations médicales principales chez la personne âgée. L'incidence annuelle des chutes dans la population française montre que 24 % des 65-75 ans chutent dans l'année (27% de femmes contre 20% hommes), 4.5% ont recours aux services des urgences soit 430 à 470000 personnes par an, dont 37% justifient une hospitalisation [67].

La recherche d'hypotension orthostatique est positive dans 47% des cas, négative dans 53%. Dans la population générale, la prévalence de l'hypotension orthostatique varierait de 6% à domicile, 33% chez les patients hospitalisés de plus de 75 ans [68]. Ceci prouve que ce test doit être systématiquement fait et qu'on ne doit pas sous estimer la présence d'un tel facteur. Les patients de notre étude, hospitalisés en SSR, présentent des troubles plus importants ou plus fréquents des fonctions sensorielles que dans la population générale.

De manière globale, la population concernée par notre étude semble présenter un très fort degré de fragilité, plus important que dans la population générale au même âge.

6. Discussion

6.1. Modes de sortie et fragilité des patients

L'objectif principal de notre étude était de démontrer qu'il existe des critères significatifs de l'évaluation gériatrique standardisée ayant un impact sur le mode de sortie d'hospitalisation du service de SSR.

L'analyse des résultats montre que notre population, comme attendu dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation, est particulièrement fragile ; tant sur le plan socio familial, qu'au niveau de leur autonomie fonctionnelle ou cognitive.

Les résultats de notre étude montrent qu'à l'issue de l'hospitalisation en SSR gériatrique, les patients orientés en EHPAD sont évalués comme les plus fragiles : les hospitalisations aboutissant à une institutionnalisation concernent les patients ayant bénéficié le plus souvent d'une aide à domicile. L'évaluation du mode de vie du patient à son domicile au moment de l'élaboration du projet de vie est importante. Ceci est déjà souligné par les recommandations de prise en charge des personnes âgées lors de l'EGS. La dépendance au domicile s'ajoute aux critères de fragilité gériatrique et illustre également les risques de décompensation fonctionnelle. Devant des complications en cascade le degré de sévérité de la dépendance augmente progressivement.

La présence de troubles cutanéotrophiques et notamment d'escarres est un facteur de risque de transfert en USLD [69]. Elle est souvent couplée avec l'existence de troubles nutritionnels,

de troubles de la mobilité et l'existence d'une grabatisation. La présence de troubles trophiques n'est pas prédictive dans l'orientation entre domicile et EHPAD.

Lors de l'arrivée du patient en SSR, l'orientation vers une USLD ou la nécessité d'une ré hospitalisation en court séjour, semble être influencées par la présence d'une confusion mentale aiguë. Cette orientation peut être expliquée par la persistance de décompensations médicales, ou l'évolution de la pathologie chronique sous jacente, qui sont des critères justifiant les d'hospitalisations en USLD [70] par la nécessité d'une prise en charge médicale plus soutenue que dans d'autres institutions ou à domicile. La présence d'une confusion mentale aiguë chez les patients à l'entrée en SSR démontre probablement la gravité de la fragilité cérébrale sous jacente des patients concernés. Cela laisse à penser que malgré le traitement de l'instabilité clinique, tous les critères de fragilité d'origine multifactorielle ne peuvent pas être stabilisés dans le service de court séjour gériatrique. Le projet de vie proposé en MCO dépend d'une évolution clinique incertaine, nécessitant encore une surveillance médicale accrue. Il est possible que ces patients soient orientés en SSR de manière anticipée, ou qu'ils y soient volontairement dirigés avec l'objectif d'une orientation en USLD. Dans ce cas, le SSR gériatrique joue le rôle de service intermédiaire, le temps nécessaire à la disponibilité d'un lit en USLD.

L'existence d'un syndrome dépressif à l'entrée en SSR augmente les risques d'institutionnalisation.

L'existence d'une douleur à l'admission en SSR n'est pas significative dans le choix de l'orientation. Les moyens thérapeutiques mis en place semblent être suffisamment efficaces pour ne pas influencer le mode de sortie. Le critère significatif serait de ne pas connaître ni traiter la douleur, augmentant ainsi la fragilité et les risque de décompensation telles que le syndrome dépressif, l'agitation ou l'apathie. Le dépistage de la douleur fait partie des Evaluations de Pratiques Professionnelles mises en place au sein du CHRU

Il existe une différence significative entre les MMS des patients rentrant à domicile et ceux orientés en EHPAD. ($p < 0,001$). Les troubles neurocognitifs influencent donc l'orientation de manière significative, les troubles de la mémoire étant moins sévères lors des retours à domicile dans presque tous les cas (91%).

L'absence de chute dans les six derniers mois est un facteur significativement associé à la possibilité de retour à domicile. L'existence de plus de quatre chutes est un facteur pronostic orientant de façon plus importante vers une institutionnalisation (EHPAD ou USLD).

Néanmoins, il n'existe pas de différence significative pour l'orientation chez les patients ayant présenté entre une et trois chutes dans les six derniers mois.

La présence d'un déficit sensoriel (auditif ou visuel) n'est pas significative pour le mode de sortie ($p=0,2$). Dans notre étude, les déficits auditifs et visuels ne sont pas de bons facteurs pronostics pour l'orientation. Il n'existe pas de différence significative entre les patients rentrant à domicile, et ceux sortants en EHPAD ou en USLD. Ce fait peut être expliqué par la prévalence importante de ces déficits sensoriels dans notre étude en comparaison avec la population générale.

Les capacités de transfert et de déplacement à l'entrée en SSR gériatrique sont des critères significatifs pour la prévision du mode de sortie ($p<0,001$). La grabatisation au fauteuil en début d'hospitalisation en SSR est un facteur significativement associé à la possibilité d'une institutionnalisation. Lorsque la marche est possible avec un déambulateur au début de l'hospitalisation, les chances de retour à domicile sont significativement plus importantes. Toutefois, l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'une canne à l'entrée en SSR ne présage pas de l'orientation future.

Le nombre d'évènements intercurrents pendant l'hospitalisation est significativement plus important chez les patients sortant en EHPAD et en USLD. ($p<0,002$). La survenue de nouvelles pathologies aiguës ou de nouvelles décompensations en cours d'hospitalisation influe fortement les risques d'institutionnalisation.

En ce qui concerne l'utilisation du jardin, il est plus utilisé dans le groupe des patients sortant à domicile que dans celui de ceux sortant en EHPAD. Les patients bénéficiant de sorties dans le jardin ont une autonomie plus importante dès l'entrée. Nous avons considéré le jardin « art mémoire et vie » dans les critères d'évaluation de la rééducation en SSR car une des volontés est d'accompagner les patients atteints de MAMA et une forte proportion de patient au SSR Spillmann est touchée par les maladies neurocognitives. De plus, la superficie du jardin, ses différentes allées, sa structure, ses pentes et la présence d'obstacles permettent une concrétisation et une consolidation bien meilleure de la rééducation à la marche. Néanmoins, nous savons que les troubles de la marche ou les troubles psychomoteurs sont un frein à son utilisation. Le jardin est une activité de rééducation supplémentaire pour des patients déjà plus autonomes [71]. Il ne représente pas un moyen de rééducation proposé à tous les patients.

Retour à Domicile	EHPAD	USLD
• Sexe féminin • Capacité de marche avec déambulateur en début d'hospitalisation en SSR • Absence de chute dans les six derniers mois • Utilisation du jardin thérapeutique	• Isolement familial • Aides à domicile antérieurement mises en place • Syndrome dépressif • Troubles cognitifs • Nombre de chutes dans les six derniers mois > 4 • Mobilité initiale réduite (grabataire) • Nombre de chutes et d'autres événements intercurrents en cours d'hospitalisation	• Confusion mentale aiguë à l'entrée • Syndrome dépressif • Troubles cutanéo-trophiques • Nombre de chutes dans les six derniers mois > 4 • Mobilité initiale réduite • Nombre d'évènements intercurrents en cours d'hospitalisation.

Tableau 7 : Synthèse des critères significativement associés à un retour à domicile ou à une institutionnalisation en EHPAD ou en USLD

Les patients orientés vers une institutionnalisation présentent un plus fort degré de fragilité que les patients rentrant à domicile. La création des filières gériatriques et la restructuration de la prise en charge vers l'expérimentation PAERPA sont des conséquences organisationnelles de ce constat. Comme le texte de cette expérimentation l'expose, l'organisation de la sortie de l'hôpital du patient âgé ayant décompensé un ou plusieurs critères de fragilité repose sur l'anticipation, et doit être discutée dès son entrée en hospitalisation.

Les essais contrôlés randomisés du registre Cochrane et Social Science Citation Index [72] ont comparé les sorties d'hospitalisations de personnes âgées lorsqu'un plan de sortie était travaillé de façon adaptée et les plans de sortie non individualisés. Les résultats suggèrent qu'un plan de sortie structuré et adapté à chaque patient réduit la durée moyenne de séjour et les taux de réadmissions ultérieures. On retrouve ici l'idée du Plan Personnalisé de Santé

(PPS) promu par la coordination Territoriale d'Appui et l'expérimentation article 70 gérée par la cellule d'ordonnancement [73].

Cette anticipation du projet de sortie repose en premier lieu sur l'étude des conditions et du cadre de vie du patient, ainsi que sur l'évaluation de ses capacités fonctionnelles et son degré d'autonomie. Dès l'hospitalisation initiale en court séjour gériatrique, outre l'urgence de la prise en charge de la pathologie aiguë, l'objectif de l'équipe soignante est d'avoir déjà une vision globale du patient pour anticiper son avenir de façon la plus objective.

L'anticipation reste nécessaire à l'établissement d'un projet de vie. Une durée d'hospitalisation plus longue et la stabilisation des pathologies aiguës à l'admission en SSR offre un avantage aux équipes multidisciplinaires. Néanmoins, la précocité de l'évaluation initiale de la situation du patient à sept jours de son entrée en SSR gériatrique rend également incertaine la réalisation du projet de vie du patient âgé fragile. Il est donc utile de travailler sur un projet de vie principal couplé à un deuxième (voir un troisième) projet en cas d'échec du premier, ceci afin de ne pas prolonger la durée d'hospitalisation souvent délétère au patient. Le travail de rééducation fonctionnelle et la réadaptation du projet de vie ne peuvent se faire sans l'adhésion du patient et de son entourage. Cela reste un critère majeur et déterminant pour la concrétisation du projet de vie à la sortie d'hospitalisation. Pourtant, l'accord du patient et de sa famille n'est pas toujours possible dans les premiers jours de l'hospitalisation. Le délai de sept jours retenu dans notre étude pour la proposition de sortie ne semble pas réellement suffisant. Nous avons observé que notre population de patients est particulièrement fragile et dépendante. Une étude multicentrique sur plusieurs SSR gériatriques avec le même taux de critères de fragilité et de dépendance nous permettrait de définir un délai plus adapté à ce type de population. La comparaison avec d'autres SSR de populations différentes permettrait de mettre en évidence les critères définissant le meilleur délai permettant de définir le projet de vie le plus fidèle à la réalité.

Les propositions de sortie faites par le service de court séjour gériatrique tendent à être plus en faveur d'un retour à domicile (RAD), proposé dans 71% des cas sur l'ensemble de l'échantillon, mais réalisé seulement dans 39% des cas où il avait été proposé. Cette surestimation du RAD est peut-être due à une surestimation des capacités de récupération du patient ou des capacités du SSR gériatrique à pouvoir réaliser les projets de vie prédéfinis.

Le service de SSR gériatrique a tendance à évaluer des projets de vie allant le plus souvent vers une institutionnalisation des patients à leur sortie d'hôpital. Cette surestimation des institutionnalisations peut être le fait que le SSR gériatrique, service d'aval, est lui-même organisateur et garant final de la sécurisation du patient dans son projet de vie. La durée

d'hospitalisation et donc de l'évaluation n'a pas d'influence réelle dans ce contexte, puisque l'étude s'appuie sur des évaluations lors du début de l'hospitalisation en SSR gériatrique. Par ailleurs, lorsque le SSR gériatrique propose une institutionnalisation, il évalue probablement le projet de vie de façon adaptée à la dépendance et la fragilité du patient, mais il doit respecter la volonté et à la liberté de choix des patients. Enfin, il est également possible que le SSR gériatrique sous estime les capacités de prise en charge des patients par les structures de maintien à domicile. Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) dont le médecin généraliste est le chef d'orchestre va tendre à améliorer la coordination des prises en charge à domicile et permettre aux unités hospitalières gériatriques d'avoir une garantie de suivi adapté.

Une enquête transversale réalisée en Alsace en 1997 [74], ayant pour but d'analyser les besoins des personnes âgées à l'issue d'une hospitalisation, a permis d'identifier l'adéquation entre « sortie idéale » et « sortie réalisable en pratique » ainsi que les motifs d'inadéquation. La « sortie idéale » est définie comme le mode de sortie correspondant le mieux aux besoins de santé des patients, ainsi qu'à leurs souhaits et à ceux de leur entourage, lorsque tous les moyens d'aide à domicile et les institutions nécessaires seraient disponibles. La « sortie réalisable » tient compte des disponibilités réellement existantes (au domicile du patient ou dans les structures institutionnelles), de l'état de santé du patient, de ses motivations et de celles de son entourage. Dans près d'un cas sur deux, l'inadéquation est relative aux intéressés par manque de coopération du malade ou de son entourage. Ceci illustre la difficulté de collaboration entre équipe médicale et patient pour déterminer le projet de vie qui convient le mieux non seulement à l'état de santé mais aussi et surtout aux désirs du malade et de sa famille. Dans notre questionnaire nous n'avons pas pris en compte la volonté du patient ou de sa famille quant à son devenir qui conditionne en grande partie la sortie réelle. Certaines discordances entre propositions de sortie et sorties effectives pourraient ainsi s'expliquer de cette façon.

Nous avons souligné à plusieurs reprises le caractère particulièrement fragile de nos patients, et notamment sur le plan cérébral. Beaucoup souffrent de troubles cognitifs ou de syndrome dépressif. La question du respect du choix du patient s'oppose parfois aux capacités de jugement et de compréhension des situations médico-psycho-sociales dans lesquelles ils se trouvent. Ainsi l'orientation proposée par le médecin gériatre peut ne pas être comprise et non acceptée. La dépression amène parfois au refus du handicap, la dévalorisation de soi à un défaitisme et une acceptation de la fatalité du handicap mis à tort en parallèle avec le vieillissement. Une enquête menée à Paris auprès de personnes âgées, des aidants, des

familles et des professionnels, en 2010 [75], met en évidence le refus de la perte d'autonomie et, plus encore, de la dépendance. La plupart des personnes âgées et des aidants n'acceptent que mal cet état et/ou ne parviennent pas à évaluer leurs besoins. Les personnes âgées ont tendance à minimiser leurs incapacités et adoptent souvent des stratégies d'évitement ou de déni. Ces constats s'observent plus souvent lorsqu'il existe un déficit cognitif. La fragilité cognitive et psychologique des patients représente un frein à l'élaboration commune d'un projet de vie. Même si il est adapté à chaque situation, celui-ci doit obtenir l'adhésion du patient et de son entourage.

Ceci est confirmé dans une étude de 2001, par A. Coppin [76] réalisée entre mars et juillet 1998, dans le service de médecine Gériatrique du CHU de Rouen. Dans cette étude, le mode de sortie envisagé à l'issue de l'évaluation médico-sociale était confronté au mode de sortie effectif. L'objectif était d'évaluer l'influence des paramètres sociologiques sur le mode de sortie et de vérifier l'adéquation entre le projet de sortie et le mode de sortie des malades hospitalisés dans un court séjour gériatrique. L'étude a porté sur 121 malades âgés en moyenne de 84,8 ans. Le projet de sortie a été élaboré 9,4 jours après l'admission. Les 3 paramètres de décision lors du projet de sortie et lors de la réalisation étaient l'état de santé, l'avis de l'entourage et la volonté du malade. L'influence de la volonté du patient tendait à être plus importante dans le groupe retournant domicile que dans le groupe orienté vers une admission en institution. La concordance était de 81,2 % entre les projets de sortie et leur réalisation. Le délai moyen entre l'établissement du projet de sortie et la sortie était de 12,4 jours.

Une étude New-Yorkaise réalisée entre 2007 et 2008 [77] s'intéresse également aux conséquences des éventuelles discordances entre souhait du patient et de son entourage et conseil de l'équipe soignante. Sur plus de 500 dossiers examinés, il n'existe pas de différence significative du nombre de réadmissions hospitalières à 30 jours de la sortie initiale entre le groupe des patients qui adhéraient au projet de sortie et le groupe de patient en désaccord avec la proposition de l'équipe gériatrique.

6.2 La DMS

Un des objectifs secondaires de notre étude était d'étudier la durée moyenne de séjour et d'évaluer les possibilités de la réduire.

Pour notre étude, la durée moyenne d'hospitalisation totale est de 82 jours. La durée moyenne de séjour en MCO gériatrique est de 21 jours, celle en SSR gériatrique est de 57,4 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation totale (MCO+SSR) est plus longue en moyenne de 26,4 jours pour les patients institutionnalisés en EHPAD. La différence entre RAD et sortie en EHPAD s'explique essentiellement par une durée d'hospitalisation prolongée en SSR gériatrique (soit 24,5 jours de plus en moyenne), quand elle est sensiblement identique en service de court séjour gériatrique.

Ces chiffres montrent bien que l'amélioration de la DMS en MCO est possible lorsque les patients doivent être institutionnalisés en EHPAD et que pour cela il faut évaluer quels sont les critères aidant les services de MCO gériatrique à définir la meilleure orientation. Celle-ci semble être dans ce cas le transfert en SSR. Le rôle des SSR gériatrique semble n'être plus seulement de réduire strictement et de réadapter en fonction des capacités du patient. Le rôle des SSR devient aussi celui d'une passerelle assurant la fluidité des filières en libérant des lits de MCO gériatrique en attendant des places disponibles en EHPAD ou en USLD. Pour cela, le nombre de lits disponibles de SSR gériatriques, définie par les ARS, ne doit-il pas être reconsidéré à la hausse. Le PAERPA va peut être redéfinir le parcours patient au sein des filières gériatriques dans ce sens.

En 2013, selon les données du DIM, la durée moyenne de séjour au SSR Spillmann est de 45 jours. La durée de séjour retrouvée dans notre étude est significativement plus importante. Cela peut être expliqué par une fluctuation de cette durée au cours d'une même année, notamment en fonction des disponibilités des structures d'aval (EHPAD, USLD, HAD), par une l'exclusion des patients de l'Unité Cognitive-Comportementale (UCC), mais aussi par l'exclusion dans notre étude de patients issus d'autres services que le service de Gériatrie du CHRU et des patients dont la durée de séjour était inférieure à sept jours.

L'allongement de la durée de l'hospitalisation est premièrement dû au délai d'attente d'une place dans les structures d'aval (EHPAD et USLD). En 2013, la région Lorraine disposait de 20 000 lits d'EHPAD dont 6000 en Meurthe-et-Moselle [78].

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation en SSR pour les patients sortant en USLD n'est pas significativement plus importante que pour les RAD. Ce résultat peut être le fruit du hasard compte tenu de la variabilité de la disponibilité des lits d'USLD au cours d'une même année. Le délai pour les sorties en USLD est dépendant de la construction du projet de vie : soit le patient est orienté en SSR gériatrique en attente de disponibilité de lits d'USLD, soit l'évolution du profil médico-psycho-sociale du patient n'a pas permis une réhabilitation des critères de fragilité et la concrétisation d'un autre projet de vie. Néanmoins, la durée

moyenne de séjour (DMS) varie en fonction du mode de sortie du patient. Celle-ci est toujours supérieure pour les institutionnalisations [79].

Une étude réalisée en 2008 au sein de la communauté urbaine de Strasbourg à propos de personnes âgées dépendantes en attente d'orientation en EHPAD depuis un service hospitalier révèle que la DMS est supérieure de 28 jours pour les sorties en EHPAD par rapport aux retours à domicile [80]. Ces résultats sont sensiblement identiques à ceux de notre étude.

Dans une étude au SSR gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Tours, seuls 20% des séjours aboutissent à une institutionnalisation en EHPAD et 60% vont vers un RAD [81]. Les délais retrouvés dans notre étude résultent aussi probablement du fort taux d'institutionnalisation, qui concerne 30% des séjours étudiés.

Les délais importants d'attente d'orientation en EHPAD sont une des pistes d'amélioration des durées de séjours mais également sur l'évaluation anticipée des projets de vie. Le conventionnement avec les EHPAD est en cours d'optimisation, aidé par les directives de l'expérimentation PAERPA. De plus, les critères orientant l'évaluation du projet de vie vers une institutionnalisation (Tableau 7, p.111) mis en évidence dans notre étude doivent être pris en compte et argumentés auprès des patients et des familles. Cela devrait permettre d'augmenter la fluidité du parcours de soins du patient gériatrique.

Nous avons noté que 43% des sorties à domicile depuis le SSR gériatrique se faisaient avec une Hospitalisation à Domicile (HAD). Nous n'avons pas étudié de façon plus approfondie ce type de sortie, car les propositions initiales faites par le court séjour gériatrique et le SSR Spillmann ne le précisent pas toujours. Nous n'avons donc pas pu colliger ce mode de sortie dans notre étude. Il serait intéressant de savoir s'il existe une différence significative des DMS entre les hospitalisations aboutissant à un RAD aménagé par des aides techniques et humaines et une sortie avec HAD. Dans les deux cas, la sortie hospitalière est dépendante de la disponibilité des personnels : pour le RAD aménagé, il dépend principalement de la disponibilité des Service de Soins à Domicile (SSIAD) ; pour l'HAD, cela dépend du nombre de patients (« lits ») inclus dans l'unité fonctionnelle et de sa DMS.

6.3 Analyse des discordances

L'examen des discordances entre proposition formulée par le service de court séjour gériatrique et le SSR Spillmann (tableau 6) met en évidence les critères de l'EGS servant à valider le même projet de vie des patients hospitalisés. Ils constituent des critères objectifs à prendre en compte dans la validation du projet de vie et permettent une homogénéisation de la prise en charge entre les différents services et les différents intervenants médicaux et paramédicaux impliqués.

Critères de concordance	Critères de discordance
- Domicile antérieur - Situation familiale - Motif d'hospitalisation - Hospitalisation associée à une chute - Durée d'hospitalisation - Nombre de chute dans les six derniers mois - IMC - Troubles cognitifs - Douleur - Troubles trophiques - Continence - Autonomie alimentaire - Hypotension orthostatique	- Âge élevé - Troubles visuels - Confusion - Troubles anxio-dépressifs - Mobilité initiale faible - Autonomie à la toilette et à l'habillage limitée

Tableau 8 : Récapitulatif des critères significativement associés à une concordance ou à une discordance entre proposition du service de court séjour et du SSR.

Ces critères impliquent probablement la nécessité d'une spécialisation de la prise en charge et notamment l'intervention de professions médicales et paramédicales spécialisées : spécialiste mémoire, psychiatre, psychologue, ergothérapeute, pour la réalisation d'une évaluation plus complète et ciblée.

Les travaux de L. Rubenstein [82] ont démontré l'intérêt de l'EGS réalisée dans les unités spécialisées : une étude du début des années 80 comparait le devenir de patients âgés,

fragiles, pris en charge dans une unité d'évaluation spécifique (63 patients expérimentaux et 60 patients témoins). Après une année, on retrouvait une différence significative de mortalité (23,8% contre 48,3%) et un taux inférieur de patients orientés directement en soins de longue durée (12,7% contre 30 %). Ainsi, les patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique spécifique, avaient un taux de mortalité et de dépendance inférieurs, mais présentaient également un taux de ré-hospitalisation et de recours aux structures de soins post-hospitalières moins important. Les auteurs de l'étude précisait que leur « coût » était inférieur au groupe témoin.

D'autres études de différents pays ont abouti aux mêmes conclusions. En 1993, une étude est réalisée aux Etats Unis (Mississippi) [83] chez des patients de plus de 70 ans, elle montre qu'une prise en charge multidisciplinaire gériatrique incluant médecin gériatre, pharmacien, kinésithérapeute, diététicien diminue le taux de mortalité à 6 mois, la DMS et entraîne une réduction de la dépendance. A un an, la différence de mortalité reste significative tout comme dans les travaux de Rubenstein.

Ces études, tout comme nos résultats soulignent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire spécialisée et individualisée à chaque patient.

Critères de concordance	Critères de discordance
- Sexe - Domicile antérieur - Situation familiale - Motif d'hospitalisation - Chute associée à l'hospitalisation - Durée d'hospitalisation - IMC - Hypotension orthostatique	- Âge élevé - Troubles cognitifs sévères - Syndrome dépressif - Confusion - Troubles trophiques - Incontinence urinaire et fécale - Mobilité initiale limitée - Autonomie toilette et habillage faible

Tableau 9 : Récapitulatif des critères significativement associés à une concordance ou à une discordance entre proposition court séjour gériatrique et sortie réelle

Critères de concordance	Critères de discordance
- Âge - Domicile antérieur - Situation familiale - Motif d'hospitalisation - Chute associée à l'hospitalisation - Durée d'hospitalisation - Nombre de chutes dans les six derniers mois - IMC - Troubles cognitifs - Confusion - Douleur - Hypotension orthostatique - Mobilité initiale - Utilisation du jardin	- Syndrome anxio dépressif - Troubles trophiques - Autonomie à la toilette et à l'habillage faible - Autonomie alimentaire limitée

Tableau 10 : Récapitulatif des critères significativement associés à une concordance ou une discordance entre proposition du SSR gériatrique et sortie réelle

Certains des critères de discordance entre le service de court séjour gériatrique et le SSR Spillmann sont également significatifs lorsque nous comparons les discordances entre le projet de vie proposé (en court séjour gériatrique, mais aussi en SSR Spillmann) et le mode réel de sortie. Ces critères figurent dans les tableaux 7 et 8. L'existence d'un syndrome dépressif, une faible autonomie pour les actes de vie quotidienne comme la toilette, ou l'habillage, sont des éléments insuffisamment pris en compte ou peu respectés lors de l'établissement du projet de vie. Les raisons sont multiples tout comme nous l'avons déjà évoqué précédemment.

Ces résultats sont en accord avec une étude menée en Italie en 2012 [84], dans une dizaine d'unités gériatriques qui visait à déterminer des variables prédictives de la durée de séjour, du mode de sortie et du taux de ré-hospitalisation ultérieur. Les résultats montrent que

les critères les plus fiables pour la détermination du mode de sortie sont le Tinetti test, le MMSE, et les IADL.

L'expertise du travail multidisciplinaire des SSR permet de statuer sur les profils cognitifs et l'évolution des confusions mentales à distance des décompensations aiguës stabilisées lors des hospitalisations en court séjour gériatrique. De même que pour les capacités de reprise d'autonomie aux manœuvres de transferts et à la marche, les équipes des SSR sont formées à estimer le potentiel de récupération fonctionnelle des patients. L'évolution clinique du patient en court séjour et l'état clinique dans lequel le patient se trouve à l'entrée en SSR servent de référence à l'évaluation faite à sept jours lors de l'établissement initial du projet de vie. L'EGS en est la clé de part sa reproductibilité et son uniformisation entre les différents services dans lesquels les patients âgés séjournent.

6.4 Limites de l'étude

Le nombre élevé d'items dans notre questionnaire et le nombre de patients inclus sont responsables d'un manque de puissance de notre étude.

Dans ce cadre, nous regrettons notamment de n'avoir pu approfondir certaines données, notamment concernant l'évolution au cours de l'hospitalisation et l'impact de la survenue d'évènements intercurrents dans le mode de sortie final. Cette question regroupe en effet un ensemble d'évènements aigus allant de l'infection urinaire, à l'hypoglycémie ou à l'accident vasculaire cérébral et ne nous permet donc pas d'exploiter ces résultats de façon significative.

Notre étude a porté sur cent dossiers de patients hospitalisés entre juillet 2013 et mars 2014. Le choix de cette période et la sélection des dossiers dans cette période fut arbitraire, et en rapport avec la disponibilité de ces dossiers aux secrétariats et aux archives. Tout en ayant respecté nos critères d'inclusion et d'exclusion, ce biais de sélection peut conduire à un manque de représentativité de nos résultats par rapport à l'activité de SSR moyenne sur une année.

Le caractère rétrospectif de notre étude a nécessité la recherche des informations souhaitées dans le dossier harmonisé du patient de façon manuelle. Les réponses à notre questionnaire prenaient la forme de données chiffrées ou de données qualitatives. Les données chiffrées ont été transposées telles quelles ou classées en catégorie. Les données qualitatives

ont été recueillies selon l'appréciation de l'opérateur de saisie informatique. La forme et l'accès à ces données étaient différents d'un dossier à l'autre selon les différents auteurs (médecins, internes, externes, infirmières...). Un biais d'interprétation est donc possible pour certaines informations recueillies, même si nous précisons que l'opérateur de saisie fut le même pour l'ensemble des cent dossiers.

Les patients de SSR inclus dans notre étude ont tous été transférés du service de court séjour gériatrique du CHRU (critères d'inclusion); nous pouvons conclure concernant l'activité et la prise en charge au SSR, mais en aucun cas sur l'activité du court séjour. Il aurait fallu pour cela étudier l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour au cours de la même période, ce qui n'était pas l'objectif de notre étude.

6.5 Proposition de guide de travail sur le projet de vie en SSR

Nous nous proposons d'élaborer une fiche d'aide à l'élaboration du projet de vie dans les sept premiers jours d'hospitalisation du patient en service de SSR. La proposition d'une aide technique vise à souligner les critères significatifs encore insuffisamment exploités en SSR d'après les résultats de notre étude. Elle reprend également les critères ayant montré un impact significatif sur le mode de sortie dans notre étude.

- Sexe du patient
- Age du patient
- Situation familiale du patient : patient vivant seul ou non (quel que soit son statut marital)
- Nombre de chutes dans les six derniers mois : > ou < à 4
- Présence d'aides à domicile antérieurement à l'hospitalisation
- Risque de syndrome dépressif : au moins 1 point au mini GDS, à approfondir alors par un GDS
- Présence de troubles cognitifs : réalisation d'un MMS
- Existence d'un syndrome confusionnel à l'entrée
- Existence de troubles cutanéotrophiques à l'entrée
- Examen de la mobilité : Get up and go, Tinetti test, noter la nécessité d'aides techniques à la marche

La survenue d'évènements intercurrents ou de chutes pendant l'hospitalisation nécessitera une réévaluation du projet de vie si besoin.

Nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser dans les suites une étude prospective en utilisant ce guide de travail, afin de vérifier la significativité de ces critères dans la concordance d'une proposition de sortie formulée à sept jours de l'entrée en SSR et la sortie réelle.

7. Conclusion

L'organisation du parcours de soins du patient âgé fragile est au cœur des préoccupations actuelles. Les politiques de santé de la personne âgée ont pour but d'harmoniser sa prise en charge dans un souci d'efficacité et d'optimisation du parcours patient. Un des objectifs de l'expérimentation du PAERPA est de raccourcir les délais des séjours hospitaliers et de favoriser les retours à domicile dans le cadre d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Les filières de soins gériatriques, comme celle de CHRU de Nancy, les conventions entre hôpitaux et EHPAD sont autant de moyens mis en œuvre dans ce but.

Notre étude montre que l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) reste indispensable à la fluidité et l'homogénéisation de la prise en charge et à la proposition d'un projet de vie adapté à chaque patient.

Nous soulignons que les patients utilisant la filière gériatrique du CHRU de Nancy sont particulièrement fragiles par rapport aux données de la littérature, dans une région où la dépendance des personnes âgées de plus de 75 ans est plus élevée qu'ailleurs en France [7].

Certains critères de l'EGS paraissent être pris en compte de façon homogène par les médecins gériatres et orientent le choix des projets de vie de façon conjointe entre les différents services. Néanmoins, d'autres critères sont source de discordance dans les propositions de projet de vie faites par les différents services de la filière gériatrique. Dans notre étude, ces critères sont notamment l'âge du patient, la présence de troubles cognitifs sévères, l'existence d'un syndrome dépressif, la présence d'une confusion mentale aiguë, les troubles trophiques, l'existence d'une incontinence urinaire et fécale, une mobilité limitée et une autonomie toilette et habillage faible.

Dans notre étude, ces critères n'influencent pas l'équipe gériatrique de façon uniforme lorsqu'elle formule un projet de sortie pour le patient. Il semble que l'importance de ces critères d'évaluation gériatrique nécessitent d'être réexaminés et reconsidérés lors des examens cliniques, des entretiens avec le patient ou l'entourage afin d'être mieux pris en compte dans le travail sur le projet de vie. Ceci implique une collaboration médicale et paramédicale spécialisée, indispensable pour une prise en charge globale du patient âgé. Pour cela, nous proposons un aide mémoire, aidant à la prise de décision pour l'orientation de chaque patient âgé hospitalisé au CHRU de Nancy.

La précocité de proposition des projets de vie s'oppose à la nécessité d'observation de l'évolution clinique et au respect du choix du patient au cours de son séjour hospitalier. L'évaluation faite par le service de SSR au bout de sept jours ne semble pas permettre le recul nécessaire pour une anticipation optimale du projet de vie pour environ un tiers des personnes hospitalisées.

L'absence de données sur le nombre de ré-hospitalisations après la sortie du patient ne nous permet pas de conclure sur les répercussions des discordances entre les projets de vie et les modes de sorties réelles. Toutefois, la réorganisation des filières gériatriques dans le cadre du PAERPA permettra peut être une diminution des durées moyennes de séjour de SSR gériatriques par une meilleure garantie de sécurisation et de suivi des patients en fin d'hospitalisation.

8. Références bibliographiques

- 1) S. de BEAUVOIR, La vieillesse. 1970. Editions Gallimard.
- 2) ATIH. Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus. Juillet 2012, p 3.
- 3) JEANDEL C, PFITZENMEYER P, VIGOUROUX P. Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Rapport à visée ministérielle, avril 2006.
- 4) www.sante.gouv.fr. Financement des établissements de santé. Direction générale de l'offre de soins. Août 2010
- 5) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- 6) Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Comité National sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Janvier 2013.
- 7) Comité stratégique de l'ARS Lorraine. Enquête SSR/MCO Pôle de coordination territoriale de Meurthe et Moselle sur l'année 2013. ars.lorraine.sante.fr
- 8) Ameli.fr. PRADO le programme d'accompagnement du retour à domicile. Août 2014.
- 9) ROLLAND Y, BENETOS A, GENTRIC A. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Gériatrie et psychologie, neuropsychiatrie du vieillissement, Dec 2011, vol 9, N°4. pp. 387-390.
- 10) LANG P-O, TRIVALLE C, DRAME M. La fragilité : mythe ou réalité ? NPG – Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 2012, n° 70. pp. 163-170.
- 11) NEJJARI C, DARTIGUES JF. Cohorte PAQUID : approche épidémiologique du vieillissement cérébral et fonctionnel. Vieillesse - Santé - Société. , Paris : INSERM, 1996, pages 79-99.
- 12) DARTIGUES JF, HELMER C, LETENNEUR L et al. PAQUID 2012 : illustration et bilan. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillesse. Septembre 2012, vol. 10. pp 325-31.
- 13) Cour des comptes, Sécurité sociale 2012 – septembre 2012. Les activités de soins de suite et de réadaptation.

- 14) KRANGLADER E. Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009. Dossiers Solidarité et Santé n° 25. mars 2012.
- 15) www.securite-sociale.fr. Indicateurs n°11, Evolution de l'offre hospitalière. Densité de lits pour 100 000 habitants en 2009.
- 16) ZEYNEP O, RENAUD T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital. Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères. IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Mars 2009.
- 17) LUCAS P. Les filières de soins gériatriques hospitalières : commentaire d'un directeur d'hôpital. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004.
- 18) Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- 19) PEDEPEYRAU C, REZNIKOFF V. Les soins de suite et de réadaptation, Soins Gérontologiques, 2011, n° 87, p.43-44.
- 20) Circulaire N°DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma d'organisation régionale des soins (SROS-PRS) – Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé.
- 21) HAS – Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et réadaptation – juillet 2013.
- 22) AQUINO JP, Les Soins de Suite et de Réadaptation. L'Année gérontologique, 2007, vol 21, p. 123-127.
- 23) COQUELET F, VALDELIEVRE H. [http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/447238/Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins](http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/447238/Les%20soins%20de%20suite%20et%20de%20réadaptation%20en%202008%20%3A%20patientèle%20traitée%20et%20offre%20de%20soins). DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE, n° 23, 2011, 36 p
- 24) HAS – note de cadrage- réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et admissions en SSR – avril 2012.
- 25) Décret n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de Réadaptation – Ministère de la santé, de la jeunesse, des Sports et de la vie associative.
- 26) Projet iMad : 2èmes Rencontres régionales pour faire le point sur le déploiement en Lorraine. Esante.gouv.fr. Novembre 2012.
- 27) <http://www.dsih.fr/article/361/projet-imad-de-nouvelles-perspectives.html>
- 28) RAINFRAY M, BOURDEL-MARCHASSON I, DEHAIL P. L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées : Dossier thématique :

- Maladies systémiques du sujet âgé (1re Partie). Annales de médecine interne. 2002, vol. 153, n°6, p. 397-402.
- 29) LE DEUN P, GENTRIC A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique. 2004, vol 10, p.229-236.
- 30) DEROUESNE C, POITRENEAU J, HUGONOT L et al. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. La Presse Médicale. Juin 1999, n° 21. pp. 1141-1148.
- 31) DUBOIS B, TOUCHON J, PORTET F et al. "Les 5 mots", épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. La Presse Médicale, 2002, n°31. pp. 1696-1699.
- 32) RIVASSEAU JONVEAUX, T., BATT, M., EMPEREUR, F., et al. Évaluation des connaissances sémantiques de la temporalité au cours du vieillissement normal et de la maladie d'Alzheimer aux stades légers à modérés, étude préliminaire. L'Encéphale, 2013.
- 33) HAMMAMI S, HAJEM S, BARHOUMI A. Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile: Intérêt de la « Mini-Geriatric Depression Scale ». Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2012, vol. 60, no4, p. 287-293.
- 34) HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse des Recommandations Professionnelles, 2007.
- 35) MORLEY J-E, Diagnostic et prise en charge de la fragilité. Age et Nutrition, 2011, vol 22, n°3. pp. 163-168.
- 36) YELNIK A. Evaluation clinique de l'équilibre. COFEMER, Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation. 2008.
- 37) VALBUSA F, LABAT C, SALVI P, HANON O, BENETOS A, Orthostatic hypotension in very old individuals living in nursing homes : the PARTAGE study. Journal of Hypertension. 2011. N°29.
- 38) HAS. Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique. Cadrage. Mai 2010.
- 39) Anaes. Traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Septembre 2001.
- 40) TRAN T., NGUYEN VAN NUOI, D., BAIZ, H., et al. Déficit visuel chez les sujets âgés chuteurs. Journal Français d'Ophtalmologie, 2011, vol. 34, no 10, p. 723-728.
- 41) VERGNE, M. Régulation et sujets très âgés. Congrès Urgences, Paris, 2011.
- 42) TRIVALLE, Ch. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine et hygiène, 2000. pp. 2312-2318.

- 43) Code de la Santé Publique, Article L1111-6-1 Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005.
- 44) Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation - Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité et Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.
- 45) Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissements de Santé. ANAES 2001.
- 46) INSEE, estimation de la population, décembre 2013
- 47) DREES. Etudes et Résultats n°689 « l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 ». Mai 2009
- 48) INVS.fr, dossiers thématiques : chutes, octobre 2008
- 49) HAS – Recommandations de bonnes pratiques. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009
- 50) Plan handicap visuel 2008-2011. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
- 51) DECRION J, ABRAHAM E. Programme d'intervention sur les déficiences visuelles de la personne âgée. Réseaux Gérontologiques sud Lorrains. Septembre 2009
- 52) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Surdité et d f ci nce auditive. Aide mémoire n 300. février 2014.
- 53) DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le handicap auditif en France. Août 2007.
- 54) COSTES MH. Continence de la personne âgée : une prise en charge globale et pluridisciplinaire au service de la qualité de vie. Dossier de Presse, Semaine Nationale de la Continence Urinaire, Association Française d'Urologie. Mars 2011
- 55) FAUCHERON JL. Incontinence anale. La Presse Medicale, 2008, vol. 37, no 10. pp. 1447-1462.
- 56) RAMAROSON H, HELMER C, BARBERGER B. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over : updated results of the PAQUID cohort. La Revue Neurologique. 2003.

- 57) AMOUYEL P. Dossier d'information : Alzheimer. INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médical. Juillet 2014
- 58) Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Février 2013.
- 59) LLESHI V, BIZZOZZERO T. La dépression du sujet âgé. La Revue Médicale Suisse, n°5, p.1785-1789. 2009.
- 60) Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, 2006-2010. Ministère de la Santé et des Solidarités.
- 61) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme National Nutrition Santé. Dénutrition une pathologie méconnue en société d'abondance. 2010.
- 62) VERNAY M, CHAN-CHEE C, SZEJO E. Maigreur, obésité et perte d'autonomie chez la personne âgée à domicile en France : Enquête Nationale Handicap-Santé, volet « Ménages ». 2008-2013.
- 63) Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS, Haute Autorité de Santé. 2005
- 64) MAZZOCATO C, DAVID S, BENAROYO L. Poly-médication et personne âgée : ni trop, ni trop peu. La Revue Médicale Suisse, N°9, pp.1026-1031. mai 2013.
- 65) BOUVIER, Gérard, LINCOT, Liliane, et REBISCOUL, Chantal. Vivre à domicile ou en institution: effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. Ratio, vol. 8, p. 10. 2011
- 66) <http://www.insee.fr/fr/recensement-2007.htm>
- 67) Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante. EPAC 2004-2005, INVS, <http://www.invs.sante.fr/> Dossiers thématiques, accident de la vie courante.
- 68) Pertes de connaissances brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutiques des syncopes. Recommandations Professionnelles. HAS. Mai 2008.
- 69) VERBRUGGHE M, BEECKMAN D, VAN HECKE A et al. Malnutrition and associated factors in nursing home residents : a cross sectional multicentre study. Clinical Nutrition, n°32, 2013, pp 438-443.
- 70)
- 71) JONVEAUX T, BATT M, FESCHAREK R, BENETOS A, et al. Healing gardens and cognitive behavioral units in the management of Alzheimer's disease patients : the Nancy experience. Journal of Alzheimer's disease. Oct 2013

- 72) SHEPPERD S, LANNIN N, CLEMSON L et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, issue 1.
- 73) HAS. Le plan personnalisé de santé, un outil pour un parcours de soin coordonné du patient âgé fragile. Actualités et Pratiques. N°54. Décembre 2013.
- 74) HURLIMANN C, UNGERER C, BERTHEL M. Sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées : une enquête transversale en Alsace. Santé Publique, pp.413-423. 1997
- 75) ALBEROLA E, LAUTIE S, PONS J. La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations. Étude qualitative pour la Médiatrice de Paris. CREDOC, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. Août 2010
- 76) COPPIN A, FABLET A, GONSSE M and al. Quels critères de décision pour le projet de sortie d'un service de court séjour gériatrique. La Revue Gériatrique. 2001, n°26, pp. 463-470
- 77) DINESCU A, KORC-GRODZICKI B, FARBER J et al. Discharge Disposition disagreements and readmission among older adults: a retrospective cohort study. BMJ Open, 2012, n°31.
- 78) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Accueil des Personnes Agées en 2013 : comparaisons régionales.
- 79) STATISS, STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, Lorraine. 2011
- 80) LANG P-O, EBEL M, HASENFRATZ A. Personnes âgées dépendantes en attente d'entrée en EHPAD depuis un service hospitalier : étude prospective sur la communauté urbaine de Strasbourg. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2008, vol 56, pp. 87-95
- 81) PETIT C, RIPAULT-CESBRON H, DARDAINE-GIRAUD V, CONSTANS T. Pronostic et devenir des patients âgés de plus de 70 ans hospitalisés en soins de suite et réadaptation gériatrique. La Revue de Gériatrie, 2008, n°33, pp. 115-123
- 82) RUBENSTEIN L, JOSEPHSON K.R, WIELAND G.D. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. The New England Journal of Medicine. 1984. pp. 1664-1670
- 83) THOMAS D.R, BRAHAN R, HAYWOOD B.P. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. Journal of the American Geriatrics Society. 1993, n° 41, pp. 101-104
- 84) DAGANI J, FERRARI C, BOERO ME, et al. A prospective, multidimensional follow-up study of a geriatric hospitalised population: predictors of discharge and well-being. Aging clinical and experimental research, 2013, vol. 25, no 6, p. 691-701.

9. Annexes

Annexe 1

Le SCORE ISAR

« Score ISAR » (identification of senior at risk) :
Questions
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?
3- Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ?
4- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ?
5- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6- Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'événements indésirables
Un patient est considéré à risque d'événements indésirables (déclin fonctionnel-réadmission) avec plus de deux réponses positives.

Annexe 2

LE MMSE DE FOLSTEIN

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?

☐

2. En quelle saison ?

☐

3. En quel mois ?

☐

4. Quel jour du mois ?

☐

5. Quel jour de la semaine ?

☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*

☐

7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?

☐

8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**

☐

9. Dans quelle province ou région est située ce département ?

☐

10. A quel étage sommes-nous ?

☐

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare

Citron

Fauteuil

☐

12. Fleur

ou

Clé

ou

Tulipe

☐

13. Porte

Ballon

Canard

☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.

93

☐

15.

86

☐

16.

79

☐

17.

72

☐

18.

65

☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare

Citron

Fauteuil

☐

12. Fleur

ou

Clé

ou

Tulipe

☐

13. Porte

Ballon

Canard

☐

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

☐

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

☐

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

☐

26. Pliez-la en deux,

☐

27. Et jetez-la par terre. »****

☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

☐

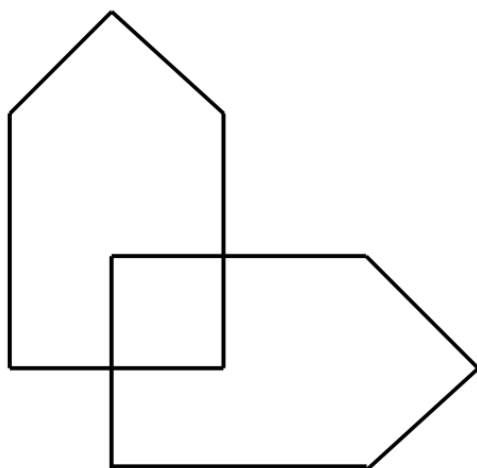
Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

☐

« FERMEZ LES YEUX »



Annexe 3

LE GDS

- 1- Etes-vous satisfait(e) de votre vie?
- 2- Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?
- 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?
- 4 - Vous ennuyez-vous souvent?
- 5- Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?
- 6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?
- 7- Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?
- 8- Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?
- 9- Etes-vous heureux la plupart du temps?
- 10- Avez-vous souvent besoin d'aide ?
- 11- Vous sentez-vous souvent nerveux (se) au point de ne pouvoir tenir en place?
- 12- Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?
- 13- L'avenir vous inquiète-t-il?
- 14- Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?
- 15- Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?
- 16- Avez-vous souvent le cafard ?
- 17- Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?
- 18- Ressassez-vous beaucoup le passé?
- 19- Trouvez-vous que la vie est passionnante?
- 20- Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?
- 21- Avez-vous beaucoup d'énergie?
- 22- Désespérez-vous de votre situation présente?
- 23- Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?
- 24- Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?
- 25- Eprenevez-vous souvent le besoin de pleurer?
- 26- Avez-vous du mal à vous concentrer?
- 27- Etes-vous content(e) de vous lever le matin?
- 28- Refusez-vous souvent les activités proposées?
- 29- Vous est-il facile de prendre des décisions?
- 30- Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?

Chaque réponse positive vaut un point.

Score 0 à 5 : normal

Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression

Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 4

LE MINI-GDS

Score de dépistage d'une dépression (mini GDS)		
1- Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?	oui = 1	non = 0
2- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui = 1	non = 0
3- Etes-vous heureux la plupart du temps ?	oui = 1	non = 0
4- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui = 1	non = 0
> 1, très forte suspicion de dépression		
Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression		

Annexe 5

LE MNA

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel

Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	☐
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	☐
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	☐
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	☐
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	☐
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐ ☐	
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	☐
H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	☐
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	☐

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 4:2-15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	☐
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐ • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui ☐ non ☐ • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui ☐ non ☐ 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	☐ , ☐
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	☐
M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	☐ , ☐
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	☐
O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	☐
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	☐ , ☐
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	☐ , ☐
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐ ☐ , ☐

Score de dépistage ☐ ☐

Score total (max. 30 points) ☐ ☐ , ☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points

moins de 17 points

risque de malnutrition

mauvais état nutritionnel

0638 F

Annexe 6

IADL : activités instrumentales de la vie quotidienne

Activités courantes	Entretien quotidien
1- Aptitude à utiliser le téléphone	1- Propreté
2- Aptitude à faire les courses	2- Alimentation
3- Aptitude à préparer les repas	3- Habillage
4- Aptitude à l'entretien ménager	4- Soins personnels
5- Blanchisserie	5- Déplacements
6- Moyens de transport	6- Bains
7- Responsabilité à l'égard du traitement médicamenteux	
8- Aptitude à gérer son budget	
Chaque item est coté « 1 » (indépendance) ou « 0 » (dépendance)	

Annexe 7

ADL : activités de la vie quotidienne

- Se lever
- S'habiller
- Se rendre aux toilettes
- Se déplacer
- S'alimenter
- Être continent
Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)

Annexe 8

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

1) Epidémiologie, description de la population

Date de naissance :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date d'hospitalisation initiale :

Date d'entrée en Médecine B :

Date d'entrée SSR :

Date de sortie médicale autorisée :

Date de sortie réelle :

Orientation proposée en MCO :

- 1) Domicile
- 2) EHPAD
- 3) USLD
- 4) Autres

Orientation proposée par le SSR dans les 5 premiers jours :

- 1) Domicile
- 2) EHPAD
- 3) USLD
- 4) Autres

Orientation finale :

Diagnostic principal :

☐ avec chute ☐ sans chute

Co morbidités = nombres de pathologies chroniques évolutives :

- 1) aucune
- 2) <5
- 3) >5

Facteurs de fragilité :

- ☐ Sédentarité : oui/non
- ☐ Confinement : oui/non
- ☐ Instabilité à la marche : oui/non
- ☐ Chute oui/non
- ☐ Déficience auditive : oui/non ou ☐ visuelle : oui/non
- ☐ Incontinence Urinaire : oui/non
- ☐ Incontinence fécale : oui /non
- ☐ Négligence : oui/non
- ☐ Troubles cognitifs : ☐ sévère ☐ modéré ☐ léger
- ☐ Dépression : oui/non
- ☐ Douleur chronique : oui/non
- ☐ Trouble alimentaire : oui/non
- ☐ Carence(s) nutritionnelle(s) : oui/non
- ☐ Poly pathologies : oui/non
- ☐ Poly médicaments : oui/non
- ☐ Hospitalisations itératives : oui/non

Mode de résidence avant l'hospitalisation :

☐ Domicile personnel : ☐ maison de plain pied ☐ maison à étages ☐ appartement avec ascenseur ☐ appartement à l'étage sans ascenseur

☐ Foyer de personnes âgées

☐ EHPAD

☐ Autres

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé

Entourage familial présent : ☐ non ☐ oui

Aidants ☐ IDE

☐ Auxiliaire de vie

☐ Aide ménagère

☐ Portage repas

☐ Voisins

☐ Facteur

☐ Autres

☐ Connue d'un réseau gérontologique

☐ Télé-assistance

(si non à tous les items = Pas d'aidants)

Existence d'une mesure de protection juridique : ☐ oui ☐ non

2) Evaluation initiale

IMC :

Présence d'une confusion à l'entrée : ☐ oui ☐ non

MMS : ☐ 0-10 ☐ 11-20 ☐ 21-25 ☐ 26-30

GDS : baisse de moral ☐ oui ☐ non

Hypotension orthostatique ☐ oui ☐ non

Douleur : ☐ oui ☐ non

Troubles trophiques : ☐ escarres ☐ ulcères artério-veineux ☐ autres

Verticalisation ☐ oui ☐ non

Mobilité :

☐ Grabataire au lit

☐ Grabataire au fauteuil

☐ Autonome en fauteuil roulant

☐ Marche en déambulateur ou rollator

☐ Marche avec canne (simple ou canne anglaise)

☐ Marche sans aide technique

Nombre de chutes dans les 6 derniers mois :

Autonomie à l'entrée :

☐ Habillage : A, B ou C

☐ Toilette : A, B ou C

☐ Alimentation : A, B ou C

☐ Continence : A, B ou C

☐ Déplacements : A, B ou C

☐ Cognition/comportement : A, B ou C

☐ Relation : A, B ou C

3) Evaluation intermédiaire

Nombre de chutes pendant l'hospitalisation :

☐ aucune

☐ 1

☐ > 1

Nombre d'évènements intercurrents en cours d'hospitalisation :

Nombre total d'actes de rééducation pendant la durée de l'hospitalisation : par semaine et par patient (Médecin IDE, Kinésithérapie, Ergothérapie, Psychologue, Orthophoniste, Assistante sociale) :

Utilisation du jardin thérapeutique : ☐ oui ☐ non

Calendrier mictionnel : ☐ oui ☐ non

Consultation Diététique : ☐ oui ☐ non

4) Evaluation finale

IMC :

MMS : ☐ 0-10 ☐ 11-20 ☐ 21-25 ☐ 26-30

GDS : baisse de moral ☐ oui ☐ non

Douleur : ☐ oui ☐ non

Troubles trophiques : ☐ escarres ☐ ulcères artério-veineux ☐ autres

Verticalisation ☐ oui ☐ non

Mobilité :

☐ Grabataire au lit

☐ Grabataire au fauteuil

☐ Autonome en fauteuil roulant

☐ Marche en déambulateur ou rollator

☐ Marche avec canne (simple ou canne anglaise)

☐ Marche sans aide technique

Autonomie à la sortie :

☐ Habillage : A, B ou C

☐ Toilette : A, B ou C

☐ Alimentation : A, B ou C

☐ Continence : A, B ou C

☐ Déplacements : A, B ou C

☐ Cognition/comportement : A, B ou C

☐ Relation : A, B ou C

RESUME de la THESE

Introduction : Face à un vieillissement important de la population, la gestion des soins se réforme progressivement. L'organisation des différents acteurs en filières permet d'optimiser la prise en charge des patients tout en essayant de maîtriser les dépenses de santé. L'objectif de notre travail est de démontrer qu'il existe des critères significatifs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée permettant d'anticiper et d'améliorer l'élaboration du projet de vie d'un patient âgé fragile hospitalisé.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 100 dossiers de patients hospitalisés dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation du CHRU de Nancy, tous transférés depuis le service de court séjour du même CHRU, entre juillet 2013 et mars 2014. Pour chaque patient, à partir de son dossier harmonisé, nous avons relevé les caractéristiques socio familiales et médicales, la proposition de sortie formulée par chacun des deux services ainsi que la sortie réelle finale du patient. Nous avons analysé les critères significatifs pour chaque mode de sortie ainsi que les critères significativement associés à une discordance ou une concordance entre les propositions des services et la sortie effective.

Résultats : Sur les 100 patients, dont 68% de femmes, 42% rentrent à domicile, 30% sortent en EHPAD et 12% sont orientés vers une USLD. Les 16% restant sont orientés vers un autre service ou décédés. Les principaux facteurs associés à un retour à domicile sont le sexe féminin, l'absence de chute au cours des six derniers mois et la marche possible avec un déambulateur. L'institutionnalisation en EHPAD est elle plutôt associée à un isolement familial, des troubles cognitifs et anxiodépressifs, la présence de chute dans les six derniers mois et une mobilité réduite. Les propositions de sortie entre MCO et SSR discordent dans 32% des cas. L'ensemble des résultats montrent que la discordance touche surtout les patients les plus fragiles ; ceci souligne l'intérêt d'une action coordonnée entre court séjour et SSR.

TITRE en ANGLAIS : Factors of influence and specificity of the geriatric expertise in the orientation of an elderly patient hospitalised in a follow up care and rehabilitation service (SSR) : a retrospective study on the cases of a hundred patients in the SSR service of the CHRU of Nancy

THESE: Médecine générale 2014

MOTS-CLES : Evaluation Gériatrique Standardisée, fragilité, SSR, filières, retour à domicile, institutionnalisation, EHPAD

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex