



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-theses-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>

Université Henri Poincaré, Nancy I
2005

T/NCY/2005/BLAISE-PTAK
DOUBLE (double) 182684₂
C
Faculté de Médecine de Nancy
N° 48



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Laurence BLAISE-PTAK

Le 8 juin 2005

FACTEURS PREDICTIFS DE LA DUREE D'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE.

Etude de 196 patients dans le service de Gériatrie du CHU de Nancy.

Examineurs de la thèse :

M. F. PAILLE	Professeur	Président
M. F. PENIN	Professeur	Juges
M. A. BELLOU	Professeur	
Mme B. HANESSE	Docteur en Médecine	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 251151 1

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – 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 – Professeur Eric LABOUYRIE

=====

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

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-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

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

Professeur Guy PETIET – 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 – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

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 et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

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

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean PAYSANT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur F. PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

En vous remerciant d'avoir accepté de présider ce jury, pour vos cours durant nos études et le stage dans votre service.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur F. PENIN

Professeur de Médecine Interne

Merci de participer au jury de cette thèse, en souvenir de vos cours donnés durant notre cursus et de la transmission de vos connaissances cliniques lors de notre stage dans votre service.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur A. BELLOU

Professeur de Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement.

C'est avec plaisir que nous avons sollicité et obtenu votre accord pour participer à ce jury. En souvenir de notre stage et nos gardes d'externe puis de résident au Service des Urgences.

A notre Juge

Madame le Docteur B. HANESSE

Praticien Hospitalier, Gériatre au CHU de Nancy

Merci de nous avoir proposé ce sujet de thèse, de nous avoir aidée et soutenue tout au long de sa réalisation.

Un grand merci à mon mari Raphaël qui m'a soutenue et aidée tout au long de mes études et de la réalisation de cette thèse.

Pour notre fille Julie, qui illumine notre vie depuis maintenant presque trois ans.

Merci à mes parents de m'avoir soutenue dans mes études, de m'avoir laissée libre dans mes choix personnels et professionnels.

Pour mes frères, beaux-frères, belles-sœurs, et beaux-parents.

Pour toute ma famille, présente ou disparue.

Pour tout mon entourage, notamment Magali que je remercie pour son amitié et son soutien.

Merci aussi au personnel du Service de Gériatrie : internes, médecins, infirmières, aides-soignantes, ASH, secrétaires...

Qu'ils voient ici un remerciement de leur soutien et de leur aide lors de mon stage puis lors de la réalisation de cette thèse.

SERMENT

"Au 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".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	18
I - REVUE DE LA LITTERATURE	19
1. Introduction	19
1.1. Démographie	19
1.2. Loi du 31 juillet 1991 : PMSI et GHM	19
1.3. Identification du sujet	20
2. Facteurs explicatifs de la durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées	21
2.1. Prise en compte systématique des variables sociales	21
2.2. Identification de facteurs liés à la durée d'hospitalisation	22
2.3. Intérêts et limites du modèle GHM	22
2.4. La démence	23
2.5. Les séjours prolongés	24
3. Devenir des patients âgés à l'issue de l'hospitalisation de court séjour	24
3.1. Les conflits conjugaux au 4 ^{ème} âge	24
3.2. Influence des difficultés d'orientation à la sortie sur la durée de séjour	25
3.3. Influence des paramètres sociologiques sur le mode de sortie	25
3.4. Population admise en USLD et en maison de retraite : comparaison	26
3.5. Risque de réhospitalisation non programmée	27
4. L'urgence en gériatrie	28
4.1. Description de 311 patients de plus de 60 ans admis dans un service d'urgence	28
4.2. L'urgence médico-sociale, réalité complexe	29
4.3. Devenir des patients de plus de 70 ans admis en urgence selon leur mode de prise en charge	30
4.4. Description de 150 patients très âgés admis aux urgences.....	30

5. Modèles de prise en charge globale de la personne âgée hospitalisée	31
5.1. L'expérience de Brest	31
5.2. SAU gériatrique de l'hôpital Bigottini, Région Parisienne	31
5.3. Prise en charge multidimensionnelle gériatrique à l'Hôpital Bichat de Paris ...	32
5.4. L'Evaluation Gérontologique Standardisée	32
6. Expérience du service de Médecine B du CHU de Nancy : article de 1993.....	34
6.1. Vieillesse de la population hospitalisée.....	34
6.2. Durée moyenne de séjour et hospitalisation de plus de 30 jours	35
6.3. La réhospitalisation	35
6.4. La polypathologie	35
6.5. Les affections psychogériatriques	35
6.6. Les soins infirmiers	36
6.7. Les difficultés de placement	36
7. Tableau récapitulatif des facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées.....	37
 II – ETUDE	38
 1. Objectifs	38
1.1. Description de la population hospitalisée et de son séjour	38
1.2. Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour gériatrique	38
1.3. Répercussion d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale sur la durée de séjour.....	38
 2. Méthodologie	38
2.1. Cadre	38
2.2. Méthode	39
2.2.1. Type d'étude.....	39
2.2.2. Outils	40

3. Présentation des résultats	41
3.1. Exhaustivité	41
3.2. Description de la population hospitalisée et de son séjour	41
3.3. Facteurs explicatifs de la durée moyenne de séjour.....	54
3.4. Effets d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale	56

III – DISCUSSION 57

1. Le patient et son séjour.....	57
1.1. Le patient	57
• Age	57
• Sexe	57
• Profil du patient	57
1.2. Les conditions d'hospitalisation	58
1.3. Le décès	59
1.4. La durée moyenne de séjour.....	59
2. Facteurs prédictifs de la durée moyenne de séjour	59
2.1. Le patient	59
• Age.....	59
• Sexe	60
• Isolement	60
2.2. La réhospitalisation	60
2.3. La démence	61
2.4. Diagnostics psychiatriques et cardiovasculaires	61
2.5. La polypathologie	61
2.6. La dépendance	62
• Le degré d'autonomie	62
• Les aides à domicile	62
2.7. Les complications	62
2.8. Le décès au service	63



2.9.	La question sociale	63
2.9.1.	Existence d'un problème social durant l'hospitalisation	63
2.9.2.	Motif social d'hospitalisation	64
2.9.3.	Contact avec le médecin traitant	64
2.9.4.	Souhait de retour à domicile	64
	• Par le patient	64
	• Par le référent	65
2.9.5.	Les structures d'aval	65
2.10.	Délai d'attente d'un examen ou d'une consultation.....	66
3.	Sensibilisation à la situation sociale	66
4.	Conclusion de la discussion	67
	CONCLUSION	71
	BIBLIOGRAPHIE	72
	ANNEXES	75
1.	Fiche de recueil des données	76
2.	Echelle ADL de Katz	78
3.	Test MNA.....	79
4.	Echelle de dépression GDS	80
5.	MMS de Folstein	81
6.	Stades de l'escarre de décubitus	82
7.	Codification des antécédents et des diagnostics médicaux créée à partir de la CIM 10	84
8.	Répartition des antécédents actifs et des diagnostics significatifs	87
9.	Liste des abréviations	90
10.	Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique	93



INTRODUCTION

La moyenne d'âge des patients hospitalisés a augmenté avec l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale. La durée moyenne de séjour (DMS) des patients âgés hospitalisés a suivi la même évolution contrairement aux patients plus jeunes.

Dans un premier temps, une revue de la littérature nous permettra de recenser les facteurs prédictifs de la DMS déjà connus et d'appréhender la complexité et les difficultés de la prise en charge du sujet âgé hospitalisé.

Nous nous proposons ensuite d'étudier le profil des patients hospitalisés dans le service de Gériatrie au CHU de Nancy et de leur séjour, de définir les différents facteurs prédictifs de leur DMS par rapport à ceux déjà connus et d'évaluer la répercussion sur cette DMS d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale des patients.

Enfin, ces différents résultats seront discutés, en comparaison avec les données de la littérature, afin d'améliorer la connaissance de l'hospitalisation des personnes âgées et de faire des propositions susceptibles de diminuer la DMS.

I – REVUE DE LA LITTERATURE

1 - Introduction

1.1. Démographie

Au 1^{er} janvier 2001, la France comptait 59 039 713 personnes dont 16,1 % de plus de 65 ans et même 0,8 % de plus de 90 ans soit 479 318 personnes. Le sex ratio bénéficiait aux femmes et ce d'autant plus que l'âge était avancé : 4,6 contre 3,7 % de 70 à 74 ans, 0,9 contre 0,3 % et 0,3 contre 0,1 % respectivement pour les 90-94 ans et 95 ans et plus (1).

Ces chiffres à eux seuls expliquent que l'âge moyen des patients hospitalisés a augmenté, surtout dans les services de Gériatrie.

1.2. Loi du 31 juillet 91 : PMSI et GHM

La Loi du 31 juillet 1991 oblige les établissements de santé, publics et privés, à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leurs activités. Depuis 1997, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) est assuré de manière quasi exhaustive par l'ensemble des hôpitaux français. Schématiquement, le PMSI comporte le remplissage d'un dossier minimum comportant des variables administratives et des variables médicales, codées sur la base de la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM 10) pour les diagnostics et du catalogue des Actes Médicaux (CdAM) pour les actes.

Les données recueillies font ensuite l'objet d'un regroupement en un nombre volontairement limité de groupes de malades présentant un coût voisin et une similitude médicale, les Groupes Homogènes de Malades (GHM), selon l'algorithme de décision bien précis appelé « groupage ». Parmi les variables orientant le groupage, on retrouve le diagnostic principal et les actes, permettant d'orienter vers les groupes

médicaux ou chirurgicaux, et les diagnostics associés qui, en association ou non avec l'âge, permettent de sous-classifier les séjours.

Chaque GHM a un poids compté en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) permettant d'évaluer dans une unité commune, l'activité produite dans les hôpitaux à partir de données médico-économiques de l'échelle nationale du coût fournies par un échantillon d'établissements. En fonction de son nombre de points ISA, chaque GHM se positionne par rapport aux autres sur une échelle de coûts relatifs.

Par convention, le GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication) reçoit un poids de 1000 points ISA et tous les autres GHM se positionnent par rapport à ce « GHM calant ». Schématiquement, plus un GHM est affecté d'un nombre de points ISA élevé, plus son coût est élevé (2).

Actuellement, on se dirige vers une tarification à l'activité (T₂A). Son application touchait déjà 10 % du budget de l'hôpital pour 2004. La T₂A induit une répartition financière en Groupe Homogène de Séjour (GHS). A un GHS correspond une enveloppe financière avec des pénalités si la durée moyenne de séjour s'allonge. Ainsi, à GHM identique, le patient a tout intérêt pour l'institution à avoir une courte durée de séjour. Néanmoins, les gériatres optimistes opposeront à ceci que si le séjour se prolonge, c'est qu'il existe des comorbidités associées lourdes comme la dénutrition par exemple, celle-ci étant très rentable en terme de valorisation financière (3).

1.3. Identification du sujet

Certains auteurs proposent d'inclure de nouveaux critères à la codification des hospitalisations des personnes âgées, critères qui ont été analysés dans différentes études pour expliquer la durée moyenne de séjour et la complexité de la prise en charge de ces patients.

2. Facteurs explicatifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées

Un certain nombre d'auteurs a publié différentes études ayant pour objectif de définir le rôle de plusieurs critères, aussi bien sociaux, administratifs que médicaux, dans la durée d'hospitalisation des personnes âgées.

2.1. Prise en compte systématique des variables sociales

Une vaste étude de 1983-84 a porté sur 2134 patients âgés de 75 ans et plus, admis dans 23 services de médecine ou gériatrie court séjour d'Aquitaine.

Les variables explicatives pour cette étude comportaient l'environnement social, l'habitat, le motif d'hospitalisation et le type d'hôpital. Le diagnostic principal et les diagnostics associés étaient secondairement rattachés à l'une des classes de la base de données proposée par l'OMS pour la mise en tableau des causes de morbidité, conformément à la CIM9. Deux variables dépendantes ont été successivement considérées : la durée totale du séjour dans le service et le « délai d'attente » (ou « séjour social »). Les 2134 patients étaient constitués de 62 % de femmes, l'âge moyen était de 82,1 ans. Les diagnostics principaux étaient dominés par la pathologie cardiovasculaire et les autres affections cardiaques et vasculaires. La durée moyenne de séjour dans les services était de 13,6 jours avec de fortes variations selon le diagnostic principal. 64 % des patients étaient restés moins de 2 semaines. La DMS des patients transférés vers un autre service de court séjour était plus brève (10 jours). 12 % des patients sont décédés, leur DMS était plus élevée : 14,7 jours.

10 % du total des journées d'hospitalisation ont été passés à attendre la sortie du service court séjour. Le délai d'attente moyen variait avec le diagnostic principal (il s'élevait avec les pathologies invalidantes et surtout la démence). Ce délai d'attente était étroitement lié à l'orientation à la sortie (il culminait pour l'attente d'une place en unité de soins de longue durée). Ainsi, cette étude a démontré une variabilité de la durée de séjour en fonction bien sûr du diagnostic principal, mais également en fonction de facteurs sociaux, certains liés au patient (vivre seul, entourage présent ou non, lieu de vie...), d'autres liés aux structures de soins (influence sur la durée totale du séjour mais pas sur le délai d'attente). Inversement, le délai d'attente est

étroitement lié aux structures de soins dont le patient nécessitera après sa sortie de court séjour.

En conclusion, les auteurs proposaient une prise en compte systématique, dans le dossier médical, des variables sociales au même titre que les diagnostics afin de favoriser l'orientation précoce de la personne âgée vers une structure adaptée (4).

2.2. Identification de facteurs liés à la durée d'hospitalisation

Une enquête de un an portant sur l'ensemble des patients hospitalisés dans un service de court séjour gériatrique du CHR de Toulouse (1990-91) avait pour objectif d'identifier les facteurs liés à la durée de séjour des patients hospitalisés : moyenne d'âge élevée (83 ans) prédominance féminine (64 %), la DMS globale était de 13 jours, 9,5 pour les patients décédés (15 %).

Plus que le type de pathologie, ce sont la dépendance pour les actes de la vie et la sévérité de la maladie qui sont corrélées à la durée d'hospitalisation. A côté de facteurs purement médicaux, les capacités fonctionnelles, le contexte social sont importants à considérer si l'on veut mesurer les activités d'un service de gériatrie et appréhender la « charge de soins ». Les variables gériatriques retenues comme explicatives dans cette étude étaient comparées à celles recueillies dans le cadre du PMSI pour définir le GHM. La méthode de classification semblait, pour les auteurs, pénaliser les services qui pratiquent une médecine globale, orientée vers la qualité de vie et la prévention du handicap. Ils terminent leur article en proposant d'introduire des « identificateurs gériatriques » dans le case mix hospitalier et de prendre en compte la densité des soins en plus de la durée de séjour (5).

2.3. Intérêts et limites du modèle GHM

J. Holstein (6) et coll ont publié plusieurs articles décrivant diverses études dans le même domaine.

En 1993, ils testent la pertinence du modèle GHM dans une population spécifique de patients âgés afin d'en déterminer l'intérêt et les limites : celui-ci se révèle peu pertinent, avec une part de variance expliquée de la durée de séjour de 3,7 %. Ils ont testé également l'intérêt de l'adjonction d'autres variables explicatives pertinentes dans l'explication de la durée de séjour de cette population particulière : certaines

variables additives comme l'existence d'une aide sociale antérieure à l'hospitalisation, la présence d'un conjoint et le nombre de diagnostics significatifs augmentent la puissance explicative du modèle, en atteignant une variance expliquée de 21 %. Cette étude avait concerné 1030 séjours et 935 patients. L'âge moyen de la population était de $86,1 \pm 4,31$ ans (80-105), avec un sex ratio favorable aux hommes (1,38). Le taux d'exhaustivité du recueil était de 96 %, le taux de décès de 16,9 % et la durée moyenne de séjour de $18,7 \pm 14,82$ jours (1-95).

En 1992, les travaux effectués à Nancy, en gériatrie, avaient déjà mis en évidence une part de variance expliquée par le modèle GHM de 7,6 % en court séjour gériatrique (7). Cette part d'explication était très faible alors même que la population gériatrique représentait 20 à 50 % des sortants des services de court séjour (8).

En 1995, J. Holstein (9) reprend les résultats de l'étude de 93 avec les mêmes conclusions, à savoir que le GHM se révèle peu pertinent et que d'autres variables additives sociales et médicales augmentent significativement la puissance du modèle. Mais il démontre également que les modèles de morbidité gériatrique et le type d'habitat participent à l'explication de leur devenir.

En 1994, O. Saint-Jean (10) avec d'autres médecins publient une étude réalisée dans leur service de Médecine Interne et Gériatrie en 1990. Elle portait sur 100 patients de 80 ans et plus. Une relation linéaire perdurait entre le prix des CSBM (Consommation des Services et Biens Médicaux) et la durée de séjour, même si des facteurs explicatifs de la durée de séjour montraient l'importance de la multimorbidité et de son articulation en modèle de morbidité gériatrique. Les auteurs en concluent que toute budgétisation par l'usage médico-économique du PMSI en Gériatrie ne pouvait que conduire à un appauvrissement des services la pratiquant et à renforcer le mouvement d'exclusion perceptible du système sanitaire hospitalier des patients les plus âgés et les plus dépendants.

2.4. La démence

Parmi les facteurs explicatifs de la durée de séjour hospitalier étudiés dans différentes études, on retrouve la démence : les conclusions sont différentes d'une étude à l'autre. En 1997, SH Kim et coll écrivent dans l'American Geriatrics Society que la démence

constitue un facteur d'allongement de la durée d'hospitalisation et un facteur prédictif d'entrée en institution. Néanmoins, ils expliquent que ces patients sont de moins grands consommateurs de consultations « externes ». Ainsi, les déments seraient moins « malades » physiquement (11), ou moins aptes à se rendre aux consultations, à ne pas oublier les rendez-vous. Inversement, E. Pautas (12) avait démontré en 1996 au travers d'une étude prospective sur fichiers de patients de plus de 80 ans, qu'au prix d'une prise en charge médico-sociale adaptée, la durée d'hospitalisation et le devenir des sujets déments peuvent être identiques à ceux des sujets non déments, contrairement aux idées communément admises.

2.5. Les séjours prolongés

En 2000, une étude propose d'identifier le profil d'un séjour prolongé (au sein des hospitalisations de court séjour) en se servant des données du PMSI. Un séjour de longue durée (SLD) était défini arbitrairement comme un séjour dépassant 30 jours. Les SLD représentaient 3,7 % des résumés de sortie standardisés de leur hôpital (567 lits d'hospitalisation aiguë au moment de l'étude). Les patients concernés provenaient principalement du domicile et leur parcours dans l'établissement était essentiellement multi-unités. Les auteurs en concluaient que des variables simples et descriptives (comorbidité préexistante et acquise, admission en chirurgie, séjours multi-unités, trajectoire du patient) permettaient d'identifier les séjours dont la durée risquait d'être longue. Des variables simples ajoutées au dossier existant permettaient d'envisager une approche prédictive (meilleure allocation des ressources, filière d'orientation des malades) (2).

3. Devenir des patients âgés à l'issue de l'hospitalisation de court séjour

Comme on l'a déjà vu dans le chapitre précédent, le devenir des patients joue un rôle sur la durée d'hospitalisation. Nous avons retrouvé quelques articles qui l'ont étudié.

3.1. Les conflits conjugaux au 4^{ème} âge

Un premier article l'évoque à travers un problème particulier : les conflits conjugaux au quatrième âge.

A partir de 3 cas cliniques de patients hospitalisés pour une affection organique aiguë et vivant au domicile de leur conjoint, les auteurs analysent comment, d'une part, un équilibre conjugal plus ou moins précaire peut basculer au décours d'un épisode médical aigu et d'autre part quelle voie de dégagement, en l'occurrence l'entrée en institution, emprunte ce conflit conjugal, ainsi que les facteurs psychologiques, administratifs et juridiques qui favorisent cette issue, ceci amenant à une réflexion éthique concernant le devenir des personnes âgées hospitalisées. Les auteurs en concluent que le rôle du gériatre ne se limite pas à un rôle technique du point de vue strictement médical, qu'il doit pouvoir imaginer, en accord avec son patient, un projet d'avenir pour ce dernier (13).

3.2. Influence des difficultés d'orientation à la sortie sur la durée de séjour

Un deuxième article rapporte une étude prospective réalisée en 1991-92 sur 426 personnes de plus de 75 ans, hospitalisées par les urgences d'un CHU. L'objectif était de quantifier l'influence des difficultés d'orientation à la sortie sur la durée de séjour, indépendamment d'autres facteurs de risque. La DMS était de $18,3 \pm 15,4$ jours. L'orientation en fin de séjour vers une structure d'hébergement et de soins de suite était associée à une durée de séjour prolongée de 12 jours par rapport à un retour à domicile. Etaient également associés à une durée de séjour prolongée, un motif d'hospitalisation purement social, rare cependant, médico-social souvent, les diagnostics de démence, altération des fonctions supérieures, désorientation, chute ou altération de l'état général, un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, l'absence de souhait de retour à domicile par le référent. En analyse multivariée, l'orientation vers une structure d'hébergement ou de soins était le premier facteur explicatif avec 12 % de variance expliquée, ce qui suggérait l'influence majeure du blocage des filières d'aval sur la durée de séjour. Enfin, les auteurs discutaient de l'opportunité d'une prise en charge sociale et gériatrique précoce afin d'anticiper les éventuels problèmes d'orientation en fin de séjour (14).

3.3. Influence des paramètres sociologiques sur le mode de sortie

En 2001, A. Coppin (15) publiait dans un autre article une étude réalisée entre mars et juillet 1998 ; tous les malades hospitalisés dans le service de médecine Gériatrique du CHU de Rouen et nécessitant une prise en charge sociale ont été inclus. Sept paramètres sociologiques étaient évalués (volonté personnelle du malade, ressources

financières, état de santé, avis de l'entourage, état du logement, seuil de tolérance de l'équipe soignante et limites d'accueil des établissements) ainsi que le mode de sortie envisagé à l'issue de l'évaluation médico-sociale. Ces dossiers étaient confrontés 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 de $84,8 \pm 6,4$ ans. En moyenne, 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 personnelle du malade. L'influence de la volonté personnelle tendait à être plus importante dans le groupe retournant à 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. Dans cette étude, on note que 25,5 % des malades hospitalisés nécessitaient un recours à une évaluation sociale, leur durée d'hospitalisation était de $21,6 \pm 14,6$ jours contre $13 \pm 8,3$ jours pour l'ensemble des patients hospitalisés. Le délai moyen entre l'établissement du projet de sortie et la sortie était de $12,4 \pm 12,3$ jours.

Cette étude démontre donc que le projet de sortie était très souvent rapidement réalisable dans un service de court séjour gériatrique. La concordance entre le mode de sortie envisagé et le mode de sortie effectif était bonne et pouvait être améliorée par l'augmentation des capacités d'accueil dans les services de soins de suite et en institution, ainsi que par l'extension des prestations de maintien à domicile.

3.4. Population admise en USLD et en maison de retraite : comparaison

Plus récemment, en 2002, est publiée une étude effectuée à partir des données du PMSI gériatrique, obtenues en 1999 à l'Hôpital Gériatrique E. Roux (Val de Marne). L'objectif était de comparer selon des critères médicaux, la population transférée en unité de soins de longue durée à celle adressée en maison de retraite, à l'issue d'une hospitalisation en soins de suite gériatriques. Par rapport aux patients adressés en maison de retraite, ceux adressés en soins de longue durée sont en plus grande majorité des hommes, avec une proportion significativement plus grande de patients présentant une dépendance considérée comme totale, quel que soit le type de dépendance considéré et leur durée moyenne de séjour est plus longue (162 ± 103

jours, versus 109 ± 94 jours). De plus, le nombre d'épisodes pathologiques intercurrents était supérieur, ainsi que le nombre de diagnostics associés significatifs au cours de leur séjour en soins de suite.

Ainsi, les patients entrant en unités de soins de longue durée sont plus dépendants que les patients allant en maison de retraite, mais ils relèvent surtout d'une prise en charge médicale plus lourde. Les auteurs se sont alors demandé si la dimension médicale de leur prise en charge allait être assumée par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), lorsqu'ils ne relèveront plus de soins prolongés (16).

3.5. Risque de réhospitalisation non programmée

Enfin, un dernier aspect du devenir des personnes âgées à l'issue de l'hospitalisation dans un service de court séjour gériatrique est le risque de réhospitalisation non programmée. C'est le sujet qu'abordent, en 2000, les auteurs d'une étude cas-témoin d'un an au CHRU de Dijon. Tous les patients hospitalisés durant cette période ont bénéficié lors de leur sortie du service, d'une évaluation médico-psycho-sociale selon un formulaire prédéterminé. Une comparaison des caractéristiques de l'hospitalisation initiale a ensuite été faite sur les 96 patients réhospitalisés (RH) durant cette période et 96 témoins non réhospitalisés durant la même période (T), tirés au sort par méthode informatique et randomisés par sexe et âge. La comparaison des motifs d'hospitalisation, des caractéristiques nutritionnelles et cognitives, du niveau d'autonomie n'a montré aucune différence entre les RH et les T. Seuls certains items concernant l'évaluation socio-économique (coopération de l'entourage pour organiser la sortie du patient, adéquation de la situation financière par rapport aux besoins du patient, adéquation de l'environnement à l'état de dépendance) étaient significativement moins bons chez les RH par rapport aux T.

Les auteurs concluaient ainsi que les facteurs de risque de réhospitalisation étaient extrêmement variables d'une étude à l'autre, tantôt médicaux, tantôt sociaux ou dépendants de la durée de séjour de l'hospitalisation initiale. Il semblait en fait que les causes de ces réhospitalisations soient multiples et intriquées, variables en fonction de la tranche d'âge intéressée, de la structure hospitalière concernée et du pays impliqué.

Le taux de réhospitalisation paraît donc être un indicateur peu fiable et dangereux concernant la qualité de la prise en charge dans une structure donnée (17).

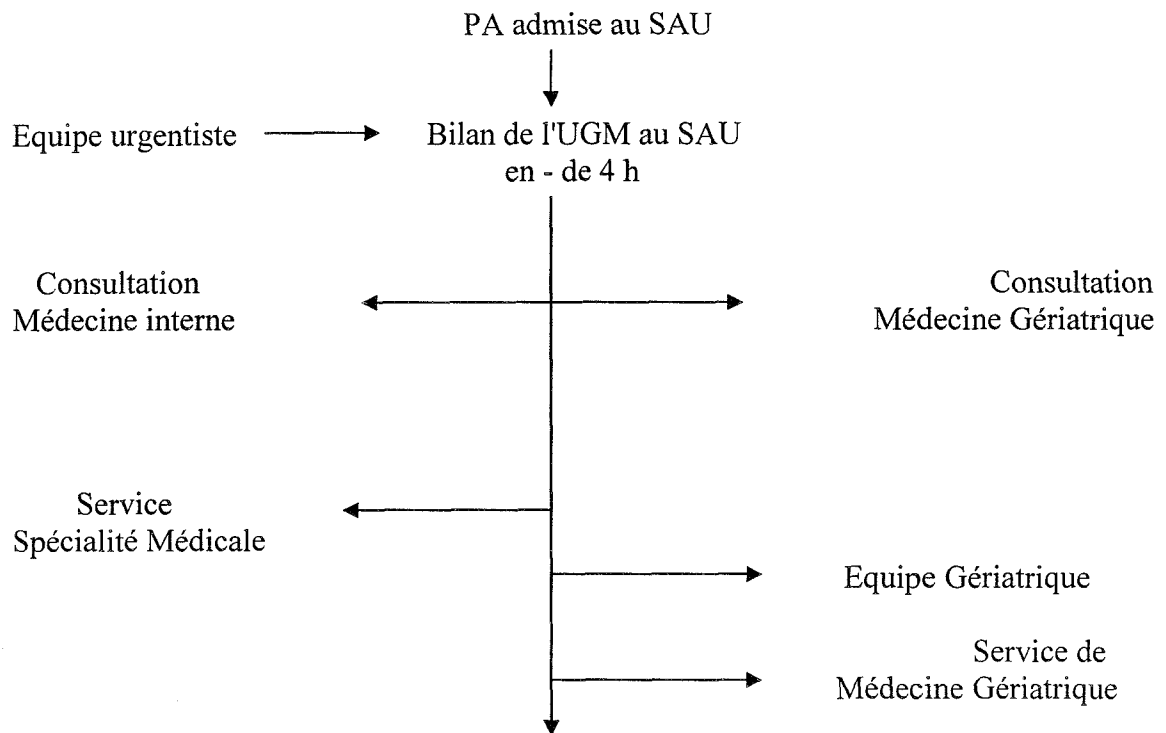
4. L'urgence en gériatrie

En effet, c'est le mode le plus fréquent d'entrée en service de court séjour gériatrique.

4.1. Description de 311 patients de plus de 60 ans admis dans un service d'urgence

En 1992-93, une étude prospective, sur 8 semaines, portant sur 311 admissions de personnes âgées de 60 ans et plus dans un service d'urgence d'un CHG, avait pour objectif de déterminer les caractéristiques de cette population et les facteurs responsables des difficultés d'orientation dans les services de médecine. La polypathologie était présente chez 45 % des patients, 36 % des admissions n'avaient pas de caractère d'urgence. Seuls 3 % des patients avaient eu un bilan d'autonomie au service des urgences. 42 % avaient été orientés dans un service de médecine, sans logique médicale, au gré de la disponibilité des lits. 30 % avaient pu bénéficier d'une orientation en médecine gériatrique.

Cette étude montrait la nécessité de disposer de moyens spécifiques de prise en charge des urgences gériatriques médicales à partir du service d'accueil des urgences, adaptés à chaque centre hospitalier général : consultation hospitalière de médecine interne et gériatrique, unité d'hospitalisation de courte durée, premier bilan d'autonomie réalisé au service d'urgence, département gériatrique spécifique. Un organigramme de fonctionnement utilisable dans tout hôpital général pour améliorer la prise en charge des urgences gériatriques médicales à partir des urgences est proposé (18)



UHCD (Unité Hospitalisation de Courte Durée)

4.2. L'urgence médico-sociale, réalité complexe

L'urgence médico-sociale chez la personne âgée est une réalité complexe, difficile à appréhender et à gérer. Elle s'enseigne en théorie mais s'apprend sur le terrain. Les limites d'un système "formel" de soins ambulatoires sont évidentes. Ce système doit être optimisé, car il coûte cher et ne permet pas d'éviter de nombreuses hospitalisations. L'hôpital fait et fera toujours du social et donc il ne faut pas demander si l'on doit accepter les hospitalisations sociales mais identifier rapidement les problèmes. Ainsi, le médecin de "premier recours" rencontre de nombreuses difficultés face à ces patients très chronophages et a donc besoin d'aide pour accéder aux réseaux formels de soins. Néanmoins, aucune intervention médico-sociale, aussi sophistiquée soit-elle, ne peut remplacer le recours indispensable des réseaux informels (famille, voisin, entourage) (19).

4.3. Devenir des patients de plus de 70 ans admis en urgence selon leur mode de prise en charge

En 1999, aux Etats Unis, le devenir de patients de plus de 70 ans, admis en urgence à l'hôpital et ne relevant pas d'une admission en unité spécialisée a été comparé : par tirage au sort, 651 patients inclus étaient adressés soit en unité médicale classique, soit dans une unité mettant en œuvre une réadaptation gériatrique précoce. Il en résultait que le fait de cumuler des stratégies de réadaptation dès l'admission, aux phases de diagnostic et traitement spécifiques, comme un séjour de court séjour classique, permettait de réduire la durée d'hospitalisation, l'entrée en institution et la perte d'autonomie (20).

4.4. Description de 150 patients très âgés admis aux urgences

En 2001, l'objectif d'une étude publiée dans la Presse Médicale est d'évaluer la fréquence de recours aux soins urgents des personnes très âgées, les caractéristiques de ces patients et leur prise en charge. 150 patients consécutifs "très âgés" de plus de 90 ans, ont été évalués dans le SAU, qu'ils soient accueillis du côté médical ou chirurgical. Ont été recueillis : le mode d'entrée, l'heure et le motif d'admission, l'importance du handicap et le lieu de vie, la gravité à l'arrivée, les examens complémentaires réalisés au SAU, la durée de séjour dans le service ainsi que l'orientation à la sortie. Les caractéristiques des patients très âgés ont été comparées à celles des patients âgés (75-90 ans). Sur une période de 33 jours, 150 patients sur 4888 avaient plus de 90 ans (soit 4,4 %), adressés par le médecin traitant pour 76,2 %. 1/4 sont retournés à leur domicile antérieur (surtout si problème chirurgical). Il n'apparaissait pas de différence significative concernant le mode d'entrée au SAU, la durée de la présence dans le service et l'orientation à la sortie du service entre les 75-90 ans et les plus de 90 ans.

Ainsi, les patients "très âgés" avaient fréquemment recours au SAU par l'intermédiaire de leur médecin traitant. Leur pathologie était sévère et leur handicap lourd, ce qui expliquait qu'ils étaient très majoritairement hospitalisés (21).

5. Modèles de prise en charge globale de la personne âgée hospitalisée

5.1. L'expérience de Brest

L'expérience de Brest, à savoir une évaluation gériatologique précoce par une équipe médico-sociale composée d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale (AS), présente toute la journée, mise en place en 1993 au sein même des urgences, a démontré que l'on abaissait le nombre d'hospitalisations directes et à distance. Cette structure accueille les patients de 75 ans et plus (sauf ceux nécessitant la prise en charge d'une pathologie aiguë). A noter également la création de 8 lits d'hospitalisation de courte durée en 1998, ce qui permet aux patients âgés, admis après 18 heures d'attendre jusqu'au lendemain le passage du médecin gériatre ou de l'AS.

Le patient est déjà examiné par le médecin en poste aux urgences, puis orienté vers l'accueil gériatologique. Un gériatre réalise l'évaluation médicale et fonctionnelle (le médecin traitant est systématiquement contacté). L'AS est chargée d'enquêter sur le plan social auprès du patient, mais aussi de sa famille et de son entourage. Cette évaluation se veut donc globale. Différentes orientations sont ensuite discutées avec tous les intervenants (famille, patient, médecin, AS...) : retour à domicile $\pm$ hôpital de jour, admission en soins de suite, en institution, en hospitalisation... Un accueil gériatologique aux urgences permet d'éviter une hospitalisation dans environ 50 % des cas. Pour les patients rentrés à domicile, après évaluation aux urgences, le taux de "réhospitalisation non programmée" est faible à un an : 11 % (22-23).

5.2. SAU Gériatrique de l'Hôpital Bigottini, Région Parisienne

Fonctionnement du SAU gériatrique de l'hôpital René Bigottini en région parisienne : 2 établissements de soins généraux en Seine Saint Denis se sont associés à un hôpital gériatologique pour la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de l'urgence. L'équipe du SAU gériatrique comporte deux médecins gériatres (1 par établissement) et 1 assistante sociale (qui intervient sur les 3 sites). Présents par demi-journées, ils interviennent sur demande des services d'urgence. Le dossier spécifique comporte 3 volets : médical, social et infirmier. L'objectif est d'apporter une réponse rapide et adaptée. Selon la situation, soit hospitalisation, soit retour au lieu de vie antérieur

(avec mise en place ou augmentation des aides pour un ultime essai) sont proposés. Pour 42 % des patients accueillis, le maintien à domicile est devenu impossible. A noter qu'en théorie, les patients restent hospitalisés au service de 24 à 48 h (déterminé par la disponibilité de lits dans les services d'accueil) (24).

5.3. Prise en charge multidimensionnelle gériatrique à l'hôpital Bichat de Paris

Une étude du début des années 1990, réalisée à l'Hôpital Bichat de Paris, a comparé la durée d'hospitalisation d'un groupe de patients bénéficiant d'une prise en charge multidimensionnelle gériatrique durant les 30 premiers jours d'hospitalisation par rapport à une population témoin. Ils ont ainsi démontré que le fait de pouvoir facilement identifier le niveau de dépendance des patients, leurs conditions de vie et d'envisager un placement provisoire ou définitif à l'issue de l'hospitalisation, réduisait le temps médical d'hospitalisation, mais pas la durée totale d'hospitalisation de la personne âgée (25).

5.4. L'évaluation Gérontologique Standardisée

En reprenant l'historique de la notion d'évaluation gérontologique standardisée, on retrouve que les bases ont été établies par Marjory Worrer, gériatre anglaise des années 30 : la systématisation d'une évaluation de ses pensionnaires lui a permis d'améliorer leur statut fonctionnel. La pratique de l'EGS s'est par la suite généralisée sur tous les continents, mais de façon inégale. Aux USA, elle s'est imposée par son rôle dans la réduction des coûts (26).

En effet, les travaux de L. Rubenstein en 1984 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 gériatrique, par rapport à l'hospitalisation classique (63 patients expérimentaux et 60 patients témoins). A un an, on retrouvait une différence de mortalité significative (23,8 contre 48,3 %) et un taux inférieur de patients placés directement (12,7 contre 30 %) en soins de longue durée ou en ayant bénéficié durant cette période (26,9 contre 46,7 %). Ainsi, les patients ayant bénéficié d'une prise en charge gériatrique spécifique, non seulement avaient un taux de mortalité et de dépendance inférieurs, mais aussi un taux de réhospitalisation et de recours aux structures de soins post-

hospitalières moins important. Les auteurs de l'étude précisait même que leur "coût" était inférieur au groupe témoin (27).

D'autres études ont suivi, dans différents pays, et ont abouti aux mêmes conclusions : en 1993, une étude est réalisée aux Etats Unis (Mississippi) chez des patients de plus de 70 ans. 62 d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge multidimensionnelle gériatrique et 58 patients d'une prise en charge classique. L'équipe spécifique comportait de nombreux intervenants : médecin gériatre, pharmacien, kinésithérapeute, diététicien...). A 6 mois, 21 % des patients étaient décédés dans le groupe témoin contre 6 % dans le groupe expérimental. La DMS était de 10,1 jours contre 9 jours. Un plus grand nombre de patients du groupe expérimental voyait son score de dépendance s'améliorer. A un an, la différence de mortalité était toujours aussi significative avec 10 % dans le groupe expérimental contre 20 % dans le groupe témoin, ce qui était en concordance avec les travaux de Rubenstein de 1984 (28).

On retrouve, en partie seulement, les mêmes résultats dans l'étude réalisée en Allemagne dans les années 1990 et publiée en 1999 dans le British Geriatric Society. L'originalité de cette étude réside dans le fait que pour le groupe expérimental, l'équipe multidisciplinaire intervenait non seulement à l'hôpital mais aussi à domicile, à l'issue de l'hospitalisation (pour cette étude, les patients en phase terminale et les déments sévères sont exclus). L'étude a porté sur 545 patients. On retrouve une réduction de la durée d'hospitalisation (33,49 contre 40,7 jours) et une réduction de l'entrée en institution. Par contre, le taux de survie n'était pas meilleur dans le groupe expérimental. Le nombre de réhospitalisations n'était pas non plus inférieur, même si la durée de réhospitalisation elle, était inférieure (21,2 contre 34,2 jours). Enfin, on retrouvait à nouveau la notion d'un "coût inférieur" pour le groupe intervention (29).

Nombreux sont les auteurs qui posent la question de la population cible. En effet, l'EGS ne peut pas s'appliquer à toute la population âgée. Pour être optimale, elle devrait pouvoir être réalisée aussi bien à l'hôpital qu'à domicile (en Angleterre, depuis 1990, les praticiens anglais sont mandatés par le gouvernement pour pratiquer une EGS au domicile de leur clientèle âgée).

Bon nombre d'études ont démontré que les résultats étaient différents selon la population ciblée. Rubenstein sépare les patients hospitalisés en 5 groupes :

- patients en phase terminale
- patients hospitalisés pour une pathologie aiguë
- patients souffrant d'une démence sévère
- patients totalement indépendants
- sujets candidats à la prise en charge dans une unité gériatrique d'évaluation : patients fragiles mais ayant un potentiel de récupération

L'EGS doit être répétée de façon régulière et les interventions personnalisées à chaque situation. Elle s'impose alors comme une approche incontournable du sujet âgé, outil idéal permettant de dépister précocement des facteurs prédictifs de perte d'autonomie. Mais si les outils d'évaluation sont clairement définis dans la littérature (échelle médico-administrative de la charge de soins, ADL, IADL, MMS, MNA..), les modalités de leur utilisation, et surtout les interventions qui en découlent, ne sont pas codifiées (26,30).

6. 1993 : expérience du Service de Médecine B du CHU de Brabois

A partir de leur expérience acquise au fil des années, F. Penin et coll. attirent l'attention sur certains aspects spécifiques de l'hospitalisation de court séjour des personnes âgées en 7 points successifs :

6.1. Vieillesse de la population hospitalisée :

Le pourcentage de patients de 65 ans et plus hospitalisés en médecine B était passé de 69 à 91,5 % entre 1978 et 1989. A noter que la présence de patients de moins de 65 ans s'expliquait par la participation du service au "tour de garde". Il faut ajouter que dans le groupe des 65 ans et plus, on notait déjà une nette augmentation des 85 ans et plus (15,2 % en 1978 ; 33,7 % en 1989).

6.2. Durée moyenne de séjour et hospitalisation de plus de 30 jours :

La DMS avait fortement réduit dans les années 80 pour atteindre 6 à 8 jours dans les services de Médecine et Spécialités médicales. Ce n'était absolument pas le cas dans le service de gériatrie "aiguë" où la DMS était de $18,1 \pm 13,3$ jours en 1989.

Plusieurs facteurs explicatifs étaient retrouvés : insuffisance en personnel médical, mais aussi intrication des problèmes somatiques, psychiatriques et sociaux, délai d'obtention des rendez-vous d'examen complémentaires et de consultations spécialisées, âge des malades.

Les séjours longs, supérieurs à 30 jours, ont concerné 15 à 17 % des séjours de 85 à 89 : leur proportion augmente avec l'âge, surtout chez l'homme. Étudiés sur trois années consécutives, de 87 à 89, ils concernaient des malades atteints de pathologies neuro-psychiatriques et cardio-respiratoires. La longueur des séjours s'expliquait pour beaucoup par la lenteur d'amélioration de l'état de santé mais pour certains, par l'absence d'une place en structure d'aval.

6.3. La réhospitalisation :

G. Nisand constatait que 50 % des patients hospitalisés en Médecine B en 1987 avaient été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédents. Une étude prospective réalisée au service montrait qu'un malade sur cinq le serait à nouveau dans les 3 mois. Pour certains, ce sont le sexe masculin, les pathologies tumorales et hématologiques, qui expliquaient la réhospitalisation ; pour d'autres, ce sont des motifs médico-sociaux.

6.4. La polypathologie :

Très fréquente chez la personne âgée, elle apparaissait mal dans les données PMSI. En effet, beaucoup d'affections connues ne figurent pas dans les diagnostics secondaires car ne font pas l'objet d'actes diagnostiques ou thérapeutiques.

6.5. Les affections psycho-gériatriques :

En 1987, l'étude prospective de D. Esper montrait que 1/4 à 1/3 des patients hospitalisés dans le service étaient atteints de psychopathologie, les syndromes démentiels et dépressifs représentant chacun 35 % de ces malades.

En 1987 et 1988, parmi les 3 GHM les plus fréquents, 2 concernaient une affection psychologique. Les auteurs soulevaient déjà le problème de la coexistence de malades souffrant d'affections psychologiques et des autres et de la difficulté de prise en charge par le personnel soignant qui n'y était pas préparé. Ils évoquaient l'éventualité de la présence d'infirmiers psychiatriques au service.

6.6. Les soins infirmiers :

Un travail effectué peu de temps avant la publication de cet article avait montré que les soins infirmiers de base représentaient 38 % de la charge de travail soignant et que ceux-ci augmentaient avec l'âge. Ceci expliquait en partie la souffrance des soignants et leur démotivation pour travailler dans des services de gériatrie.

6.7. Les difficultés de placement :

En 1989, 63,1 % seulement des malades admis dans le service retournaient au domicile antérieur. Une étude prospective de 1987 montrait que 15 % des hommes et 20 % des femmes posaient un "problème de placement" ; ce pourcentage augmentant avec l'âge. Ces placements concernaient essentiellement des patients psychiatriques (7/10). A cette époque, un malade sur 10 décédait au service.

Une enquête effectuée au CHRN et dans différents établissements conventionnés ou privés par B. Martinet, B. Geoffroy et coll... avait montré que le "temps social" doublait de la tranche d'âge 75-79 ans à la tranche 90 ans et plus.

Les auteurs soulignaient déjà la grande difficulté pour trouver une place en "section de cure" (SSR) et surtout en "long séjour" (USLD), Nancy ne disposant à cette période que de 190 lits au total. Le temps passé par l'équipe soignante, le personnel infirmier, surveillant et surtout l'assistante sociale pour trouver une structure d'aval était considérable.

Les auteurs terminent en constatant l'originalité apportée par ces différents problèmes à l'hospitalisation de "court séjour" gériatrique et sa spécificité, nécessaires à connaître pour appréhender les besoins de ces malades de manière efficace (31).

7. Tableau récapitulatif des différentes études donnant des facteurs explicatifs à la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées en court séjour.

Réf. Article	Age moyen	% fe	% DC	Année étude	Nbre patients /étude	DMS	Lieu de l'étude	Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation retrouvés
4	82,1	62 %	12	83-84	2134	13,6	23 services de Médecine et gériatrie court séjour en Aquitaine	- diagnostic principal (démence sénile) - facteurs sociaux . liés au patient (isolement, lieux de vie..) . structure de soins accueillante - structures d'aval
5	83	64 %	15	90-91	621	13	Court séjour gériatrique CHR Toulouse	- comorbidité - dépendance pour les actes de la vie - sévérité de la maladie
6 et 12	86,1	57,98 %	16,9	91-93	1030	18,7	Unité Médecine Interne et gériatrique Charles Foix Ivry sur Seine	- demande sociale pendant le séjour - aide sociale antérieure à l'hospitalisation - présence ou non d'un conjoint - nombre de diagnostics significatifs - pas la démence
10	85,2	75 %	8	90	100	17,26	Unité Médecine Interne et gériatrique Charles Foix Ivry sur Seine	- multimorbidité
2	60	?	?	97	10334	7,9	Hôpital Broussais Paris Hospitalisation aiguë	- comorbidité - statut social - place de l'hospitalisation dans la trajectoire du patient - type de service fréquenté - antécédents
14	84,8	?	Exclus de l'étude	91-92	426	18,3	Hospitalisation suite à admission Urgences CHU	- orientation vers une structure d'hébergement - motif social d'hospitalisation - démence - chute, AEG - absence de soutien du retour à domicile par le référent
15	84,8	?	?	98	121	13	Médecine Gériatrique CHU Rouen	- structures d'aval - état de santé - volonté personnelle du patient et de son entourage
18	? patients > 60 ans	53 %	?	92-93	311	11,45	SAU médico-chir. d'un CHG	- polypathologie - domicile personnel

II - ETUDE

1. Objectifs :

Notre étude comporte 3 objectifs principaux :

1.1. Description de la population hospitalisée et de son séjour

Nous nous proposons de décrire le statut socio-médical des patients hospitalisés dans le service ainsi que leur séjour.

1.2. Facteurs prédictifs de la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour gériatrique

Nous souhaitons « recenser » les principaux facteurs explicatifs de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés dans le service afin d'en améliorer leur connaissance et si possible de les prendre en compte pour réduire cette durée de séjour.

1.3. Répercussion d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale sur la durée de séjour

Partant de l'hypothèse que le devenir de la personne âgée à l'issue de l'hospitalisation en court séjour gériatrique influence la durée de séjour (hypothèse soulevée et confirmée dans plusieurs études), nous nous proposons d'évaluer la répercussion sur la durée de séjour dans notre service d'une proposition de prise en charge sociale précoce.

2. Méthodologie :

2.1. Cadre :

Cette étude a eu lieu entre octobre 2001 et mars 2002 dans le service de Médecine B du CHU de Nancy. Ce service est un service de Médecine Interne à orientation gériatrique. A l'époque de cette étude, il comportait 3 secteurs d'hospitalisation (secteur 1 de 20 lits, secteur 2 de 20 lits et secteur 3 de 16 lits) et un secteur de soins continus de 7 lits.

2.2. Méthode :

2.2.1. Type :

Il s'agit d'une étude d'intervention : 2 groupes et 100 patients au départ.

Le **premier groupe** concerne 100 patients sortis du service entre le 15/10/01 et le 05/12/01. Le recueil des données s'est fait de façon rétrospective sur dossiers.

La première partie du recueil concernait le statut social, les aides existant à domicile, le souhait de retour au lieu de vie antérieur par le patient et son référent.

Une deuxième partie concernait l'historique médical du patient ainsi que l'hospitalisation concernée par l'étude : antécédents actifs, nombre d'hospitalisations durant les 12 mois précédant l'étude, motif d'hospitalisation, mode d'entrée dans le service, nombre de diagnostics, diagnostics, complications ayant eu une répercussion sur la durée d'hospitalisation, contact ou non avec le médecin traitant.

Enfin, une dernière partie s'intéressait à la situation sociale du patient durant l'hospitalisation : existait-il un problème social, si oui, date de sollicitation de l'assistante sociale, délai pour la remise du dossier de prise en charge à l'assistante sociale, nature des demandes, nombre de demandes...

Le **deuxième groupe** concerne 100 patients, entrés au service entre le 02/02/02 et le 20/03/02. Le recueil des données s'est fait de façon prospective, sur dossier, auprès du patient, de sa famille et de l'équipe soignante.

En plus des données identiques au premier groupe, le deuxième groupe a bénéficié d'une intervention : une évaluation gériatrique était réalisée pour chaque patient (sauf si son état clinique ne le permettait pas) entre J3 et J5 et à J15 si le patient était encore hospitalisé. Cette évaluation était réalisée à l'aide de 5 échelles suite à l'examen du patient et à un entretien avec lui et/ou son entourage et/ou l'équipe soignante : évaluation de la dépendance physique avec l'échelle de Katz, de l'état cutané avec les stades de l'escarre, de la thymie avec le GDS, de l'état nutritionnel avec le MNA et des fonctions supérieures avec le MMS de Folstein.

De plus, pour chaque patient, on réalisait une sensibilisation de l'équipe soignante et surtout médicale par l'intermédiaire de l'interne ou du résident qui en avait la charge, à la question du devenir à l'issue de l'hospitalisation : lors de l'évaluation à J3-J5, on demandait à l'interne ou au résident si la question du devenir social avait été soulevée.

Lorsque les résultats de cette évaluation gériatrique figuraient dans les dossiers du premier groupe, ils étaient aussi recueillis .

L'ensemble des résultats (groupe 1 et groupe 2) a été utilisé pour répondre aux deux premiers objectifs, à savoir décrire les patients hospitalisés et leur séjour et définir les facteurs explicatifs de la durée d'hospitalisation. Ensuite, le premier groupe (rétrospectif) a servi de témoin au deuxième groupe (prospectif) pour évaluer le bénéfice d'une sensibilisation précoce à la situation sociale.

2.2.2. Outils :

Les données ont été recueillies par un seul investigateur puis saisies sur la base de données access (cf formulaire en annexe).

L'analyse statistique a été effectuée sur le logiciel de statistiques Biomedical Data Package Software en vue d'une description univariée des paramètres : comparaison des différences de répartition pour les variables qualitatives selon la période d'étude par le test du Chi2 et des différences de moyenne pour les variables quantitatives par analyse de variance à un facteur. Le seuil de signification retenu est de 5 %.

3. Présentation des résultats

3.1. Exhaustivité :

L'exhaustivité globale du recueil des données est de 98 %. En effet, nous avons exclu 4 patients qui, par leur âge, ne correspondaient pas à l'orientation gériatrique du service :

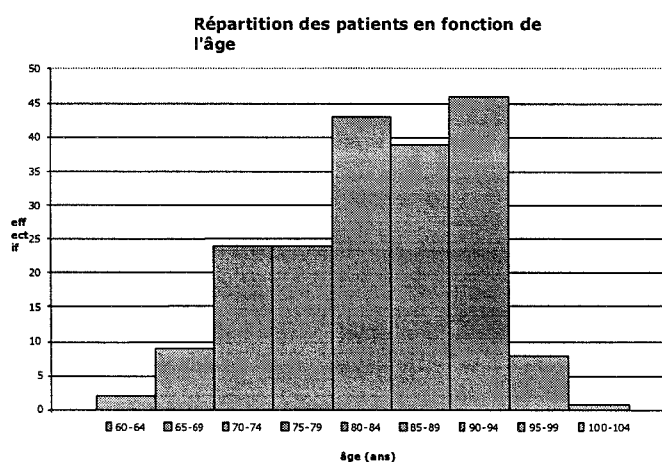
- un patient de 52 ans hospitalisé une journée pour exogénose et angoisse
- un patient myopathe de 42 ans, hospitalisé 20 jours puis transféré en chirurgie pour drainage d'abcès splénique
- une patiente alcoolique de 51 ans, hospitalisée 50 jours puis transférée en service d'hépto-gastro-entérologie pour cirrhose compliquée
- une patiente trisomique de 51 ans, hospitalisée 45 jours en attente d'un placement en maison de retraite.

Ces 4 patients ont été hospitalisés dans le service par manque de lits dans les autres services et/ou par la participation du service au tour de garde des urgences. Il s'agit de patients jeunes, c'est pourquoi nous ne les avons pas retenus dans l'étude, mais ils présentaient la même situation de décompensation fonctionnelle que des patients plus âgés et la même nécessité de prise en charge globale médicopsychosociale.

Le nombre de patients de l'étude est donc de 196 : 97 en rétrospectif et 99 en prospectif.

3.2. Description des patients hospitalisés dans le service et de leur séjour :

- La moyenne d'âge était de 83,3 ans, avec des extrêmes de 62 et 101 ans.



- 48 % des patients avaient plus de 85 ans

Age \ Groupe	1	2
MOINS DE 85 ANS	52	49
85 ANS ET PLUS	45	50

- Les **femmes** étaient plus nombreuses avec un pourcentage de 60,7 %.

Sexe \ Groupe	1	2	TOTAL
Hommes	45	32	77
Femmes	52	67	119
TOTAL	97	99	196

- Les patients provenaient de la **ville** pour 72,8 %

Lieu d'habitation \ Groupe	1	2	TOTAL
Urbain	72	67	139
Rural	23	29	52
TOTAL	95	96	191

- Les patients étaient **veufs** pour la majorité : 58,2 %
34,9 % étaient mariés,
5,3 % célibataires et 1,6 % divorcés.

Etat civil \ Groupe	1	2	TOTAL
Veuf	51	59	110
Célibataire	4	6	10
Marié	36	30	66
Divorcé	1	2	3
TOTAL	92	97	189

- La majorité de ces patients vivaient à leur **domicile personnel** : 61,3 %
10,5 % venaient du domicile d'un membre de la famille.

Groupe Lieu de vie	1	2	TOTAL
Domicile personnel	56	61	117
Chez un membre de la famille	11	9	20
Maison de retraite pour valides	14	20	34
Maison de retraite médicalisée	5	2	7
Unité de soins de longue durée	2	2	4
Unité de soins de suite et réadaptation	3	3	6
Foyer logement	0	1	1
Maison d'accueil spécialisée	2	0	2
Inconnu	4	1	5
TOTAL	97	99	196

- Parmi les 138 patients vivant au domicile personnel ou chez un membre de la famille, ou en foyer logement, 42 % vivent en **couple** contre 34,8 % seuls.

Groupe Isolement	1	2	TOTAL
Seul	20	28	48
En couple	30	28	58
En famille	16	14	30
Seul avec présence d'un tiers	1	1	2
TOTAL	67	71	138

- A l'admission dans le service, sur les 147 patients dont l'avis a pu être recueilli, 87,6 % souhaitaient retourner au **lieu de vie antérieur** à l'hospitalisation, contre 58,7 % pour leur référent.

Groupe Souhait retour patient	1	2	TOTAL
Non	9	9	18
Oui	66	63	129
TOTAL	75	72	147

Groupe Souhait retour référent	1	2	TOTAL
Non	32	49	81
Oui	65	50	115
TOTAL	97	99	196

- 17,9 % des patients bénéficiaient d'une **aide à domicile antérieure** à l'hospitalisation.

Groupe Aide domicile	1	2	TOTAL
Non	62	72	134
Oui	35	27	62
TOTAL	97	99	196

- 31 patients soit 15,8 % bénéficiaient d'une **IDE** à domicile entre 1 et 21 fois par semaine.

Groupe Fque IDE/semaine	1	2	TOTAL
1	0	1	1
2	2	1	3
3	2	1	3
7	8	2	10
14	6	5	11
21	1	1	2
Inconnu	0	1	1

- 33 patients soit 16,8 % bénéficiaient d'une **aide ménagère** à domicile entre 1 et 5 fois par semaine.

Groupe Fque A.M./semaine	1	2	TOTAL
1	5	5	10
2	3	2	5
3	1	2	3
5	8	7	15

- 4 patients soit 2 % bénéficiaient d'une **kinésithérapie** à domicile : 3 fois/semaine pour un patient, 5 fois/semaine pour un autre patient et à une fréquence inconnue pour les deux derniers.
- 17,9 % des patients sont entrés en **soins continus** avant d'être hospitalisés en secteur. 63 patients ont été hospitalisés au **secteur 1** ; 63 au **secteur 2** ; 55 au **secteur 3** et 15 en **soins continus** sans transfert secondaire en secteur.
- 40,5 % des patients avaient déjà été **hospitalisés au moins une fois** durant les 12 mois précédant l'hospitalisation étudiée.

Groupe Nbre H antérieures	1	2	TOTAL
0	56	56	112
1	28	34	62
2	5	7	12
3	0	2	2
Inconnu	8	0	8
TOTAL	97	99	196

- En moyenne, un patient a fréquenté **1,2 secteur** pendant son hospitalisation (de 1 à 3 secteurs différents)

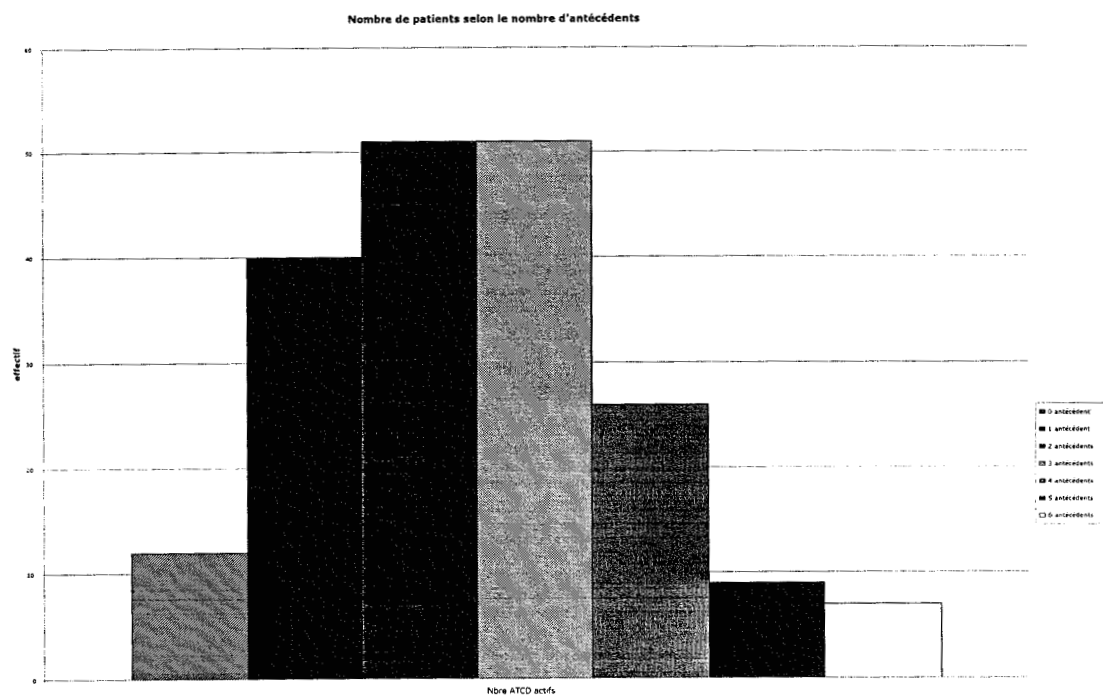
- Le motif d'entrée était purement somatique dans 74,2 % des cas.

Groupe Motif d'Hospitalisation	1	2	TOTAL
Somatique	74	67	141
Psychique	4	7	11
Somatique+psychique	10	13	23
Placement	1	1	2
Somatique+placement	2	4	7
Psychique+placement	1	4	5
Somatique+psychique+placement	1	0	1
Inconnu	3	3	6
TOTAL	97	99	196

- 61,7 % étaient hospitalisés par le **service des urgences**. 16,8 % étaient transférés d'un autre service. 17,9 % étaient adressés directement par leur médecin traitant après accord avec le service. 3,6 % correspondaient à une hospitalisation programmée après consultation ou hospitalisation au service.

Groupe Mode d'entrée	1	2	TOTAL
SAU	65	56	121
Transfert autre service	13	20	33
Demande du MT avec accord du service	18	17	35
Programmée après C ou H au service	1	6	7
TOTAL	97	99	196

- **Nombre d'antécédents actifs présentés par un patient** : en moyenne 2,5 antécédents actifs par patient.



- On retrouvait deux **diagnostics significatifs** pour 39,3 % des patients, 3 pour 21,4 %.
- Le nombre moyen de diagnostics significatifs était de 2,6 avec un minimum de 1 et un maximum de 6.

Groupe \ Nombre de diagnostics	1	2	TOTAL
1	15	17	32
2	36	41	77
3	21	21	42
4	16	13	29
5	8	5	13
6	1	2	3
TOTAL	97	99	196

- Répartition des **antécédents actifs** et des **diagnostics significatifs** (détails en annexe 8)

	Antécédents actifs		Diagnostics significatifs	
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 1	Groupe 2
a : BK, infection virale digestive, choc septique	0	0	12	5
b : hépatite virale C, candidose, séquelles BK	2	0	2	5
c : cancérologie	17	8	5	5
d : gammapathie, anomalies de coagulation, anémie, tumeur tissu conjonctif non cancéreux	3	1	10	6
e : pathologie endocrinienne, troubles métaboliques	31	14	14	11
f : pathologie psychologique et psychiatrique	33	27	28	34
g : pathologie neurologique	14	6	4	7
h : atteinte de la vision et de l'audition	13	0	1	1
i : pathologie cardiovasculaire	106	75	34	40
j : pathologie ORL et bronchopulmonaire	13	12	33	40
k : pathologie digestive	10	8	35	28
l : pathologie cutanée	2	1	4	1
m : pathologie rhumatismale et orthopédique	21	19	4	3
n : pathologie vésico-rénale	8	0	27	17
q : trisomie 21	2	0	0	0
r : diagnostic symptomatique	4	1	35	24
s : fractures	3	2	2	4
t : intoxication involontaire	0	0	2	1
z : dépendance, difficultés sociales, assistance	15	8	10	19

- Le **MMS** réalisé à J3-J5 était à 19,5/30 en moyenne et 20,1 à J15.
 - 91 réponses recueillies à J3-J5
 - 31 réponses recueillies à J15

Groupe		1	2	TOTAL
MMS				
moyenne	J3-J5	17.5	20.4	19.5
	J15	20.5	20.1	20.1
minima	J3-J5	7	3	3
	J15	15	3	3
maxima	J3-J5	29	30	30
	J15	26	30	30

- L'indice de **Katz** était à 12,3/21 en moyenne à J3-J5 (178 réponses recueillies)
et 11,3/21 à J15 (91 réponses)

Groupe		1	2	TOTAL
Katz				
moyenne	J3-J5	12.7	12	12.3
	J15	11.9	10.5	11.3
minima	J3-J5	0	0	0
	J15	2	0	0
maxima	J3-J5	21	21	21
	J15	21	21	21

- L'état cutané était coté à 0 pour 71% des patients à J3-J5 et pour 62 % des patients à J15

Groupe		1	2	TOTAL
Stade cutané				
0	J3-J5	62	66	128
	J15	30	28	58
1	J3-J5	14	11	25
	J15	7	7	14
2	J3-J5	10	4	14
	J15	10	3	13
3	J3-J5	6	6	12
	J15	4	3	7
4	J3-J5	0	1	1
	J15	0	0	0
5	J3-J5	0	1	1
	J15	0	1	1
TOTAL	J3-J5	92	88	180
	J15	51	42	93

- Le score au **MNA** était à 8,1 en moyenne à J3-J5 (23 réponses)
et 8,5 à J15 (19 réponses)

Date	J3-J5	J15
MNA		
Moyenne	8,1	8,5
Minimum	2	3
Maximum	14	14

- La **GDS** était cotée à 0 pour 36 % des patients à J3-J5 (67 réponses)
et à 2 pour 37,2 % des patients à J15 (35 réponses)

GDS \ Date	J3-J5	J15
0	24	12
1	20	8
2	15	13
3	6	2
4	2	0
TOTAL	67	35

- Le **délai d'attente maximum** pour la réalisation d'un examen ou d'une consultation était de 6,3 jours en moyenne.

Groupe \ Délai attente	1	2	TOTAL
Moyenne	6,1	6,5	6,3
Minimum	0	0	0
Maximum	17	20	20
Effectif	97	99	196

- Délai d'attente moyen** pour des examens ou consultation ayant nécessité la plus longue attente pour un patient (en jours).

Délai d'attente et effectif	Délai attente moyen	Délai attente minimum	Délai attente maximum	G1 Effectif	G2 Effectif	TOTAL Effectif
Examen ou consult.						
Aucun examen	0	0	0	2	2	4
Biologie	1	0	4	12	13	25
ECG	1,3	1	3	5	1	6
Radiographie	1,5	0	3	6	6	12
EEG	1,5	1	2	2	0	2
Endoscopie digestive	4,6	1	10	8	13	21
TDM abdo et/ou thoracique	5,2	0	13	5	4	9
Biopsie prostate	6	6	6	0	1	1
Endoscopie bronchique	6	6	6	1	0	1
Cholangio rétrograde	7	7	7	0	1	1
Echographie	7	2	20	3	14	17
EMG	7	7	7	0	1	1
IRM lombaire	7	7	7	0	1	1
Scintigraphie (leucocytes marqués, osseuse, pulmonaire)	7,2	1	10	5	1	6
Consultation spécialisée	8,1	2	20	9	11	20
Echo cœur	8,6	1	15	14	18	32
TDM cérébrale	10,9	3	20	25	11	36
Holter ECG	14	14	14	0	1	1

- Le **médecin traitant** a été contacté dans 18,7 % des cas.
- Un **problème social** existait dans 38 % des hospitalisations.

Groupe Problème social	1	2	TOTAL
NON	70	51	121
OUI	27	48	75
	97	99	196

- Sur les 75 patients concernés, 27 hommes et 48 femmes, 14 ne souhaitent pas retourner au lieu de vie antérieur à l'hospitalisation (47 pour les référents), 31 bénéficiaient d'une aide à domicile antérieure à l'hospitalisation (14 une IDE, 20 une aide ménagère, 4 un kinésithérapeute), 49 étaient veufs, 50 vivaient en ville, 56 au domicile personnel.
- Orientation à l'issue de l'hospitalisation des 75 patients présentant un problème social : l'issue était principalement le SSR.

Mode de sortie	Effectif
Retour à domicile sans aide ou aides non modifiées	5
Retour à domicile avec aides supplémentaires	15
Retour chez un membre de la famille	2
Unité de soins de suite et réadaptation	29
Unité de soins de longue durée	1
Maison de retraite privée	0
Maison de retraite publique	7
Maison de repos	7
Décès	7
Transfert autre service du CHU	1
Transfert autre centre hospitalier	1
Sortie contre avis médical	0

- Sur ces 75 patients, 43 n'avaient pas été hospitalisés durant les 12 mois précédents, 25 une fois, 4 deux fois.
- Répartition de la **nature des demandes** :

Nbre	Nature de la demande
23	Soins de suite et réadaptation : SSR
3	Unité de soins de longue durée : USLD
1	Maison de retraite privée
3	Maison de retraite publique
7	Maison de repos
8	Retour à domicile + aides
6	Autres
12	SSR puis USLD
6	SSR puis EHPAD
1	SSR puis retour à domicile avec aides
5	Inconnu

En ce qui concerne le retour à domicile avec aides, ces aides concernaient principalement le passage d'une IDE (16) et l'intervention d'une aide ménagère (12).

- Le délai moyen de **contact de l'assistante sociale** était de 7,7 jours (0 à 61)
Le délai moyen pour la **remise du dossier** rempli à l'assistante sociale était de 5,2 jours (0 à 40)
Le **nombre moyen de demandes** était de 2,5 jours (1 à 10).
- **Délai moyen d'apparition d'une complication** ayant eu une répercussion sur la durée de séjour :

Délai Complication	Nbre de patients concernés	Moyenne	Minimum	Maximum
1^{ère} complication	59	12,5	0	47
2^{ème} complication	16	18,1	5	38
3^{ème} complication	4	36	14	58
4^{ème} complication	2	60	60	60
5^{ème} complication	1	30	30	30

- **Nature des complications** ayant eu une répercussion sur la durée d'hospitalisation :

Complication et grpe Nature	1 ^{ère} complication		2 ^{ème} complication		3 ^{ème} complication		4 ^{ème} complication		5 ^{ème} complication	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Pas de complication	77	76	91	93	97	97	97	98	97	98
Médicale	20	21	6	6	0	2	0	1	0	1
Sociale	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

- Le **mode principal de sortie** était le retour à domicile sans aide ou aides non modifiées (54,6 %).

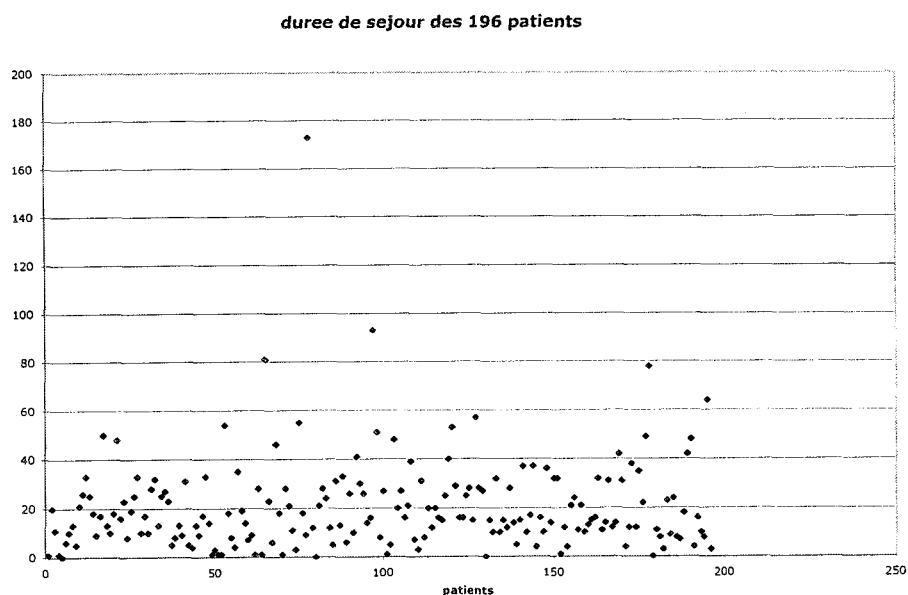
Mode de sortie	Nombre
Retour à domicile sans aide ou aides non modifiées	82
Retour à domicile avec aides supplémentaires	25
Retour chez un membre de la famille	2
Unité de soins de suite et réadaptation	29
Unité de soins de longue durée	2
Maison de retraite privée	0
Maison de retraite publique	7
Maison de repos	7
Décès	29
Transfert autre service du CHU	8
Transfert autre centre hospitalier	4
Sortie contre avis médical	1

- Un **suivi** était prévu pour 9 % des patients.

Groupe	1	2	TOTAL
Suivi			
NON	87	92	179
OUI	10	7	17
TOTAL	97	99	196

Pour les 17 concernés :
 11 : consultation
 2 : HdJ
 3 : hospitalisation
 1 : consultation + hospitalisation

- La **durée moyenne de séjour** des 196 patients de l'étude (DMS 1) était de 20,7 jours (0 à 173 jours).



Si on exclut les 4 valeurs extrêmes supérieures la durée moyenne de séjour était de 18,9 jours (= DMS).

3.3. Facteurs explicatifs de la DMS (durée moyenne de séjour)

Facteurs	DMS si non	DMS si oui	Différence significative ? Si oui, p :
Age > 85 ans	18,5	19,3	non
Sexe féminin	19,1	18,8	non
Vivre seul	18,6	19,9	non
Nbre d'hospitalisations antérieures ≥1	18,8	19,1	non
Antécédent en f1 ou f2	18,2	20,9	non
Diagnostics en c	18,4	25,1	non
f	17,1	21,6	non mais p = 0,05
i	18,5	18,8	non
i7	19	14	non
Examen = TDM cérébral	18,8	18,7	non
Nbre de diagnostics > 2	14,8	24,3	oui p < 10 ⁻⁴
Katz J1-J3 < 15	20,8	16,4	oui p = 0,0250
Aides à domicile antérieures à l'H	16,9	23	oui p = 0,0028
Complication(s) ayant eu une répercussion sur DMS	15	32	oui p < 10 ⁻⁴
DC au service	20,3	10,3	oui p = 0,0005
Problème social pendant l' H	14,9	25,6	oui p < 10 ⁻⁴
Motif social dans le motif d'H	17,7	32,9	oui p < 10 ⁻⁴
Contact avec le médecin traitant	23,4	17,9	oui p = 0,0281
Souhait de RAD par le patient	29,6	18,1	oui p = 0,0008
Souhait de RAD par le référent	26,6	23,9	non
Sortie = entrée en structure	15,7	29,7	oui p < 10 ⁻⁴

- DMS selon l'isolement

Groupe	1	2
Isolement		
Vit seul	22,3	18,3
Vit en couple	17,3	20,2
Vit en famille	22,7	16,2
Vit seul avec présence d'un tiers	30	25

- DMS selon le mode de sortie

Mode de sortie	Effectif Groupe 1	Effectif Groupe 2	Effectif Total	DMS Totale	DMS Groupe 1	DMS Groupe 2
Retour à domicile sans aide ou aides non modifiées	48	33	81	17,1	17,7	16,2
Retour à domicile avec aides supplémentaires	6	18	24	19,1	19	19,1
Retour chez un membre de la famille	1	1	2	18	21	15
Unité de soins de suite et réadaptation	12	17	29	27,9	26,9	28,6
Unité de soins de longue durée	2	0	2	47,5	47,5	-
Maison de retraite privée	0	0	0	-	-	-
Maison de retraite publique	2	4	6	31,7	42,6	23,5
Maison de repos	3	4	7	29,5	28,7	30,2
Décès	13	15	28	10,7	12,8	9
Transfert autre service du CHU	5	3	8	11,7	11,4	12,3
Transfert autre centre hospitalier	2	2	4	13,7	9,5	18
Sortie contre avis médical	1	0	1	1	1	-

- DMS selon l'examen ayant nécessité la plus longue attente pour un patient

Examen	effectif	DMS
Aucun examen	4	0,2
Biologie	25	9,9
Consultation spécialisée	20	27,3
Echo coeur	32	21,8
Radiologie (radiographie, échographie, TDM thoracique et/ou abdo, IRM, scintigraphie)	45	19,4
Endoscopie digestive ou bronchique	22	12,8
TDM cérébrale	36	23,7
Autre (biopsie prostate, cholangio rétrograde, ECG, EMG, EEG)	12	14

$p < 10^{-4}$

3.4. Effets d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale

	Groupe 1	Groupe 2	Différence significative ? Si oui, p
Effectif	97	99	Non
Age moyen	82,7	83,9	Non
Nombre de femmes	52	67	Oui p = 0,0438
DMS	19,4	18,5	Non
Problème social	27	48	Oui p = 0,0029
Délai sollicitation AS	7,5	7,7	Non
Délai remise dossier à l'AS	8,4	4,4	Non
Contact avec le médecin traitant	9	27	Oui p = 0,0011
DMS si problème social	28,7	23,8	Non

- DMS selon groupe et souhait de RAD par le patient

Groupe Souhait RAD patient	1	2
Non	36	22
Oui	17	18

- DMS selon groupe et souhait de RAD par le référent

Groupe Souhait RAD référent	1	2
Non	31,7	23,8
Oui	24,3	23,6

III – DISCUSSION

Les données des 196 patients ont été utilisées pour la description du patient et de son séjour. Par contre, pour tout ce qui concerne la durée moyenne de séjour, les résultats ne tiennent compte que de 192 patients (les 4 patients correspondant aux 4 valeurs extrêmes supérieures de la DMS 1 ayant été exclus de l'analyse).

1. Le patient et son séjour

1.1. Le patient :

- *Age*

L'âge moyen de la population hospitalisée durant notre étude semble avoir augmenté par rapport à la fin des années 80. A l'époque, les auteurs ne précisaient pas l'âge moyen de leurs patients, mais en donnaient une répartition par tranches d'âge. Ainsi, la tranche d'âge 85 ans et plus avait augmenté entre 1978 et 1989 (15,2 et 33,7 %) et elle a encore augmenté dans notre étude (48 %). On retrouve des valeurs semblables dans la plupart des études qui concernent des services de court séjour gériatrique.

- *Sexe*

La proportion des femmes reste sensiblement la même dans le service. Elle est également proche des 60 % dans la plupart des études dont l'âge moyen est proche de celui de la nôtre. Elle augmente avec celui-ci dans d'autres études. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes.

- *Profil du patient*

Cette étude a permis de mieux connaître le profil des patients hospitalisés : veufs pour la majorité, vivant seuls et ne bénéficiant que de peu d'aides à domicile, les patients sont très souvent polypathologiques.

Leur état cutané à l'admission est correct, leur moral variable, mais globalement bon (63 % cotés à 0 ou 2 sur l'échelle GDS) ; par contre, leur état nutritionnel est très limite (score MNA $\simeq$ 8) et ils présentaient une diminution de leur autonomie (indice de Katz à 12 en moyenne) et de leurs fonctions supérieures (MMS à 20 en moyenne).

1.2. Les conditions d'hospitalisation :

- La moyenne du nombre de secteur(s) différent(s) fréquenté(s) par un patient est de 1,2 : en principe, un secteur ; deux lorsque le patient est entré en secteur de soins continus puis transféré en secteur d'hospitalisation conventionnelle ou si le patient a été secondairement transféré en soins continus : trois lorsque celui-ci est secondairement transféré en secteur de soins continus mais qu'il rejoint ensuite un secteur différent de celui où il était entré ; ce dernier cas de figure multiplie les équipes amenées à s'occuper du patient.
- Le motif d'hospitalisation était purement somatique dans 70 % des cas ; pourtant un problème social concernait 38 % des hospitalisations. Un motif social n'était présent que dans 8 % des cas. Mais celui-ci, comme on le verra plus loin, peut ne pas exister à l'admission, être secondaire, donc non mentionné ou sous-entendu (motif d'hospitalisation psychiatrique).
- Le mode d'entrée est intéressant à connaître également : la grande majorité des patients était hospitalisée par l'intermédiaire du service des urgences. Seulement 17,9 % étaient adressés directement par leur médecin traitant après accord avec le service. Ce chiffre ne correspond pas réellement à la demande d'hospitalisation des médecins traitants. En effet, beaucoup "passent" par les urgences faute d'avoir pu obtenir une place en s'adressant directement au service. Les places disponibles sont limitées et si l'état du patient ne permet pas d'attendre, ce qui est souvent le cas, son tour sur la "liste d'attente", la seule solution reste le passage par les urgences.

1.3. Le décès :

Le taux de décès au service a augmenté de 48 % en une dizaine d'années, ce qui paraît important. Néanmoins, ce chiffre comporte de nombreux biais : effectif de l'étude beaucoup moins important, époque de notre étude (hivernale)... En 10 ans, les patients sont devenus également plus "lourds" : patients plus âgés, polyopathologiques... Enfin, la mentalité autour de la mort évolue. De plus en plus de familles ne souhaitent plus voir leur proche mourir à domicile et ce, d'autant plus que le patient vient de la ville, ce qui était le cas le plus fréquent dans notre étude.

Ce taux de décès était retrouvé dans les études concernant des patients du même âge.

1.4. La durée moyenne de séjour

Elle a augmenté de 0,9 jour dans le service en une dizaine d'années et est relativement élevée par rapport aux résultats de la littérature. Mais ces résultats sont à tempérer car de nombreux facteurs interviennent et rendent la comparaison difficile : notre étude n'a porté que sur 5 mois, en période hivernale, où la pathologie est souvent plus lourde avec son lot de complications. Comme nous l'avons déjà décrit, dans la littérature, la DMS varie aussi en fonction de la disponibilité en structure d'aval, très variable d'une ville à l'autre, et même d'un service à l'autre.

2. Facteurs prédictifs de la durée moyenne de séjour

2.1. Le patient

- *Age*

Si la DMS augmente avec l'âge des patients, dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre la DMS des patients de moins de 85 ans par rapport à ceux de 85 ans et plus (18,5 et 19,3 jours).

- ***Sexe***

Il n'y a pas de différence significative entre la DMS des hommes et des femmes dans notre étude. Cependant, les femmes n'étaient pas significativement plus âgées que les hommes, contrairement à d'autres études, les plus nombreuses. En effet, comme nous l'avons déjà signalé, la moyenne d'âge des femmes hospitalisées est attendue supérieure à celle des hommes, compte tenu de leur espérance de vie plus longue.

- ***Isolement***

On retrouve une DMS très élevée lorsque le patient vit seul avec présence d'un tiers 7 fois par semaine. Ce cas de figure n'a concerné que 2 patients dans l'étude ; il y a donc un manque de puissance statistique et la différence de DMS n'est pas significative.

Lorsque le patient vit seul, sans aucune présence, la DMS n'est pas significativement plus élevée, contrairement à ce qu'avaient démontré deux études dans notre revue de la littérature.

2.2. La réhospitalisation

Concernant 4 patients sur 10 dans notre étude, le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois dans les 12 mois précédant l'hospitalisation étudiée, n'a pas eu d'effet sur la DMS. On aurait pu s'attendre à ce qu'un patient récemment hospitalisé voit sa DMS réduite. Il faut noter que nous n'avons pas de précision quant aux motifs d'entrée des hospitalisations antérieures : un patient hospitalisé pour une cataracte par exemple, ne suscite aucun questionnement quant à sa situation sociale.

Dans notre étude, un suivi des patients était prévu dans 9 % des cas, principalement au moyen de la consultation externe. Cela peut être, outre un meilleur suivi des patients, un moyen d'abaisser le nombre de réhospitalisations.

2.3. La démence

La différence de DMS n'est pas significative entre les patients connus comme déments (antécédent mentionné à l'admission) et les autres (respectivement 20 et 21 jours). Dans la littérature, les avis étaient partagés, mais les études ne précisaient pas si le diagnostic de démence était connu à l'admission (antécédent) ou s'il résultait de l'hospitalisation étudiée (diagnostic).

2.4. Diagnostics psychiatriques et cardiovasculaires

La DMS des patients ayant fait l'objet d'un diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique augmente dans notre étude (21,6 jours) par rapport aux autres (17,1 jours) mais cette différence n'est pas significative.

En ce qui concerne les diagnostics cardiovasculaires, il n'y a pas de différence significative de DMS, mais cela s'explique par une grande variété de diagnostics dans cette catégorie.

Si on étudie la DMS des patients ayant présenté un AVC ou un AIT, on s'aperçoit qu'elle baisse (14,2 jours contre 19 jours) mais de façon non significative en raison du faible effectif de cette catégorie (16 patients concernés).

2.5. La polypathologie

On retrouve une augmentation très significative de la DMS avec le nombre de diagnostics. Cela traduit le rôle important que joue la polypathologie dans la DMS, rôle qui était déjà retenu dans la plupart des études sur la DMS, y compris dans le service dans les années 90.

Le patient âgé est très souvent polypathologique et ce phénomène va s'accroître encore avec le vieillissement de la population. On retrouve là une particularité des gériatres, par rapport aux médecins des autres services : prise en charge du patient dans sa globalité, toute pathologie confondue (sauf chirurgicale), en sus du contexte social comme nous allons le développer.

2.6. La dépendance

- *Le degré d'autonomie*

La DMS est significativement plus élevée pour les patients ayant un Katz côté inférieur à 15 à l'admission (évaluation à J3-J5). Ces patients, outre le fait d'être "chronophages" auprès du personnel soignant, posent souvent un problème de devenir à l'issue de l'hospitalisation. En effet, cette dernière se pose parfois comme l'unique solution d'urgence pour des patients dont le maintien à domicile est devenu impossible par épuisement des aides formelles ou informelles.

La DMS s'explique alors par la nécessité de leur trouver une place en structure d'aval.

Mais, même si aucun problème social ne se pose, on conçoit facilement qu'un patient dépendant, voire grabataire, soit plus exposé aux complications susceptibles d'augmenter sa DMS.

- *Aides à domicile*

Les patients bénéficiant d'une aide à domicile antérieure à l'hospitalisation ont une DMS plus longue.

Cela appuie la corrélation déjà démontrée entre DMS et état de dépendance : plus un patient est dépendant, plus il bénéficie d'aides à domicile.

2.7. Les complications

Nous avons calculé la DMS des patients qui ont présenté au moins une complication ayant entraîné, selon le dossier médical, un allongement de la DMS. Nous attendions donc une augmentation de la DMS, ce qui a été le cas puisque la DMS est passée de 15 à 32 jours selon l'absence ou non de telle(s) complication(s). Ce cas de figure concernait 43 patients soit 22 % des patients hospitalisés.

2.8. Le décès au service

Les patients décédés au service ont une DMS réduite, fait retrouvé dans la littérature.

Cela s'explique (comme pour l'augmentation du nombre de décès au service) par la gravité de l'état de santé des patients et par la volonté de la famille de ne plus voir leur proche mourir à domicile.

Mais on recense également des cas où le décès survient longtemps après l'admission, résultat d'une complication aiguë subite, ou, plus souvent, conséquence d'une cascade d'événements (AVC compliqué d'une fausse route alimentaire, compliquée d'une bronchopneumopathie compliquée d'un arrêt respiratoire, menant au décès par exemple).

2.9. La question sociale

2.9.1. Existence d'un problème social durant l'hospitalisation

L'existence d'un problème social durant l'hospitalisation fait augmenter très significativement la DMS. C'est ce qui a conduit de nombreux auteurs à scinder l'hospitalisation en deux temps : un temps purement médical et un temps "social" non médicalement justifié. Cette distinction est théoriquement évidente : une fois le patient qualifié médicalement "sortant", le reste de l'hospitalisation n'est plus médicalement justifié. Malheureusement, en pratique, il en est tout autrement : un patient peut être déclaré "sortant" pour un SSR, mais ne le serait pas pour un retour à domicile ou même une maison de retraite. De même, le patient hospitalisé "en attente d'une place d'aval" n'est pas à l'abri d'une infection nosocomiale ou épidémique, ce qui fait "rebasculer" l'hospitalisation vers le versant médical.

Quoiqu'il en soit, l'existence d'un problème social est une variable très puissante dans l'explication de la DMS et à ce titre, mérite qu'on y prête attention, afin d'en améliorer la prise en charge et si possible d'influencer la DMS. C'est ce qui a motivé notre étude et qui sera discuté en dernière partie.

2.9.2. *Motif social d'hospitalisation*

Toujours dans le même ordre d'idée, une hospitalisation comportant un motif social (seul ou associé) aura une DMS augmentée. On pourrait croire que ces deux facteurs (existence d'un problème social et motif social d'hospitalisation) font double emploi mais en fait, il arrive que le problème social ne soit soulevé qu'en cours d'hospitalisation, soit qu'il n'était pas présent à l'admission (apparition d'une dépendance durant l'hospitalisation rendant le retour à domicile impossible par exemple) soit qu'il était présent mais n'était pas mentionné : motif secondaire par rapport à la gravité de l'état de santé du patient, problème social mais ne justifiant pas une hospitalisation, omission...).

Quoiqu'il en soit, la connaissance du problème social dès l'admission devrait permettre de mieux l'appréhender.

2.9.3. *Contact avec le médecin traitant*

C'est un item que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, en tant que tel (il faisait partie de la prise en charge des équipes gériatriques mises en place dans les services d'urgence de certains centres hospitaliers ayant fait l'objet d'études).

Dans notre étude, le fait de contacter le médecin traitant fait diminuer significativement la DMS. Nous n'avons pas précisé si le motif d'appel était le problème social ou non. Bien sûr, le médecin traitant a pu être contacté pour obtenir des renseignements purement médicaux (antécédents, traitements...) mais quelque soit le motif d'appel, si un problème social existait, celui-ci était sans doute abordé.

En ce sens, le contact avec le médecin traitant se rapproche de la connaissance d'un problème social et permet d'apporter une ébauche de solution (connaissance des possibilités à domicile, aides formelles ou non possibles...).

2.9.4. *Souhait de retour à domicile*

- *Par le patient*

Il existe une différence significative entre la DMS des patients désirant rentrer vivre au lieu de vie antérieur à l'hospitalisation et des autres, cette dernière étant augmentée. Ce résultat démontre encore une fois que l'existence d'un problème social augmente la DMS.

Bien sûr, la volonté du patient de ne pas rentrer "chez lui" peut être provisoire (demande d'USSR, maison de repos) ou définitive (maison de retraite...). Dans un cas comme dans l'autre, la DMS est tributaire des places en structure d'aval.

D'autre part, ce n'est pas parce que le patient veut retourner vivre au lieu de vie antérieur qu'il n'y a pas de problème social. Cette éventualité est partiellement prise en compte par la connaissance de l'avis du référent.

- *Par le référent*

En effet, sur les 75 patients présentant un problème social durant l'hospitalisation, 14 ne souhaitaient pas de RAD. Ce chiffre passe à 47 pour le souhait du référent alors que, tous patients confondus (problème social ou non), il est de 81 . Pourtant, nous n'avons pas montré d'influence significative du souhait du référent sur la DMS (manque de puissance statistique).

2.9.5. Les structures d'aval

La DMS augmente pour les patients entrant en structure, quel qu'en soit son type. Une partie de cette augmentation s'explique bien sûr par la complexité de l'état de santé de certains patients, polypathologie... Mais la disponibilité de place en structure d'aval joue un rôle prépondérant. Non seulement, la recherche d'une place en structure d'aval allonge la DMS, mais elle "monopolise" également beaucoup de temps. Par ailleurs, faire une distinction entre sortie en USLD, maison de retraite et USSR ne serait pas d'un grand intérêt car non fiable. En effet, nombreux sont les patients pour qui une demande en SSR a été faite et qui entrent directement en maison de retraite ou en USLD, faute de place en SSR ou parce que l'on considère que le séjour long effectué en court séjour a fait office de séjour en SSR. D'autres patients rentrent directement à domicile après avoir effectué "leur séjour de SSR" dans le service.

2.9.10. Délai de réalisation d'un examen ou d'une consultation

Nous nous sommes intéressé à la DMS selon le type d'examen ou de consultation qui avait entraîné la plus longue attente pour un patient. Une différence significative est retrouvée : il semblerait que la DMS augmente lorsque l'on demande pour un patient une consultation spécialisée (dans un autre service), une échographie cardiaque (réalisée par un des médecins du service le plus souvent) ou une TDM cérébrale.

3. Sensibilisation à la situation sociale

Le dernier objectif de notre étude était d'évaluer les répercussions d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale sur la durée d'hospitalisation.

Les groupes 1 et 2 n'étaient pas significativement différents par leur effectif, leur moyenne d'âge ou même leur sex ratio (même si les femmes étaient plus nombreuses dans le groupe 2, la différence n'était pas significative).

Nous n'avons pas réussi à démontrer de baisse significative de la DMS dans le groupe 2 : notre sensibilisation à la situation sociale n'a pas eu la répercussion escomptée.

Mais il existait un biais de recrutement : un problème social était significativement plus souvent retrouvé dans le groupe 2 par rapport au groupe 1. Or, nous avons déjà vu que l'existence d'un problème social augmente significativement la DMS (III 2.9.1). Nous avons donc essayé de savoir si la DMS en cas de problème social était abaissée dans le groupe 2 : cela n'a pas été le cas. Si la DMS a baissé de 4,9 jours, cette différence n'est pas significative tout comme le délai de remise du dossier à l'assistante sociale qui passait pourtant de 8,4 à 4,4 jours.

Par contre, nous avons montré que le médecin était plus souvent contacté dans le groupe 2 et ce, de manière significative. Or, le contact avec le médecin traitant dans notre étude fait baisser significativement la DMS (III 2.9.3).

De même, la DMS a significativement baissé suite à notre intervention lorsque le patient ne souhaitait pas rentrer à domicile, alors qu'elle était stable dans le cas contraire (le parallèle avec le souhait du référent n'est pas possible : la baisse de DMS n'est pas significative).

Ainsi, même si notre intervention n'a pas eu de répercussion directe sur la DMS, elle a montré des effets positifs.

Enfin, les conditions de cette étude méritent d'être précisées : à l'époque, 5 résidentes et 1 interne étaient en stage dans le service, dont 4 en 1^{er} semestre. La sensibilisation à la situation sociale se faisait essentiellement par leur intermédiaire. Or, lors d'un premier stage, la situation sociale (même si elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient comme on l'a démontré), ne constitue pas forcément une priorité.

Bien que l'effet d'une prise en charge de la situation sociale du patient puisse être petit, il est possible que même une petite réduction de la DMS pourrait libérer vers le haut la capacité d'accueil pour les admissions suivantes, dans un système où il y a un manque de lits d'hospitalisation « aiguë » (32).

4. Conclusion de la discussion

Cette étude a répondu à ses objectifs, même si les résultats ne sont pas tous à la hauteur de nos attentes, notamment en ce qui concerne notre intervention. Néanmoins, elle a permis de mieux connaître le profil des patients hospitalisés et de connaître les facteurs prédictifs de leur DMS.

Deux points importants méritent d'être soulevés car sont directement impliqués dans la DMS :

- le premier concerne le nombre de lits d'hospitalisation : les places en hospitalisation dans le service sont rares et une hospitalisation programmée est difficilement réalisable en comparaison avec les autres services du CHUN où la date de sortie des patients est plus souvent prévisible. Une question se pose alors naturellement : faut-il augmenter le nombre de lits de court séjour ?

La réponse n'est pas évidente : bien sûr, dans un premier temps, cela permettrait d'accueillir plus de patients, de pouvoir répondre à la demande des médecins traitants.

Mais, comme on l'a vu, certains patients restent parfois hospitalisés longtemps et même très longtemps faute de place en structure d'aval. Le service de court séjour outrepassa alors sa mission et se substitua aux SSR, parfois même aux USLD et maisons de retraite. Accroître le nombre de lits en court séjour amplifierait ce phénomène. Une autre solution qui semble plus adéquate serait d'augmenter les places dans les structures d'aval mais pas forcément en SSR car ces unités connaissent souvent le même problème que le service de court séjour : ils sont souvent amenés à prolonger les séjours de leurs patients faute d'amélioration de l'état de santé de ceux-ci permettant le cas échéant un retour à domicile, ou faute de place en structure d'aval.

- un autre point indispensable à discuter dans la prise en charge du patient âgé hospitalisé est le rôle du médecin traitant. Il existe un "fossé" entre le monde hospitalier et l'exercice libéral. Pourtant, un travail en collaboration est nécessaire. Si la famille et l'entourage, présents lors d'une hospitalisation, sont d'une grande aide à l'équipe soignante et médicale, le médecin traitant et toutes les personnes formelles ou informelles qui s'occupent du patient à domicile devraient être des partenaires privilégiés dans la prise en charge du patient. Le médecin traitant devrait être consulté systématiquement (même si les emplois du temps aussi bien pour le personnel hospitalier que pour le médecin traitant sont souvent surchargés, un entretien téléphonique peut s'avérer très rentable "chronophagiquement" parlant pour la suite de la prise en charge du patient).

Le médecin traitant a aussi et surtout un rôle à jouer en amont de l'hospitalisation. Même s'il n'est pas à l'abri d'une situation d'urgence sociale (rupture non prévisible des aides à domicile, événement familial...), cette situation devrait pouvoir devenir moins fréquente. Il ne faudrait plus que l'hospitalisation pour un phénomène médical aigu soit l'occasion au patient et/ou à son entourage de constater que le maintien à domicile est devenu difficile. Pour cela, il faudra encore "faire tomber les tabous" et que le médecin traitant aborde très vite, voire de façon prématurée, le maintien à domicile des personnes fragiles. La famille et l'entourage ne sont pas toujours réceptifs à cette éventualité et s'en inquiètent souvent tardivement, le plus souvent lorsque le patient est hospitalisé. Ils ne perçoivent absolument pas la problématique actuelle de l'accueil des personnes âgées dépendantes et découvrent alors les "listes d'attente" interminables dans les structures qu'ils plébiscitent. Le médecin traitant doit alors jouer son rôle de médecin de famille et se montrer diplomate afin d'aborder la

possibilité d'aides à domicile (là encore un progrès est à faire, les régions géographiques étant très inégalement pourvues) voire de pré-inscription ou d'inscription en structures d'accueil.

Bien évidemment, cela représente une charge de travail supplémentaire pour le médecin traitant qui doit apprendre à travailler en équipe lui aussi avec les réseaux d'aides à domicile, les assistantes sociales, l'hôpital. C'est à ce prix que l'on améliorera la prise en charge des personnes âgées et que l'on diminuera peut être leur DMS lorsqu'ils sont hospitalisés et des allers retours à l'hôpital non réellement médicalement justifiés.

Cela nous amène à réfléchir sur les modifications réalisables dans le service pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et ainsi influencer leur DMS.

Des interventions existent déjà comme la "réunion sociale" hebdomadaire qui réunit l'assistante sociale avec une partie de l'équipe médicale et soignante : on y discute le cas des patients présentant un problème social en faisant le point sur les démarches déjà effectuées. Encore faut-il connaître les patients présentant un problème social, ce qui, comme nous l'avons vu, n'est pas forcément le cas à l'admission ou les premiers jours d'hospitalisation, si on ne s'y intéresse pas spécifiquement. D'autre part, il ne faut pas non plus attendre cette réunion pour "lancer le dossier social" . Bien sûr l'assistante sociale est joignable toute la semaine mais très souvent débordée par le nombre croissant de demandes ; il existe déjà des feuilles de liaison sociale que l'on utilise le cas échéant. On pourrait proposer que cette feuille, ou document s'y approchant, fasse partie intégrante du dossier du patient, document qui serait rempli systématiquement à l'admission au même titre que les renseignements administratifs. Cela constituerait une sensibilisation très précoce à la situation sociale.

Le service bénéficie également d'un hôpital de jour et d'une consultation externe : cela permet parfois d'organiser un retour à domicile anticipé sous réserve d'un suivi. Ces retours à domicile pourraient être augmentés si on avait l'assurance de pouvoir bénéficier d'un lit d'hospitalisation en cas de nécessité. Malheureusement, il semble bien difficile, voire impossible, de réserver des lits en permanence pour d'éventuelles réhospitalisations urgentes suite à une consultation externe ou une hospitalisation de jour.

D'autre part, le service fonctionne aussi avec une équipe de liaison gériatrique : cela devrait en théorie diminuer le nombre de demandes de transfert de patients âgés hospitalisés dans d'autres services vers le service. Pour cela, il faut que les équipes soignantes et médicales des différents services du CHUN acceptent, outre le fait d'hospitaliser des personnes âgées, d'en assurer elles aussi la prise en charge sociale même si l'équipe de liaison gériatrique est là pour les épauler.

On pourrait également envisager d'étendre l'activité de l'équipe de liaison au service des urgences. Cela pourrait permettre, comme nous l'avons déjà décrit dans la revue de la littérature, de diminuer le nombre d'hospitalisations directes mais aussi à distance. Pour cela, il faudrait qu'une évaluation de la personne âgée soit réalisée directement aux urgences et qu'une prise en charge spécifique soit proposée : hospitalisation si besoin, RAD avec aides si nécessaire, réévaluation à distance en HDJ ou consultation gériatriques. Cette prise en charge serait optimisée par l'existence d'une unité de très court séjour gériatrique au sein des urgences, et par la participation d'une assistante sociale à l'équipe de liaison. Dans un premier temps, on pourrait proposer d'identifier précocement le profil gériatrique de ces patients aux urgences avec l'établissement d'une grille telle la grille SEGA décrite par D Schoevaerdt (34). Cette évaluation serait réalisée par le personnel des urgences et les résultats permettraient d'orienter le patient et /ou de faire appel à l'équipe de liaison gériatrique.

Ainsi, le CHU de Nancy, avec son service, sa consultation, son hôpital de jour et maintenant son équipe de liaison gériatriques, se donne tous les moyens pour répondre aux objectifs de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

L'amélioration de la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité et donc la diminution de la DMS passe par un travail d'équipe aussi bien à l'hôpital qu'à domicile.



CONCLUSION

Le premier objectif de cette thèse est atteint : nous avons effectué une description aussi bien médicale que sociale de la population hospitalisée dans le service ainsi que de son séjour.

Quant à la définition des facteurs prédictifs de la DMS, deuxième objectif de notre thèse, nous retrouvons sensiblement les mêmes que ceux répertoriés dans la littérature.

Enfin, notre dernier objectif, à savoir l'évaluation de la répercussion sur la DMS d'une sensibilisation à une prise en charge précoce de la situation sociale des patients, est également atteint, même si les résultats ne sont pas à la hauteur de nos attentes.

Cette thèse nous conforte dans l'idée que la diminution de la DMS en court séjour gériatrique passe par une meilleure connaissance des patients aussi bien au niveau médical que social. L'approche sociale nécessite une évaluation des besoins du patient ainsi qu'une réévaluation du nombre et de la répartition des lits en structure d'aval.

La DMS en court séjour gériatrique dépend donc de la prise en charge globale de la personne âgée, requérant un travail d'équipe de la part du personnel hospitalier, en partenariat avec le médecin traitant, les aides à domicile et les structures d'aval sans oublier le patient et son entourage.

BIBLIOGRAPHIE

(par ordre d'apparition dans le texte)



1. INSEE. Recensement de 2001
2. Dolco O, Gillois P, Chatellier G. Description des séjours longs, au moyen des données du PMSI, dans un hôpital spécialisé de court séjour. *Presse Med* 2000 ; 14 : 781-785
3. De Wazières B. La tarification à l'activité : inquiétude et espoir des gériatres. *Revue Geriatr* ; 2004 ; 19 : 685-686
4. Barberger Gateau P, Dabis F, Moise A, Gimbert M, Galley P, Salamon R. Facteurs liés à la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour. *Rev Epidemiol Sante Pub* 1997 ; 35 : 463-473
5. Boquet H, Girard A. La durée de séjour en médecine gériatrique : propositions pour un case mix gériatrique. *Journal d'Economie Medicale* 1993 ; 10 : 471-481
6. Holstein J, Saint Jean O, Verny M, Berigaud S, Bouchon JP. Facteurs explicatifs du devenir et de la durée de séjour dans une unité de court séjour gériatrique. *Sci Soc Sante* 1995 ; 13 : 45-71
7. Mayeux D, Patris A, Metais P, Dumay JP, Jeandel C, Kohler F. Le PMSI en gériatrie de court séjour : adaptation et adéquation. *Sci Soc Sante* 1992 ; 10 : 79-110
8. Mayeux D, Kohler F, Nisand G, Montcovet S. Description médicale et indicateurs d'activité en gériatrie. *Ann Med Nancy* 1991 ; 30 : 251-254
9. Holstein J, Saint Jean O. Mise en évidence des facteurs explicatifs de la durée de séjour dans une unité de court séjour gériatrique. *L'Annee Gerontologique* 1997 ; 11 : 273-300
10. Saint Jean O, Holstein J, Berigaud S, Verny M, Bourdiol MC, Verny C, Bouchon JP. Morbidité, filière de soins, consommation de services et biens médicaux, facteurs explicatifs de la durée de séjour de sujets âgés de 80 ans et plus en unité de Médecine Interne Gériatrique. *Journal d'Economie Medicale* 1994 ; 12 : 17-34
11. Kim SH, Wolde-Tsadik G, Reuben DB. Predictions of perceived Health in hospitalized Older Persons : a new Practical and Longitudinal Study. *J Am Geriatr Soc* 1997 ; 45 : 420-426
12. Pautas E, Verny M, Holstein J, Bouchon JP, Saint Jean O. Syndromes démentiels et durée de séjour des patients âgés en Médecine Interne. *Ann Med Interne* 1997 ; 148 : 301-306
13. Jacus JP, Quiniou AM, Hamon-Vilcot B. Conflits conjugaux et leur issue au quatrième âge. *Revue Geriatr* 1998 ; 23 : 569-573
14. Tran B, Zureik M, Davido A, Levy A, Trouillet JL, Lang T, Lombrail P. Orientation à la sortie de l'hôpital et durée de séjour hospitalier de personnes âgées admises par les urgences. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995 ; 43 : 337-346
15. Coppin A, Fablet A, Gonsse M, Chassagne Ph, Bercoff E, Doucet J. Quels critères de décision pour le projet de sortie d'un service de court séjour gériatrique. *Revue Geriatr* 2001 ; 26 : 463-468

16. Pasquiers-Noja F, David JP, Di Menza C. Description comparative des patients adressés en maison de retraite ou en soins de longue durée à l'issue d'une hospitalisation en soins de suite. *Revue Geriatr* 2002 ; 27 : 53-56
17. Pfitzenmeyer P, Devaux-Hancer M, d'Athis Ph, Mathias A, Godard MJ, Camus A, Mischis-Troussard C, Facteurs de risque de réhospitalisation en secteur de court séjour gériatrique. *Revue Geriatr* 2000 ; 25 : 143-250
18. Labet T, Bouget J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge. *Revue Geriatr* 1995 ; 20 : 471-479
19. Arrayo JF. Les urgences médico-sociales chez la personne âgée. *Med Hyg* 1998 ; 56 : 1812-14
20. Hy F, Vogler C, Gonzales F, Salahshour M, Medjahed S, Belmin J. L'hospitalisation en médecine gériatrique aiguë. *Geriatrics* 1999 ; 17 : 19-22
21. Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moirrot E, Chassagne P, Muller JM. Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? *Presse Med* 2001 ; 30 : 51-54
22. Schott-Geisert C. Une évaluation gérontologique dès les urgences. L'expérience de Brest. *Geriatrics* 1999 ; 17 : 23
23. Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, Boles JM. L'accueil gérontologique médico-social aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en Médecine ? *Rev Med Interne* 1998 ; 19 : 85-90
24. Vogler C. L'urgence sociale en gériatrie. *Geriatrics* 1999 ; 17 : 29-30
25. Ledesert B, Lombrail P, Yeni P, Carbon C, Brodin M. The impact of a comprehensive Multi-dimensional Geriatric Assessment Programme on Duration of Stay in a French Acute Medical Ward. *Age Ageing* 1994 ; 23 : 213-221
26. Rolland Y, Rumeau P, Vellas B. L'évaluation gérontologique standardisée. *Revue Geriatr* 2001 ; 26 : 151-156
27. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. *N Engl J Med* 1984 : 1664-1670
28. Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Impatient Community-based Geriatric Assessment Reduces Subsequent Mortality. *J Am Geriatr Soc* 1993 ; 41 : 101-104
29. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomised trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999 ; 28 : 543-550
30. Rolland Y, Laroche-Decottignies F, Nourhashemi F, Lafont C, Vellas B, Albarede JL. Evaluation et intervention gérontologiques standardisées. *Revue Geriatr* 1999 ; 24 : 109-113
31. Penin F, Mayeux D, Jeandel C, Schmal-laurain MC, Cuny G. Réflexions à propos de quelques problèmes posés par l'hospitalisation des personnes âgées en court séjour gériatrique. *Ann Med Nancy* 1993 ; 32 : 103-108

32. Shepperd S, Parkes J, Mc Claran S, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. The cochrane Database of systematic reviews 2004, Issue 1 : CD000313. D01 : 10. 1002/14561856. CD 000 313. Pub 2.
33. Dixon WJ ed 1992. BMDP R7. Statistical Software Manual. University of California Press, Berkerley
34. Schoevaerds D, Bietlot S , Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, Cornette P, Swine C. Identification précoce du profil gériatrique en salles d'urgences : présentation de la grille SEGA. *Revue Geriatr* 2004 ; 29 :169-174



ANNEXES

ANNEXE 1 : fiche de recueil des données

NOM : **Prénom :** **N° dossier :** **Enquête :**
- rétrospective
- prospective

Date de naissance : **Sexe :** H ☐ F ☐ **Date d'entrée :**

Etat civil : veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Lieu d'habitation : urbain ☐ rural ☐

Lieu de vie habituel :

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|
| 1. Domicile personnel | 4. Maison de retraite médicalisée | 7. Foyer logement |
| 2. Chez un membre de la famille | 5. Unité soins de longue durée | 8. Maison Accueil Spécialisée |
| 3. Maison de retraite pour valides | 6. Unité de soins de suite et réadaptation | |
| 99 : donnée manquante | | |

Isolement social :

- | | |
|---|---|
| 1. vit seul(e) | |
| 2. vit accompagné(e) : | Vit seul avec présence active d'un tiers |
| en couple ☐ | 1 fois par semaine ☐ |
| en famille ☐ | 3 fois par semaine ☐ |
| autre ☐ : préciser : | tous les jours ☐ |

Souhait de retour à domicile :

Par le patient : OUI ☐ NON ☐ Par le référent : OUI ☐ NON ☐

Aides existant à domicile à l'admission : OUI ☐ NON ☐

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. IDE : ☐ | fréquence :/ semaine |
| 2. aide ménagère : ☐ | fréquence :/ semaine |
| 4. Kinésithérapeute : ☐ | fréquence : / semaine |

Secteur d'admission : Transfert S.I. : OUI ☐ NON ☐ Nbre secteur(s) durant le séjour :

Motif d'entrée :

1. Somatique
2. Psychique
3. Somatique + psychique
8. Placement
9. Somatique + placement
10. Psychique + placement
11. Somatique + psychique + placement

Mode d'entrée :

1. Entrée du SAU
2. Transfert autre service
3. Demande du médecin traitant
4. Après consultation ou hospitalisation au service

Nombre d'hospitalisations antérieures dans les 12 mois :

Antécédents actifs :

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. code : | 4. code : |
| 2. code : | 5. code : |
| 3. code : | 6. code : |

Nombre de diagnostics significatifs :

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. code : | 4. code : |
| 2. code : | 5. code : |
| 3. code : | 6. code : |

Dépendance à l'admission (J3-J5) :

Fonctions supérieures : MMS à J4 :
Thymie : GDS
KATZ :

Etat nutritionnel : MNA abrégé :
Etat cutané (tbls trophiques) : stade :

Délai maximum entre la demande d'un examen et sa réalisation :

Il s'agit de :

Durée : jours

Contact avec le médecin traitant : OUI ρ NON ρ

Existe-t-il un problème social ? NON ρ
OUI ρ

Si OUI : Date de sollicitation de l'assistante sociale : J.....

Délai pour prise en charge du dossier (dossier complet remis à l'AS) : J

Nature de la demande :

- 1. SSR
- 2. USLD
- 3. MR privée
- 4. MR publique

5. Maison de repos

6. RAD avec aides :



7. Autres :

8 : SSR + USLD

9 : SSR + EHPAD

10 : SSR + RAD avec aides

Nombre de demandes :

Complications ayant une conséquence sur la durée d'hospitalisation :

1. J... : 4. J... :

2. J... : 5. J... :

3. J... :

Dépendance à J15 :

Fonctions supérieures : MMS à J15 :
Thymie : GDS
KATZ :

Etat nutritionnel : MNA abrégé :
Etat cutané (tbls trophiques) : stade :

Date de sortie : J.....

Mode de sortie :

- 1. Retour au domicile antérieur sans aides ou aides non modifiées
- 2. Retour au domicile antérieur avec aides supplémentaires
- 3. Chez un membre de la famille
- 4. Moyen SSR
- 5. USLD
- 6. Maison de retraite privée :
- 7. Maison de retraite publique
- 8. Maison de repos
- 9. Décès

100. Suivi prévu : NON ρ

OUI ρ Consultation à J...

HDJ à J.....

Hospitalisation à J...

10. Transfert autre service CHU

11. Transfert autre CH

12. Sortie contre avis médical

ANNEXE 2 :

A.D.L. de KATZ (Activity of Daily Living)

Se laver	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = aide totale
Habilleement	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Aller aux toilettes	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient ou alitement permanent)
Transferts et déplacements	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Alimentation	3 = sans aide 2 = incitation ou surveillance 1 = aide partielle à la réalisation (avec participation du patient) 0 = assistance complète (sans aucune participation du patient)
Continence fécale	3 = continent, pas d'accident 2 = incontinence exceptionnelle (1 fois par jour maxi) 1 = incontinence fréquente (> 1 fois/j) 0 = incontinence permanente
Comportement, orientation	3 = sans surveillance particulière 2 = incitation ou surveillance légère 1 = surveillance importante 0 = agitation, fugue, agressivité

Score : / 21

Score de 0 (dépendance) à 21 (autonomie)

ANNEXE 3

Les différents stades de l'escarre de décubitus

- 0 : RAS**
- 1 : Plaque érythémateuse**
zone de rougeur et d'œdème superficiel
- 2 : Ulcère superficiel**
ulcère superficiel limité au derme
- 3 : Ulcère constitué**
ulcère profond sous-minant le tissu sous-cutané
- 4 : Invasion osseuse ou articulaire**
ulcère touchant l'os, le muscle et l'articulation
- 5 : Plaie de pression fermée**
nécrose encapsulée dans le tissu sous-cutané avec fistule cutanée

ANNEXE 4

Evaluation de l'état nutritionnel (Mini Nutritional Assessment MNA)

DEPISTAGE

1. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces trois derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

- 0 : anorexie sévère
- 1 : anorexie modérée
- 2 : pas d'anorexie

2. 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

3. Motricité

- 0 : du lit au fauteuil
- 1 : autonome à l'intérieur
- 2 : sort du domicile

5. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

- 0 : oui
- 2 : non

5. Problèmes neuropsychologiques

- 0 : démence ou dépression sévère
- 1 : démence ou dépression modérée
- gigue

**6. Indice de masse corporelle
(IMC = poids/(taille)² en kg/m²)**

- 0 : IMC < 19
- 1 : $19 \leq \text{IMC} < 21$
- 2 : $21 \leq \text{IMC} < 23$
- 3 : IMC ≥ 23

SCORE DE DEPISTAGE

(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

ANNEXE 5

Echelle de dépression GDS

- | | | |
|---|---------|---------|
| • Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | Oui = 1 | Non = 0 |
| • Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | Oui = 1 | Non = 0 |
| • Êtes vous heureux(se) la plupart du temps ? | Oui = 0 | Non = 1 |
| • Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée | Oui = 1 | Non = 0 |

TOTAL : / 4

ANNEXE 6

Mini Mental State d'après Folstein (MMS)

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.

ORIENTATION

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

- | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|------------|
| 1. En quelle année sommes nous | 0 | coter 0 ou 1 | |
| 2. En quelle saison ? | 0 | | |
| 3. En quel mois ? | 0 | | |
| 4. Quel jour du mois ? | 0 | | |
| 5. Quel jour de la semaine | 0 | sous total | / 5 |

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

- | | | | |
|--|---|-------------------|------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes | 0 | coter 0 ou 1 | |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | 0 | | |
| 8. Quel est le nom du département ? | 0 | | |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | 0 | | |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | 0 | sous total | / 5 |

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir. Je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---|-------------------|------------|
| 11. cigare | 0 | coter 0 ou 1 | |
| 12. fleur | 0 | | |
| 13. porte | 0 | sous total | / 3 |

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | | | |
|------------------|---|-------------------|------------|
| 14. 100 - 7 (93) | 0 | coter 0 ou 1 | |
| 15. 93 - 7 (86) | 0 | | |
| 16. 86 - 7 (79) | 0 | | |
| 17. 79 - 7 (72) | 0 | | |
| 18. 72 - 7 (65) | 0 | sous total | / 5 |

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : "voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers" : EDNOM

Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct. Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global

RAPPEL

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

- | | |
|------------|----------------|
| 19. cigare | 0 coter 0 ou 1 |
| 20. fleur | 0 |

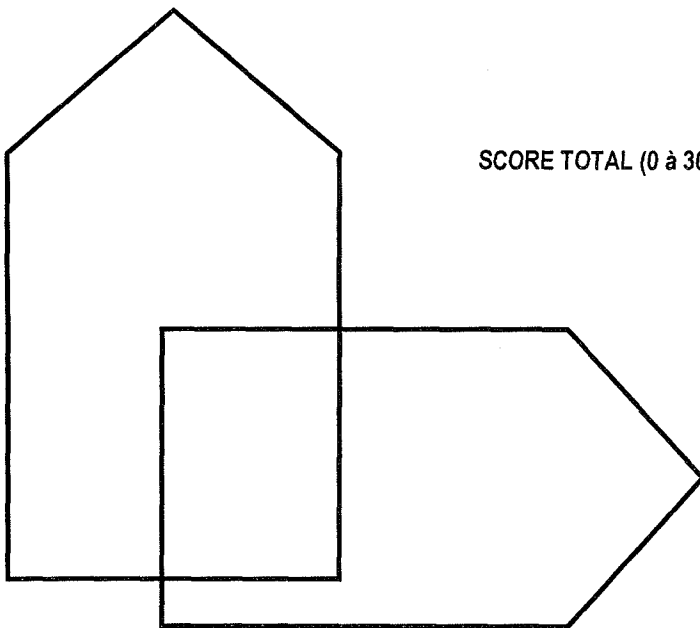
21. porte	0	sous total	/ 3
-----------	---	------------	-----

LANGAGE

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet	0 coter 0 ou 1		
23. Montrer une montre. Quel est le nom de cet objet ?	0		
24. Ecoutez bien et répétez après moi : "pas de mais, de si, ni de et"	0		
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : "écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : prenez cette feuille de papier avec la main droite,	0		
26. Pliez-la en deux	0		
27. Et jetez la par terre	0		
28. Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet "faites ce qui est écrit"	0		
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : "voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"	0	sous total	/ 8

PRAXIES CONSTRUCTIVES

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander "voulez-vous recopier ce dessin ?"	0	sous total	/ 1
--	---	------------	-----



SCORE TOTAL (0 à 30) : / 30

ANNEXE 7

Codification des antécédents actifs et des diagnostics significatifs (créé à partir de la CIM10)

a1 :	entérocolite et gastroentérite aiguë
a2 :	tuberculose
a3 :	choc septique
a4 :	érysipèle
b1 :	hépatite virale C chronique
b2 :	candidose
b3 :	séquelles tuberculose
c1 :	cancer pulmonaire
c3 :	cancer génital
c4 :	cancer cérébral
c5 :	tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous de la tête de la face et du cou, ganglion lymphatique intrathoracique
d1 :	gammapathie monoclonale purpura hyperglobulinémique bénin hypergammaglobulinémie sans purpura
d2 :	hypersplénisme abcès de rate maladie de rate
d3 :	carence en facteur XII autres anomalies de la coagulation
d4 :	autres tumeurs précisées du tissu lymphoïde hématopoïétique et apparentées à évolution imprévisible et inconnue
d5 :	anémie
e1 :	dysthyroïdie et pathologie thyroïdienne
e2 :	anomalies de la régulation glucidique
e3 :	hypopituitarisme, insuffisance corticosurrénalienne
e4 :	carence vitaminique
e5 :	hyperlipémie
e6 :	deshydratation
e7 :	hypoosmolarité et hyponatrémie
e8 :	hypokaliémie
f1 :	Alzheimer
f2 :	démence autre qu'Alzheimer
f3 :	dépression
f4 :	troubles psychocomportementaux
g1 :	Parkinson
g2 :	SEP
g3 :	épilepsie
g4 :	hydrocéphalie à pression normale
h1 :	troubles visuels, atteinte rétine, paupière, glaucome
h2 :	perte de l'audition
i1 :	HTA
i2 :	IDM
i3 :	cardiopathie ischémique, angine de poitrine
i4 :	troubles du rythme
i5 :	insuffisance cardiaque
i6 :	hémorragie intracrânienne
i7 :	AIT, AVC
i8 :	EP + embolie et thrombose artères des membres inférieurs
i9 :	varices œsophagiennes
i10 :	hypotension orthostatique
i11 :	ulcère variqueux
i12 :	anévrisme aorte abdominale, dissection aortique, atteinte artères et artérioles
i13 :	HTAP

i14 : valvulopathie
j1 : pharyngite, sinusite, nodules cordes vocales
j2 : bronchopneumopathie
j3 : BPCO
j4 : asthme
j5 : pneumopathie de déglutition
j6 : épanchement pleural
j7 : insuffisance respiratoire
j8 : atélectasie pulmonaire
k1 : maladie du tissu dentaire
sialocidénite
k2 : œsophagite, gastrite
k3 : RGO sans œsophagite
k4 : ulcère digestif
k5 : autres maladies précisées de l'estomac et du duodénum
k6 : hernie inguinale simple
hernie diaphragmatique simple
k7 : gastro-entérite et colite non infectieuse
k8 : troubles vasculaires de l'intestin
k9 : occlusion intestinale
k10 : diverticulose colique
k11 : perforation intestinale
k12 : maladies du foie
k13 : calculs et maladies des voies biliaires
k14 : pancréatite chronique
k15 : hémorragie digestive
k16 : ampullone
l1 : dermatite atopique
l2 : urticaire allergique
l3 : escarre
l4 : ulcère chronique cutané
m1 : arthrite, polyarthrite
m2 : arthrose
m3 : atteinte musculotendineuse
m4 : ostéoporose
m5 : Paget
m6 : rétrécissement canal médullaire
m7 : prothèse totale de hanche ou genou
n1 : insuffisance rénale
n2 : cystite aiguë
n3 : hyperplasie de la prostate
n4 : prolapsus génital
q1 : trisomie 21
r1 : bradycardie
r2 : épistaxis, hémoptysie
r3 : dyspnée, arrêt respiratoire
r4 : nausées et vomissements, amaigrissement, anorexie, difficultés nutritionnelles
r5 : ascite
r6 : chutes à répétition
r7 : hématurie, anurie, rétention aiguë d'urines
r8 : troubles cognitifs
troubles de la vigilance
r9 : syndrome de glissement
r10 : choc cardiogénique
r11 : syndrome inflammatoire
r12 : mort subite
r13 : résultats anormaux imagerie pulmonaire
s1 : fracture
t1 : intoxication involontaire
z1 : soins palliatifs

- z2 : tabagisme, éthylisme
- z3 : besoin d'assistante
- z4 : absence acquise d'un organe génital
Absence acquise d'un rein
- z5 : changement d'une sonde de stomie
GEP
- z6 : présence d'un stimulateur cardiaque
- z7 : pauvreté extrême
Difficultés liées à l'environnement social

ANNEXE 8

Répartition des antécédents actifs : (tableau :effectif pour chaque code)

	Groupes	
	1	2
b3	2	0
c1	5	1
c2	0	1
c3	12	6
d1	1	0
d2	1	0
d4	1	0
d5		1
e1	7	1
e2	18	12
e3	2	0
e5	4	1
f1	11	13
f2	9	3
f3	7	6
f4	6	5
g1	4	4
g2	1	0
g3	8	2
g4	1	0
h1	10	0
h2	3	0
i1	39	25
i2	4	0
i3	15	5
i4	15	15
i5	4	17
i6	1	0
i7	10	6
i8	9	1
i11	2	0
i12	5	5
i14	2	1
j2	1	1
j3	6	4
j4	2	2
j5	0	2
j6	1	2
j7	3	1
k3	1	0
k4	1	0
k6	1	0
k7	1	0
k8	1	0
k9	2	5
k10	3	1
k12	0	1
k14	0	1
l3	1	1
l4	1	0
m1	4	3
m2	11	6
m3	0	1

m4	4	1
m5	0	2
m6	2	0
m7	0	6
n1	4	0
n3	2	0
n4	2	0
q1	2	0
r5	1	0
r6	1	0
r8	2	1
s1	3	2
z2	9	8
z3	1	0
z4	2	0
z5	2	0
z6	1	0

**Répartition des diagnostics significatifs :
(tableau : effectif pour chaque code)**

	R	P
a1	3	4
a2	1	0
a3	6	1
a4	2	0
b1	1	2
b2	0	3
b3	1	0
c1	1	0
c2	1	1
c3	2	2
c4	0	1
c5	1	1
d1	1	2
d2	1	1
d3	2	0
d4	0	1
d5	6	2
e2	4	4
e3	2	0
e4	0	4
e6	5	1
e7	2	1
e8	1	1
f1	10	13
f2	9	10
f3	6	5
f4	3	6
fl	0	2
g3	4	3
g4	0	2
h1	1	1
i1	2	1
i2	2	3
i3	1	2
i4	3	6
i5	12	15
i6	1	0
i7	5	6

i8	3	1
i9	1	2
i10	1	1
i11	1	1
i12	1	1
i13	1	1
j1	1	3
j2	14	14
j3	0	2
j4	0	1
j5	14	15
j6	1	1
j7	3	3
j8	0	1
k1	1	2
k2	4	1
k3	0	2
k4	6	4
k5	1	1
k6	2	0
k8	1	1
k9	6	9
k10	1	2
k11	0	1
k12	4	2
k13	4	2
k15	5	0
l16	0	1
l1	1	0
l2	1	0
l3	1	1
l4	1	0
m1	0	1
m2	2	0
m3	0	1
n4	2	1
n1	7	2
n2	19	13
n3	1	0
n4	0	2
r1	3	1
r2	3	0
r3	3	2
r4	2	6
r5	2	0
r6	3	0
r7	2	3
r8	12	6
r9	2	2
r10	1	1
r11	2	0
r12	0	2
r13		1
s1	2	4
t1	2	1
z1	3	10
z2	3	1
z3	3	3
z5	1	3
z6	0	2

ANNEXE 9

Liste des abréviations

AEG	altération de l'état général
AIT	accident ischémique transitoire
ADL	Activity of Daily Living
AM	aide ménagère
AS	assistante sociale
ATCD	antécédent(s)
AVC	accident vasculaire cérébral
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
Bronch	bronchique
C	consultation
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CHG	Centre Hospitalier Général
Chir	chirurgical
Cholangio	cholangiographie
CHRN	Centre Hospitalier Régional de Nancy
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM 9	Codification Internationale des Maladies 9 ^{ème} révision
CIM 10	Codification Internationale des Maladies 10 ^e révision
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
DC	décès
DMS	durée moyenne de séjour
ECG	électrocardiogramme
Echo	échographie
EEG	électroencéphalogramme
Eff	effectif
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	électromyogramme

Ep	embolie pulmonaire
Fe	femmes
FR	fausse route
Fque	fréquence
GDS	Geriatric Depression Scale
GE	gastroentérite
GEP	Gastrostomie Endoscopique Percutanée
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
Gpe	groupe
HDJ	Hôpital de jour
HPN	hydrocéphalie à pression normale
HTAP	hypertension artérielle pulmonaire
HTP	hypertension portale
IADL	International Activity of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDM	infarctus du myocarde
IMC	index de masse corporelle
ISA	indice synthétique d'activité
J	jour
Max	maximal(e)
MI	membre inférieur
MMS	Mini Mental State
MNA	Mini Nutritional Assessment
M Rep	maison de repos
M Ret	maison de retraite
MT	médecin traitant
Nbre	Nombre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	personne âgée
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PTG	prothèse totale de genou
PTH	prothèse totale de hanche
RAD	retour à domicile

Réf	référence
RGO	reflux gastro-oesophagien
RH	réhospitalisation
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SEGA	Short Emergency Geriatric Assessment
SEP	sclérose en plaques
SLD	séjour de longue durée
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et réadaptation
T	témoin
T2A	Tarification à l'activité
TDM	tomodensitométrie
UGM	urgence gériatrique médicale
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
USLD	unité d'hospitalisation de longue durée

ANNEXE 10

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

NOR : MESH0230123C

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Bureau 2
Direction générale de la santé
Bureau SD 5 D

(Texte non paru au Journal officiel)

Références :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
Circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation ;
Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ;
Complément à la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ;
Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

La ministre de l'Emploi et de la Solidarité, le ministre délégué à la Santé, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales d'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution et diffusion]) Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polypathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie. La survenue d'une maladie ou d'un accident peut rompre l'équilibre fragile en place. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

La présente circulaire s'attache plus particulièrement à établir un état des lieux (1) et à décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins. Cette évolution repose sur un renforcement de l'accès à des soins de proximité (2), le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique (3), l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée (4). A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Enfin, sont précisées les conditions de mise en oeuvre de ce dispositif visant à une politique coordonnée de soins gériatriques (5).

1. Etat des lieux

1.1. Une population âgée en très forte augmentation

En 20 ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir. A partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 % (6).

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques.

En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations

actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020 (7).

1.2. Un dispositif de soins insuffisamment adapté aux besoins des personnes âgées

Près du tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissant avec l'âge. Dans le même temps, on constate une progression du nombre de patients gériatriques (8) hospitalisés.

A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques, sans que soit envisagée une autre alternative. Alors que les modes de prise en charge permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont validés, leur diffusion reste encore trop circonscrite.

Par ailleurs, une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. En outre, le service des urgences oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent en effet bien souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques. A cet égard, il convient de souligner qu'une rapide enquête effectuée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins auprès des agences régionales de l'hospitalisation relève seulement 50 services de court séjour gériatrique dans les 207 établissements sièges de SAU. Ces difficultés récurrentes sont préjudiciables aux personnes âgées. Des études ont montré que des prises en charge hospitalières non ajustées engendraient des hospitalisations à répétition et allongeaient inutilement les séjours. Enfin, les difficultés précitées se trouvent majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières.

2. Renforcer l'accès à des soins de proximité

Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique. Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique. Il joue donc un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé. Il s'appuiera également sur la structure de proximité que constitue l'hôpital local dont il peut être partie prenante, et sur un réseau de soins gériatrique, lorsqu'il existe.

2.1. Le médecin généraliste

Il importe de souligner le rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours, en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Il doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et, plus largement, par le réseau de santé. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire, à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient.

2.2. Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique

Selon leur localisation et leur importance, les hôpitaux sont invités à créer ou développer soit des consultations gériatriques avancées, soit des pôles d'évaluation gériatrique, auxquels les médecins généralistes pourront adresser leur patient. Les consultations gériatriques avancées sont des réponses de proximité, bien articulées avec le comité local d'information et de coordination ; elles permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social. Les pôles d'évaluation gériatrique proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ils collaborent au suivi du patient et proposent les aides utiles. Le cahier des charges de ces consultations et de ces pôles figure en annexe I. Ces consultations et ces pôles fonctionnent en étroite collaboration, dans un souci de complémentarité avec les consultations mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche de leur zone d'implantation (cf. programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées d'octobre 2001) (9).

Ces évaluations permettront ensuite aux médecins généralistes d'ajuster leur prise en charge et seront l'occasion pour eux et pour les équipes hospitalières de mieux se connaître. Dès lors, les admissions à l'hôpital pourront plus largement être négociées par les médecins de ville, évitant ainsi aux personnes âgées un passage par le service des urgences dont on connaît les effets trop souvent délétères. Le cas échéant, la prise en charge pourra être réalisée sous forme d'hospitalisation de jour.

2.3. L'hôpital local

L'hôpital local, lorsqu'il existe, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques.

Il intervient en avant de la chaîne des soins, par des consultations avancées et/ou des actions de prévention, mais également en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant d'inutiles ruptures avec son environnement. Il permet de maintenir le lien ville/hôpital, notamment grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein.

L'hôpital local peut conclure des conventions de coopération avec les centres hospitaliers, afin de permettre à des spécialistes d'intervenir en appui des médecins généralistes. L'hôpital local trouve toute sa place dans une organisation graduée des soins.

2.4. Le travail en réseau

Le réseau de santé est défini par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui décrit ainsi ses missions :

- * favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;
- * assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ;
- * participer à des actions de santé publique ;
- * procéder à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont notamment constitués de :

- * professionnels de santé libéraux ;
- * établissements de santé ;
- * centres de santé ;
- * institutions sociales ou médico-sociales ;
- * organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- * représentants des usagers.

Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter.

Le dépistage, le traitement et le suivi préventif des affections liées à l'âge souvent aggravées, chroniques et multiples pouvant aller jusqu'à la dépendance, nécessitent en effet une prise en charge médico-sociale progressive, coordonnée et adaptée à chaque personne âgée considérée dans son environnement.

L'orientation du patient vers une réponse de soins de proximité adéquate, mise en oeuvre dans le cadre d'un partenariat et d'une complémentarité des intervenants en ville comme à l'hôpital, échangeant leurs informations et organisant liens et relais entre les différents temps de la prise en charge, est une priorité.

Le réseau doit également assurer la continuité des soins sans rupture pendant toute la trajectoire du patient, de l'amont jusqu'à l'aval (consultation chez le généraliste et spécialistes, hospitalisations en court ou long séjour et, le cas échéant, en unités de soins psychiatriques, retour à domicile avec soins ambulatoires...).

Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée, pourtant souvent fragilisée par l'isolement, un contexte financier et social dégradé, une perte d'autonomie et de repères est au coeur de la problématique gériatrique. La prise en charge pluridisciplinaire nécessaire est par conséquent grandement facilitée par le réseau, généralement coordonnée par le médecin généraliste, et particulièrement indispensable lorsqu'il n'y a pas de réseau familial de solidarité.

Elle nécessite une éducation thérapeutique du patient et de son entourage (utilisation du matériel, enseignements de pratiques curatives et préventives), l'analyse et la prise en compte de ses habitudes et conditions de vie ainsi que la mobilisation transversale corollaire et planifiée de ressources humaines des secteurs sanitaires et sociaux très qualifiées.

La cohérence des actions menées au sein du réseau est assurée par la rédaction de documents de suivi et la diffusion

des informations concernant leurs interventions par les professionnels des réseaux, par une formation transprofessionnelle spécifique aux soins gériatriques, par de nouvelles pratiques professionnelles telles que la mise en commun de référentiels et de protocoles, la mise en oeuvre d'actions de prévention et de dépistage améliorant la prise en charge.

Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, le réseau permet l'articulation - contractualisée - autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et famille.

L'organisation de réunions de synthèse alliant tous les partenaires permet, à partir d'un bilan global, l'élaboration d'un plan d'intervention sanitaire adapté et personnalisé, proposé à l'usager ainsi responsabilisé ; celui-ci identifie clairement la filière à suivre pour répondre aux besoins de la prise en charge souvent complexe en gériatrie.

Ces réseaux de santé doivent au minimum s'articuler avec les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La circulaire du 18 mai 2001 précise les trois niveaux de labellisation de ceux-ci :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. « Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence et de crise gérées. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC ». Le CLIC de niveau 3 peut ainsi être le support du réseau.

3. Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité.

Cependant les personnes âgées entrent trop souvent dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est à dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance.

Les établissements de santé devront également privilégier des prises en charge rapides et des circuits courts et veiller à ce que la dimension psychiatrique soit prise en compte.

3.1. Développer le court séjour gériatrique

Les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie. C'est pourquoi, l'accent doit être mis durant les prochaines années et ce, dès l'année 2002, sur l'individualisation de services de court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (10) (SAU).

Leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont déclinées sous forme d'un cahier des charges, en annexe II.

L'expérience montre que c'est à partir des compétences réunies par de tels services que se diffusent progressivement les bonnes pratiques gériatriques tant en milieu hospitalier (délivrance d'avis gériatrique à la demande des services de spécialité) qu'en ville (structuration de l'interface ville-hôpital, actions de formation). Ces services ont vocation à accueillir, entre autres, des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées lorsque leur état de santé justifie une hospitalisation de courte durée. La configuration des locaux sera adaptée en conséquence.

Pour aider les agences régionales de l'hospitalisation à amorcer ou développer les évolutions nécessaires dans ce sens, un crédit de 8,23 millions d'euros a été inscrit, au titre des mesures nouvelles, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. La répartition de ces crédits entre les régions sera effectuée en fonction de l'importance de la population de plus de 75 ans. Elle fait l'objet d'un tableau qui sera annexé à la circulaire budgétaire pour 2002 relative aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

Les ouvertures de services ou d'unités de court séjour gériatrique résulteront de la transformation de lits d'autres disciplines, avec les redéploiements de personnels induits par de telles opérations. Les crédits susvisés, au titre des mesures nouvelles, doivent donc permettre de financer quelques créations de postes de professionnels formés à la gériatrie (gériatre, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, psychologue, assistant de service social) (11) au bénéfice de ces nouvelles unités ou pour renforcer celles qui ont besoin de l'être.

3.2. Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique. Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidants à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences.

Dans l'immédiat, il apparaît indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique, et les EHPAD, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur sera un maillon important de cette coopération. La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne devront être pensées de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi, il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique (cf. infra 3-3). Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

3.3. Les équipes mobiles

Dans les centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité, il peut être utile de créer des équipes mobiles gériatriques. Toutefois, elles ne peuvent être mises en place que s'il existe un service de court séjour gériatrique dans l'établissement de rattachement. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. L'annexe III énumère l'ensemble de leurs missions ainsi que leurs moyens et leurs modalités.

3.4. La prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique

Avec l'avancée en âge surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Or, bien souvent, les poly-pathologies qui caractérisent les malades âgés nécessitent qu'ils soient soignés autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'ils sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction des deux types de pathologies rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatrie et gériatrie. Cette collaboration, inscrite dans la politique sectorielle, doit être fortement incitée, tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisé entre les services, qu'entre plusieurs établissements de santé.

4. Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

La suite d'une hospitalisation en court séjour gériatrique ou dans un autre service de spécialité doit être organisée le plus précocement possible. La sortie de l'hôpital, pour les personnes fragilisées en perte d'autonomie et de repères est au cœur de la problématique gériatrique. Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée doit être dans toute la mesure du possible favorisé en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile.

Des prises en charge graduées, associant professionnels libéraux, services de soins infirmiers à domicile, devront être mises en place selon les besoins de santé de la personne. Les réseaux de soins gériatriques lorsqu'ils existent répondent à cette logique de coordination des actions pluri-professionnelles.

L'hospitalisation à domicile lorsque l'environnement le permet est une modalité de soins particulièrement pertinente vis-à-vis des personnes âgées fragiles, limitant la durée d'hospitalisation, tout en garantissant des soins de qualité à

domicile. Il importe de la développer.

Lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire, des soins de suite et de réadaptation appropriés, répondant à un cahier des charges précis, doivent être offerts.

4.1. L'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre d'une meilleure articulation entre les structures de prise en charge, les services accueillant des personnes âgées à l'hôpital (services de médecine, de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation...) doivent se rapprocher des structures d'hospitalisation à domicile, lorsque celles-ci existent, car elles peuvent offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein. Des conventions doivent être signées entre l'hôpital et ces structures. Quand l'établissement public de santé dispose d'un service d'hospitalisation à domicile, il doit prendre en compte celui-ci dans son projet d'établissement, notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

En effet, les personnes âgées préfèrent être soignées chez elles, la limitation des ruptures avec leur environnement faisant partie de la qualité des soins.

Par ailleurs, l'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission comme les cancers ou les pathologies neurologiques, par exemple.

La typologie des soins délivrés en HAD est aujourd'hui bien définie, il s'agit :

- * des soins ponctuels : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple) ;
- * des soins continus : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; ils concernent les patients ayant une pathologie évolutive ;
- * des soins de réadaptation au domicile : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly-pathologie.

L'hospitalisation à domicile permet de prendre en charge toutes les pathologies à des degrés divers, dans la mesure où les conditions médicales et familiales sont réunies, conformément à la circulaire n° 295 du 30 mai 2000.

La coordination des soins, autour du médecin coordonnateur, l'évaluation de l'état du patient, les soins infirmiers quotidiens et l'intervention de professionnels paramédicaux sont les éléments d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial adapté au patient gériatrique.

Par conséquent, les équipes d'HAD sont en mesure de dispenser de soins complexes, techniques. Un plan de développement permettra de multiplier par deux le nombre de places d'HAD d'ici 2004.

4.2. Les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques

Il est important, lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible à l'issue de l'hospitalisation, de disposer de soins de suite et de réadaptation adaptés aux besoins du patient.

Deux malades sur trois hospitalisés en soins de suite et de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus, et un sur deux de 75 ans et plus (12). A elles seules, ces données chiffrées justifient qu'un effort substantiel soit réalisé pour que les établissements et services de soins de suite et de réadaptation offrent des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques des patients gériatriques et leur permettent, grâce à une réadaptation ajustée, de recouvrer un maximum d'autonomie. Il s'agit donc que, symétriquement au développement et à la structuration des services de court séjour gériatrique, le dispositif de soins de suite et de réadaptation s'adapte pour dispenser des soins de qualité à une part significative de sa clientèle. Une bonne articulation, par voie de convention, entre les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique et les structures d'aval de soins de suite et de réadaptation est donc vivement recommandée.

Les modalités d'organisation des soins de suite et de réadaptation accueillant des patients gériatriques seront arrêtées en fonction de la densité de la population âgée du secteur d'implantation de la structure. Lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins d'une population à forte densité, on privilégiera la création de services de soins de suite et de réadaptation entièrement dédiés aux patients gériatriques. Ailleurs, les établissements ou les services de soins de suite et de réadaptation polyvalents s'organiseront pour mettre en place soit un pôle, soit une ou des unités spécifiques pour les personnes âgées gériatriques. Dans tous les cas, un projet gériatrique devra être élaboré et sa mise en oeuvre assurée par une équipe formée.

Dans ce sens, l'annexe IV décline, sous forme d'un cahier des charges, les missions et les modes de fonctionnement des soins de suite et de réadaptation gériatriques. Elle constitue une avancée significative sur quelques points majeurs. En premier lieu, en ce qu'elle prévoit la présence ou le « passage » d'un gériatre le jour, avec astreinte

médicale la nuit, le week-end et les jours fériés, ainsi que la présence d'au moins une infirmière 24 heures sur 24. Dans un second temps, en ce qu'elle donne la possibilité de réaliser ou de compléter des évaluations médico-psycho-sociale gériatriques et de pratiquer des admissions directes en soins de suite et de réadaptation, sans passage systématique par un service de court séjour. Toutefois, il est exigé que les personnes âgées dont on sollicite l'admission directe, aient préalablement bénéficié d'une évaluation complète permettant de justifier l'orientation en soins de suite et de réadaptation. Il faut rappeler, enfin, que les soins de suite et de réadaptation peuvent aussi prendre la forme d'une hospitalisation de jour, notamment pour compléter ou réévaluer des bilans.

5. La mise en oeuvre

Les schémas régionaux d'orientation sanitaire devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées, lorsque cela n'est pas déjà le cas. Cette problématique devra être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les conseils généraux chargés d'élaborer et d'arrêter, conjointement avec les services de l'Etat, les schémas gérontologiques départementaux.

Ainsi, la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement. Les objectifs stratégiques susmentionnés et leur déclinaison opérationnelle guideront utilement la démarche qu'il vous appartient d'engager à brève échéance.

Au niveau de chaque établissement de santé, un projet gériatrique devra être formalisé et intégré au sein du projet d'établissement. Pour faciliter son élaboration et son suivi et pour faciliter la collaboration intra-hospitalière, la création d'une « commission personnes âgées », associant des représentants des usagers, peut s'avérer utile. Elle aura, alors, à présenter annuellement, un rapport devant la commission médicale d'établissement pour rendre compte du degré et des modalités de mise en oeuvre du projet gériatrique. Elle pourra l'assortir de recommandations pour améliorer sa réalisation.

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

Le directeur général de la santé,
L. Abenhaim

ANNEXE I LES CONSULTATIONS GÉRIATRIQUES AVANCÉES ET LES PÔLES D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

1. La consultation gériatrique avancée

1.1. Définition

Il s'agit d'une consultation de proximité, ayant pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème qui peut être d'ordre somatique, cognitif et social, afin d'effectuer un premier bilan. Ce bilan peut être demandé par le médecin traitant, la personne âgée elle-même ou son entourage. Le bilan est effectué par un gériatre. Cette consultation fonctionne en lien étroit avec le comité local d'information et de coordination (CLIC) de son secteur d'implantation.

1.2. Moyens humains

La consultation est réalisée par un gériatre qualifié qui peut faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social.

1.3. Missions

La consultation est chargée d'effectuer une première évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée.

Elle permet :

- * de repérer les incapacités potentielles à brève échéance (prévention secondaire) ;
- * de proposer un ajustement des traitements en cours ;
- * de proposer un plan de soin et éventuellement d'aide ;
- * d'anticiper les limites du maintien à domicile ;
- * de programmer, si nécessaire, une hospitalisation adaptée.

1.4. Implantation

Elle est située de manière à ce qu'elle soit d'accès facile pour le patient, c'est-à-dire sous forme d'une consultation externe, notamment dans un établissement de santé tel qu'un hôpital local, ayant passé une convention avec le centre hospitalier de référence. Au sein de la zone territoriale desservie par un CLIC, il devra exister, au minimum, une consultation.

2. Le pôle d'évaluation gériatrique

2.1. Définition

Il s'agit d'un pôle inséré en milieu hospitalier capable d'effectuer un bilan clinique.

Les évaluations réalisées portent au minimum sur :

- * les capacités cognitives ;
- * les capacités à exercer les activités de la vie quotidienne ;
- * les risques de dépression ;
- * les troubles de l'équilibre et de la motricité ;
- * les troubles visuels et auditifs ;
- * l'état nutritionnel ;
- * les risques d'escarres ;
- * les incontinences et les troubles vésico-sphinctériens ;
- * les médicaments...

Par ailleurs, une analyse plus ciblée sur des domaines ne nécessitant pas de plateau technique spécifique peut être développée.

Dans ce cadre, il est nécessaire que tout le personnel médical et paramédical soit formé aux différents aspects du champ d'investigation précité, notamment pour pouvoir répondre à la demande du médecin traitant.

Ce pôle fonctionne sous forme de consultation avec accès à l'hospitalisation de jour.

2.2. Moyens humains

Ils reposent sur des équipes pluridisciplinaires ayant une bonne connaissance de l'offre de soins et des services de proximité.

L'équipe doit être composée de gériatres, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmières et assistants sociaux.

L'équipe doit pouvoir faire appel, autant que de besoin, à un neurologue, un psychiatre, un médecin rééducateur...

2.3. Missions

Le pôle d'évaluation gériatrique est chargé de réaliser des évaluations gérontologiques pluridisciplinaires, de poser le(s) diagnostic(s), de collaborer au suivi du patient et de proposer les aides utiles à son entourage.

Ces missions s'insèrent dans un travail en réseau incluant les médecins généralistes et les services d'aide à domicile.

Le pôle fonctionne comme une consultation « relais » pour les patients âgés hospitalisés au sein de l'établissement, pouvant intervenir en appui pour conseiller ou préparer les sorties d'hospitalisation. Dans un CHU, il peut être relayé dans cette fonction par l'équipe mobile gériatrique.

Le pôle d'évaluation gériatrique fonctionne en étroite collaboration, dans un souci de complémentarité, avec les consultations mémoire et le centre mémoire de ressource et de recherche de sa zone d'implantation.

2.4. Implantation

Les pôles d'évaluation gériatriques doivent être développés sur tout le territoire à un bon niveau de proximité ; chaque secteur sanitaire doit disposer au moins d'un tel pôle.

2.5. Les obligations spécifiques des centres hospitalo-universitaires

Outre le fait que, compte tenu du caractère plus complet de leur plateau technique d'imagerie, les CHU peuvent réaliser des évaluations plus complexes (activités de recours), leurs obligations spécifiques concernent le développement de la recherche clinique et d'actions de formation relatives à l'évaluation gériatrique.
supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE II LES SOINS DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUES

1. Définition

Le service de médecine gériatrique (au sens de soins de courte durée gériatriques) est celui qui admet des malades âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Par conséquent, il dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie.

2. Missions

Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale.
Etablir tous les diagnostics utiles à la guérison santé du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie.
Proposer des traitements adaptés à l'état des personnes.
Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

3. Implantation

Les services de court séjour gériatriques doivent être développés au minimum dans chaque hôpital disposant d'un SAU (pour mémoire dans les 207 établissements de santé autorisés à disposer d'un SAU en France, seulement 50 ont un service de court séjour gériatrique). Pour ces services, la qualité du plateau technique l'emportera sur la notion de proximité.

4. Moyens humains

L'équipe est pluridisciplinaire : gériatre, neurologue, psychiatre, infirmière, aide soignant(e), kinésithérapeutes, travailleur social, psychologue...

La formation du personnel à la prise en charge de la personne âgée est essentielle. Cette formation doit être adaptée à la spécificité de la population accueillie.

L'équipe gériatrique doit également pouvoir faire appel, pour bénéficier d'avis spécialisés, aux médecins des spécialités les plus impliquées dans les pathologies de la personne âgée, selon des modalités formalisées.

5. Equipement

Le service de soins de courte durée gériatriques devra disposer d'un plateau technique comprenant au moins un équipement de radiologie conventionnelle, de scanographie, d'explorations ultra-sonographiques et des locaux de rééducation fonctionnelle, kinésithérapie et ergothérapie.

Il doit aussi disposer d'un matériel adéquat permettant une bonne prise en charge du patient âgés (exemple : lits à hauteur variable, fauteuil ergonomique...) ainsi que de locaux de rééducation.

6. La place dans la filière

L'admission doit se faire soit par l'intermédiaire du médecin traitant, dont le cabinet est situé dans le territoire d'action de l'hôpital, sur simple appel téléphonique, soit par le biais du service d'accueil des urgences. L'admission

non organisée doit tendre à être minoritaire.

Dans tous les cas, la filière devra être la plus courte possible pour diminuer les transferts successifs.

Dès le patient admis en service de soins de courte durée, il faut veiller à préparer la sortie, pour qu'elle ait lieu dans de bonnes conditions, en collaboration avec le patient, sa famille ou son entourage, le médecin traitant et les différents services d'aides (équipes médico-sociales, services de soins à domicile, services pour l'adaptation des logements...).

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE III LES ÉQUIPES MOBILES GÉRIATRIQUES

1. Missions

L'équipe mobile gériatrique permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée.

Ses missions sont multiples :

- * conseil, information et formation pour les équipes soignantes ;
- * évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes ;
- * participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ;
- * orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ;
- * orientation à la sortie d'hospitalisation ;
- * participation à l'organisation de la sortie.

Toutefois, la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

2. Fonctionnement

L'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences et de l'ensemble des services hospitaliers. Elle doit être adossée à une activité gériatrique structurée et reconnue.

3. Implantation

Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans les CHU.

4. Moyens humains

L'équipe est constituée de professionnels ayant une expérience gériatrique incontestable.

Elle est composée au minimum : d'un gériatre, d'un(e) infirmier(e), d'une assistante sociale et d'un secrétariat accessible à tout moment.

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE IV LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION GÉRIATRIQUES

Cette annexe constitue un cahier des charges qui s'appliquera progressivement dans les services ou établissements de soins de suite accueillant des patients gériatriques à titre exclusif ou dans le cadre d'une activité polyvalente.

1. Missions

Comme l'ensemble des services de soins de suite et de réadaptation, les services ou unités de soins de suite et de réadaptation gériatriques doivent mettre en oeuvre les cinq fonctions suivantes, conformément à la circulaire du 31

décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation :

- * la limitation des handicaps physiques ;
- * la restauration somatique et psychologique ;
- * l'éducation du patient et éventuellement de son entourage ;
- * la poursuite et le suivi des soins et du traitement ;
- * la préparation de la sortie et la réinsertion.

En outre, ce service ou cette unité doit pouvoir réaliser ou compléter l'évaluation médico-psycho-sociale des patients accueillis (13).

Ce service ou cette unité dispense des soins techniques et vise à prévenir des réhospitalisations prématurées.

L'admission dans ces services ou unités peut être directe, sans passage systématique par un service de court séjour, sous réserve qu'une évaluation complète, justifiant l'orientation vers un service de soins de suite et de réadaptation, ait été préalablement réalisée.

La durée des prises en charge doit être adaptée à la diversité des besoins et à l'état des patients.

2. Implantation

La notion de proximité des soins est très importante, à moins qu'il ne s'agisse de rééducation fonctionnelle spécialisée ; dans ce cas, la nature du plateau technique l'emportera sur le souci de proximité.

Les services de soins de suite et de réadaptation doivent être développés sur l'ensemble du territoire à un bon niveau de proximité : au sein d'établissements de santé publics et privés, y compris en CHU et en hôpital local. Suivant la densité de la population âgée du bassin d'implantation, il pourra s'agir de services de soins de suite et de réadaptation dédiés exclusivement à la gériatrie ou d'unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique au sein de services ou d'établissements polyvalents.

3. Moyens humains

L'équipe du service de soins de suite et de réadaptation gériatrique est pluridisciplinaire :

Personnel médical :

- * un gériatre, au moins, est présent le jour ;
- * une astreinte médicale est organisée la nuit et les week-ends ;
- * la collaboration d'un médecin rééducateur doit être organisée.

Personnel para-médical :

Il comprend :

- * des infirmiers(ères) diplômé(e)s d'Etat dont la présence est indispensable 24 heures sur 24. Lorsque le contexte local le permet, une des infirmières peut utilement bénéficier du module de formation prévu pour les infirmières de prévention, dans le programme pour les personnes âgées fragiles. Elle exerce alors les missions confiées aux infirmières de prévention ;
- * des aides-soignant(e)s ;
- * des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ;
- * des psychologues ;
- * des travailleurs sociaux...

Et d'autres catégories professionnelles dont la participation est nécessaire mais auxquelles, il peut être fait appel, en fonction du type de personnes accueillies, sous forme de vacation ou prestation extérieure :

- * diététicien(ne) ;
- * orthophoniste ;
- * pédicure, podologue...

4. Equipement et recours techniques

Le service de soins de suite gériatriques devra disposer de locaux permettant la réalisation des soins, la rééducation,

le ré-apprentissage des gestes de la vie courante. Il devra être doté en matériel permettant la prise en charge de malades dépendants (exemple : lits à hauteur variable, matelas anti-escarres, lève malades...). Pour les démarches diagnostiques, les conditions d'accès à un plateau technique adapté, notamment en terme de proximité, devront être formalisées. Une collaboration étroite avec un service de neurologie, de psychiatrie et de rééducation devra être mise en place.

(1) Etudes et Résultats, DRESS, n° 40, novembre 1999.

(2) La maladie d'Alzheimer, page 12, Rapport de J.-F. Girard, septembre 2000.

(3) On entend par patient gériatrique un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe.

(4) Programme disponible sur [http : www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

(5) Dans les établissements de santé non sièges de SAU mais accueillant une forte proportion de personnes âgées polypathologiques, il est recommandé de structurer, au sein des services de médecine polyvalente, des unités individualisées dédiées aux patients gériatriques et disposant d'un personnel formé à leur prise en charge.

(6) Etudes et Résultats, DRESS, n° 40, novembre 1999.

(7) La maladie d'Alzheimer, page 12, Rapport de J.-F. Girard, septembre 2000.

(8) On entend, par patient gériatrique, un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe.

(9) Programme disponible sur [http ://www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

(10) Dans les établissements de santé non sièges de SAU mais accueillant une forte proportion de personnes âgées polypathologiques, il est recommandé de structurer au sein des services de médecine polyvalente, des unités individualisées dédiées aux patients gériatriques et disposant d'un personnel formé à leur prise en charge.

(11) Ces crédits participent au financement des postes d'infirmières de prévention identifiés dans les 50 établissements sièges de service d'accueil des urgences (SAU) disposant actuellement d'un service de court séjour gériatrique (cf. point I du programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles).

(12) Enquête du SESI, 1990, Echanges Santé-Social, n° 99, septembre 2000.

(13) Il est nécessaire qu'au delà des informations à caractère médical, toutes les informations concernant les conditions de vie à domicile des patients soient recueillis.



VU

NANCY, le **14 avril 2005**

Le Président de Thèse

NANCY, le **4 mai 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **F. PAILLE**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **11 mai 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **J.P. FINANCE**