



HAL
open science

L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique du centre hospitalier de la région d'Annecy : étude descriptive prospective de mars à juillet 2008

Maryline Allard-Reynier, Carole Eynard-Engel

► To cite this version:

Maryline Allard-Reynier, Carole Eynard-Engel. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique du centre hospitalier de la région d'Annecy : étude descriptive prospective de mars à juillet 2008. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00631581

HAL Id: dumas-00631581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631581>

Submitted on 12 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2009

**L'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique du Centre
Hospitalier de la Région d'Annecy
Etude descriptive prospective de mars à juillet 2008**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble

Le 31 mars 2009

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Maryline ALLARD-REYNIER

Née le 12 février 1980 à Bonneville

Carole EYNARD-ENGEL

Née le 12 janvier 1977 à Pau

Devant le jury composé de :

Président du jury : A. FRANCO Professeur Universitaire

Directeur de la thèse: M. DEBRAY Praticien Hospitalier

Juges: R. GONTHIER Professeur Universitaire

JP. BAGUET Professeur Universitaire

F. PICOT Praticien Hospitalier

Remerciements

Je dédie cette thèse,

A mes parents, avec toute mon affection et ma reconnaissance pour votre soutien et vos encouragements si précieux...Un grand merci pour votre générosité et votre bienveillance.

A mes beaux-parents, pour votre accueil chaleureux et votre disponibilité. Merci à Marc, toujours prêt à rendre service, pour votre participation à ce travail.

A mes frères et sœurs, pour vos encouragements au cours de mes études, et pour tous les bons moments passés en famille. Un merci tout particulier à Kevin, mon petit frère adoré qui une fois de plus a répondu présent pendant ces moments difficiles. A Corinne, toujours pleine d'attentions, pour ton aide au cours de ce travail.

A Aurélie, merci pour la gentillesse et le réconfort que tu m'apportes depuis toujours.

A ma grand-mère, ton courage et ta force de caractère sont des exemples pour moi. Merci pour l'attention que tu portes à tous tes enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants...

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir ! Merci pour votre soutien et votre écoute dans les périodes de doutes...

A Carole, pour cette sympathique collaboration riche en émotions ! Merci pour ton aide précieuse tout au long de cette année.

Au Docteur Sandrine Moine, pour ta bonne humeur et ton amitié. Merci de me faire partager ta vision d'une médecine efficace, humble et si humaine...

A Clélia et Antonin, mes adorables filleuls.

A Christophe, ta générosité et ta tendresse sont sans limites...

Maryline

MERCI

A ma Mère, pour ton courage et l'Amour dont tu m'as entourée malgré les difficultés.

A ma Grand-Mère, pour cette force de vie que tu m'as transmise.

A Michel, pour le goût de la résistance.

A mes oncles, pour leur affection de toujours.

A Bruno, pour cette rencontre inopinée mais ô combien salvatrice.

A Nadia, pour ton écoute et ta présence aux balbutiements de ces années de Médecine.

A Didier, pour ta bienveillance et ton amitié d'aujourd'hui.

A Maryline, pour cette agréable collaboration. Quelle richesse d'avoir travaillé ensemble !

A Christophe, pour ces attentions dont tu nous as entourées pendant ce travail.

Au Docteur Jeannie Hélène-Pelage pour m'avoir enseigné le respect du patient et l'Amour de ce métier. Merci pour votre bonne humeur et votre curiosité !

Au Docteur Duparc, pour votre soutien inestimable. Sans vous, je n'en serais pas là.

A Vincent, pour tout ce bonheur que nous construisons ensemble...

Carole

Nous tenons à remercier

Monsieur le Professeur Franco, pour nous avoir fait l'honneur de présider cette thèse, et pour nous avoir fait découvrir la gériatrie dès le début de notre cursus.

Monsieur le Professeur Gonthier, pour l'intérêt que vous portez à cette thèse, et pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Baguet, pour nous avoir enseigné votre discipline avec passion et rigueur au cours de nos études. Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Debray, pour la qualité et la pertinence de ton enseignement à l'occasion de cette thèse et tout au long de nos cursus. Nous te remercions d'avoir guidé ce travail.

Madame le Docteur Picot, pour votre écoute et votre disponibilité. Vos conseils à l'occasion de ce travail nous ont été précieux. Soyez assurée de notre profonde estime.

Nous remercions également

Le Docteur Jérôme Jund du Service d'Informatique et d'Etudes Médicales, pour son amicale collaboration et son aide précieuse à l'élaboration des résultats.

Toute l'équipe du Centre d'Evaluation Gériatrique, qui a fait preuve d'une grande disponibilité. Nous vous sommes reconnaissantes de nous avoir témoigné autant de sympathie.

Madame Camille Petit, pour la pertinence de ses conseils et pour sa disponibilité.

Kevin et Corinne pour leur aide précieuse.

Madame Claire Amoudruz, Monsieur Frédéric Appertet et l'imprimerie UBERTI-JOURDAN, pour leur grande disponibilité et pour leur sympathie.

Liste des professeurs et praticiens hospitaliers

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
Faculté de Médecine de Grenoble
Domaine de La Merci 38700 La Tronche

Doyen de la Faculté de Médecine :
Monsieur le Professeur Bernard SELE

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALDEJO	Pierre		
ARVIEUX	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	Michel	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	BIostatISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
BRIX	Muriel		
CAHN	Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	Olivier	DISPO	
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARI	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	Thierry	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE	CHU
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	J.François	(surnombre)	CHU
ESTEVE	François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	Marie		
	Christine	CANCEROLOGIE	CHU
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI	Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre- Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	CHU
LANTUEJOU	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LE BAS	Jean- François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	Marie- Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	Basile	(surnombre)	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE	CHU
REYT	Emile	O.R.L.	CHU
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE	CHU
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUÏ	Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

Sommaire

Sommaire	1
Introduction	7
1. Généralités et données bibliographiques	11
1.1. Epidémiologie et vieillissement	13
1.2. Polypathologie et dépendance	15
1.3. Les Hôpitaux de Jour Gériatriques	17
1.3.1. Développement des Hôpitaux de Jour (HDJ).....	17
1.3.2. Définition du cadre légal	20
1.3.3. Missions des Hôpitaux de Jour Gériatriques	21
1.3.4. Regroupement des Hôpitaux de Jour Gériatriques	22
1.3.5. L'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique d'Annecy	23
1.4. L'évaluation gérontologique	24
1.4.1. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS): définition et historique.....	24
1.4.2. Les outils de l'Evaluation Gériatrique Standardisée.....	25
1.4.3. Les apports de l'Evaluation Gériatrique Standardisée	28
1.4.4. Evaluation des Hôpitaux de Jour Gériatriques	29
2. Objectifs de l'étude	31
2.1. Objectifs principaux	33
2.2. Objectifs secondaires	33
3. Matériel et méthode	35
3.1. Population et terrain d'étude	37
3.1.1. Population étudiée.....	37
3.1.2. L'Hôpital de Jour.....	37
3.2. Déroulement de l'étude	38
3.3. Données recueillies	39
3.3.1. Lors de l'hospitalisation de jour	39
3.3.2. Enquête de satisfaction.....	44
3.3.3. Etude du devenir des patients	46
3.3.4. Etude des courriers	46
3.4. Bibliographie	47

4. Résultats	49
4.1. Description de la population	51
4.1.1. Taille de l'échantillon	51
4.1.2. Données socio-démographiques	52
4.1.3. Contexte social	53
4.1.4. Caractéristiques médicales	54
4.2. Description de l'activité de l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique	61
4.2.1. Evolution de l'activité des urgences et des services hospitaliers	61
4.2.2. Evolution de l'activité de l'HDJ depuis sa création	63
4.2.3. Origine de la demande d'hospitalisation de jour	64
4.2.4. Motifs de l'hospitalisation de jour	65
4.2.5. Actes réalisés	66
4.3. Etude de l'utilité de l'Hôpital de Jour	67
4.3.1. Améliorations apportées	67
4.3.2. Etude du devenir dans les trois mois	69
4.3.3. Etude de la satisfaction	69
4.4. Approche de l'efficacité de l'Hôpital de Jour	74
4.4.1. Suivi des recommandations à 3 mois	74
4.4.2. Etude qualitative des courriers de l'Hôpital de Jour dans la population à évolution péjorative	75
4.4.3. Recherche de facteurs associés à la réhospitalisation	77
5. Récapitulatif	79
5.1. Description de la population	81
5.2. Activité de l'Hôpital de Jour	82
5.3. Utilité de l'Hôpital de Jour	82
6. Discussion	83
6.1. Discussion des principaux résultats	85
6.1.1. Description de la population évaluée en Hôpital de Jour	85
6.1.2. Description de l'activité et évaluation de l'utilité de l'HDJ	86
6.1.3. Approche de l'efficacité	89
6.2. Forces et faiblesses de notre travail	90
6.2.1. Points forts de notre travail	90
6.2.2. Points faibles de notre travail	90
6.3. L'HDJ au cœur du réseau de soins : problématiques	93

6.3.1.	La place du suivi est prépondérante dans notre HDJ.....	93
6.3.2.	Le suivi des recommandations n'est pas optimal	94
6.3.3.	Réseaux de coordination : la place de l'Hôpital de Jour	95
6.4.	Vers une évaluation de l'efficacité des Hôpitaux de Jour d'Evaluation Gériatrique	97
6.4.1.	La réhospitalisation : un critère d'évaluation inadapté pour les Hôpitaux de Jour Gériatriques .	97
6.4.2.	Pertinence de l'HDJ dans l'offre de soins gériatriques.....	97
Conclusion		101
Glossaire		107
Annexes.....		111
Bibliographie		145
Serment d'Hippocrate		155

Table des Figures

Figure 1: Evolution du nombre de séjours hospitaliers au CHRA depuis 2004. (à l'exclusion du SAU).....	62
Figure 2: Evolution du nombre de séjours hospitaliers au SAU depuis 2004.....	62
Figure 3: Evolution de l'activité de l'HDJ de 2004 à 2007.....	63
Figure 4: Origine de la demande d'HDJ au cours de l'étude.	64
Figure 5: Satisfaction des aidants concernant le délai d'attente, la qualité de l'accueil du personnel et l'information reçue lors de l'HDJ (résultats en % des patients interrogés).....	70
Figure 6: Mise en application des recommandations par les aidants: étude de la satisfaction et de la faisabilité.	70

Table des Tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	52
Tableau 2: Structures et aides en place avant l'HDJ.....	53
Tableau 3: Devenir envisagé avant l'HDJ	54
Tableau 4: Répartition des antécédents dans la population étudiée.	55
Tableau 5: Traitements à visée neurologique et psychiatrique	56
Tableau 6: Traitements à visée cardio-vasculaire et pulmonaire	57
Tableau 7: Autres traitements	58
Tableau 8: Evaluation des troubles de la marche et de l'équilibre dans la population étudiée.	60
Tableau 9: Description des motifs d'hospitalisation de jour d'évaluation gériatrique et des types de pathologies des patients	65
Tableau 10: Actes réalisés lors des séjours d'HDJ	66
Tableau 11: Apports diagnostiques et thérapeutiques de l'HDJ	67
Tableau 12: Apport social	68
Tableau 13: Satisfaction selon le devenir.....	71
Tableau 14: Suivi des recommandations selon le devenir des patients.....	75
Tableau 15: Association entre les caractéristiques socio-démographiques et la réhospitalisation dans les 3 mois.....	77
Tableau 16: Association entre les caractéristiques médicales et la réhospitalisation dans les 3 mois	78

Table des Annexes

Annexe 1.	<i>Pyramide des âges.....</i>	<i>113</i>
Annexe 2.	<i>Classification de statut nutritionnel par l'OMS selon l'IMC</i>	<i>114</i>
Annexe 3.	<i>Recueil au cours de l'hospitalisation de jour.....</i>	<i>115</i>
Annexe 4.	<i>Entretien téléphonique à 3 mois</i>	<i>126</i>
Annexe 5.	<i>Test Get up and go.....</i>	<i>127</i>
Annexe 6.	<i>Test de Tinetti.....</i>	<i>128</i>
Annexe 7.	<i>Echelle de la dépression.....</i>	<i>130</i>
Annexe 8.	<i>Evaluation de l'état nutritionnel</i>	<i>132</i>
Annexe 9.	<i>Evaluation des troubles du comportement.....</i>	<i>133</i>
Annexe 10.	<i>Cotation de l'autonomie</i>	<i>139</i>
Annexe 11.	<i>Classification AGGIR de la dépendance</i>	<i>143</i>

Introduction

Le vieillissement continu de la population a fait émerger au cours des 30 dernières années de nouveaux besoins de santé liés au grand âge. Contrairement aux prédictions pessimistes des années 80, le vieillissement actuel de la population se caractérise par la compression de la morbidité dans le grand âge et une diminution régulière des incapacités, y compris chez les plus âgés ⁽¹⁾. Ce phénomène nécessite la promotion de la prévention, y compris à l'égard de la population âgée de plus de 85 ans. Le programme national pluri-annuel 2003-2005 " Bien Vieillir " est consacré à la promotion du bien-être et de la santé et à l'amélioration de la qualité de vie ⁽²⁾. Il n'en reste pas moins que l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation de la polypathologie, de la fragilité et de la dépendance.

Notre système de santé doit faire face non seulement à la prise en charge de pathologies complexes, mais aussi aux conséquences sociales du vieillissement. Depuis de nombreuses années, les professionnels de santé, ainsi que les pouvoirs publics se sont interrogés sur les adaptations possibles de notre système de soins. L'adaptation de l'offre de soins à l'état de santé des personnes âgées est devenue une préoccupation majeure de Santé Publique.

L'approche gérontologique multidisciplinaire, structurée autour de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS), permet d'appréhender les besoins spécifiques de cette population âgée croissante. De nombreuses études ont démontré le bénéfice apporté par l'évaluation pluridisciplinaire chez les patients hospitalisés. ⁽³⁾⁽⁴⁾. Plus tard, des travaux ont montré qu'une prise en charge associant une évaluation multidisciplinaire initiale et un suivi avec soins primaires gériatriques coordonnés améliorait les fonctions cognitives, le statut fonctionnel, la perception de bonne santé, le sentiment de bien être et limitait le déclin fonctionnel ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. L'efficacité des soins gériatriques est cependant conditionnée par une bonne coordination ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ et par une bonne éducation des patients et des aidants ⁽¹¹⁾.

Ces résultats issus de l'Evidence Based Medecine (EBM) ont encouragé la création de lieux d'évaluation des personnes âgées et le développement de filières de soins. Les missions des Hôpitaux de Jour (HDJ) ont été définies par la circulaire DHOS du 28 mars 2007 ⁽¹²⁾⁽¹³⁾ dans les suites de programmes gouvernementaux ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Les HDJ se sont développés afin d'optimiser la prise en charge des personnes âgées dans un réseau gérontologique structuré.

Les Hôpitaux de Jour anglo-saxons, associant traditionnellement évaluation et réhabilitation, ont fait l'objet d'études d'efficacité. La méta-analyse de Forster et al. montrait une supériorité des soins en HDJ sur des soins gériatriques non coordonnés, mais pas sur d'autres soins gériatriques coordonnés ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. Malone et al. ont montré que 3 mois après l'arrêt d'une prise

en charge en HDJ les paramètres d'évaluation, améliorés à la sortie, rejoignaient leur niveau antérieur⁽¹⁹⁾.

En France, peu d'études ont été réalisées sur les Hôpitaux de Jour : Durand-Gasselins a établi en 2002 une typologie descriptive des différents Hôpitaux de Jour français, mettant en évidence leur hétérogénéité⁽²⁰⁾. Une étude, réalisée au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bichat-Claude Bernard de Paris a décrit l'activité d'un HDJ d'Evaluation français⁽²¹⁾.

L'efficacité des HDJ n'a pas encore été évaluée, par manque de données nationales descriptives : ce travail nécessite une bonne connaissance préalable de l'activité des HDJ et des patients pris en charge dans ces structures. L'objectif principal de notre étude était de disposer d'éléments caractérisant la population prise en charge à l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique d'Annecy, et de décrire son activité en la comparant à celle de l'Hôpital de Jour du CHU de Bichat.

Les notions d'efficacité et d'utilité sont proches et constituent la base de l'évaluation d'une structure sanitaire. La première introduit la notion de rapport coût-bénéfice. Notre étude a cherché à évaluer essentiellement l'utilité de l'HDJ: apportait-il des améliorations en termes de diagnostic, de traitement, de prise en charge sociale et d'éducation des patients ? remplissait-il les missions qui lui avaient été confiées ? répondait-il aux besoins et attentes des usagers ?

Une approche de l'efficacité a été réalisée par l'étude des réhospitalisations : pouvait-on déterminer les facteurs de risque de réhospitalisation afin d'optimiser la prise en charge de cette population en HDJ et dans la filière de soins ?

1. Généralités et données bibliographiques

1.1. Epidémiologie et vieillissement

Le XXème siècle a été marqué par un accroissement spectaculaire de la longévité. L'espérance de vie moyenne à la naissance est aujourd'hui de 66 ans dans le monde, soit une progression de 20 ans depuis 1950. Elle devrait encore augmenter de dix ans d'ici 2050 ⁽²²⁾.

En 2007, la population des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 7 % de la population mondiale ⁽²³⁾. Un véritable défi démographique se profile à l'horizon 2050 : alors que le vieillissement est déjà avancé dans l'ensemble des pays développés et notamment en Europe occidentale, on constate la même tendance dans l'ensemble des pays en voie de développement ⁽²²⁾.

On distingue aujourd'hui trois profils démographiques. Le " Vieux Monde ", l'Europe, compte la même proportion de personnes de plus de 65 ans et de moins de 15 ans (16%). L'Amérique du Nord, en cours de transition, ne compte encore que 12% de personnes de plus de 65 ans contre 20% de moins de 15 ans. C'est dans les pays du Sud, comptant en moyenne 3 à 4 fois plus de moins de 15 ans que de personnes de plus de 65 ans, que l'on s'attend au vieillissement démographique le plus rapide ⁽²³⁾. Selon l'ONU, la population mondiale comprenait en 2002 environ 600 millions de personnes âgées de plus de 60 ans. Ce chiffre doublera vers 2025. Le groupe qui connaît la croissance la plus rapide est celui des 80 ans et plus. De 70 millions en 2000, leur nombre devrait être multiplié par cinq au cours des 50 prochaines années ⁽²²⁾.

L'Europe est aujourd'hui avec le Japon, la région du monde où la population est la plus âgée. Historiquement, la France fut le premier pays touché par le vieillissement en Europe. La baisse de la fécondité puis le recul de la mortalité notamment aux grands âges expliquent l'évolution de la pyramide des âges ⁽²⁴⁾. (0)

L'espérance de vie en France en 2008 était de 77,5 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes. Deux personnes sur trois âgées de 75 ans et plus étaient des femmes. La part des personnes de plus de 65 ans (16% de la population) progresse tandis que celle des moins de 20 ans décroît (25%). C'est pour les plus âgés que la progression est la plus rapide: en 10 ans, le nombre des plus de 75 ans a augmenté d'un tiers, soit près de 5 fois plus vite que la population totale ⁽²⁵⁾.

Selon les projections de l'INSEE ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait en 2050 soixante-dix millions d'habitants, soit 9 millions de plus qu'en 2005. Un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. C'est entre 2006 et 2035 que cette hausse serait la plus importante avec

l'arrivée des générations du baby-boom. Dès 2014, la proportion des moins de 20 ans serait inférieure à celle des 60 ans ou plus.

La région Rhône-Alpes se place au sixième rang des régions les plus jeunes ⁽²⁸⁾. Elle compte plus de 877 700 personnes de plus de 65 ans, dont près de la moitié est âgée de plus de 75 ans, avec plus de 1000 centenaires. La répartition géographique des personnes âgées est très hétérogène ⁽²⁹⁾: elle varie de 13% en Haute-Savoie à plus de 20% en Ardèche. Même si les zones rurales et montagneuses sont beaucoup plus “âgées” que les autres, les trois quarts de la population des plus de 65 ans vivent dans des unités urbaines de 10000 habitants ou plus.

La Haute-Savoie est le département le plus jeune de la région ⁽³⁰⁾. Il est cependant celui qui connaît le plus fort taux d'accroissement des personnes de plus de 65 ans (+ 2,2% par an). Quelques cantons se démarquent par leur population relativement plus âgée : Seyssel, Samoëns, Thonon-les-Bains, Annecy. En 2007, la population du bassin annecien comprenait 6 % de personnes de plus de 75 ans.

Ces tendances démographiques laissent entrevoir pour 2020 une augmentation de 55% du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans la région Rhône-Alpes. C'est en Haute-Savoie que la croissance sera la plus forte ⁽²⁸⁾. L'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de 86% en 20 ans, passant de 35800 en 2000 à 67000 en 2020.

1.2. Polypathologie et dépendance

Le vieillissement démographique est traditionnellement mesuré par la croissance de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus. Cet âge, défini selon une vision administrative par la fin de la vie professionnelle, ne tient pas compte de l'évolution des conditions de vie et ne semble plus pertinent lorsque l'on aborde des questions de santé et de dépendance⁽³¹⁾. Le vieillissement actuel de la population se caractérise par la compression de la morbidité dans le grand âge et par une diminution régulière des incapacités, y compris chez les plus âgés⁽³²⁾. En 2001, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans était estimée à 10 ans pour les hommes et 12 ans pour les femmes⁽²⁹⁾.

L'incidence et la prévalence de nombreuses maladies augmentent avec l'âge et leur retentissement est plus sévère chez les patients âgés. L'association de plusieurs maladies chroniques définit la polypathologie. L'interaction entre les différentes pathologies peut modifier leur expression clinique et rendre difficile le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. La polypathologie entraîne souvent une polymédication et une augmentation du risque iatrogène.

Le retentissement fonctionnel des maladies chroniques sur la vie quotidienne est une dimension importante à prendre en compte dans la médecine des personnes âgées. De nombreuses affections peuvent altérer la capacité à réaliser seul des activités de la vie quotidienne. L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle se réfère au libre-arbitre⁽³³⁾. La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Elle se réfère à un besoin d'aide. Dans les années 70, des recherches ont été menées pour définir et mesurer l'état fonctionnel des individus⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾ dans le but notamment d'évaluer les conséquences de l'allongement de l'espérance de vie sur l'état de santé des personnes. Dans ces travaux, il était suggéré de distinguer les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité. Les limitations fonctionnelles relèvent de problèmes sensoriels, physiques ou mentaux ressentis par l'individu et induits par une déficience de l'organisme. Les restrictions d'activité représentent les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'activités du quotidien, pouvant conduire à un désavantage social comme la dépendance. Des études récentes ont montré que les limitations fonctionnelles sont prédictives de restrictions d'activité et qu'elles constituent une première alerte au risque de dépendance⁽³⁶⁾. Elles montrent aussi que le passage des limitations fonctionnelles aux restrictions d'activité n'est pas systématique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), afin de distinguer les différents niveaux de retentissement de la maladie, a repris l'analyse fonctionnelle des maladies de Wood⁽³⁷⁾. Cette analyse distingue la déficience, l'incapacité et le handicap.

- La déficience correspond à une anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Elle peut être sans conséquence pathologique, mais le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie.
- L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en termes de fonction ou de performance.
- Le handicap est le désavantage résultant de l'incapacité.

D'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de l'INSEE⁽³⁸⁾, la population des plus de 60 ans comptabilisait près de 7% de personnes dépendantes (Groupes Iso-Ressources ou GIR 1 à 4)⁽³⁹⁾. Aux très grands âges (après 90 ans), huit personnes sur dix déclaraient avoir recours à une aide au quotidien⁽⁴⁰⁾.

Selon Cambois et al⁽³⁸⁾, il existe des disparités face au risque de perte d'autonomie. Les déterminants d'une plus grande indépendance peuvent être l'exposition aux différents types de problèmes fonctionnels (physique, sensoriel ou cognitif) ou la manière de les gérer, certaines personnes en compensant mieux les effets que d'autres. Il semblerait qu'un meilleur accompagnement des problèmes fonctionnels courants (par des aides techniques, aménagements, rééducation...) permettrait à un plus grand nombre de personnes de prolonger leur autonomie⁽⁴¹⁾. Le cumul des problèmes fonctionnels physiques et cognitifs génère davantage de restrictions sévères d'activité. Les problèmes uniquement cognitifs, relativement rares, n'ont un impact significatif qu'après 70 ans. C'est la présence d'un problème physique qui accroît le plus fortement le risque de restriction d'activité et il est d'autant plus fort que le problème physique s'accompagne de limitations cognitives et sensorielles⁽³⁶⁾.

Lorsque la perte d'autonomie fonctionnelle est sévère, le recours à des aides professionnelles est toujours nécessaire, permettant au malade dépendant de rester à domicile. La réussite du maintien à domicile et la qualité de vie des patients sont tributaires de la bonne organisation et de l'efficacité des aides apportées. Lorsque les ressources du maintien à domicile atteignent leurs limites, il est préférable d'organiser dans le calme l'orientation du malade sans attendre une situation de crise. Actuellement, l'entourage joue un rôle majeur dans le maintien à domicile. Les aidants principaux sont en majorité des femmes (l'épouse ou les filles) et ont le plus souvent entre 50 et 79 ans (79% des aidants). Selon les projections de l'INSEE à

l'horizon 2040 ⁽⁴²⁾, le nombre de ces aidants devrait augmenter nettement moins que le nombre de personnes âgées dépendantes. Cette évolution démographique s'inscrit dans un contexte de changement de la société elle-même : l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes et les modifications de la structure familiale avec l'éloignement géographique des enfants interviennent sur les possibilités d'aide informelle.

L'ensemble de ces facteurs risque d'avoir un impact important sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les besoins d'aide professionnelle à domicile ⁽⁴²⁾. Cette perspective a fait émerger de nouvelles propositions de soins comme la création des Hôpitaux de Jour Gériatriques.

1.3. Les Hôpitaux de Jour Gériatriques

1.3.1. Développement des Hôpitaux de Jour (HDJ)

a. Définition

L'hospitalisation de jour est une hospitalisation à temps partiel ou à durée déterminée ⁽⁴³⁾. Elle est définie par le décret du 2 octobre 1992, qui précise les alternatives à l'hospitalisation. Les Hôpitaux de Jour sont des structures sanitaires, à la différence des accueils de jour qui sont des structures médico-sociales ⁽⁴⁴⁾.

b. Des structures relativement jeunes

Les prémices de ces structures sont apparues en URSS en 1932, issues d'équipes psychiatriques. Dès les années 50, elles se développent en Angleterre et aux Etats-Unis ⁽⁴³⁾. C'est à Oxford en 1958 que naît le premier Hôpital de Jour de Gériatrie.

En France, le premier HDJ gériatrique a été créé à l'Hôpital d'Ivry en 1971 après le rapport Laroque ⁽⁴⁵⁾ et la circulaire 1575 du 24 septembre 1971 ciblée sur le maintien à domicile des personnes âgées ⁽⁴³⁾.

c. Développement de la filière gériatrique

Depuis plus de trente ans, des réflexions successives ont été menées sur les moyens de faire face au vieillissement. A l'aube du XXIème siècle, le constat est fait que la prise en charge

hospitalière des personnes âgées reste inadaptée. Elle se limite le plus souvent à une hospitalisation complète, l'entrée à l'hôpital se faisant essentiellement par le Service d'Accueil des Urgences (SAU). Les erreurs d'orientation sont fréquentes par absence d'avis gériatrique, de prise en charge spécifique, et par manque de communication entre ville et hôpital. De ces lacunes résulte un coût financier (46) et surtout humain important, avec un risque non négligeable d'entrée dans la dépendance, d'institutionnalisation ou de réhospitalisation non programmée⁽⁴⁷⁾.

Dès 2002, l'accent est donc mis sur l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Plusieurs plans et programmes gouvernementaux se succèdent. Le Plan " Vieillesse et Solidarité " (48), élaboré dans les suites de la canicule, prévoit entre autres le renforcement des services permettant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Le développement de structures alternatives à l'hospitalisation complète est abordé dans le Programme de Prévention et d'Organisation des Soins pour les Personnes Agées Fragiles 2002 -2005⁽⁴⁷⁾, qui insiste particulièrement sur la prévention par le dépistage des syndromes gériatriques et sur une approche fonctionnelle multidimensionnelle des personnes âgées. Les consultations gériatriques avancées et les pôles d'évaluation gériatrique sont créés dans cet esprit afin de renforcer l'accès à des soins de proximité suite à la circulaire DHOS du 18 mars 2002⁽⁴⁹⁾. La consultation gériatrique avancée, organisée dans les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), permet une première évaluation médico-sociale en ville. Les pôles d'évaluation gériatrique, implantés dans l'hôpital, réalisent des évaluations pluridisciplinaires à la demande des services hospitaliers ou des médecins traitants.

La création de ces structures de prise en charge ambulatoire se situe dans un programme d'organisation globale de la gériatrie intra et extra hospitalière, défini par la même circulaire : développement des Courts Séjours Gériatriques, des équipes mobiles gériatriques, des Soins de Suite et de Réadaptation, de l'Hospitalisation à Domicile (HAD). L'objectif de cette articulation ville-hôpital est une politique coordonnée de soins dont la mise en place passe par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et par les projets d'établissements.

d. Une organisation territoriale de l'offre de soins

La mise en place de réseaux gérontologiques est encouragée de 1999 à 2004 par le SROS de deuxième génération. Dans les SROS 1 et 2, la carte sanitaire est définie au niveau national⁽⁵⁰⁾. Dans le SROS 3 (2006 à 2010)⁽⁵¹⁾, ce sont les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) qui définissent les territoires de santé et fixent des objectifs quantifiés pour l'offre de

soins. L'objectif est de poser les conditions d'une amélioration de la prise en charge sanitaire au sein d'une organisation en filière gériatrique dans chaque bassin hospitalier, pour une prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée ⁽⁵¹⁾. Il encourage le développement de structures alternatives à l'hospitalisation complète telles que les Hôpitaux de Jour Gériatriques.

La filière de soins gériatriques s'organise et se structure peu à peu, autour des objectifs et des missions recommandés par deux programmes majeurs : " Un programme pour la Gériatrie " en 2006 ⁽¹⁶⁾, et le " Plan Solidarité-Grand Age 2007-2012" ⁽¹⁵⁾. " Les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prise en charge sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance " ⁽¹⁵⁾. Le maintien à domicile doit être favorisé dans le respect du libre choix des personnes.

La filière de soins gériatriques doit s'organiser dans chaque territoire de santé, labellisée par les ARH. Elle comprend une unité de Court Séjour Gériatrique, une unité de Soins de Suite et de Réadaptation, une Unité de Soins de Longue Durée, une équipe mobile de gériatrie et un pôle d'évaluation gériatrique composé d'un Hôpital de Jour, d'une consultation polyvalente et d'une consultation-mémoire.

La filière gériatrique est décrite dans le " Programme pour la Gériatrie " comme " le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé ". Elle doit s'articuler autour d'un "centre référent gériatrique " coordonnateur de la filière ⁽¹⁶⁾.

La circulaire DHOS du 28 mars 2007 reprend l'ensemble de ces recommandations dans un référentiel d'organisation des soins. Elle définit précisément les filières de soins ⁽¹²⁾, les unités de consultations et les Hôpitaux de Jour Gériatriques ⁽¹³⁾.

e. Prise en charge de la démence, enjeu majeur de santé publique.

Compte tenu de l'augmentation importante des troubles cognitifs avec l'avancée en âge, la prise en charge de ces patients devient progressivement une préoccupation majeure de santé publique. La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées font l'objet de circulaires spécifiques successives ⁽⁵²⁾. Leur prise en charge est considérée comme une priorité nationale. La structuration de l'accès à un diagnostic de qualité et le soutien aux personnes malades et à

leurs familles sont mis en avant. Des structures de recours en cas de diagnostic difficile ou de formes particulières de ces maladies se développent, les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). Les Plans Alzheimer 2004-2007 ⁽¹⁴⁾ puis 2008-2012 ⁽⁵³⁾ insistent sur l'importance du soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants, le renforcement de la coordination, l'aide au maintien à domicile, l'amélioration de l'accès au diagnostic et l'optimisation du parcours de soins des patients.

1.3.2. Définition du cadre légal

Le développement des Hôpitaux de Jour Gériatriques se base sur la circulaire du 28 mars 2007 qui définit les moyens à mettre en œuvre ⁽¹³⁾. Les HDJ doivent être situés sur un site hospitalier disposant d'un Court Séjour Gériatrique et offrant 120 journées d'hôpital de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière. Ils doivent disposer d'au moins 5 places d'HDJ. L'équipe pluridisciplinaire doit pouvoir comprendre un Equivalent-Temps Plein (ETP) gériatre qui coordonne 1,5 ETP infirmière, 0,5 ETP aide-soignant, et du temps de psychologue, de diététicienne, de podologue, d'assistante sociale et de secrétaire, formés à la prise en charge gériatrique. L'accès aux avis spécialisés et au plateau technique est possible sur le site ou par conventionnement. Cela concerne la radiologie standard, l'échographie doppler, l'échocardiographie, la TDM, l'IRM, les analyses biologiques, les explorations fonctionnelles respiratoires, les endoscopies digestives et bronchiques et les explorations urodynamiques. L'accès à la consultation doit se faire par le médecin traitant, après consultation préalable ou avis d'un gériatre de la filière. Un courrier de synthèse doit être adressé au médecin traitant le jour même de la venue en HDJ ⁽⁵⁴⁾.

Ce référentiel ne constitue pas une norme opposable. Il sert de base à une démarche dynamique de création ou d'amélioration des filières ⁽⁵⁴⁾. Les établissements de santé élaborent avec les ARH leurs plans d'action prioritaires dans les Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Cette organisation contractualisée du système de soins permet une mise en place progressive des recommandations de la circulaire tenant compte des spécificités de chaque territoire sanitaire.

1.3.3. Missions des Hôpitaux de Jour Gériatriques

Elles ont été définies dans la circulaire DHOS de 2007 ⁽¹³⁾ et dans la littérature française par Girtanner et al. ⁽⁴³⁾ et Strudel et al. ⁽⁴⁴⁾.

a. Missions diagnostiques

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée (plan de soins individualisé proposé par une équipe multidisciplinaire).
- Etre un recours pour le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus.
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées.
- Proposer des bilans programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gériatrique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur.
- Dépister les situations à risque et les sujets fragiles, prévenir le risque de perte d'autonomie et de complications liées à une éventuelle hospitalisation complète.

b. Missions thérapeutiques

- Réalisation de traitements programmés ou de soins lourds, impossibles à dispenser à domicile (transfusions, plaies complexes...)
- Contrôle de la iatrogénie.
- Plan de soin des maladies neuro-dégénératives évolutives.
- Réadaptation cognitive (optimisation des capacités restantes et apprentissage de nouvelles stratégies).
- Suivi des malades chroniques.
- Suivi diététique intriqué avec des polyopathologies.
- Rééducation de troubles de la marche.
- Soutien des aidants.
- Soutien au maintien à domicile.
- Préparation à l'entrée en EHPAD.

c. Mission de coordination

Les HDJ doivent s'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour. Ils doivent également participer à l'organisation du soutien au domicile.

1.3.4. Regroupement des Hôpitaux de Jour Gériatriques

La majorité des HDJ (plus de 80%) sont réunis dans une association loi 1908, créée en 1988 par P. Leroux : l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées (APHJPA)⁽⁵⁵⁾. Elle est actuellement présidée par le Professeur B. Durand-Gasselin.

Les HDJ gériatriques sont inégalement répartis sur le territoire français et regroupent des structures très hétérogènes de part leur situation dans la carte sanitaire (rattachement à une structure gériatrique, psychiatrique ou géronto-psychiatrique), leurs missions, leur mode de fonctionnement et leur coût⁽⁴⁴⁾. Face à cette importante diversité mise en évidence dès les premières années de vie de l'association, le Professeur Durand-Gasselin s'est proposé en 2002 de décrire les HDJ regroupés par l'APHJPA et d'en définir une typologie⁽²⁰⁾. On distingue trois catégories d'HDJ en fonction de leurs caractéristiques:

- 1) HDJ diagnostiques (évaluation)
- 2) HDJ thérapeutiques (évaluation-réadaptation)
- 3) HDJ gérontopsychiatriques (psychogériatrie).

Beaucoup ne sont pas identifiés clairement sur le site de l'association. En 2008, plus de 130 Hôpitaux de Jour Gériatriques, cotisant à l'APHJPA, étaient répertoriés dans les livrets blancs, totalisant plus de 1000 places d'HDJ pour environ 30 000 patients pris en charge chaque année. Ils employaient 60 temps-pleins médicaux ou équivalents et 500 soignants⁽⁵⁵⁾.

En 2006, leur nombre total sur le territoire français était déjà estimé à 150 environ. La moitié des personnes prises en charge étaient de nouveaux patients⁽⁴³⁾.

Les HDJ d'évaluation sont encore rares au sein de l'ensemble des HDJ gériatriques : six sur 130 sont répertoriés. Ils se caractérisent par un nombre de places réduit, l'accès à un plateau technique, une représentation médicale plus forte, un nombre important de patients pris en charge (en moyenne 590 par an). Ils réalisent un bilan diagnostique sur 2 passages en moyenne. Le contenu de l'évaluation n'est absolument pas harmonisé. Elle repose en partie

sur le concept d'Evaluation Gériatrique Standardisée ou EGS (Comprehensive Geriatric Assessment ou CGA dans la littérature anglo-saxonne)⁽⁵⁴⁾.

1.3.5. L'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique d'Annecy

a. Mise en place de la filière gériatrique hospitalière

Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Unité de Soins de Longue Durée ont été créés à Seynod en 1977. En 1994, le Service des Convalescents est transformé en Service des Convalescents Gériatriques. Il devient en 1998 le Court Séjour Gériatrique (CSG) disposant de 20 puis 26 lits. En 1999, la Consultation Mémoire est créée en complémentarité de celle de Neurologie ouverte en 1996. Cette même année, l'Unité Mobile de Gériatrie voit le jour. En mars 2004, l'Hôpital de Jour est créé. Les postes accordés par l'ARH en 2003, initialement prévus pour renforcer le CSG, le SSR, l'Antenne Mobile et la Consultation Mémoire, ainsi que le rapprochement des services de Diabétologie - Endocrinologie et de Néphrologie, ont permis la libération des locaux et du personnel nécessaires à la création de l'HDJ. Le Centre d'Evaluation Gériatrique (CEG) regroupe l'HDJ et la Consultation Mémoire. Le CHRA dispose également d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la Résidence Saint François. En 2008, une Equipe Mobile Extra-Hospitalière destinée à intervenir dans les EHPAD complète ce dispositif.

Fort de tous ces éléments, le CHRA a vocation à organiser la filière gériatrique sur son territoire et à constituer un centre de référence pour le réseau gérontologique du bassin. La filière devrait être renforcée en 2009 par la création d'une Equipe Mobile Gériatrique extra-Hospitalière orientée vers les situations complexes rencontrées par les personnes âgées à domicile.

b. Les objectifs de l'Hôpital de Jour

Les objectifs initiaux se sont inspirés des missions recommandées par la circulaire de 2002 relative à la filière gériatrique⁽⁴⁹⁾, et de la circulaire Alzheimer 2002⁽⁵²⁾. Le projet d'établissement 2007-2010 du CHRA, avec le Projet Médical du Pôle Gériatrie⁽⁵⁶⁾ insiste sur le renforcement de la prise en charge pluridisciplinaire gériatrique, de la filière gériatrique intra et extra hospitalière et de la fluidification de la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Il met l'accent sur l'importance du réseau gérontologique ville-hôpital.

En ce qui concerne le CEG, l'objectif est donné de parvenir à un fonctionnement à sa capacité maximum (5 places autorisées), sans interruption pendant la période estivale. L'Hôpital de Jour doit pouvoir constituer un recours pour le secteur ambulatoire en réévaluant des situations médico-sociales complexes à la demande des médecins généralistes en charge de la gestion à domicile. Au sein de l'hôpital, il doit être possible de réaliser un complément d'évaluation pour les patients venant du Service d'Accueil des Urgences (SAU), des services de spécialité et de la filière gériatrique, dans un but diagnostique ou afin d'élaborer un plan d'aide ou d'information des familles. Il doit constituer une aide pour les retours à domicile à risque en permettant une reconvoation à distance du patient et de sa famille.

A l'issue de la synthèse pluridisciplinaire, l'hospitalisation de jour doit se concrétiser par une hiérarchisation des problèmes et par des propositions de prise en charge thérapeutique et réadaptative afin d'éviter des hospitalisations classiques.

Chacun des maillons de la filière gériatrique concourt à l'efficacité de la prise en charge globale des personnes âgées sur l'ensemble du parcours de soins. La gériatrie devient " transversale ". L'Hôpital de Jour apparaît comme le lieu privilégié de l'évaluation gérontologique.

1.4. L'évaluation gérontologique

1.4.1. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS): définition et historique

Ce sont les médecins anglais qui, les premiers, se sont intéressés à la notion d'évaluation fonctionnelle du sujet âgé. Le vieillissement physiologique et les maladies chroniques (polypathologie) sont sources d'une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme qui lors d'une agression aiguë ou d'un stress au sens large, peut basculer dans un état de décompensation. Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par JP. Bouchon en 1984. Ce raisonnement gériatrique, ou " 1+2+3 de Bouchon " s'applique à la plupart des situations cliniques en gériatrie ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾.

L'approche gériatrique de la personne âgée malade se caractérise avant tout par une approche globale, " bio-psycho-sociale ". Elle se concrétise dans l'Evaluation Gériatrique Standardisée

(EGS) qui représente aujourd'hui, entre la médecine clinique et la médecine para-clinique, un outil efficace dans la lutte contre le processus dynamique de fragilisation, source de dépendance. L'approche thérapeutique, loin de se limiter à des actes de prescription médicamenteuse souvent source de iatrogénie, nécessite une collaboration interdisciplinaire étroite des intervenants médicaux, paramédicaux et familiaux⁽⁵⁹⁾.

L'évaluation gériatrique a pour objectifs de repérer les fragilités des personnes âgées et de mettre en oeuvre un plan d'intervention adapté à leurs besoins. Rubenstein fut l'un des premiers médecins à avoir démontré que le devenir des patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une EGS était significativement différent de celui des patients bénéficiant d'un suivi hospitalier dit "classique"⁽⁴⁾⁽⁶⁰⁾.

1.4.2. Les outils de l'Évaluation Gériatrique Standardisée

Les outils standardisés et internationalement validés de l'EGS confèrent à la pratique de la gériatrie une de ses spécificités et permettent d'apprécier l'autonomie, la marche, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives ou encore la thymie. Cette évaluation permet d'envisager l'instauration de mesures préventives visant à devancer la survenue d'éventuels incidents assombrissant souvent le pronostic fonctionnel ou vital des personnes âgées vulnérables.

a. Statut fonctionnel

L'évaluation du statut fonctionnel est une des étapes les plus importantes de l'EGS. Les capacités pour les activités de base de la vie courante sont mesurées par l'échelle ADL (Activities of Daily Living)⁽⁶¹⁾ qui évalue les capacités du patient pour l'habillage, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts ou encore la prise alimentaire. Les activités plus complexes de la vie quotidienne sont évaluées par l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living)⁽⁶²⁾ : capacité d'utiliser le téléphone, de préparer un repas, de faire le ménage, de faire les courses, d'utiliser les moyens de transport, de prendre les traitements médicamenteux et de gérer un budget personnel.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) est un instrument d'évaluation spécifiquement français, élaboré par le Syndicat National de Gérontologie Clinique et inscrit dans la loi comme outil d'évaluation de la dépendance pour déterminer l'attribution financière (Allocation Personnalisée à l'Autonomie). La grille comporte 10 variables discriminatives. Un algorithme classe les combinaisons de réponses à ces variables

en 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) ⁽³²⁾ de la dépendance la plus importante (GIR1) à une indépendance totale (GIR6).

b. Evaluation cognitivo-comportementale

L'altération cognitive joue un rôle important pour le devenir du patient. En cas d'altération des fonctions supérieures :

- les durées d'hospitalisation sont plus longues
- il existe un plus grand risque d'événements indésirables après une éventuelle hospitalisation ou une intervention chirurgicale
- la mortalité est plus élevée
- le risque d'institutionnalisation est plus grand ⁽⁶³⁾.

Un des outils les plus communément utilisés est le Mini Mental Status ou MMS ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁵⁾ qui évalue les différents aspects des fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxie). Les résultats de ce test varient en fonction du niveau socio-éducatif du patient. Le MMS donne une évaluation quantitative des fonctions cognitives sans pour autant donner un diagnostic précis.

Le Neuro-Psychiatric Inventory (NPI), utilisée dans le cadre de la pathologie démentielle, participe à l'évaluation des troubles comportementaux ⁽⁶⁶⁾. Cette échelle inclut les items suivants : hallucinations, agitation, dépression, angoisse, euphorie, apathie, troubles du comportement, irritation, comportement aberrant. Le score total varie de 0 à 120. Plus il y a de symptômes, plus le score est élevé.

c. La dépression

Les symptômes dépressifs sont relativement fréquents chez les personnes âgées. Ils peuvent être à l'origine d'un isolement social, d'une perte de poids ou encore d'une perte d'autonomie. C'est pourquoi le dépistage de ces symptômes et la mise en place de moyens thérapeutiques adaptés sont nécessaires. Différents outils de dépistage ont été élaborés, parmi lesquels l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale ou GDS) ⁽⁶⁷⁾. Si le dépistage se révèle positif, le patient doit pouvoir bénéficier d'un bilan diagnostique précis et d'un éventuel traitement spécifique. La dépression est fréquente chez le sujet âgé, particulièrement dans le contexte de pathologie démentielle. Elle reste sous-évaluée et sous-diagnostiquée, trop fréquemment attribuée à l'âge...

d. Troubles de l'équilibre

Les chutes et leurs conséquences peuvent être graves chez le sujet âgé : fractures du col du fémur, perte d'autonomie ou encore institutionnalisation ⁽⁶⁸⁾. L'épreuve de Tinetti permet une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche. L'épreuve dynamique est notée sur 28 : un score inférieur à 20 points est corrélé à un risque de chute très élevé alors qu'un score entre 24 et 27 correspond à un risque faible ⁽⁶⁹⁾. L'anomalie de la station unipodale est un bon marqueur de risque de chute. Le Get up and Go ⁽⁷⁰⁾ permet d'évaluer simplement le risque de chute au cours des déplacements réalisés dans les actes de la vie quotidienne (se lever, marcher sur 3 mètres, faire demi-tour, s'asseoir). Les patients qui réalisent ce test en moins de 20 secondes sont parfaitement autonomes, ceux qui le réalisent en plus de 30 secondes sont dépendants physiquement pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne ; ceux qui se situent entre 20 et 30 secondes présentent une perte d'autonomie sévère et présentent un fort risque de chutes.

e. Statut nutritionnel

La population âgée est à haut risque de dénutrition. Cette dénutrition est définie par un Indice de Masse Corporelle (IMC= poids/taille²) inférieur à 18,5. Elle est classée en cinq stades par l'OMS (Annexe 2).

Différents facteurs sont à l'origine de ce phénomène, parmi lesquels : la grande fréquence de pathologies chroniques, les incapacités physiques, les difficultés de mastication, l'isolement social ou encore la polymédication. Le Mini Nutritionnal Assessment ou MNA ⁽⁷¹⁾ est un outil validé et standardisé d'appréciation de l'état nutritionnel. Un score supérieur à 24 (sur 30) est le reflet d'un bon statut nutritionnel. En revanche, un score inférieur à 17 est le témoin d'une malnutrition protéino-énergétique. Dans ce cas, il est important de prévoir une alimentation hypercalorique et hyperprotéique. Enfin, un patient avec un score entre 17 et 23,5 est un sujet à très haut risque de malnutrition.

f. Evaluation des co-morbidités

Les co-morbidités, définies par la présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques chez un même patient, sans préjuger de leur relation, représentent l'une des caractéristiques de la prise en charge gériatrique. Plusieurs échelles visent à donner une description concise, prédictive et disponible pour les études statistiques. Parmi elles, la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Annexe 3) ⁽⁷²⁾ bénéficie d'un appareil de validation solide qui en fait une

échelle majeure dans ce champ de l'évaluation gériatrique systématisée. Cette échelle est remplie par le clinicien à partir de données de l'examen et du dossier médical ⁽⁷³⁾.

1.4.3. Les apports de l'Évaluation Gériatrique Standardisée

Les bienfaits de l'évaluation gérontologique structurée autour de l'EGS ne sont plus à démontrer, en particulier dans le secteur hospitalier. De nombreux aspects de la prise en charge du sujet âgé hospitalisé sont négligés, qui ont le plus souvent des conséquences délétères :

- La polyopathie n'est pas identifiée,
- Les patients sont insuffisamment traités de leurs co-morbidités et de leurs conséquences fonctionnelles, ce qui entraîne une inadéquation du projet social
- Les sorties hospitalières sont trop précoces et mal préparées
- Les réhospitalisations sont trop nombreuses, pourvoyeuses de dépendances fixées ⁽³²⁾.

Une méta-analyse des travaux majeurs de la littérature internationale mettait en évidence dès 1993 que l'utilisation de l'EGS permettait la réduction de la mortalité (de 14 %), la réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations (de 12 %), l'augmentation de la survie des patients à domicile (de 26 %), l'amélioration des fonctions cognitives (de 41 %) et l'amélioration du statut fonctionnel (de 72 %) ⁽³⁾.

Des travaux plus récents ont démontré l'intérêt d'associer une évaluation multidisciplinaire initiale et un suivi avec soins primaires gériatriques coordonnés (Geriatric Evaluation and Management ou GEM) : amélioration des fonctions cognitives, des IADL, de la perception de bonne santé, du sentiment de bien être et ralentissement du déclin fonctionnel ^{(5) (6) (7) (8) (74)}. L'efficacité de ces modèles de soins gériatriques est cependant conditionnée par une bonne coordination des différents acteurs du parcours de soins ^{(9) (10)} et par une bonne éducation des patients et des aidants ⁽¹¹⁾.

Le développement du concept de fragilité a conforté l'importance de la prévention et du dépistage. Les auteurs proposent une définition dynamique de la fragilité, qui traduit le risque de déstabilisation d'un équilibre précaire sous l'action de nombreux facteurs souvent co-existants ⁽⁷⁵⁾.

Ce concept récent donne lieu à de multiples travaux de recherche visant à mieux comprendre et à déterminer les processus de fragilisation ^{(76) (77)}. C'est dans ce cadre de prévention globale

et d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées que s'inscrit l'évaluation gériatologique qui permet de dépister les sujets âgés fragiles et de proposer des interventions préventives ciblées ⁽⁵⁸⁾.

1.4.4. Evaluation des Hôpitaux de Jour Gériatriques

a. L'Evidence Based Medecine

On dispose de peu de données issues de l'Evidence Based Medecine (EBM) concernant les bénéfices apportés par une prise en charge en Hôpital de Jour. Forster et al. ont réalisé une méta-analyse de douze études de la littérature anglo-saxonne, qui montre une supériorité des soins en HDJ sur des soins gériatriques non coordonnés, mais pas de supériorité sur d'autres soins gériatriques coordonnés ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾. L'étude de Malone et al. ⁽¹⁹⁾ montrait en 2002 que trois mois après l'arrêt d'une prise en charge en HDJ, les paramètres d'évaluation du statut fonctionnel, améliorés à la sortie, rejoignaient leur niveau antérieur.

Dans la littérature anglo-saxonne, les Hôpitaux de Jour Gériatriques correspondent à des structures d'évaluation-réhabilitation. La récente typologie des HDJ français met en évidence des différences d'activité importantes entre les trois types d'HDJ ⁽²⁰⁾. La généralisation des résultats des études anglo-saxonnes aux Hôpitaux de Jour français est donc difficile. Nous n'avons retrouvé qu'un seul article concernant l'évaluation des HDJ gériatriques français. Cette étude prospective réalisée en 2005 par Lacaille et al. portait sur l'analyse descriptive de l'activité de l'HDJ d'évaluation gériatrique du CHU de Bichat-Claude Bernard à Paris ⁽²¹⁾. Leurs travaux évoquaient la pertinence de l'HDJ d'évaluation dans l'offre de soins.

b. La démarche qualité

L'évaluation des performances d'une structure sanitaire associe aux études d'efficacité la démarche qualité qui s'appuie sur des indicateurs de structure, de processus et de résultats de soins. Les indicateurs de structure, avec l'accréditation depuis 2004, mesurent les moyens dont dispose un établissement. Les indicateurs de processus (Evaluations des Pratiques Professionnelles) permettent de mesurer l'écart entre une pratique observée et une pratique

optimale. Les indicateurs de résultats des soins correspondent notamment au taux de complications morbides ou mortelles et à l'indice de satisfaction des patients⁽⁷⁸⁾.

La démarche qualité a été développée depuis les années 1930 dans le cadre des activités industrielles. Elle s'inscrit en rupture avec l'artisanat et renvoie à des pratiques inspirées des arsenaux militaires où la précision, l'interchangeabilité des pièces et la standardisation sont des gages de qualité⁽⁷⁸⁾. L'ISO (International Organization for Standardization), est à l'origine de la publication d'un ensemble de normes qui font référence dans le monde industriel, au plan international, pour l'assurance qualité. Dans le secteur de la santé, ce travail d'évaluation de la qualité est réalisé en France par l'Agence Nationale d'Accréditation de l'Evaluation en Santé (ANAES)⁽⁷⁹⁾.

A ce jour, la France ne possède pas de cadre national englobant de manière cohérente les différentes stratégies et les objectifs pour améliorer la qualité des soins⁽⁷⁸⁾. L'ensemble des objectifs à atteindre, tels qu'ils sont définis dans le cadre de la démarche qualité, doit être formulé en pertinence avec le principe de nécessaire réponse aux besoins. En aucun cas le but recherché est de dire ce qui est mauvais, mais ce qui peut et doit être amélioré. Il peut parfois y avoir une incohérence entre la réponse apportée et la réalité de la demande. Le développement d'une évaluation gériatrique multidisciplinaire de qualité, validée et ciblée devrait améliorer l'efficacité des interventions proposées aux personnes âgées.

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectifs principaux

Notre travail avait pour objectifs principaux :

- décrire la population évaluée à l'Hôpital de Jour du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, en essayant d'en dégager les principales caractéristiques médicales et sociales.
- décrire l'activité de cette structure en la comparant aux données de la littérature française.

2.2. Objectifs secondaires

Nous avons cherché à évaluer l'utilité de l'HDJ : atteignait-il les objectifs qui lui avaient été fixés ? Répondait-il aux besoins et aux attentes des usagers ?

Ce travail a été réalisé à l'aide de trois études complémentaires :

- Description des améliorations apportées et/ou suggérées par cette structure en termes de diagnostic, de thérapeutique, de prise en charge sociale et d'éducation des patients.
- Evaluation de la satisfaction des aidants des patients.
- Suivi des recommandations à 3 mois de l'hospitalisation de jour.

Notre travail avait également comme objectif d'étudier le devenir des patients dans les trois mois, en analysant le taux d'entrées en institution, et la survenue d'une réhospitalisation ou d'un décès. Nous avons cherché à déterminer les facteurs prédictifs d'une réhospitalisation, afin de repérer cette population à risque.

3. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive des séances d'HDJ réalisées entre le 10 mars 2008 et le 15 juillet 2008 au Centre d'Evaluation Gériatrique du Centre Hospitalier de la région d'Annecy. Ce travail s'est inspiré de l'expérience de l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard-Paris⁽²¹⁾.

3.1. Population et terrain d'étude

3.1.1. Population étudiée

L'étude a porté sur tous les patients venus consulter au CEG dans le cadre de l'HDJ. Les patients de la Consultation Mémoire n'ont pas été inclus, de même les patients reçus en consultation de suivi par le médecin gériatre seul. Il s'agissait d'une série consécutive de patients.

3.1.2. L'Hôpital de Jour

a. Le personnel

Quatre médecins du pôle gériatrique ont une activité de consultation à l'Hôpital de Jour. Les effectifs en personnel du CEG au début de l'étude étaient :

- Cadre infirmier = 0,1 ETP
- Infirmière = 1,5 ETP. Ce temps a été modifié au cours de l'étude.
- Aide-soignante = 1,0 ETP
- Psychologue = 0,8 ETP
- Ergothérapeute = 0,7 ETP
- Kinésithérapeute = 0,5 ETP
- Orthophoniste = 0,5 ETP
- Assistante sociale = 0,5 ETP
- Secrétaire = 0,5 ETP

b. Fonctionnement de l'Hôpital de Jour

La capacité d'accueil de l'Hôpital de jour était de cinq personnes par jour quatre jours sur sept. L'activité s'est interrompue du 18 au 25 avril puis du 2 au 15 mai 2008, en raison des vacances de Pâques et du déménagement vers le site du Nouvel Hôpital de la Région d'Annecy.

Les patients et leur famille étaient convoqués par le secrétariat du CEG. Celui-ci planifiait les interventions des différents professionnels de santé participant à l'EGS. La composition de l'équipe pluridisciplinaire était déterminée au préalable par le médecin responsable de l'hospitalisation de jour, en fonction des problématiques soulevées pour chaque patient. Le jour de l'évaluation, l'accueil était réalisé par l'infirmière ou l'aide-soignante. Les entretiens se déroulaient soit par consultation individuelle, soit en présence des familles. Lorsque la situation le nécessitait, les familles étaient vues pour certains entretiens sans le patient. Un repas était proposé par le service lorsque l'EGS se déroulait sur la journée entière.

En fin de journée, le gériatre animait la synthèse au cours de laquelle les recommandations faites par l'équipe étaient formulées. L'équipe décidait au cours de cette synthèse de reconvoquer si nécessaire le patient au CEG. Le compte rendu de l'EGS était adressé par courrier médical au médecin traitant, afin d'assurer le lien ville-hôpital.

3.2. Déroulement de l'étude

Chaque patient a été enregistré pour un ou deux passages en HDJ sur la période étudiée.

Chaque séjour en HDJ a été répertorié selon un numéro de venue (1 ou 2) et un numéro de séjour, afin de différencier les analyses statistiques concernant les patients de celles concernant les séjours.

Tous les items du recueil ont été complétés de façon prospective par un ou plusieurs des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, en fonction du rôle de chacun, au cours de la journée d'HDJ.

Les accompagnants ont ensuite été rappelés par téléphone à 3 mois de l'HDJ afin de réaliser une enquête de satisfaction. A cette occasion les informations concernant le devenir étaient recherchées (décès, entrée en institution), complétés en l'absence d'aidant joignable ou en cas de refus de rappel, par l'appel du médecin traitant ou de la mairie de la commune de résidence.

Les données ainsi obtenues ont été saisies dans un tableur Excel.

Les données manquantes ont été recherchées dans le courrier médical sur le logiciel ORBIS puis dans le dossier du patient. Les données épidémiologiques, sociales et médicales n'ont été analysées que pour le premier passage en HDJ. Les données concernant l'activité et les apports du CEG ont été enregistrées puis analysées pour chaque séance d'HDJ.

L'étude de la réhospitalisation dans les 3 mois et l'analyse statistique ont été confiées au Service d'Informatique et d'Etudes Médicales du NHRA. Les statistiques descriptives sont présentées sous forme de fréquences pour les variables qualitatives et de moyennes avec l'écart-type et l'étendue pour les variables quantitatives. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées grâce au test du Khi 2. Les tests d'indépendance entre les variables qualitatives et quantitatives ont été réalisés grâce à l'analyse des variances (ou ANOVA). Tous les résultats sont associés à une p-valeur. Les p-valeurs inférieures à 0,05 ont été considérées comme significatives.

3.3. Données recueillies

3.3.1. Lors de l'hospitalisation de jour

a. Caractéristiques générales du questionnaire

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire (Annexe 3) standardisé, individuel, composé de 3 fiches, établi à partir de l'analyse des données bibliographiques.

Le questionnaire a été introduit dans chaque dossier, préalablement à l'évaluation pluridisciplinaire.

b. Données épidémiologiques et identification des patients

Données recueillies à partir de l'étiquette du patient, permettant d'effectuer les recherches sans risque de confondre deux homonymes :

N° d'IPP

N° de séjour

Date de naissance

Les items suivants ont été complétés par l'infirmière :

- la situation familiale
- le niveau scolaire et la catégorie socio-professionnelle
- la présence ou non d'un accompagnant le jour de l'évaluation
- l'existence d'une personne ressource
- le lieu de vie.

c. Données concernant la séance d'hospitalisation de jour

Ces données, relevées par le gériatre, ont concerné :

- L'origine de la demande d'admission en HDJ : choix multiple possible parmi les différents acteurs de la filière gériatrique, les services hospitaliers (SAU et courts séjours non gériatriques), le médecin traitant, la famille ou les aidants, le patient lui-même.
- Les passages antérieurs au SAU ou au CHRA (pour les 6 derniers mois) et en HDJ (pour les 12 derniers mois)
- Le (s) motif(s) de l'hospitalisation de jour.

d. Données sociales

L'infirmière répertoriait les aides humaines ou services en place à domicile (questionnaire à choix multiples). Ce recueil était réalisé uniquement chez les patients vivant à domicile au moment de l'HDJ (exclusion des patients en EHPAD, maison de retraite, SSR ou clinique).

Le nombre de grilles de Zarit (score sur 88) réalisées par l'infirmière dans le cadre d'une évaluation du " fardeau de l'aidant " a été noté avec leur score. Le gériatre notait le devenir envisagé par le patient et son accompagnant avant l'hospitalisation : maintien à domicile, ou entrée en institution.

Il précisait également l'existence :

- de dossiers d'entrée en structure lorsque l'institutionnalisation était envisagée.
- d'une protection juridique en précisant le type de protection le cas échéant.
- d'un dossier d'APA ou d'une demande en cours.

e. Données médicales

Données issues du recueil médical et du recueil infirmier

Evaluation des co-morbidités :

Les pathologies retenues pour les items concernant les antécédents avaient été sélectionnées en fonction de leur prévalence dans la population générale des plus de 65 ans, et de leur risque de morbi-mortalité. Pour mesurer les co-morbidités, le choix s'est porté sur le score CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric) et le CIRS-Composite.

Evaluation de la polymédication :

Les molécules retenues pour les items de ce questionnaire à choix multiples avaient été sélectionnées en fonction de leur fréquence de prescription dans la population générale des plus de 65 ans, et de leur potentiel de iatrogénie.

Le nombre total de médicaments et le nombre de psychotropes ont été relevés. Etaient considérés comme psychotropes les antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, les antidépresseurs selon la classification officielle ATC (Anatomique-Thérapeutique-Chimique) ⁽⁸⁰⁾.

Evaluation du risque de chute :

Notion de chute(s) antérieure(s) en précisant le nombre au cours des 6 derniers mois.

Recherche d'une hypotension orthostatique : absente, présente, non réalisée.

Evaluation de la douleur par le score de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), sur 10.

Poids et taille le jour de l'HDJ. L'IMC a été calculé à partir de ces données.

Données de l'EGS

Choix des outils gériatriques

Nous avons retenu les tests validés au niveau international par les sociétés savantes gériatriques et gérontologiques (Annexes 4 à 11) afin d'évaluer :

- la marche et l'équilibre ("Get up and Go" test), station unipodale, test de Tinetti, test de 6 minutes de marche.
- l'autonomie physique : ADL, IADL et GIR.
- l'autonomie psychique et mentale : IADL.
- les fonctions cognitives : MMS.
- l'humeur : échelle GDS.

- les troubles du comportement du patient dément : échelle NPI.
- l'état nutritionnel : échelle MNA.

Données obligatoires

En raison de la réalisation en parallèle d'un autre travail de thèse, il avait été demandé à l'équipe du CEG de compléter systématiquement dans le questionnaire:

- l'ADL et l'IADL (évalués le jour de l'HDJ ou datant de moins de 1 an). L'ADL était noté sur 30 et l'IADL sur 32, barème choisi en fonction des pratiques habituelles du CEG. Les valeurs ont été exprimées en pourcentage du score total en vue de l'analyse statistique.
- le MMS (évalué le jour de l'HDJ ou datant de moins de 6 mois), noté sur 30.
- le score de CIRS
- l'appui unipodal de plus de 5 secondes : possible, impossible.

Ces items apparaissaient grisés dans le questionnaire.

Données facultatives

L'utilisation des autres outils de l'EGS a été laissée à l'appréciation de chaque professionnel. La réalisation des tests suivants a été notifiée, de même que le résultat, dans le questionnaire qui comprenait :

- 5 mots de Dubois et test de l'Horloge : pathologique / non pathologique
- mini GDS : résultat inférieur à 1, ou supérieur ou égal à 1
- échelle NPI : valeur numérique
- échelle GDS : valeur numérique
- test de 6 minutes de marche : valeur numérique en mètres
- Get up an go test : valeur numérique en seconde et en score
- test de Tinetti : score dynamique sur 18, statique sur 22
- MNA : score sur 30

Rôle des différents intervenants

La réalisation des tests fonctionnels (Get up and Go, Tinetti statique et dynamique, test de 6 minutes de marche) et leurs résultats ont été notés par la kinésithérapeute.

Les données concernant la NPI et la GDS étaient collectées par la neuropsychologue qui réalisait ces tests.

Les troubles du langage et de déglutition ont été notifiés par l'orthophoniste, en précisant ceux dépistés au cours de l'HDJ.

Les données suivantes ont pu être recueillies par plusieurs intervenants, selon la composition de l'équipe pluridisciplinaire prévue pour cette hospitalisation:

- score ADL/IADL et évaluation du GIR par l'IDE et/ou l'ergothérapeute.
- score au MMSE, aux 5 mots de Dubois et au test de l'horloge, recherche de troubles du comportement par la neuropsychologue et/ou le médecin.
- test d'appui unipodal par la kinésithérapeute et/ou le médecin.

Lorsque les résultats étaient différents d'un intervenant à l'autre, nous retenons le meilleur score.

f. Etude de l'activité de l'Hôpital de Jour

Nous avons décrit l'activité de l'HDJ depuis sa création en mars 2004 d'après les rapports d'activité annuels fournis par le Service d'Informatique et d'Etudes Médicales (SIEM) du NHRA. Les paramètres suivants ont été analysés : file active, nombre de séjours, origine de la demande d'HDJ.

Les actes effectués au cours des séances d'HDJ ont été notés :

- intervention de spécialistes médicaux
- prise en charge spécifique par des intervenants paramédicaux (IDE, orthophoniste, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, neuropsychologue)
- tests neuropsychologiques et/ou comportementaux réalisés par le gériatre
- examens paracliniques (biologie, endoscopie, ponction, EEG, ECG, examen morphologique)
- actes thérapeutiques (transfusion, perfusion, pansement).

Les repas servis dans le service ont été comptabilisés.

g. Etude des améliorations apportées

Les apports pour l'amélioration de la prise en charge du patient ont été définis par la sélection d'un ou plusieurs des critères suivants, par questions à choix multiples:

- En terme diagnostique : diagnostic d'une nouvelle pathologie, réévaluation du pronostic ou de la sévérité d'une pathologie.
- En terme thérapeutique : introduction d'un traitement, adaptation thérapeutique, réflexion sur la prévention de la iatrogénèse, proposition d'intervention d'un

kinésithérapeute ou d'un orthophoniste en ville, délivrance de conseils diététiques, mise en place d'un suivi médical spécialisé ou d'un suivi au CEG qu'il soit clinique ou paraclinique.

- En terme social : mise en place d'aides à domicile (IDE, SSIAD, auxiliaire de vie, aide ménagère, portage des repas, téléalarme), proposition d'adaptation du milieu de vie (préconisation de matériel, visite à domicile d'ergothérapeute, conseils sur des travaux d'aménagements), conseils sur les admissions en structure (institutions, accueils de jour, séjours de répit), constitution et/ou information sur le dossier APA, mise en place d'une ALD, de la CMU, d'une mesure de protection juridique, information et éducation du patient et/ou de l'aidant.

En fin de séance, il a été demandé au gériatre d'établir le nombre de recommandations faites à la famille et / ou au médecin traitant pour l'amélioration de la prise en charge du patient à domicile.

3.3.2. Enquête de satisfaction

a. Population et méthode

Cette enquête s'adressait aux accompagnants et aidants des patients, présents ou non lors de l'HDJ, et non aux patients eux-mêmes.

Le consentement du patient et des accompagnants a été recherché à l'aide d'un formulaire distribué par l'infirmière ou l'aide-soignante au patient et à son accompagnant le jour de l'HDJ. Ce document précisait que deux médecins réalisant une thèse de médecine générale les recontacteraient dans un délai de un mois afin de connaître l'évolution de leur situation et de leur état de santé. Lors de la distribution de ce document, l'infirmière ou l'aide-soignante expliquait que ce rappel s'adresserait à l'aidant et non au patient lui-même. L'accompagnant était également libre de refuser le rappel.

En l'absence d'accompagnant, seul le consentement du patient était recueilli. Dans ce cas, soit nous recherchions dans le dossier les coordonnées d'un accompagnant, soit nous demandions au patient lui-même lors d'un rappel les coordonnées d'un aidant. Lorsque nous ne pouvions soumettre le questionnaire qu'au patient, les réponses étaient considérées comme non fiables si le patient présentait des troubles cognitifs; cette information était recueillie dans le courrier de l'HDJ.

Au cours de l'étude, il nous est apparu plus pertinent d'observer le devenir à 3 mois, aussi avons-nous organisé pour tous les patients ce rappel entre le 3^{ème} et le 4^{ème} mois suivant l'HDJ.

L'accompagnant était considéré comme non joignable après au moins 3 appels téléphoniques infructueux, réalisés le plus souvent à des horaires variés.

b. Le questionnaire

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire (Annexe 3) standardisé, individuel, comprenant 16 questions fermées. Les thèmes étaient les suivants :

Qualité de la prise en charge lors de l'hospitalisation :

- Délai d'obtention de l'HDJ
- Accueil du personnel
- Information délivrée (volume, clarté)
- Sentiment d'avoir retiré un bénéfice de l'hospitalisation.

Qualité des recommandations faites au cours de l'HDJ :

- Réponse aux attentes des patients et de leurs aidants
- Clarté des conseils et recommandations délivrés par l'équipe
- Utilité des conseils et recommandations délivrés par l'équipe
- Faisabilité des conseils et recommandations délivrés par l'équipe

Mise en application des recommandations :

- Difficultés rencontrées pour la mise en place d'aides humaines
- Difficultés rencontrées pour la mise en place d'aides matérielles
- Modification du traitement
- Modification des services de soins à domicile
- Aménagement du domicile

Survenue d'une hospitalisation depuis l'hospitalisation de jour.

Consultation de suivi par le médecin traitant.

3.3.3. Etude du devenir des patients

Lors du rappel téléphonique à 3 mois, les données suivantes ont été recueillies :

- Maintien à domicile
- Date d'entrée en institution
- Date de décès

En l'absence de coordonnées de l'aidant, le patient lui-même était recontacté afin de vérifier l'absence de décès et d'entrée en institution.

En cas de refus de rappel ou de patient / aidant injoignable, la recherche de décès ou d'entrée en institution était réalisée:

- Dans un premier temps sur le logiciel ORBIS par la lecture des courriers de réhospitalisation, ou sur le logiciel HEXAGONE, ORBIS ne comprenant pas les courriers du SAU
- Puis par le rappel des médecins traitants, dont le nom était recherché soit dans le dossier, soit dans ORBIS
- Enfin, en contactant la mairie de la commune de résidence des patients : seule la notion de décès pouvait alors être notée.

L'étude de la réhospitalisation au NHRA dans les 90 jours a pu être réalisée par le SIEM.

3.3.4. Etude des courriers

Nous avons réalisé une analyse qualitative des courriers des patients décédés et des réhospitalisés dans les 3 mois.

Nous nous sommes intéressées aux paramètres suivants :

- Motif de réhospitalisation, recherche de corrélations avec les motifs d'évaluation en HDJ
- Cause du décès
- Eléments dans le courrier de l'HDJ laissant présager un risque d'évolution péjorative.

3.4. Bibliographie

Pour la recherche bibliographique, nous avons utilisé :

- la base de données Pubmed
- le réseau documentaire des bibliothèques de l'Université Joseph Fourier et les ressources électroniques GAEL et le catalogue RUGBIS
- le catalogue CISMeF
- le moteur de recherche Google.

4. Résultats

4.1. Description de la population

4.1.1. Taille de l'échantillon

En quatre mois, nous avons étudié 206 séjours d'HDJ. Ils concernaient 197 patients. Deux séjours ont été enregistrés pour 9 patients (5%).

4.1.2. Données socio-démographiques

L'âge moyen était de 81,7 ans \pm 5,4 (66-98).

Les femmes représentaient 66% de la population.

Au cours des séances, 91% des patients étaient accompagnés d'un tiers.

Il existait une personne ressource dans 93% des cas.

Une majorité de patients vivait à domicile lors de l'HDJ (n=161, 82%) dont 16% seules ; 15 personnes (8%) résidaient en EHPAD (Tableau 1).

Nombre de patients=197 Données manquantes=2	Effectifs N	Pourcentage de patients %
Situation de famille		
Célibataire/divorcé	22	11.2
Marié/conjoint	79	40.1
Veuf	94	47.7
Niveau scolaire		
Ne sait pas	10	5.1
Faible	64	32.5
Certificat d'études	74	37.6
Brevet	18	9.1
Baccalauréat	9	4.6
Etudes supérieures	20	10.2
Catégorie socio-professionnelle		
Ne sait pas	5	2.5
Ouvrier/employé	90	45.7
Cadre/profession libérale	39	19.8
Agriculteur	18	9.1
Autre (femme au foyer, religieux)	41	21.8
Lieu de vie		
Domicile	161	81.7
EHPAD	15	7.6
Maison de retraite	2	1.0
Hébergement temporaire	3	1.5
Soins de Suite Réadaptation et Cliniques	12	6.1
Autres (couvent, évêché)	2	1.0

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.

4.1.3.Contexte social

a. Aides humaines ou services en place chez les patients vivant à domicile

Dans 29% des cas, les patients vivaient à domicile sans plan d'aide (aides professionnelles ou services à domicile) et sans structure d'accueil régulier.

Parmi eux, 8 patients (4%) vivaient seuls (Tableau 2).

Nombre de patients = 197 *Données manquantes=2 **Données manquantes=6 ***Données manquantes=3	Effectifs N	Pourcentage des patients %
Aides professionnelles*		
Aide ménagère	59	29.9
IDE libérale	45	22.8
Auxiliaire de vie	44	22.3
SSIAD	10	5.1
Kinésithérapeute	18	9.1
Orthophoniste	2	1
Services à domicile*		
Portage des repas	21	10.7
Téléalarme	15	7.6
Structures d'accueil régulier*		
Accueil de jour	8	4.1
Hébergement temporaire	2	1
APA en place / en cours**	87/27	44.2/13.7
Protection juridique***	15	7.6
Tutelle	8	4.1
Curatelle	5	2.5

Tableau 2: Structures et aides en place avant l'HDJ

b. Evaluation de l'entourage : " fardeau de l'aidant "

Dans 42 situations (20%), l'infirmière du Centre d'Evaluation Gériatrique a estimé qu'il existait un épuisement du/des aidants, ce qui a été suivi de la réalisation d'une grille de Zarit dans 2/3 des cas (28 grilles).

Au total, 58 grilles ont été réalisées sur les 206 séjours d'HDJ.

Le score moyen était de $29,1 \pm 15,3$ (4-65), pour une médiane à 27.

c. Devenir envisagé par les patients et leurs aidants avant l'HDJ

Plus de 80% des patients et de leurs aidants souhaitaient un maintien à domicile. Pour 19% d'entre eux, une demande d'institution de précaution était en cours ou déjà réalisée.

Un maintien à domicile n'était pas souhaité dans 17% des cas.

On retrouvait une seule situation où le devenir envisagé était l'entrée en institution rapide sans demande de structure en cours (Tableau 3).

Nombre de séances d'HDJ=206 *données manquantes=3 **données manquantes=11	Effectif N	Pourcentage des séances %
Maintien à domicile*	167	81.1
Institution non envisagée	101	49
Entrée en institution**	75	36.4
Demande non faite	26	12.6
Demande en cours	10	4.9
Demande faite	39	18.9
Hébergement temporaire	8	3.9

Tableau 3: Devenir envisagé avant l'HDJ

4.1.4. Caractéristiques médicales

a. Co-morbidités

L'antécédent le plus fréquemment retrouvé dans notre population était la pathologie démentielle avec une prévalence de 49%.

Il existait des troubles cognitifs non étiquetés chez 21% des patients évalués.

Dans 27 % des cas, on retrouvait un antécédent de dépression.

Soixante-sept pour cents des patients avaient au moins une pathologie cardio-vasculaire : l'hypertension artérielle était la plus représentée (44% des patients) (Tableau 4).

La valeur moyenne du CIRS-G était de $7,5 \pm 3,2$ (2-17).

Le CIRS composite moyen était de $2,8 \pm 1,4$ (1- 8).

Nombre de patients = 197	Effectif N	Pourcentage %
Au moins un antécédent neurologique	157	79.7
Démence connue	97	49.2
Troubles cognitifs non étiquetés	47	23.9
Accident vasculaire cérébral/Hématome sous-dural	31	15.7
Maladie de parkinson	10	5.1
Neuropathie périphérique	6	3
Epilepsie	2	1
Hydrocéphalie à pression normale	1	0.5
Au moins un antécédent cardiovasculaire	132	67
HTA	86	43.7
Insuffisance cardiaque	36	18.3
Troubles du rythme	30	15.2
Coronaropathie	29	14.7
Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs Pathologie carotidienne et/ ou aortique	8	4.1
Maladie Thrombo-Embolique	6	3
Au moins un antécédent psychiatrique	57	28.9
Trouble anxio-dépressif	54	27.4
Psychose	6	3
Au moins un antécédent pulmonaire	19	9.6
Bronchopneumopathie chronique Asthme Dilatation des bronches	19	9.6
Insuffisance respiratoire	6	3
Oxygénothérapie à domicile	3	1.5
Hépatopathie	2	1
Insuffisance rénale	9	4.6
Au moins un antécédent endocrinien	26	13.2
Diabète	18	9.1
Pathologie thyroïdienne	12	6.1
Pathologie neurosensorielle		
Déficit visuel (appareillés)	56 (39)	28.4 (19.8)
Déficit auditif (appareillés)	54 (24)	27.4 (12.2)
Ethylisme	11	5.6
Tabagisme	9	4.6
Au moins une pathologie orthopédique/rhumatologique	79	40.1
Arthrose	38	19.3
Ostéoporose	35	17.8
Fracture de hanche	12	6.1
Pseudo Polyarthrite Rhizomélique/Maladie de Horton	5	2.5
Néoplasie non évolutive	29	14.7
Néoplasie évolutive	7	3.6
Hémopathie	5	2.5
Anémie	4	2

Tableau 4: Répartition des antécédents dans la population étudiée.

b. Traitements

Le nombre moyen de principes actifs par patient était de 5,4 (0-14).

64% des patients avaient entre 5 et 14 médicaments.

Médicaments à visée neurologique et psychiatrique

Près de la moitié des patients avaient un traitement anti-cholinestérasique (45%); 6% étaient sous Memantine (Tableau 5).

28% des patients avaient un traitement anti-dépresseur (ISRS ou tricycliques).

Le nombre moyen de psychotropes par patient était de 0,99 (0-5).

On retrouvait au moins un psychotrope pour 60% des patients.

Nombre de patients = 197	Effectif N	Pourcentage des patients %
Traitements à visée cognitive		
Anti-cholinestérasique	88	44.7
Memantine	11	5.6
Vasodilatateurs cérébraux	30	15.2
Psychotropes		
Anti-dépresseur	55	27.9
IRS	53	26.9
Tricyclique	2	1
Hypnotique	41	20.8
Benzodiazépine	40	20.3
Neuroleptique	18	9.1
Autre psychotrope	21	10.7
Anti-comitiaux	11	5.6
Antiparkinsoniens	10	5.1

Tableau 5: Traitements à visée neurologique et psychiatrique

Traitements à visée cardiovasculaire et pulmonaire

Plus de la moitié des patients évalués (60%) avaient au moins un traitement anti-hypertenseur (maximum 4).

Les thiazidiques et les IEC étaient les plus prescrits (respectivement 22% et 21%).

Un quart des patients (24%) était sous aspirine; 11% sous anti-vitamine K (Tableau 6).

Nombre de patients = 197	Effectif N	Pourcentage des patients %
Traitements anti-hypertenseurs		
Thiazidique	44	22.3
IEC	42	21.3
Inhibiteur calcique	33	16.8
Beta-bloquant	31	15.7
ARA2	28	14.2
Diurétique de l'anse	22	11.2
Spironolactone	11	5.6
Anti-hypertenseur central	3	1.5
Alphabloquant à visée cardiovasculaire	1	0.5
Anti-aggrégants plaquettaires et anticoagulants		
Aspirine	48	24.4
Clopidogrel	16	8.1
Asasantine	2	1
Antivitamine K	22	11.2
Héparine/HBPM	2	1
Anti-arythmiques		
Cordarone	11	5.6
Digitalique	9	4.6
Autre	1	0.5
Dérivés nitrés	15	7.6
Hypolipémiants		
Statine	43	21.8
Fibrate	6	3
Anti-diabétiques		
Anti-diabétique oral (ADO) hypoglycémiant	10	5.1
Insuline	8	4.1
Biguanide	0	0
Bronchodilatateurs / corticoïdes inhalés	11	5.6

Tableau 6: Traitements à visée cardio-vasculaire et pulmonaire

Autres traitements

On retrouvait un traitement antalgique dans 30% des cas (dont 8% de pallier II ou III).

La vitamine D était prescrite chez 17% des patients.

8% de la population était traitée par biphosphonates (Tableau 7).

Nombre de patients N = 197	Effectif N	Pourcentage de patients %
Antalgiques		
Pallier 1	50	25.4
Pallier 2	13	6.6
Pallier 3	3	1.5
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	1	0.5
Corticoïdes	5	2.5
Traitement de l'ostéoporose		
Calcium	33	16.8
Vitamine D	34	17.3
Biphosphonates	16	8.1
Sphère digestive		
Inhibiteur de la pompe à protons	36	18.3
Laxatif	25	12.7
Antispasmodique	7	3.6
Sphère uro-génitale		
Alpha-bloquant prostatique	6	3
Anti-cholinergique	3	1.5
Traitement à visée thyroïdienne	13	6.6

Tableau 7: Autres traitements

c. Douleur

La douleur a été évaluée par l'EVA au cours de 128 séjours (62%).

Dans 52% des cas, l'EVA était à 0.

On retrouvait une EVA supérieure ou égale à 6 dans 3% des cas ; la valeur moyenne de l'EVA était de 0,8.

d. Etat nutritionnel

Perte de poids de plus de 5 kg au cours de l'année précédant l'HDJ :

Il existait une perte de poids pour 35 patients (18%).

Cette recherche a été effectuée dans 93% des cas.

Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'IMC moyen était de $24,4 \pm 5,46$ (14-46), avec une médiane à 24.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

L'infirmière a réalisé 23 tests de dépistage, dont la valeur moyenne était de $8,9 \pm 4,5$ (3-22,5).

Sur 22 tests réalisés, le score moyen du MNA total était de $18,6 \pm 4,9$ (11-26).

e. Risque de chute

Antécédent de chute(s) dans les 6 mois précédant l'HDJ :

Il existait une notion de chute(s) antérieure(s) pour 19% des patients.

La moitié de la population (50%) n'avait pas chuté au cours de cette période.

Dans 31% des cas, le gériatre n'était pas en mesure de répondre à cet item.

Recherche d'hypotension orthostatique :

152 tests (74%) ont été réalisés au cours des 206 séjours et ont permis de mettre en évidence une hypotension orthostatique dans 18% des cas.

Appui unipodal de plus de 5 secondes :

181 tests (88%) ont été réalisés au cours des 206 séjours.

Le test a été considéré comme irréalisable pour 70% des tests.

Epreuve de Tinetti et " Get up and Go " Test:

Les troubles de la marche et de l'équilibre ont été évalués au moyen du "Get up and Go" Test (16% des patients), du test de Tinetti statique (20%) et dynamique (10%) (Tableau 8).

Nombre de patients N=197	Nombre de tests réalisés	Valeur moyenne (valeurs extrêmes)	Ecart-type	Pathologique Nombre (% des tests)	Normal Nombre (% des tests)	Valeurs manquantes N
Get up score	31	-4.6 [-10;0]	3.1			
Get up temps	31	24.3 sec [6;113]	22.7			166
Tinetti Statique	39	14 [5;23]	5.1			158
Tinetti dynamique	20	10.9 [2;13]	3.7	18	2	195
Test de 6 minutes	2					

Tableau 8: Evaluation des troubles de la marche et de l'équilibre dans la population étudiée.

f. Statut fonctionnel

L'évaluation de l'autonomie a été réalisée par 189 échelles ADL et 174 échelles IADL.

Les scores moyens de l'ADL et de l'IADL étaient respectivement de $13,2 \pm 5,6$ (3-27) et de $24,3 \pm 7,3$ (1,6-32).

Le GIR moyen était de $3,2 \pm 1,1$ (1-5), pour 96 GIR évalués.

g. Fonctions cognitivo-comportementales et troubles de l'humeur.

Le MMS moyen était de $19,2 \pm 5,5$ (5-30) ; nous disposons de 181 données.

Vingt tests de Dubois ont été réalisés dont 18 étaient pathologiques ; sur les 24 tests de l'Horloge effectués, 21 étaient considérés comme pathologiques.

L'évaluation de la dépression a été faite avec l'échelle GDS pour 5 patients : la valeur moyenne était de $18,6 \pm 8,9$ (7-30).

Sept patients ont bénéficié d'une évaluation comportementale par l'échelle NPI: le score moyen était de $23,3$ (9-42).

4.2. Description de l'activité de l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique

4.2.1. Evolution de l'activité des urgences et des services hospitaliers

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et les services hospitaliers ont connu un fort accroissement de leur activité depuis 2004. La répartition du nombre de séjours par tranche d'âge est représentée dans les Figures 1 et 2.



Figure 1: Evolution du nombre de séjours hospitaliers au CHRA depuis 2004. (à l'exclusion du SAU)

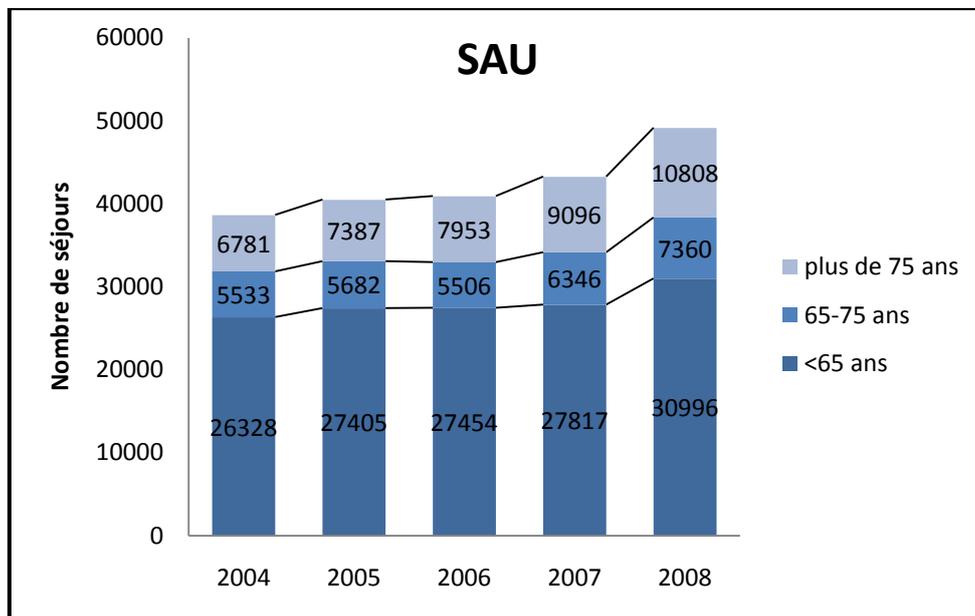


Figure 2: Evolution du nombre de séjours hospitaliers au SAU depuis 2004.

4.2.2. Evolution de l'activité de l'HDJ depuis sa création

Depuis sa création en 2004, l'HDJ connaît une augmentation continue de son activité en termes de file active et de nombre de séjours (Figure 3).

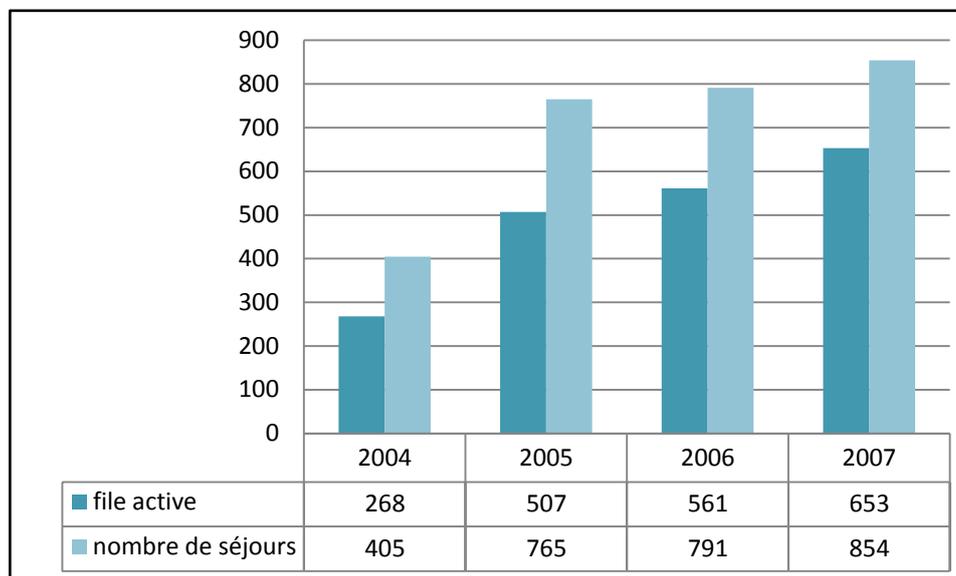


Figure 3: Evolution de l'activité de l'HDJ de 2004 à 2007.

4.2.3. Origine de la demande d'hospitalisation de jour

Les séjours ont été programmés dans 42% des cas à la demande d'un médecin de l'HDJ. Seize pour cents des patients étaient adressés par leur médecin traitant et 15% par l'antenne mobile de gériatrie (Figure 4).

Dans 10% des cas, on retrouvait deux origines pour la demande d'HDJ :

- Médecin traitant et aidant principal/famille
- Antenne mobile de gériatrie et service hospitalier/SAU.

En 2004, le médecin traitant était à l'origine de la demande d'HDJ dans 37% des cas

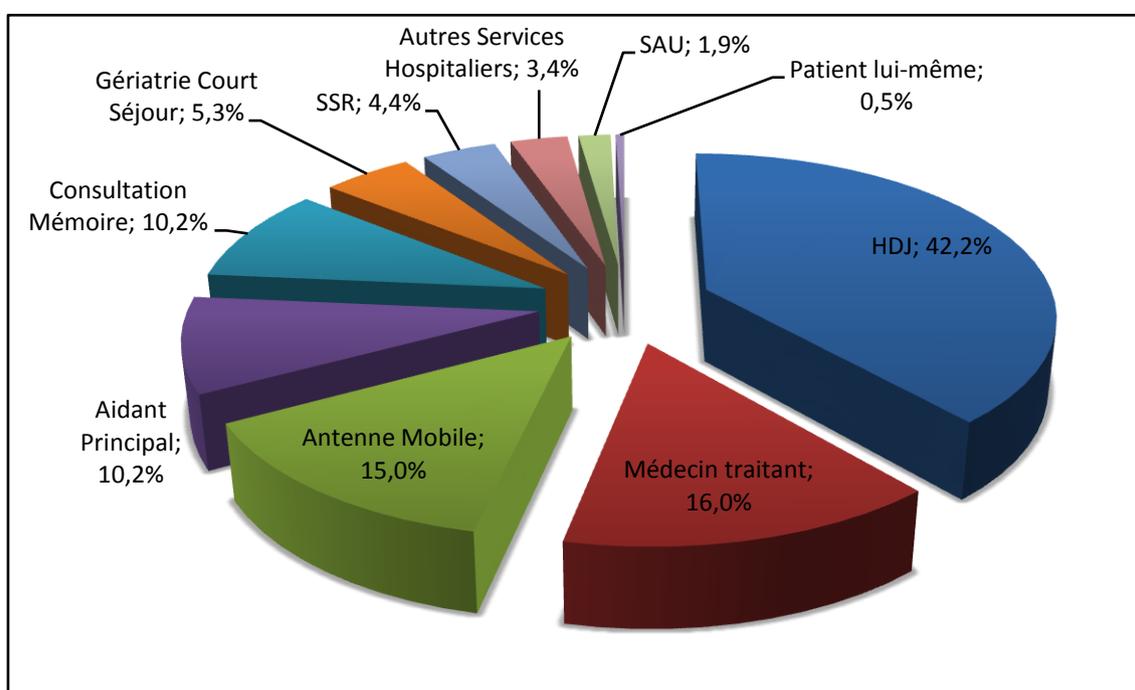


Figure 4: Origine de la demande d'HDJ au cours de l'étude.

4.2.4. Motifs de l'hospitalisation de jour

Plus de la moitié des séjours (59%) correspondaient au suivi d'une ou plusieurs pathologies déjà évaluées au CEG. Dans 35% des cas, les patients étaient adressés pour bilan diagnostique et dans 11% des cas pour avis thérapeutique.

Une expertise du maintien à domicile était demandée dans 41,3% des cas.

Les motifs d'évaluation concernaient en majorité des troubles cognitifs (84,4%), des troubles comportementaux (25%) et des troubles de la marche (18%) (Tableau 9).

Nombre de séances d'HDJ=206 Données manquantes =1	Effectif N	Pourcentage des séances %
Motifs de l'HDJ		
Suivi d'une ou plusieurs pathologies(s)	121	58.7
Bilan diagnostique	71	34.5
Avis thérapeutique	23	11.2
Problème social	31	15
Demande de placement	9	4.4
Expertise du maintien à domicile	85	41.3
Annonce du diagnostic de démence	17	8.3
Oncogériatrie	3	1.5
Autre	4	1.9
Pathologie(s) évaluée(s) en Suivi / bilan diagnostique / avis thérapeutique		
Troubles cognitifs	173	84
Troubles de la marche / chute	38	18.4
Troubles comportementaux / Troubles de l'humeur	52	25.2
Prise en charge de la polypathologie	17	8.3
Soins palliatifs	0	0
Problème nutritionnel	12	5.8
Plaie/escarre	4	1.9
Douleur chronique	5	2.4

Tableau 9: Description des motifs d'hospitalisation de jour d'évaluation gériatrique et des types de pathologies des patients

4.2.5. Actes réalisés

Dans plus de la moitié des séjours, on notait l'intervention d'une ergothérapeute (60%). L'assistante sociale réalisait une expertise dans 59% des cas (Tableau 10).

L'HDJ a comporté une évaluation par une kinésithérapeute dans 29% des cas et par une neuropsychologue au cours de 31% des séjours.

Les actes paracliniques les plus réalisés étaient les examens biologiques (38%) et les ECG (19%).

Nombre de séances = 206 Données manquantes = 1	Effectifs N	Pourcentage des séances %
Interventions médicales et paramédicales		
Ergothérapeute	123	59.7
Assistante sociale	121	58.7
Neuropsychologue	64	31.1
Kinésithérapeute	60	29.1
Orthophoniste	32	15.5
Médecin spécialiste	20	9.7
Infirmière d'addictologie	1	0.5
Examens paracliniques		
Biologie	78	37.9
ECG	39	18.9
TDM	16	7.8
Radiographie standards	6	2.9
EEG	6	2.9
Pansement	5	2.4
Echographie	2	1
Perfusion	1	0.5
Tests psychométriques réalisés par le médecin seul	17	8.3
Repas	143	69.4
Total des actes (repas exclus)	591	

Tableau 10: Actes réalisés lors des séjours d'HDJ

4.3. Etude de l'utilité de l'Hôpital de Jour

4.3.1. Améliorations apportées

a. Apports en termes diagnostique et thérapeutique

Le diagnostic d'une nouvelle pathologie a été fait au cours de 30% des HDJ.

Dans plus de la moitié des cas (55%), l'HDJ a permis la réévaluation d'une pathologie connue.

Une réflexion sur la iatrogénie a été menée au cours de 29% des séjours (Tableau 11).

Nombres de séjours (N=206) Données manquantes=2	Effectif	Pourcentage
Apport diagnostique	170	82.5
Diagnostic d'une nouvelle pathologie	61	29.6
Réévaluation d'une pathologie connue	113	54.9
Apport thérapeutique	168	81.6
Introduction d'un traitement	52	25.2
Proposition d'adaptation d'un traitement	83	40.3
Réflexion sur la iatrogénie	59	28.6
Proposition d'intervention d'un kinésithérapeute	18	8.7
Proposition d'intervention d'un orthophoniste	10	4.9
Conseils diététiques	23	11.2
Mise en place d'un suivi clinique au CEG	78	37.9
Mise en place d'un suivi médical spécialisé	13	6.3
Mise en place d'un suivi paraclinique au CEG	7	3.4
Hospitalisation en urgence	2	1

Tableau 11: Apports diagnostiques et thérapeutiques de l'HDJ

b. Apports en terme social

Sur le plan social, des modifications ont été suggérées dans plus de la moitié des séjours, principalement avec la mise en place d'aidants professionnels (50%), l'orientation vers des structures d'accueil temporaire ou définitif (41%) et la demande d'aides financières (29%).

Des recommandations ont été formulées pour l'adaptation du domicile dans 30% des cas, à la suite d'une expertise par l'ergothérapeute.

Une information et une éducation ont été dispensées lors de 94% des séjours (Tableau 12).

Nombre de séances=206 Données manquantes=2	Effectif N	Pourcentage %
Proposition d'un plan d'aide au domicile		
Mise en place d'un aidant professionnel	104	50.5
Infirmier libéral	46	22.3
Auxiliaire de vie	27	13.1
Aide ménagère	17	8.3
Inscription au SSIAD	14	6.8
Mise en place de services	16	7.8
Portage des repas	9	4.4
Téléalarme	7	3.4
Orientation vers une structure d'accueil	85	41.4
EHPAD / Maison de retraite	58	28.2
Accueil de jour	17	8.3
Séjour de répit	10	4.9
Constitution du dossier APA	19	9.2
Information et conseils sur l'APA	42	20.4
Constitution du dossier d'ALD	23	11.2
Mise en place d'une protection juridique	13	6.3
Proposition d'adaptation du milieu de vie	63	30.6
Prescription de matériel	52	25.2
Conseils sur des travaux au domicile	20	9.7
Programmation d'une visite à domicile	5	2.4
Information et éducation	194	94.2
Patient et aidant	129	62.6
Aidant seul	53	25.7
Patient seul	11	5.3

Tableau 12: Apport social

4.3.2. Etude du devenir dans les trois mois

a. Réhospitalisation et décès

Au cours des 3 mois qui ont suivi l'HDJ, seulement 12% des patients ont connu une évolution péjorative : 22 ont été réhospitalisés, 5 sont décédés.

Le décès est survenu pour 3 personnes au cours d'une réhospitalisation.

173 patients n'ont présenté aucune de ces deux évolutions.

b. Institutionnalisation

Dans 5% des cas, l'HDJ a été suivie d'une entrée en institution.

Trois patients institutionnalisés dans les 3 mois ont été réhospitalisés.

Un maintien dans le milieu de vie antérieur a été possible pour la grande majorité des patients (N=185 ; 94% de la population étudiée).

4.3.3. Etude de la satisfaction

a. Analyse descriptive des résultats du questionnaire

Dans l'échantillon global

Nous avons recueilli 157 questionnaires (80% des patients).

Les données manquantes correspondaient à 24 refus de rappel, 10 patients injoignables et 3 patients non fiables.

Nos rappels ont permis de mettre en évidence que l'hospitalisation de jour avait globalement été perçue comme bénéfique (90% des questionnaires, 75% des patients).

Pour 98% des personnes interrogées, la satisfaction était bonne concernant la qualité de l'accueil. Le délai d'attente était jugé trop long dans 14% des cas (Figure 5).

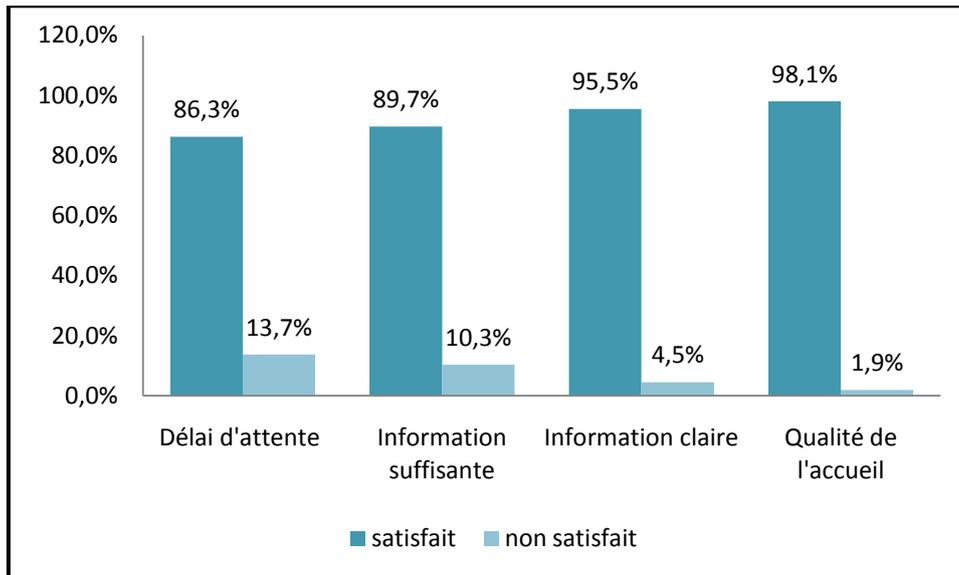


Figure 5: Satisfaction des aidants concernant le délai d'attente, la qualité de l'accueil du personnel et l'information reçue lors de l'HDJ (résultats en % des patients interrogés)

Les conseils formulés par l'équipe ont été jugés applicables lors de 75% des rappels (Figure 6).

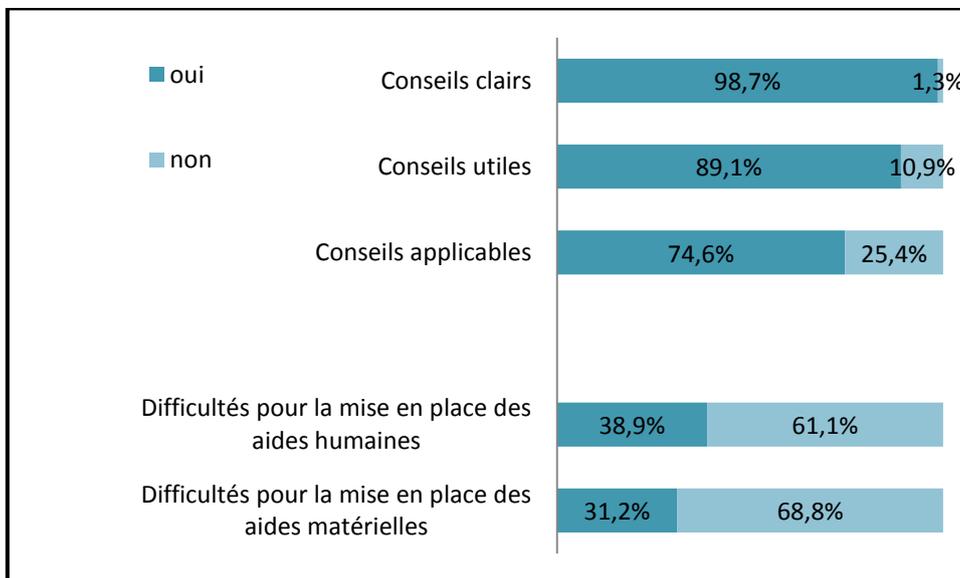


Figure 6: Mise en application des recommandations par les aidants: étude de la satisfaction et de la faisabilité.

Dans la population avec évolution péjorative (décès et réhospitalisation dans les 3 mois)

Parmi les 157 questionnaires de satisfaction recueillis, 19 concernaient des patients réhospitalisés dans les 3 mois : 18 avaient le sentiment d'avoir retiré un bénéfice de l'HDJ. Pour les 5 patients décédés, 2 familles avaient refusé le rappel et 1 famille était injoignable. Les 2 aidants recontactés estimaient avoir retiré un bénéfice de l'HDJ.

Nb de questionnaires (N=157)	Nombre de patients satisfaits	% de patients satisfaits	Valeurs manquantes
Non réhospitalisés (effectif=175)	129	72%	19 refus 10 injoignables 3 non fiables
Réhospitalisés (effectif=22)	17	77.3%	4 refus 1 injoignable
Décédés (effectif=5)	2	40%	2 refus 1 injoignable

Tableau 13: Satisfaction selon le devenir

b. Analyse qualitative des entretiens téléphoniques

La grande majorité des accompagnants a accepté le rappel et a apprécié ce contact téléphonique qui constituait pour eux un espace de parole. Quelques familles avaient refusé d'emblée d'être rappelées.

c. Bénéfices ressentis

Les bénéfices retirés de cette journée étaient différents pour les patients et les aidants : les bénéfices perçus ont été principalement une amélioration de l'état de santé du patient, une adaptation de sa prise en charge au quotidien, parfois une accélération des démarches déjà en cours.

Beaucoup estimaient, notamment dans le cas des démences, que le suivi du patient était intéressant, mais n'avait pas d'impact sur l'évolution de la maladie.

Du point de vue des aidants, la consultation était utile en termes de compréhension de la maladie et du patient, d'adaptation du comportement de l'entourage à la personne âgée en particulier dans le cadre des démences.

L'accompagnement et les conseils apportés par l'HDJ pour l'adaptation du plan d'aide, l'orientation vers des structures et la mise en œuvre des démarches administratives ont été particulièrement appréciés.

Il ressortait des entretiens que l'HDJ constituait un véritable soutien pour l'entourage : l'écoute apportée par l'équipe permettait souvent aux aidants de partager leurs difficultés dans l'accompagnement du malade.

d. Difficultés d'application des recommandations

Le refus du patient ou de son conjoint, parfois de la famille, a été cité à de nombreuses reprises comme un obstacle pour la mise en application des recommandations.

Elles ont parfois été jugées inutiles par l'aidant ou survenant trop tôt dans l'évolution de la maladie.

Certains accompagnants n'ont pas osé affirmer leur désaccord face à l'équipe pluridisciplinaire, mais n'ont en pratique pas mis en place les aménagements proposés.

D'autres recommandations ont été laissées en suspens compte tenu du manque de disponibilité de l'aidant. Cela concernait essentiellement l'aménagement du domicile et les démarches administratives, notamment les dossiers d'APA et les demandes d'institution.

Un contexte familial difficile (conflits familiaux, éloignement des enfants, polypathologie ou troubles cognitifs du conjoint) pouvait limiter le suivi des recommandations

e. Causes d'insatisfaction

Délai entre 2 consultations

Parfois trop long, avec nécessité d'une relance par la famille. Quelques familles auraient souhaité des rendez-vous moins rapprochés.

Durée de l'HDJ

Les personnes interrogées nous ont fréquemment exprimé leur mécontentement lié à la longueur des journées d'évaluation, bien souvent fatigantes pour la personne âgée et pour les accompagnants. Il a été souligné l'impossibilité pour le patient de s'allonger durant l'HDJ, malgré des périodes d'attente jugées trop longues.

Les aidants n'ont pas toujours bien compris l'intérêt de leur présence tout au long de la journée, étant donné que la plupart des entretiens et des évaluations se faisaient avec le patient seul.

Redondance des questions

Certaines questions étaient posées d'un entretien à l'autre (en particulier par l'infirmière et l'ergothérapeute). Il a été reproché le manque de transmissions entre deux hospitalisations de jour.

Information

Plusieurs personnes ont hésité à se faire expliquer certains termes mal compris.

La démarche à suivre concernant l'arrêt de la conduite automobile a été jugée peu claire, voire erronée. Par ailleurs, une famille aurait voulu avoir plus d'informations sur la conduite à tenir en cas de dégradation rapide de la situation médico-sociale.

Disponibilité des intervenants lors de l'HDJ

L'assistante sociale n'était pas présente lors de l'HDJ pour répondre aux attentes de quelques familles, alors qu'une évaluation avait été programmée. Cependant les problématiques ont pu être abordées au cours d'entretiens téléphoniques ultérieurs.

Le problème de retard du médecin à la consultation a été évoqué à plusieurs reprises.

Accessibilité de la structure dans le NHRA

Le reproche le plus souvent formulé concernait l'accessibilité de l'hôpital pour les personnes âgées à mobilité réduite et a fortiori atteints de troubles cognitifs (peu de fauteuils roulants disponibles, parking difficile d'accès, longueurs des couloirs). Le prix du parking a été source d'un grand mécontentement.

Comptes-rendus d'HDJ

Le délai d'envoi au médecin traitant a été jugé trop long à deux reprises ; dans un cas, le courrier n'a pas été reçu par le médecin traitant.

Il a été suggéré d'adresser de manière systématique un courrier au médecin coordonnateur de la maison de retraite afin d'améliorer rapidement la prise en charge par les soignants.

Un problème particulier s'est posé avec une famille : le courrier qui était destiné à l'aidant a été adressé au domicile de la patiente. Elle a ainsi pris connaissance seule de son diagnostic de démence. Dans les suites, la famille a refusé le suivi au CEG.

Inadéquation entre les solutions proposées et leur faisabilité

La faible disponibilité des professionnels de santé en ambulatoire, notamment en secteur rural, et le manque de places en structures d'accueil ont fait remettre en cause la pertinence des conseils donnés au cours de l'HDJ.

Manque de suivi des recommandations par le médecin traitant

Certaines propositions d'adaptation thérapeutique n'ont pas été suivies : les familles se sont senties prises à parti entre deux avis médicaux. Ils ont eu l'impression que ce manque de communication et de collaboration entre le médecin généraliste et l'Hôpital se faisait au détriment des malades et de leurs familles.

Manque d'impact de la consultation sur l'état de santé du patient

L'utilité de l'HDJ a été remise en cause par des familles qui se disaient frustrées devant l'absence de changement notable dans la vie du malade, en particulier en cas de troubles cognitifs avancés.

4.4. Approche de l'efficacité de l'Hôpital de Jour

4.4.1. Suivi des recommandations à 3 mois

On constatait une proportion plus importante de recommandations faites chez les patients non réhospitalisés par rapport aux patients réhospitalisés.

Les recommandations étaient suivies dans moins de 50 % des cas, à l'exception des modifications thérapeutiques dans le groupe des patients réhospitalisés (67%).

L'adaptation du plan d'aide à domicile était effectuée dans 47% des cas chez les non réhospitalisés (Tableau 14).

Recommandations	Non réhospitalisés (effectif=175)		Réhospitalisés (effectif=22)		Décédés (effectif=5)	
	Faites Nb (%*)	Suivies Nb (%)	Faites Nb (%*)	Suivies Nb (%)	Faites Nb	Suivies Nb
Modification thérapeutique	101 (57.7%)	39 (38.6%)	9 (40.9%)	6 (66.7%)	1	1
Adaptation du plan d'aide à domicile	73 (41.7%)	34 (46.6%)	7 (31.8%)	2 (28.6%)	0	0
Adaptation du milieu de vie	57 (32.6%)	19 (33.3%)	7 (31.8%)	3 (42.9%)	0	0
Données manquantes (refus / injoignables / non fiable)	1	32 (19/10/3)	0	5 (4/1/0)	0	3 (2/1/0)

* pourcentage de recommandations faites dans le groupe considéré

Tableau 14: Suivi des recommandations selon le devenir des patients

4.4.2. Etude qualitative des courriers de l'Hôpital de Jour dans la population à évolution péjorative

a. Patients décédés dans les 90 jours

Parmi les 5 patients décédés, les comptes-rendus de la journée d'HDJ mettaient en évidence de manière récurrente les points de fragilité suivants :

- altération cognitive (5/5)
- état général précaire (3/5)
- fragilité du maintien à domicile (3/5)
- notion de chutes (2/5)
- comorbidités importantes (2/5)
- indication d'hospitalisation rapide en Court Séjour Gériatrique pour bilan médico-social (1/5)

Trois de ces patients sont décédés d'une pathologie aiguë non prévisible (infarctus du myocarde, insuffisance respiratoire aiguë sur pneumopathie, embolie pulmonaire).

Une patiente est décédée d'une contusion hémorragique cérébrale, dans les suites d'une chute. Cette patiente avait été évaluée en HDJ pour des troubles cognitifs et comportementaux dans un contexte de chutes à répétition avec hypotension orthostatique. La conclusion portait principalement sur le diagnostic de pathologie démentielle et les conseils de prise en charge des troubles comportementaux; le risque de récurrence de chute n'était pas explicitement noté. L'origine du décès de la cinquième personne est inconnue.

b. Patients réhospitalisés aux urgences dans les 90 jours

Parmi les 22 patients réhospitalisés, trois patients faisaient partie des patients décédés. Six patients ont été réhospitalisés pour une chute dont 4 avec fracture (col fémoral, trochiter, malléole externe, côtes). Pour ces 6 patients, 4 courriers évoquaient des troubles de la marche et de l'équilibre (2/4) ou des chutes à répétition (2/4). Le risque de réhospitalisation n'était pas clairement évoqué, cependant 3 courriers faisaient état d'une fragilité du maintien à domicile.

On dénombrait 5 hospitalisations non programmées pour des pathologies médicales aiguës. Le motif de réhospitalisation n'était pas connu pour 7 personnes. Il était évoqué dans un courrier de sortie une situation à risque de réhospitalisation important en lien avec un épuisement familial.

Une réhospitalisation pour troubles psychiatriques concernait une patiente reçue en HDJ pour le même motif. Cette patiente avait déjà fait de nombreux passages au SAU pour cette raison, adressée par la clinique psychiatrique où elle était hospitalisée. Le courrier de l'HDJ remettait en cause la pertinence de cette évaluation chez cette patiente monopathologique jeune (69 ans).

4.4.3. Recherche de facteurs associés à la réhospitalisation

Notre étude n'a pas permis d'établir un lien statistiquement significatif entre les variables socio-démographiques et la réhospitalisation dans les 3 mois (Tableau 15).

Variables	Nombre	Pourcentage des patients	Moyenne (Ecart-type)	Médiane	p-valeur
Age			83.6 ± 5.4	84	0.081
Sexe					
Masculin	4	18.2%			
Féminin	18	81.8%			0.09
Existence d'une personne ressource	21	95.5%			0.743
Situation familiale					
Célibataire/divorcé	4	18.2%			0.158
Marié/concubin	5	22.7%			
Veuf	13	59.1%			
Patient vivant seul (avec ou sans plan d'aide)	4	25%			0.294

Tableau 15: Association entre les caractéristiques socio-démographiques et la réhospitalisation dans les 3 mois

Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la réhospitalisation dans les 90 jours et certaines caractéristiques médicales des patients: l'appui unipodal impossible, le nombre de traitements, le nombre de psychotropes et le nombre de passages au SAU dans les 6 mois précédant l'HDJ (p-valeur < 0.05) (Tableau 16).

Nombre de patients réhospitalisés N=22 Nombre de patients non réhospitalisés N=175	Données disponibles	Moyenne (Ecart-type)		Médiane		p-valeur
		réhospitalisés	non réhospitalisés	réhospitalisés	non réhospitalisés	
IMC	21	24.5 ± 9.2	24.4 ± 4.8	23.9	24	0.983
ADL (score)	19	12.7 ± 5.9	13.2 ± 5.6	12	12.9	0.699
IADL (score)	17	22.4 ± 6.9	24.3 ± 7.5	23	26.6	0.305
GIR	96	2.6 ± 1.3	3.3 ± 1.1	2	3	0.113
MMSE	21	19.9 ± 5.8	19.1 ± 5.4	20	20	0.502
Passage au SAU dans les 6 mois précédant l'HDJ	22	0.95 ± 1.1		1		0.004
Nombre de traitements	22	6.59 ± 2.6		7		0.038
Nombre de psychotropes	22	1.45 ± 1.3		1		0.024
CIRS-G	21	8 ± 3.4		7		0.449
CIRS composite	21	3.14 ± 1.6		3		0.252
Appui unipodal impossible		réhospitalisés Nb de tests (% de cette population)		non réhospitalisés Nb de tests (% de cette population)		
	20	18 (90%)		105 (67.3%)		0.037

Tableau 16: Association entre les caractéristiques médicales et la réhospitalisation dans les 3 mois

5. Récapitulatif

5.1. Description de la population

Données générales :

197 patients; 206 séjours.

Age moyen 81,7 ans \pm 5,4 (66-98).

66% de femmes.

82% de patients vivant à domicile lors de l'HDJ, dont 29% sans plan d'aide.

Maintien à domicile souhaité dans plus de 80% des cas.

Co-morbidités et traitements:

Prévalence de la pathologie démentielle 49%.

Troubles cognitifs non étiquetés 21% des patients.

CIRS-G moyen = 7,5 \pm 3,2 (2-17).

CIRS composite moyen = 2,8 \pm 1,4 (1-8).

Nombre moyen de médicaments par patient = 5,4 (0-14).

Nombre moyen de psychotropes par patient = 0,99 (0-5).

Caractéristiques cliniques :

MMS moyen = 19,2 \pm 5.5 (5-30).

IMC moyen = 24,4 \pm 5,46 (14-46).

Notion de chute(s) antérieure(s) pour 19% des patients.

Appui unipodal impossible pour 70% des tests réalisés.

Autonomie :

GIR moyen = 3,2 \pm 1,1 (1-5).

ADL moyen = 13,2 \pm 5,6 (3-27).

IADL moyen = 24,3 \pm 7,3 (1,6-32).

5.2. Activité de l'Hôpital de Jour

Origine de la demande : HDJ 42%, médecin traitant 16%, antenne mobile 15%

Motif de l'évaluation : suivi 59%, bilan diagnostique 35%, avis thérapeutique 11%

Pathologie évaluée : troubles cognitifs 84%

Demande d'expertise du maintien à domicile : 41%

Interventions paramédicales :

- ergothérapeute 60%, assistante sociale 59%,
- neuropsychologue 31%, kinésithérapeute 29%.

Réflexion sur la iatrogénie menée lors de 29% des séjours.

Recommandation sociale dans 40% des cas.

Information et éducation au cours de 94% des séjours.

5.3. Utilité de l'Hôpital de Jour

HDJ perçue comme bénéfique : 90% des questionnaires, 75% des patients.

Conseils jugés inapplicables lors de 25% des rappels.

Suivi des recommandations dans moins de 50 % des cas sauf pour " modifications thérapeutiques " dans le groupe des patients réhospitalisés 67%.

Evolution péjorative chez 12% des patients: 22 réhospitalisés, 5 décédés.

Entrée en institution pour 5% de l'échantillon total.

Absence de lien statistiquement significatif entre les variables socio-démographiques et la réhospitalisation. Lien statistiquement significatif (p -valeur < 0.05) entre la réhospitalisation et les variables :

- appui unipodal impossible
- nombre de traitements
- nombre de psychotropes
- nombre de passages au SAU dans les 6 mois précédant l'HDJ.

6. Discussion

6.1. Discussion des principaux résultats

6.1.1. Description de la population évaluée en Hôpital de Jour

Notre étude a permis de décrire la population de l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique d'Annecy.

Notre série, avec un âge moyen de 81,7 ans et un ratio hommes/femmes de 1/2 était comparable avec les données de l'étude réalisée par Lacaille et al. à l'Hôpital de Jour d'Evaluation de Bichat-Claude-Bernard en 2005 ⁽²¹⁾. Il se rapprochait de l'âge moyen des patients reçus dans les Hôpitaux de Jour d'Evaluation d'après la typologie établie par B. Durand-Gasselien en 2005 ⁽²⁰⁾. En dehors de ces études, nous ne disposons pas de séries comparables dans la littérature nationale et internationale.

Notre population était marquée par la fréquence de la polyopathie (CIRS-G moyen = $7,5 \pm 3,2$ et CIRS-Composite moyen = $2,8 \pm 1,4$) et de la polymédication (nombre moyen de médicaments par patient = 5,4 et nombre moyen de psychotropes par patient = 0,99).

L'adaptation thérapeutique et la prévention de la morbi-mortalité liée aux accidents iatrogènes fait l'objet d'une littérature abondante ^{(81) (82) (83) (84) (85) (86)}. Selon l'Enquête Santé Protection Sociale ESPS 2002, quatre-vingt six pour cent des patients de plus de 65 ans consommaient en moyenne 4,4 médicaments ⁽⁸⁷⁾. Dix à 20% des effets indésirables conduisaient à une hospitalisation, alors que 30 à 60% de ces effets étaient prévisibles ou évitables ⁽⁸⁸⁾. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixait comme objectif de parvenir d'ici 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées et des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation. La HAS a formulé des recommandations en 2008 pour l'optimisation de la Prescription Médicamenteuse chez les Sujets Agés (PMSA) ⁽⁸²⁾.

La prévalence des troubles cognitifs dans notre population était comparable à celle de l'étude du CHU de Bichat ⁽²¹⁾ (71% dans les 2 cas). Dans la population française des plus de 65 ans, la prévalence des démences en 2006 était estimée à 6,4% ⁽⁸⁹⁾. L'INSEE souligne la notion de " vague épidémique ": en France, 880 000 personnes souffrent actuellement de la maladie d'Alzheimer et 220 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année ; la maladie d'Alzheimer a été déclarée grande cause nationale en 2007 ⁽⁵³⁾.

L'augmentation de la polyopathie, de la polymédication et des démences caractérisent le vieillissement démographique des 15 dernières années. La prise en charge de la dépendance

associée aux co-morbidités devient un enjeu majeur pour les autorités sanitaires et gouvernementales. Le profil des patients évalués dans notre étude correspondait bien à la population ciblée par les programmes gouvernementaux récents.

6.1.2. Description de l'activité et évaluation de l'utilité de l'HDJ

Notre étude a permis de dégager les principales activités de l'Hôpital de jour :

- l'évaluation pluridisciplinaire : avec l'intervention importante des professionnels paramédicaux : ergothérapeute 60% des séjours, assistante sociale 59%, neuropsychologue 31%, kinésithérapeute 29%.
- l'évaluation diagnostique : des demandes de bilans diagnostiques motivaient l'HDJ dans 35% des cas. Une nouvelle pathologie était diagnostiquée dans près d'un tiers des séjours.
- le suivi de pathologies chroniques : il était demandé pour 59% des séjours. L'HDJ permettait leur réévaluation dans 55% de cas.
- la prise en charge des pathologies cognitives : L'essentiel des hospitalisations concernait l'évaluation de troubles cognitifs ou de situations médico-sociales complexes liées à ces pathologies (84%).
- la réflexion sur la iatrogénie et l'adaptation thérapeutique : un avis thérapeutique était demandé pour 11% des séjours. Une réflexion sur la iatrogénie était menée lors de 28% des séjours. Une proposition d'adaptation thérapeutique était faite dans 40% des cas, visant à améliorer une prescription sub-optimale (" underuse ", " misuse ", " overuse ") ⁽⁸²⁾ ⁽⁹⁰⁾. L'introduction d'un traitement concernait 25% des hospitalisations. Chez le patient dément, pour améliorer l'observance, Arlt et al. en 2008 recommandaient de prescrire le moins de traitement possible, d'adapter les doses aux caractéristiques individuelles du patient et de coordonner la prise des médicaments avec un repérage précoce de la nécessité d'intervention d'une tierce personne ⁽⁹¹⁾.
- la mise en place d'un plan de soin individualisé dans le but de favoriser le maintien à domicile : une expertise du maintien à domicile était demandée dans 41% des cas. L'intervention d'un aidant professionnel était recommandée dans plus de la moitié des séjours. L'ergothérapeute proposait une adaptation du milieu de vie dans 31% des cas.
- l'éducation et l'information des patients et de leurs aidants : dispensée dans 94% des séjours.

Nos résultats indiquent que l'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique d'Annecy remplissait bien les missions fixées par la circulaire DHOS du 28 mars 2007⁽¹³⁾.

La concordance entre les motifs d'hospitalisation et les propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire montre que l'Hôpital de Jour répondait aux problématiques exprimées par les médecins traitants, les patients, les aidants et les services hospitaliers qui sollicitaient la structure.

Les hospitalisations de jour répondaient à une faible demande des médecins traitants (16% des séjours), ce qui est comparable à l'HDJ de Bichat, et représente une faible proportion des séjours, si l'on se rapporte au cadre légal défini qui préconise que " l'accès à la consultation doit se faire par le médecin traitant après consultation préalable ou avis d'un gériatre de la filière". La réévaluation régulière programmée par l'HDJ concernait 42 % des séjours. Ces hospitalisations, sans répondre à une demande directe des médecins traitants, collaboraient au suivi et à la gestion des situations médico-sociales complexes. Dix pour cent des HDJ étaient réalisées à la demande des aidants ; parmi ces demandes certaines étaient programmées sans avis préalable du médecin traitant : cette part souligne l'importance de l'accessibilité de l'HDJ aux familles en situation de " crise ", mais soulève la question de la pertinence de ces hospitalisations. Peu de demandes étaient issues du SAU (2%) et des autres services hospitaliers non gériatriques (5%). Elles étaient probablement sous-estimées du fait des modalités du recueil : l'antenne mobile, à l'origine de 15% des séjours, répondait à des demandes des services hospitaliers, des aidants, ou du médecin traitant.

Notre Hôpital de Jour constituait un recours pour les médecins de ville, les différents acteurs du maintien à domicile et les services hospitaliers. Il était également un recours important au sein même de la filière gériatrique (près de 20% des patients venant des SSR, de la consultation mémoire et du Court Séjour Gériatrique).

Le CHU de Bichat a fait le choix de se concentrer sur l'évaluation diagnostique (74% contre 26% de suivi)⁽²¹⁾. Le regroupement des compétences médicales et para-médicales, et l'accessibilité d'un plateau technique performant permettait de conserver une unité de lieu et de temps adaptée aux patients âgés. L'avis d'un médecin spécialiste était demandé dans 23% des séjours. Des examens d'imagerie étaient réalisés dans 66% des journées. Les bilans biologiques, les électrocardiogrammes (ECG) et les électroencéphalogrammes (EEG) n'étaient pas mentionnés dans l'article. Le contraste avec notre étude est notable : faible proportion d'actes d'imagerie (12% des séjours), fréquence des bilans biologiques (38%), réalisation d'ECG (19%) et d'EEG (3%). L'intervention de médecins spécialistes était demandée dans 10% des séjours.

La comparaison avec le CHU de Bichat a révélé des différences d'activité notables. Les deux structures répondaient bien aux objectifs fixés par la circulaire DHOS de mars 2007, en dispensant une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et en participant au suivi du patient. Cette circulaire ne définissant pas précisément les volumes d'activité à consacrer au diagnostic et au suivi, on ne peut dire à ce stade de leur développement quelle orientation est la plus adaptée à la demande de soins.

L'Hôpital de Jour d'Annecy apportait une réponse satisfaisante aux attentes de la population.

Voltaire disait : " L'utile est ce qui répond à la satisfaction des besoins physiologiques des hommes ". Une structure sanitaire doit répondre à la demande de ses usagers. Leur satisfaction constitue en soi un élément de santé et un résultat des procédures de soins, à l'heure où les aspects techniques de l'hospitalisation prennent le pas sur la dimension humaine. Elle est de plus considérée comme un facteur d'observance thérapeutique et contribue en cela au succès de la prise en charge ⁽⁹²⁾. Dans notre étude, les aidants interrogés estimaient dans 90% des cas avoir retiré un bénéfice de l'hospitalisation de jour. La satisfaction des aidants dans le groupe des réhospitalisés était également forte (77%), mettant en évidence l'importance du soutien aux aidants quelque soit le devenir. Ce taux élevé de satisfaction est à pondérer par la prise en compte des personnes ayant refusé le rappel téléphonique : la littérature décrit classiquement les non-répondants (12% de refus de rappel dans notre étude) comme non satisfaits ⁽⁹²⁾. Outre les causes d'insatisfaction suggérées par le questionnaire, le rappel a pu ne pas être souhaité après une évaluation jugée trop longue et éprouvante. Par ailleurs, certains aidants étaient peut-être demandeurs d'une évaluation ponctuelle, sans suivi.

Les recommandations faites par l'équipe pluridisciplinaire étaient jugées inapplicables dans près de 25% des rappels. Le suivi des recommandations était inférieur à 50 %, malgré un nombre de recommandations peu élevé (trois en moyenne par patient). Ce faible taux de suivi des recommandations se rapproche des données de la littérature ^{(93) (94)}, et limite probablement l'efficacité de l'EGS réalisée par l'HDJ.

6.1.3.Approche de l'efficacité

Une évolution péjorative dans les 3 mois n'a pu être évitée malgré l'intervention de l'Hôpital de Jour chez 12% des patients (22 réhospitalisés, 5 décédés). Nos résultats n'ont pas permis de déterminer si l'HDJ avait un effet sur la réduction de la morbi-mortalité. Une étude de la réhospitalisation dans une population comparable n'ayant pas bénéficié d'hospitalisation de jour aurait nécessité des moyens qui ne rentraient pas dans le cadre de ce travail.

La réhospitalisation est un critère scientifique couramment utilisé car il se calcule facilement à partir des bases de données médicalisées. La pertinence de cet indicateur de résultat de soins est basé sur l'hypothèse qu'il existe une relation entre réadmission et qualité du processus de soin lors de la précédente hospitalisation⁽⁹⁵⁾.

Nous avons pu démontrer qu'il existait une association significative (p -valeur < 0.05) entre la réhospitalisation et l'impossibilité de réaliser un appui unipodal de plus de 5 secondes, le nombre de traitements, le nombre de psychotropes et le nombre de passages au Service d'Accueil des Urgences dans les 6 mois précédant l'hospitalisation de jour. Le repérage de ces facteurs pourrait être utilisé pour cibler la population à haut risque d'évolution péjorative afin de mettre en place des actions préventives renforcées chez ces patients. On s'approcherait de la définition de l'efficacité proposée par Arah et al.⁽⁹⁶⁾ : " capacité à réaliser des résultats (des soins) souhaitables à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres " ⁽⁷⁸⁾.

Notre étude des courriers a permis de mettre en évidence la fréquence des chutes dans les motifs de réhospitalisations non programmées (6 patients sur 15 données connues). En 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient être tombés au cours des douze derniers mois⁽⁹⁷⁾. L'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (enquête Epac) réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire⁽⁶⁸⁾ montrait que les chutes des personnes âgées de plus de 65 ans donnaient lieu à une hospitalisation dans 37% des cas. La Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale et la HAS insistent sur le repérage et l'évaluation du risque de chutes⁽⁹⁸⁾. Une prévention efficace de la chute nécessite une bonne transmission des résultats de l'EGS au médecin traitant.

6.2. Forces et faiblesses de notre travail

6.2.1. Points forts de notre travail

Notre étude était prospective , ce qui nous a permis de faire le choix des données recueillies et de limiter les données manquantes.

Nous avons obtenu une bonne participation de l'équipe de l'Hôpital de Jour pour le remplissage des questionnaires. La taille de l'échantillon donnait une valeur statistique satisfaisante aux résultats concernant la description de la population et de l'activité. Le taux de réponse aux rappels téléphoniques était satisfaisant pour l'interprétation des résultats.

Notre description de l'HDJ d'Annecy s'inscrit dans une dynamique récente d'évaluation des Hôpitaux de Jour d'Evaluation gériatrique, sujet encore peu exploité dans la littérature française.

6.2.2. Points faibles de notre travail

Les effectifs étaient parfois insuffisants pour les analyses dans le groupe des réhospitalisés, en particulier pour l'étude du suivi des recommandations et la recherche de facteurs prédictifs.

Les données recueillies sur l'activité ne peuvent être extrapolées à une année complète car l'étude a été réalisée sur 4 mois avec :

- une variabilité habituelle de l'activité selon le mois de l'année
- la fermeture au cours des vacances de Pâques et pendant les jours fériés
- le ralentissement de l'activité et la fermeture pour le déménagement de l'HDJ vers le NHRA
- le redéploiement des effectifs infirmiers vers l'Antenne Mobile Gériatrique.

Notre enquête de satisfaction s'est adressée aux aidants et non pas aux patients. Cette attitude est critiquable : respecter l'autonomie d'un patient implique de le placer au centre de son projet thérapeutique. Sa satisfaction malgré les troubles cognitifs doit être prise en compte.

a. Recueil des données au cours de l'hospitalisation de jour

- Nous avons choisi arbitrairement les éléments de l'EGS pour décrire notre population, ce qui peut poser le problème de la reproductibilité pour la comparaison à d'autres travaux.
- Le questionnaire de recueil de l'HDJ était scindé entre les différents intervenants avec des items pouvant être complétés par plusieurs professionnels. Le but était de limiter les valeurs manquantes, mais a entraîné une répétition des tests et parfois une discordance entre les résultats.
- La réalisation de quelques tests et le remplissage de certains items ont été rendus obligatoires pour les besoins d'un autre travail de thèse pendant notre période de recueil. L'activité de l'HDJ a pu être surestimée pour : l'évaluation nutritionnelle (valeurs du poids et de la taille), l'évaluation de la perte de l'autonomie (ADL, IADL), l'évaluation des fonctions cognitives (MMSE) et l'appréciation des co-morbidités (CIRS-G). Cependant cela a permis une étude plus exhaustive de la population.
- Il existait un biais de confusion lié à l'absence de définition dans le recueil de certaines variables : la réévaluation des troubles cognitifs non étiquetés pouvait être considérée soit comme un suivi, soit comme un diagnostic.
- Le nombre de recommandations formulées était une variable laissée à l'appréciation des gériatres: nous n'avons pas défini au préalable quelles propositions pouvaient être considérées comme des " recommandations ".
- Nous n'avons pas explicité clairement dans le questionnaire quels items pouvaient avoir plusieurs réponses : motif de l'évaluation, origine de la demande d'HDJ.

b. Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction présentait des faiblesses méthodologiques notables :

- La construction du questionnaire n'a pas été précédée d'une bibliographie approfondie et ne s'est pas basée sur les standards d'élaboration d'enquêtes d'opinion⁽⁹²⁾.
- Nous n'avions pas prévu initialement de question ouverte, mais devant l'importance des remarques formulées spontanément au cours des premiers entretiens téléphoniques, nous avons décidé de réaliser une analyse qualitative à partir de ces données.
- Biais de désirabilité sociale : le répondant pouvait être tenté de répondre positivement à la question par crainte de représailles lors d'une consultation ultérieure.
- Biais d'acquiescement : tendance à utiliser systématiquement la modalité de réponse positive d'autant que les formats de réponses aux questions fermées étaient similaires.
- Effet de halo : orientation du répondant par la réponse au précédent item.
- Biais dus aux déclarations des sujets: le rappel était effectué à 3 mois, ce qui pouvait favoriser des oublis de données.
- Biais liés à la technique d'entretien : orientation différente du patient selon la personne qui réalisait l'enquête de satisfaction.
- Biais d'interprétation : le taux de non-répondants augmente probablement la proportion d'insatisfaits.

6.3. L'HDJ au cœur du réseau de soins : problématiques

6.3.1. La place du suivi est prépondérante dans notre HDJ

Cette proportion est-elle voulue par l'établissement et déterminée par un choix médical?

Le projet initial de l'Hôpital de Jour d'Annecy ⁽⁵⁶⁾ ne précisait pas les volumes d'activité qui seraient accordés au suivi de pathologies chroniques et au diagnostic de nouvelles pathologies. Dans notre étude, l'activité de suivi concernait essentiellement des patients atteints de pathologies cognitives.

Avec une telle proportion de suivi, le risque est d'augmenter le délai d'accès à l'HDJ et de ne plus proposer une structure adaptée aux demandes des médecins de ville ⁽⁹⁹⁾.

Plusieurs domaines risquent d'en pâtir :

- la diminution de l'accessibilité de la structure pour de nouveaux patients risque de limiter la possibilité de nouveaux diagnostics. Cela prend une importance notable dans le cadre des démences, probablement sous-évaluées et diagnostiquées trop tard dans la population générale ⁽¹⁰⁰⁾. En 2008, la HAS insistait sur l'intérêt du dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ⁽¹⁰¹⁾ : une prise en charge pluridisciplinaire dès les premiers symptômes de la maladie permet une action préventive visant à limiter la perte de l'autonomie et la réhospitalisation liée à la polyopathie et à la iatrogénie ⁽⁴⁹⁾⁽¹⁰²⁾.
- l'HDJ risque de ne plus représenter un recours pour les médecins généralistes en demande d'une réponse rapide à une situation médico-sociale fragile, et risque d'entraîner une augmentation du recours aux urgences.

Cette activité est-elle le résultat d'un suivi trop systématique en Hôpital de Jour ?

La faible intervention de l'ergothérapeute et du kinésithérapeute dans l'HDJ de Bichat suggère que d'autres fonctionnements sont possibles. On peut s'interroger sur l'efficacité d'une réévaluation fonctionnelle en HDJ pour tous les patients : ne serait-il pas plus pertinent d'organiser un suivi davantage ancré dans le milieu de vie, en particulier pour les patients les plus fragiles et les plus dépendants ? Certains patients stabilisés et dont le diagnostic a été fait pourraient bénéficier d'un autre type de prise en charge : suivi cognitivo-comportemental en consultation-mémoire, suivi du statut fonctionnel en HDJ de réadaptation, équipe

pluridisciplinaire intervenant à domicile (équipe gériatrique médico-sociale du Conseil Général), soutien aux aidants délégué aux associations dans le cadre de la démence.

La proximité d'un plateau technique performant et l'accès aux spécialistes sont des atouts majeurs de notre HDJ. Le Centre d'Evaluation Gériatrique est l'unique structure dans le bassin Annécien pouvant réaliser cette offre de soins. Son potentiel dans le domaine de l'expertise diagnostique semble sous-exploité.

Le nombre de places d'HDJ étant limité, il paraît important de définir précisément les critères spécifiques d'un suivi en HDJ afin de mieux cibler les patients relevant de ce service.

6.3.2. Le suivi des recommandations n'est pas optimal

La synthèse de l'équipe multidisciplinaire de l'HDJ se concrétisait dans la formulation de recommandations médico-sociales. Leur objectif est la prévention de la perte d'autonomie et le maintien à domicile ⁽⁴⁹⁾ le plus longtemps possible.

Le suivi de ces recommandations conditionne l'efficacité de l'hospitalisation de jour. Selon une étude réalisée par Burns et al. en 1995, l'EGS a montré moins de bénéfices chez les patients ambulatoires que chez les patients hospitalisés ⁽¹⁰³⁾. Cette différence est due en partie au manque de contrôle du suivi des recommandations chez ces patients non hospitalisés.

Dans notre étude, l'analyse qualitative du questionnaire de satisfaction nous a permis de dégager plusieurs facteurs de non suivi des recommandations.

Les différentes sources d'insatisfaction le jour de l'hospitalisation, en particulier la redondance des interventions, ont pu être un frein au bon suivi des recommandations compte tenu d'une perte de confiance vis-à-vis de l'équipe.

Certaines familles ont préféré différer la mise en place des aides, n'en percevant pas encore l'utilité à ce stade de la prise en charge. Parfois l'opposition du patient, notamment en cas de troubles cognitivo-comportementaux, a été un obstacle majeur à toute intervention extérieure ou changement dans le milieu de vie.

Cela met en évidence l'importance de l'adhésion du patient et des aidants au projet de soins et aux recommandations ⁽¹¹⁾ ⁽¹⁰⁴⁾. Une éducation efficace et personnalisée du patient et des aidants est indispensable ⁽¹¹⁾, afin d'obtenir une bonne compréhension du sens du soin gériatrique. L'adhésion des aidants aux recommandations permet non seulement d'améliorer leur suivi, mais également d'atteindre les objectifs fixés par l'EGS ⁽¹⁰⁵⁾.

L'aide à domicile doit tenir compte du fait que la personne âgée, de même que la famille, restent " maîtresses chez elle " ⁽¹⁰⁶⁾. Le refus de toute intervention par le patient est l'expression d'une des dernières libertés qu'il lui reste face à la perte d'autonomie. L'acceptation de la dépendance nécessite un cheminement long impliquant un ajustement progressif du plan d'aide aux besoins du patient et de sa famille par des propositions progressives, permettant d'anticiper les difficultés. L'élaboration du projet thérapeutique avec le patient et les aidants permet une meilleure adhésion et une meilleure efficacité. Une réévaluation à domicile permettrait de vérifier l'applicabilité des conseils en tenant compte des particularités du patient dans son environnement.

La littérature montre que l'adhésion du médecin traitant au projet de soins est également un élément important pour le suivi des recommandations ^{(104) (107)}. Une collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, et notamment le contact direct par téléphone, permet d'améliorer ce suivi et de former les praticiens de ville aux bonnes pratiques ^{(5) (108)}, le médecin généraliste restant le coordonnateur des prescriptions.

La limitation du nombre de recommandations semble également être un facteur prédictif de leur suivi.

Les entretiens téléphoniques ont fait ressortir un manque de disponibilité des services de soins à domicile: les propositions d'interventions d'aidant professionnel n'ont pu être mises en place du fait d'un manque de réseau d'aval en ville.

6.3.3.Réseaux de coordination : la place de l'Hôpital de Jour

L'HDJ répond à une mission de coordination notamment en participant à l'organisation du soutien à domicile. Forster et al. montraient la supériorité des soins en HDJ sur des soins gériatriques non coordonnés mais pas sur d'autres soins coordonnés. Il a été démontré que l'efficacité de l'EGS est supérieure lorsque le parcours de soins bénéficie d'une bonne coordination ^{(9) (10) (104)}.

Avant la réforme de l'Assurance Maladie, la place de coordonnateur revenait essentiellement aux médecins généralistes. Ceux-ci n'ont pas complètement investi la tâche. Les raisons avancées étaient surtout le manque de moyens, en particulier le manque de temps et de système de partage d'information accessible sur tout le parcours de soins.

Faute d'organisations spécifiques associant des compétences de gestionnaires et de soignants experts sur le terrain, les médecins généralistes continuent de remplir cette fonction. La coordination n'est possible que dans un cadre législatif et organisationnel formalisé : les rôles et les compétences des acteurs de la coordination doivent être définis précisément⁽¹⁰⁹⁾.

Ceci implique la création de nouveaux métiers spécialisés dans la coordination dans le domaine de la santé et la mise en place de systèmes de partage d'information et de financement⁽¹¹⁰⁾.

Afin d'optimiser la prise en charge de la personne âgée sur le parcours de soins, le développement d'actions communautaires en lien étroit avec les experts hospitaliers est à promouvoir. Des tels projets sont en cours sur le Centre Hospitalier d'Annecy : SOS téléphonique, antenne mobile extra-hospitalière intervenant en EHPAD, cellule de coordination et d'interface ville-hôpital, projet d'une antenne mobile gériatrique extra-hospitalière intervenant à domicile. Leur objectif est d'améliorer la communication et l'articulation ville-hôpital. La mise en œuvre d'un système de soins continu associant expertise hospitalière et suivi de proximité permettrait d'optimiser l'offre de soins : améliorer la prévention et le dépistage précoce des patients nécessitant une Evaluation Gériatrique Standardisée, améliorer la cohérence du projet thérapeutique et améliorer la fluidité sur le parcours de soins. La Gériatrie s'inscrit aujourd'hui dans la pratique d'une médecine moderne, globale, éthique et pragmatique.

La création de structures innovantes organisées en réseau de coordination⁽¹¹¹⁾ est un concept émergent dans la littérature anglo-saxonne. Elle s'inspire des expériences américaines et canadiennes qui offrent des perspectives de délivrance de soins pour les personnes âgées fragiles⁽¹¹²⁾. Ces systèmes de prise en charge ne sont pas transposables en France car ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Ces systèmes intègrent dans une structure coûteuse la coordination de plusieurs domaines par une seule cellule sur l'ensemble du parcours de soins: l'encadrement de professionnels de santé, la gestion des moyens de communication et des ressources financières, le partage de l'information sur un support unique. D'autres systèmes applicables aux patients à faibles revenus sont en cours d'évaluation aux Etats-Unis (113). Ces études laissent entrevoir des perspectives novatrices pour l'organisation de réseaux de santé gériatriques performants.

6.4. Vers une évaluation de l'efficacité des Hôpitaux de Jour d'Evaluation Gériatrique

6.4.1. La réhospitalisation : un critère d'évaluation inadapté pour les Hôpitaux de Jour Gériatriques

François et al. suggéraient que le taux de réadmissions pouvait être lié à l'avancée en âge et à la polypathologie. La réhospitalisation n'est pas de ce point de vue un bon indicateur de qualité pour notre étude dans laquelle la population est âgée et marquée par la polypathologie. On ne peut pas en déduire qu'elle soit le reflet d'un échec de la prise en charge ou d'une mauvaise qualité de soins, même si nous avons montré que la prise en charge préventive des patients à risque de réhospitalisation pouvait être améliorée.

L'étude de la satisfaction nous a montré que même chez ces patients à l'évolution péjorative, la satisfaction et le sentiment d'avoir retiré un bénéfice de l'hospitalisation étaient importants. L'étude de Morishita et al. montrait une satisfaction plus importante chez les patients à haut risque de réhospitalisation ⁽¹¹⁴⁾. On peut supposer que l'efficacité de l'hospitalisation de jour chez ces patients réside dans l'amélioration de la qualité de vie du patients et des aidants.

Etudier la réhospitalisation dans les suites d'une venue en HDJ a présenté l'intérêt de dégager des facteurs prédictifs de cette évolution. Cibler les sujets à haut risque de réhospitalisation pourrait permettre de concentrer le suivi sur ces patients et de sensibiliser davantage les médecins généralistes aux risques de décompensation.

6.4.2. Pertinence de l'HDJ dans l'offre de soins gériatriques

L'évaluation d'une structure est un travail complexe qui fait état de compétences dans le domaine de la qualité et de l'Evidence Based-Medecine. Elle doit tenir compte d'objectifs législatifs, politiques et économiques. Les principaux critères appréciés dans ce cadre sont l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la rentabilité.

Selon le Dictionnaire du Petit Robert, l'efficacité correspond à " la capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'effort, de dépense ". Pour Donabedian ⁽¹¹⁵⁾ il s'agit de l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration en termes de résultats sanitaires. Elle

est le critère principal d'évaluation de l'Evidence Based Medecine, mais néglige certains apports de la prise en charge gérontologique en HDJ. L'amélioration de la santé subjective et de la qualité de vie des patients et des aidants sont difficilement mesurables en Evidence Based Medecine.

La pertinence est une notion proche de l'efficacité. Elle signifie que les soins fournis, basés sur de solides recommandations médicales, correspondent aux besoins cliniques ⁽⁷⁸⁾. Notre étude a permis de mettre en évidence la pertinence de l'offre de soins de l'Hôpital de Jour d'Annecy en appréciant les bénéfices directs apportés aux patients. Il représente un atout majeur pour le réseau de santé gériatrique du Bassin Annécien. Les répercussions sur l'ensemble de la filière de soins ou bénéfices indirects n'ont pas été évalués par cette étude, de même que les bénéfices à moyen et long terme.

On peut supposer que l'HDJ améliore indirectement la prise en charge de la personne âgée dans la filière hospitalière : diminution de la durée moyenne de séjour, diminution des réhospitalisations précoces, réduction des consultations aux urgences pour situation médico-sociale subaiguë ou pour accident iatrogénique évitable, relais des services spécialisés pour la prise en charge de la fragilité et de la polyopathie...

Au niveau ambulatoire, une enquête de satisfaction apprécierait le service rendu aux médecins généralistes. Le manque de temps et de valorisation pour cette activité sont souvent évoqués par les praticiens de ville. Le contexte annoncé de pénurie future de médecins généralistes risque d'aggraver ces difficultés de prise en charge et de coordination.

L'HDJ permet l'intégration du patient à risque dans un réseau gérontologique. Le renforcement de cette action préventive nécessite la poursuite de la sensibilisation et de la formation des médecins hospitaliers et généralistes.

Les bénéfices indirects sont à prendre en compte pour apprécier l'efficacité réelle de l'Hôpital de jour. Des études de cohortes multicentriques randomisées évaluant une prise en charge en HDJ versus d'autres soins gériatriques sans HDJ sont nécessaires pour mesurer leur impact dans ces domaines et démontrer la pertinence de leur offre de soins par rapport à d'autres organisations d'évaluation et de suivi gériatriques.

L'IRDES fait apparaître la nécessité de définir au préalable la nature des résultats sanitaires attendus. Les HDJ d'évaluation français, encore peu nombreux et mal décrits, sont appelés à homogénéiser leur pratiques afin de démontrer leur aptitude à fournir ces résultats.

L'étude de l'efficacité permet de donner à une structure sanitaire sa validité scientifique, mais elle n'est pas suffisante pour faire l'objet de choix stratégiques et politiques en économie de santé. A l'heure d'une politique de maîtrise des coûts de santé, l'efficacité et la rentabilité sont mises en avant pour justifier les structures sanitaires. L'efficacité désigne le fait de réaliser un objectif avec le minimum de moyens engagés possibles. Elle se rapproche de la rentabilité qui est le rapport entre un revenu obtenu ou prévu et les ressources employées pour l'obtenir.

L'amélioration de la qualité des soins ne peut se concevoir dans une logique purement économique qui néglige les apports humains. La réactivité d'un système se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé⁽⁷⁸⁾. Elle renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Cet indicateur de qualité de soins est un des points forts de l'HDJ et permet de mettre le patient au centre de la prise en charge à l'heure où l'hyperspécialisation et la technicité des soins sont davantage valorisées. Cette structure présente les avantages d'une médecine moderne, technique, répondant à la fois aux besoins spécifiques de la personne âgée et aux obligations de labellisation d'une structure sanitaire.

L'élaboration d'un réseau ville-hôpital performant, organisé autour de l'HDJ, représente un investissement à moyen et à long terme prometteur.

Conclusion

THESE SOUTENUE PAR :

Maryline ALLARD, REYNIER

Carole EYNARD-ENGEL

TITRE : L'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy. Etude descriptive prospective de mars à juillet 2008.

CONCLUSIONS :

Le vieillissement continu de la population a fait naître au cours des trente dernières années de nouveaux besoins de santé. D'après le Haut Comité de Santé Publique en 2002, faire face au vieillissement apparaît comme " l'un des principaux enjeux de la politique de santé à moyen terme ". Alors qu'une pénurie importante de médecins est annoncée, les problématiques complexes médico-sociales liées à la polypathologie et à la dépendance des personnes âgées nécessitent plus que jamais une adaptation de l'offre de soins.

L'évaluation pluridisciplinaire structurée autour de l'Evaluation Gériatrique Standardisée fournit une prise en charge adaptée aux spécificités du grand âge. Son efficacité est cependant conditionnée par une bonne coordination entre les différents acteurs de santé et par la nécessité de s'inscrire dans une politique de maîtrise des coûts.

A l'heure où l'hyperspécialisation des services hospitaliers est mise en avant, il est nécessaire de favoriser le développement de structures innovantes telles que les Hôpitaux de Jour d'Evaluation.

L'Hôpital de Jour du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy a été créé en mars 2004 pour répondre à ces besoins. Notre étude a permis de mieux caractériser les patients et les pathologies pris en charge dans cette structure et d'en décrire l'activité :

Les patients (N=197, 206 séjours) étaient âgés de 81,7 ans en moyenne, dont 66% de femmes. La place de l'HDJ dans la prise en charge de patients atteints de troubles cognitifs était importante (70% des patients). Une attention particulière était portée sur la prévention de la iatrogénie (réflexion menée lors de 28% des séjours, proposition d'adaptation thérapeutique 40%) dans une population marquée par la fréquence de la polypathologie (Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric moyen = $7,5 \pm 3,2$ et Cumulative Illness Rating Scale-Composite moyen = $2,8 \pm 1,4$) et de la polymédication (nombre moyen de médicaments par patient = 5,4 et nombre moyen de psychotropes par patient = 0,99). Le suivi médical de pathologie(s)

représentait plus de la moitié des motifs d'hospitalisation (59%), les demandes d'expertise du maintien à domicile (41%), de bilans diagnostiques (35%) et d'avis thérapeutiques (11%). L'essentiel des hospitalisations concernait l'évaluation de troubles cognitifs ou de situations médico-sociales complexes liées à cette pathologie (84%). L'Hôpital de Jour accordait une importance particulière à l'information et à l'éducation du patient et des aidants (94% des séjours). Son rôle dans l'élaboration d'un plan d'aide individualisé était majeur avec notamment la formulation d'une recommandation sociale dans 39% des cas.

Les hospitalisations répondaient à une faible demande des médecins traitants (16% des séjours).

L'Hôpital de Jour d'Annecy apportait une réponse globalement satisfaisante aux attentes de la population. Les aidants interrogés estimaient dans 90% des cas avoir retiré un bénéfice de l'hospitalisation de jour. Cependant, la part d'aidants insatisfaits a été probablement sous-évaluée, compte tenu des 12% de refus de rappel. Les recommandations faites par l'équipe pluridisciplinaire étaient jugées inapplicables dans 25% des rappels. Le suivi des recommandations était inférieur à 50 %, malgré un nombre de recommandations peu élevé (3 en moyenne par patient).

Une évolution péjorative dans les 3 mois n'a pu être évitée malgré l'intervention de l'Hôpital de Jour chez 12% des patients (22 réhospitalisés, 5 décédés). Nous n'avons pas pu établir de lien statistiquement significatif entre les variables socio-démographiques et la réhospitalisation. Il existait une association significative (p -valeur < 0.05) entre la réhospitalisation et l'impossibilité de réaliser un appui unipodal de plus de 5 secondes, le nombre de traitements, le nombre de psychotropes et le nombre de passages au Service d'Accueil des Urgences dans les 6 mois précédant l'hospitalisation de jour.

La satisfaction des aidants dans le groupe des réhospitalisés était forte (77%), mettant en évidence l'apport de l'Hôpital de Jour auprès de ces familles, en particulier grâce au soutien des aidants.

L'Hôpital de Jour d'Evaluation d'Annecy se distinguait de celui du Centre Hospitalo-Universitaire de Bichat qui accordait en 2005 une plus grande importance à l'évaluation diagnostique. Malgré cette différence d'activité, les deux structures répondaient bien aux objectifs fixés par la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

L'étude de l'efficacité des Hôpitaux de Jour d'Evaluation nécessite une homogénéisation des pratiques. Celle-ci ne peut s'envisager que grâce à la poursuite de travaux visant à améliorer la connaissance des caractéristiques des populations évaluées et des pratiques de ces structures.

La réhospitalisation, indicateur de qualité habituellement utilisé pour l'évaluation des structures sanitaires, semble être inadaptée à la complexité du patient âgé, polypathologique et dépendant. De nouveaux critères d'évaluation, spécifiques au patient gériatrique et aux Hôpitaux de Jour doivent être recherchés, prenant en compte la qualité de vie des patients et de leurs aidants.

Afin d'optimiser la prise en charge de la personne âgée sur le parcours de soin, le développement d'actions communautaires en lien étroit avec les experts hospitaliers est à promouvoir. Les Hôpitaux de Jour d'Evaluation doivent-ils conserver une activité importante de suivi et de coordination, en particulier dans le cadre des pathologies démentielles, ou privilégier un rôle d'expertise diagnostique pour les services hospitaliers et les médecins de ville ?

Les modèles américains et canadiens, intégrant une coordination de proximité et une expertise, laissent entrevoir des perspectives novatrices pour l'organisation de réseaux de santé gériatriques performants. Ces notions se concrétisent peu à peu dans les projets récents d'antennes mobiles extra-hospitalières intervenant à domicile.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le *10 mars 2009*

LE DOYEN

B.SELE



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR A. FRANCO

Glossaire

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

APHJPA : Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CEG : Centre d'Evaluation Gériatrique

CGA : Comprehensive Geriatric Assessment

CHRA : Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIRS : Cumulative Illness Rating Score

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

CMU : Couverture Médicale Universelle

CPOM : Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens

CREDES : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

CSG : Court Séjour Gériatrique

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medecine

ECG : Electrocardiogramme

EEG : Electro-encéphalogramme

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Equivalent-Temps Plein

EVA: Echelle Visuelle Analogique

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

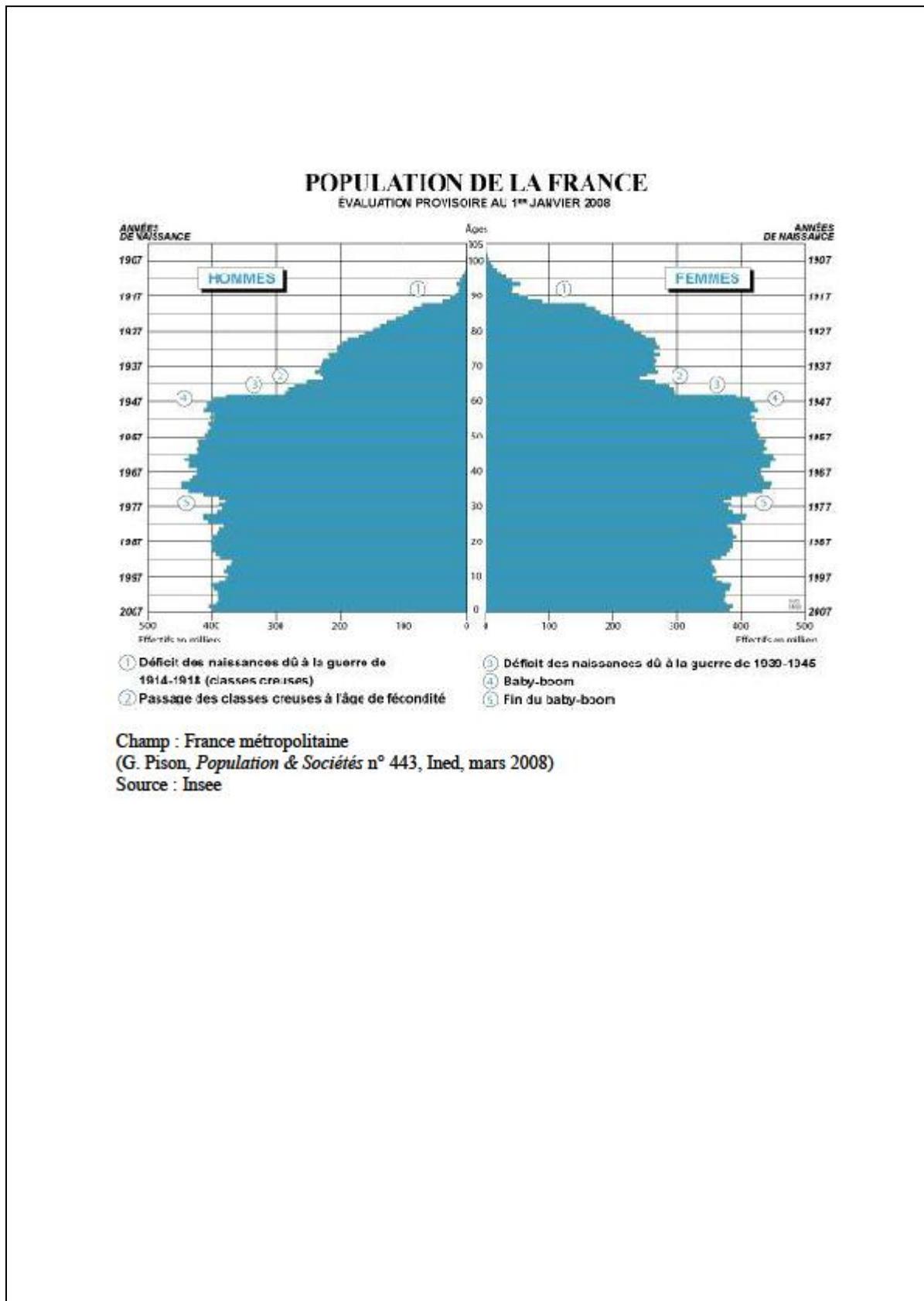
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

INSEE : Institut National de Statistiques en Economie de Santé
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
ISO: International Organization for Standardization
MMS: Mini Mental Status
MNA : Mini Nutritional Assessment
NHRA : Nouvel Hôpital de la Région d'Annecy
NPI : Neuro-Psychiatric Inventory
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SIEM: Service d'Informatique et d'Etudes Médicales
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TDM : Tomodensitométrie

Annexes

Annexe 1. Pyramide des âges



Annexe 2. Classification de statut nutritionnel par l'OMS selon l'IMC

< 10	dénutrition grade V
10 à 12,9	dénutrition grade IV
13 à 14,9	dénutrition grade III
15 à 16,9	dénutrition grade II
17 à 18,4	dénutrition grade I
25 à 29,9	surpoids
30 à 34,9	obésité grade I
35 à 39,9	obésité grade II
> 40	obésité grade III

Annexe 3. Recueil au cours de l'hospitalisation de jour

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____	Numéro IPP : _____
Date de venue : ____/____/____	<i>COLLER ETIQUETTE</i>

RECUEIL MEDECIN

1) Données cliniques

Médecin Traitant : _____

Passages antérieurs :
Première venue en Hdj pour l'année 2008 Oui Non
Patient déjà venu en Hdj Oui Non
Nombre de passages en Hdj sur les 12 derniers mois :
Nombre de séjours hospitaliers ou de passages aux urgences au cours des 6 derniers mois :

Origine de la demande d'HDJ :

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Le patient lui-même
<input type="checkbox"/> Aidant principal et/ou famille	<input type="checkbox"/> Service hospitalier autre
<input type="checkbox"/> Antenne mobile de gériatrie	<input type="checkbox"/> Consultation mémoire
<input type="checkbox"/> Service d'urgences	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour
<input type="checkbox"/> Service de gériatrie court séjour	<input type="checkbox"/> Soins de suite réadaptation

MOTIF DE L'EVALUATION EN HDJ :

- Bilan diagnostique avis thérapeutique suivi concernant :
 - troubles cognitifs
 - troubles de la marche et chute
 - troubles comportementaux / troubles de l'humeur
 - prise en charge de la polyopathie
 - soins palliatifs
 - problème nutritionnel
 - plaie et escarre
 - douleurs chroniques
- Problème social
- Demande de placement
- Expertise du maintien à domicile
- Annonce du diagnostic de démence
- Oncogériatrie
- Autre _____

CONTEXTE SOCIAL:

- APA :**
 pas de demande réalisée demande en cours déjà en place ne sait pas
- Protection juridique :**
 non oui : sous tutelle sous curatelle
- Devenir envisagé avant la consultation :**
 Maintien à domicile
 Demandes d'institutionnalisation: non envisagées non faites en cours faites
 Séjour de répit en hébergement temporaire autre

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ACTUELLES :

Cardiaques :

- HTA Troubles du rythme _____
 Coronaropathie Insuffisance cardiaque _____

Pulmonaires :

- BPCO Insuffisance respiratoire O2 à domicile _____

Gastro-entérologiques :

- Hépatopathie chronique (cirrhose, hépatite virale chronique) _____

Urologiques – néphrologiques :

- Insuffisance rénale chronique _____

Endocrinologiques :

- Diabète _____

Neurologiques :

- Maladie de Parkinson Epilepsie _____
 Troubles cognitifs non étiquetés Démence connue _____
 AVC/cérébral (dont AIT) Neuropathie périphérique _____

Psychiatriques :

- Troubles anxio-dépressifs Troubles psychotiques _____

Neuro-sensoriel :

- Déficit visuel appareillé non appareillé _____
 Déficit auditif appareillé non appareillé _____

Addiction :

- Alcool Tabac

Appareil ostéoarticulaire :

- Ostéoporose Arthrose _____
 Fracture hanche Autre fracture (bassin, poignet, vertèbre) _____

Néoplasiques :

- Antécédents de néoplasie Néoplasie évolutive _____

Hématologie :

- Anémie Hémopathie chronique _____

Autres et précisions si besoin :

TRAITEMENTS HABITUELS :

Cardio-vasculaires :

- Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse Spironolactone _____
 I calcique IEC β bloquant ARA2 Alpha bloquant Central _____
 Dérivé nitré Cordarone Digitalique Autre antiarythmique _____
 Statine Fibrate _____
 Aspirine Plavix Asasantine AVK _____

Antidiabétiques :

- Insuline Biguanide Sulfamide Glucor autres _____

Psychotropes :

- IRS Ticyclique BZD Hypnotique Neuroleptique _____

Troubles cognitifs :

- Anticholinestérasiques Ebixa Vasodilatateurs cérébraux _____

Neurologiques :

- Anticomitiaux Antiparkinsoniens _____

Appareil digestif :

- Protecteurs gastriques Antispasmodiques Laxatifs _____

Troubles urinaires :

- Alpha bloquants Anticholinergiques _____
Antalgiques (d'après OMS) et anti-inflammatoires :
 Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 _____
 AINS Anticox 2 Aspirine Corticoïdes _____
Ostéoporose :
 Calcium Vit D Biphosphonates _____

Nombre total de médicaments :

Nombre de psychotropes :

Score de co-morbidité : CIRS-G

Instructions de cotation du CIRS : pour chaque système, indiquer le degré de sévérité :

- 0 = aucun** pas de trouble de l'organe ou du système
1 = léger trouble n'affectant pas l'activité normale /un traitement peut être ou ne pas être requis ; pronostic excellent
2 = modéré trouble affectant l'activité normale/un traitement est nécessaire ; pronostic bon
3 = sévère trouble invalidant ou handicapant/ un traitement est urgent ; pronostic réservé
4 = très sévère trouble menaçant la vie/traitement urgent ou inefficace ou n'existant pas ; pronostic grave

Items du CIRS-G (si plusieurs maladies dans même système, coter la plus grave)	SCORE (0 à 4)
CARDIAQUE cœur seulement	
HEMATOLOGIE sang, moelle osseuse, rate, vaisseaux sanguins, ganglions	
HTA cotation fondée sur sévérité (organes touchés cotés séparément)	
RESPIRATOIRE poumons, bronches, trachée sous larynx	
ORL et OPH oreilles, nez, larynx, yeux	
DIGESTIF SUP œsophage, estomac, duodénum, voies biliaires, pancréas	
DIGESTIF INF reste des intestins, dont hernies	
HEPATIQUE foie seulement	
RENAL reins seulement	
GENTO-URINAIRE uretères, urètre, prostate, vessie, gonades	
MUSCULO-SQUELETTIQUE et TEGUMENTS muscles, os, peau	
NEUROLOGIQUE cerveau, (démences exclues), moelle épinière, nerfs	
ENDOCRINO-METABOLIQUE diabète, infection diffuse, intoxication	
PSYCHIATRIE incluse démences, agitation, dépression, anxiété, psychoses	
CIRS-G total	
CIRS composite = nombre de systèmes cotés ≥ 2	

EXAMEN CLINIQUE :

Hypotension orthostatique (retenu si chute de la systolique à 1 min \geq 20 mmHg) :

Présente Absente Non recherchée

Nombre de chutes dans les 6 mois précédant l'étude : ne sait pas

Appui unipodal > 5 secondes :

Possible Impossible Non testé

Personne pressentie comme fragile ? Oui Non

EVALUATION DE LA MARCHE:

Temps test de marche (4,50 m) secondes

EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES / TROUBLES COMPORTEMENTAUX :

Intervention de la neuropsychologue pendant cette HDJ. Ne pas poursuivre cette rubrique.

MMS : /30 (Score réalisé ce jour ou antérieur de moins de 6 mois)

5 mots de Dubois : pathologique normal non réalisé

Test de l'horloge : pathologique normal non réalisé

Troubles du comportement : oui non

EVALUATION DES TROUBLES DE L'HUMEUR :

Intervention de la neuropsychologue pendant cette HDJ. Ne pas poursuivre cette rubrique.

Combien de fois lors de la semaine passée vous êtes vous dit ?

« Tout ce que je fais nécessite un effort »

Rarement ou jamais Parfois Occasionnellement La plupart du temps

« Je ne vais pas pouvoir continuer ainsi »

Rarement ou jamais Parfois Occasionnellement La plupart du temps

Mini Geriatric Depression Scale :

<1 supérieur ou égal à 1 non réalisée

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Numéro IPP : _____
Date de venue : ____/____/____ *COLLER ETIQUETTE*

RECUEIL INFIRMIER

Présence d'un accompagnant pendant PHDJ: oui non

MODE DE VIE:

Situation familiale :

- Célibataire Marié Veuf Nombre d'enfants (décédés et vivants) :
 Il existe une personne ressource dans l'entourage proche (ne comprend pas le tuteur)
 Absence de personne ressource

Niveau scolaire :

- Faible scolarisation Certificat d'études Brevet Bac Etudes supérieures
 ne sait pas

Catégorie socioprofessionnelle :

- Ouvrier/employé Agriculteur
 Cadre/poste à responsabilité/profession libérale Autre _____
 ne sait pas

Lieu de vie actuel :

- Domicile Maison de retraite
 EHPAD Hébergement temporaire Autre _____

Aides humaines et services déjà en place :

- Infirmière libérale SIAD
 Aideménagère Auxiliaire de vie
 Kinésithérapeute Orthophoniste
 Téléalarme Portage des repas
 Accueil de jour
 Hébergement temporaire régulier
 Vit seul(e)
 Autre _____

EVALUATION DE LA DOULEUR :

EVA : / 10 non réalisé par ce test

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL :

Poids : kg Poids antérieur si disponible : kg - date : ___/___/___
Taille : cm

« Lors de cette dernière année, avez-vous perdu plus de 5 kg ? »

Oui Non

Mini Nutritional Assessment :

Score de dépistage : Score total : non réalisée

SI ERGOTHERAPEUTHE NON PREVUE LORS DE L'HDJ

Score ADL : /30 (actuel ou antérieur, préciser la date.....)

Score IADL : /32 (actuel ou antérieur, préciser la date.....)

EVALUATION DU FARDEAU DE L'AIDANT :

Epnisement des aidants principaux (évaluation subjective par le soignant) Oui Non

Score de la grille de Zarit : non réalisé

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ___/___/___ Numéro IPP : _____
 Date de venue : ___/___/_____ **COLLER ETIQUETTE**

RECUEIL AIDE SOIGNANT
 Evaluation des capacités physiques

Activités physiques pratiquées dans les 2 semaines précédentes :

Type d'activité	Durée totale cumulée sur les 2 semaines (min)
Marche pour faire les courses ou pour le plaisir	
Prendre les escaliers (montée)	
Randonnée à pied	
Tâches ménagères énergiques	
Danse	
Gymnastique à domicile	
Gymnastique dans un club de gym	
Jogging	
Ski	
Jardinage	
Entretien du jardin, creuser, pelleter	
Ratisser les feuilles	
Tondre la pelouse (tondeuse non à moteur)	
Pelleter la neige	
Chasse	
Pêche	
Vélo	
Autre :	

Force de préhension (gripping test) : kg (main dominante, 3 essais, meilleure valeur)
 (échelle la plus haute sur l'appareil)

RECUEIL ERGOTHERAPEUTE

Score ADL : /30 (actuel ou antérieur, préciser la date.....)
 Score IADL : /32 (actuel ou antérieur, préciser la date.....)
 GIR ce jour : ne sait pas dernier connu

RECUEIL NEUROPSYCHOLOGUE

EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES / TROUBLES COMPORTEMENTAUX :

MMS : /30 (Score réalisé ce jour ou antérieur de moins de 6 mois)

5 mots de Dubois : pathologique normal non réalisé

Test de l'horloge : pathologique normal non réalisé

Troubles du comportement : oui non

Score de l'échelle Neuropsychiatric Inventory (NPI) : non réalisée

EVALUATION DES TROUBLES DE L'HUMEUR :

Combien de fois lors de la semaine passée vous êtes vous dit ?

« Tout ce que je fais nécessite un effort »

Rarement ou jamais Parfois Occasionnellement La plupart du temps

« Je ne vais pas pouvoir continuer ainsi »

Rarement ou jamais Parfois Occasionnellement La plupart du temps

Score de l'échelle Geriatric Depression Scale : non réalisée

RECUEIL ORTHOPHONISTE

Troubles de la déglutition : non oui dépistés ce jour

Troubles du langage : non oui aphasie dysarthrie dépistés ce jour

RECUEIL KINESITHERAPEUTE

Get up and go test : score total secondes non réalisé

TINETTI : statique : non réalisé

dynamique : non réalisé

Test de 6 minutes de marche :

Appui unipodal > 5 secondes :

possible impossible non testé

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___ Numéro IPP : _____
Date de venue : ___/___/___ **COLLER ETIQUETTE**

RECUEIL MEDECIN
2) Fiche de synthèse

ACTES REALISES AU CEG

INTERVENTION MEDICALE ET PARAMEDICALE :

- Médecin spécialiste autre que gériatre si oui, de quelle spécialité : _____
 IDE
- Orthophoniste
 Diététicienne
 Kinésithérapeute
 Ergothérapeute
- Assistante Sociale
- Neuropsychologue
 Réalisation de tests neuropsychologiques et/ou évaluation comportementale (par le médecin)

REPAS SUR PLACE :

- oui non

EXAMENS PARACLINIQUE :

- Biologiques
 Radio standard Echographie TDM IRM
 Endoscopie
 Ponction préciser: _____
 Electrocardiogramme
 Aucun

ACTES THERAPEUTIQUES :

- Transfusion
 Perfusion
 Pansements
 Aucun

APPORTS DE L'HDJ POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

APPORT EN TERME DIAGNOSTIQUE : oui non

- Diagnostic d'une nouvelle pathologie
- Réévaluation du pronostic / de la sévérité d'une pathologie connue

APPORT EN TERME THERAPEUTIQUE : oui non

- Introduction d'un traitement
- Proposition d'adaptation thérapeutique
- Réflexion sur la prévention de la iatrogénèse
- Proposition d'intervention d'un kinésithérapeute ou d'un orthophoniste en ville
- Conseils diététiques
- Mise en place d'un suivi médical spécialisé
- Hospitalisation en urgence
- Mise en place d'un suivi au CEG : clinique paraclinique

APPORT EN TERME SOCIAL :

Proposition d'un plan d'aide au domicile oui non

- intervention d'une IDE libérale
- inscription au SIAD
- auxiliaire de vie
- aideménagère
- portage des repas
- éléalarme
- autres (géo localisateur...)

Proposition d'adaptation du milieu de vie oui non

- matériel: lit médicalisé, chaise garde robe, barre d'appui
- travaux d'aménagement du lieu de vie
- visite d'un ergothérapeute au domicile (VAD)

Conseils sur les admissions en structure : oui non

- Institutionnalisation
- Séjour de répit
- Accueil de jour

Allocation Personnalisée d'Autonomie : oui non

- Information
- Constitution du dossier

Demande d'ALD oui non

Mise en place de la CMU oui non

Mise en place d'une protection juridique oui non

Information et éducation oui non

- Patient seul Aidant seul
- Patient et aidant Orientation vers une association

NOMBRE DE RECOMMANDATIONS FAITES EN FIN D'HDJ :

Madame, Monsieur,

Vous venez de bénéficier d'une évaluation gériatrique au Centre Hospitalier de la Région Annécienne.

Dans le cadre de leur thèse de médecine générale, deux médecins souhaitent vous recontacter par téléphone dans un délai d'un mois.

Quelques questions vous seront alors posées afin de connaître l'évolution de votre situation et de votre état de santé.

- J'accepte d'être recontacté(e).
- Je ne souhaite pas être recontacté(e)

Nom :

Prénom :

Signature :

Annexe 4. Entretien téléphonique à 3 mois

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/____ Numéro IPP : _____
Date de venue : ___/___/_____

ENTRETIEN TELEPHONIQUE A 1 MOIS

SATISFACTION CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE FAITE LORS DE L'HOSPITALISATION :

Le délai entre la demande et l'hospitalisation a-t-il été satisfaisant ? oui non

Avez-vous été satisfait par l'accueil du personnel ? oui non

L'information qui vous a été donnée pendant l'hospitalisation a-t-elle été :

- suffisante ? oui non

- claire ? oui non

SATISFACTION CONCERNANT LES SOLUTIONS PROPOSEES PAR L'HOSPITALISATION :

Les solutions proposées correspondaient-elles à vos attentes ? oui non

Avez-vous rencontré des difficultés pour la mise en place :

des aides humaines..... ? oui non

des aides matérielles... ? oui non

Concernant les conseils qui vous ont été donnés pendant l'hospitalisation :

- Ont-ils été clairs ? oui non

- Ont-ils pu être appliqués ? oui non

- Ont-ils été utiles ? oui non

Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS :

dans votre traitement suite à l'hospitalisation ? oui non

dans la prise en charge à domicile par les services de soins ? oui non

concernant l'aménagement de votre domicile ? oui non

AVEZ-VOUS REVU VOTRE MEDECIN TRAITANT DEPUIS L'HOSPITALISATION ?

oui non

AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE DEPUIS VOTRE VENUE EN HDJ ?

oui non

PENSEZ-VOUS AVOIR RETIRE UN BENEFICE DE L'HOSPITALISATION ?

oui non

Annexe 5. Test Get up and go

Get up and go test

- Le test : le sujet assis confortablement sur un siège avec accoudoirs, placé à trois mètres d'un mur est invité
 - à se lever,
 - à rester debout quelques instants,
 - à marcher jusqu'au mur,
 - à faire demi-tour sans toucher le mur,
 - à revenir jusqu'à son siège, à en faire le tour et
 - à s'y asseoir de nouveau.

- Les résultats sont exprimés en fonction d'une échelle cotée de 1 à 5.
 - COTATION :
 - 1 aucune instabilité
 - 2 très légèrement anormal (lenteur exécution)
 - 3 moyennement anormal (hésitation, mouvement compensateur des membres supérieurs et du tronc)
 - 4 anormal (le patient trébuche)
 - 5 très anormal (risque permanent de chute).
 -

Observations durant le test:

1 Se lever du siège: observer si le sujet se penche en avant normalement au moment de se lever ou si il se rejette en arrière?

cotation:

se rejette en AR: -4

se penche anormalement en A:V 0

Obligé de s'aider des accoudoirs: -2

Se lève d'un seul élan: 0

Besoin de plusieurs essais: -1

Marcher devant soi 3m:

Marche rectiligne: 0

Méandres prononcés: -1

Faire 1/2 tour rapidement

Pivote sur place: 0

Fait plusieurs pas sur place pour tourner: -3

Retourner s'asseoir:

Descend avec contrôle des genoux: 0

Se laisse tomber: -4

Annexe 6. Test de Tinetti

Test d'équilibre et de marche de TINETTI

Interprétation :

total inférieur à 20 points : risque de chute très élevé

total entre 20-23 points : risque de chute élevé

total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé

total à 28 points : normal

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :

1- Equilibre assis sur la chaise

0 se penche sur le côté, glisse de la chaise

1 sûr, stable

On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :

2- Se lever

0 impossible sans aide

1 possible mais nécessite l'aide des bras

2 possible sans les bras

3- Tentative de se lever

0 impossible sans aide

1 possible, mais plusieurs essais

2 possible lors du premier essai

4- Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)

0 instable (chancelant, oscillant)

1 sûr, mais nécessite une aide technique debout

2 sûr sans aide technique

Test de provocation de l'équilibre en position debout :

5- Equilibre lors de la tentative debout pieds joints

0 instable

1 stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique

2 pieds joints, stable

6- Poussées (sujet pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)

0 commence à tomber

1 chancelant, s'agrippe, et se stabilise

2 stable

7- Yeux fermés

0 instable

1 stable

Le patient doit se retourner de 360° :

8- Pivotement de 360°

0 pas discontinus

1 pas continus

9- Pivotement de 360°

0 instable (chancelant, s'agrippe)

1 stable

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :

10- Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ)

0 hésitations ou plusieurs essais pour partir

1 aucune hésitation

11- Longueur du pas : le pied droit balance

0 ne dépasse pas le pied gauche en appui

1 dépasse le pied gauche en appui

12- Hauteur du pas : le pied droit balance

0 le pied droit ne décolle pas complètement du sol

1 le pied droit décolle complètement du sol

13- Longueur du pas : le pied gauche balance

0 ne dépasse pas le pied droit en appui

1 dépasse le pied droit en appui

14- Hauteur du pas : le pied gauche balance

0 le pied gauche ne décolle pas complètement du sol

1 le pied gauche décolle complètement du sol

15- Symétrie de la marche

0 la longueur des pas droit et gauche semble inégale

1 la longueur des pas droit et gauche semble identique

16- Continuité des pas

0 arrêt ou discontinuité de la marche

1 les pas paraissent continus

17- Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m)

0 déviation nette d'une ligne imaginaire

1 légère déviation, ou utilisation d'une aide technique

2 pas de déviation sans aide technique

18- Stabilité du tronc

0 balancement net ou utilisation d'aide technique

1 pas de balancement, mais penché ou balancement des bras

2 pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet

19- Largeur des pas

0 polygone de marche élargi

1 les pieds se touchent presque lors de la marche

Le patient doit s'asseoir sur la chaise :

20- S'asseoir

0 non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise

1 utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier

2 sécuritaire, mouvement régulier

SCORE MAXIMUM = 28 points

Annexe 7. Echelle de la dépression

L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 questions

Modalités de passation

Modalité de passation **pour le patient** : choisissez, s'il vous plaît, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine.

Modalité de passation **pour l'observateur** : posez les questions **VERBALEMENT**. Entourez la réponse donnée par le patient. Ne la montrez pas au patient.

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)

16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Etablissement du score et interprétation

TOTAL : ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour le score total.

Scores d'après la version initiale en anglais :

0 à 9 : normal	10-19 : légèrement dépressif	20-30 : sévèrement dépressif
----------------	------------------------------	------------------------------

Annexe 8. Evaluation de l'état nutritionnel

NUTRITION SERVICES			
			
<h3>Evaluation de l'état nutritionnel</h3> <h4>Mini Nutritional Assessment MNA™</h4>			
Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:
<p>Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Ajoutez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.</p>			
Dépistage			
<p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input type="checkbox"/></p>			
<p>B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/></p>			
<p>C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p>			
<p>D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/></p>			
<p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p>			
<p>F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p>			
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation</p> <p>11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation</p>			
Evaluation globale			
<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p>			
<p>H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p>			
<p>I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p>			
<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p>			
<p>K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p>			
<p>M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p>			
<p>O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p>			
<p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>			
<p>Evaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 17 à 23,5 points risque de malnutrition <input type="checkbox"/></p> <p>moins de 17 points mauvais état nutritionnel <input type="checkbox"/></p>			
<p>Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts and Research in Gerontology</i>, Supplement 2:15-28.</p> <p>Robenstein LZ, Harbarth J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.</p> <p>© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners</p>			

Annexe 9. Evaluation des troubles du comportement

NPI - R

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

Nom du patient :

Age :

Date de l'évaluation :

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.

Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.

Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.

Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse NON et passez à la question suivante.

GRAVITE :

Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITE du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

IDEES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

DEPRESSION / DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?
Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

ANXIETE

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

APATHIE / INDIFFERENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Evaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?
(Ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)
Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Evaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?
(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)
Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Evaluez la gravité NA = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

Annexe 10. Cotation de l'autonomie

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (Physical self-maintenance scale)

1^{ère} partie : ECHELLE DE SOINS PERSONNELS (MP LAWTON et EM BRODY)
(traduction française : L. ISRAEL et L. WAINTRAUB)

A – CONTINENCE

1 – va aux toilettes seul et n'est pas incontinent
2 – a besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois/semaine maximum)
3 – se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine
4 – se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine
5 – aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical

Remarques :

B – ALIMENTATION

1 – mange sans assistance
2 – mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou besoin d'aide pour s'essuyer après les repas
3 – est souvent néglige et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir
4 – a besoin d'assistance importante à tous les repas
5 – ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir

Remarques :

C – HABILLEMENT

1 – s'habille, se déshabille, choisit ses vêtements dans sa garde robe
2 – s'habille e se déshabille avec une légère assistance
3 – a besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements
4 – a besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour l'aider
5 – est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider

Remarques :

D – SOINS PERSONNELS

1 – toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance
2 – se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser
3 – a besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels
4 – a besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propres après cela
5 – réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène

Remarques :

E – MOBILITE

1 – va se promener dans les parcs ou en ville
2 – se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison
3 – se déplace avec l'aide
<input type="checkbox"/> d'une canne
<input type="checkbox"/> d'une béquille
<input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> réalise les transferts sans aide
<input type="checkbox"/> à besoin d'aide pour les transferts
4 – s'assied sans assistance sur une chaise ou un fauteuil roulant, mais ne peut se lever et en sortir sans aide
5 – grabataire plus de la moitié du temps

Remarques :

F – TOILETTE

1 – se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette)
2 – se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire
3 – ne se lave que le visage et les mains mais ne peut se baigner
4 – ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave
5 – ne se lave pas seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre

Remarques :

LES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

(instrumental activities of daily living)

2ème partie

IADL-E

MP LAWTON et EM BRODY

Traduction française : L. ISRAEL et L. WAINTRAUB

I - UTILISER LE TELEPHONE

1 - se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche les numéros et les compose, etc.

2 - compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus

3 - peut répondre au téléphone mais ne peut pas appeler

4 - ne se sert pas du tout du téléphone

- ne peut être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone

Remarques :

II - FAIRE LES COURSES

1 - peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome

2 - n'est indépendant que pour certaines courses

3 - a besoin d'être accompagné pour faire ses courses

4 - est complètement incapable de faire ses courses

- ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

III - PREPARER LES REPAS

1 - peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome

2 - peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis

3 - peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient

4 - est complètement incapable de faire ses courses

- ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

IV - FAIRE LE MENAGE

1 - fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple pour les gros travaux ménagers)

2 - exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit

3 - a besoin d'aide pour les travaux d'entretien de la maison

4 - ne participe à aucune tâche ménagère

- ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

V – FAIRE LA LESSIVE

1 – faire sa propre lessive
2 – peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes
3 – nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.
4 – la lessive doit être faite par des tiers
– ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

VI – UTILISER LES TRANSPORTS

1 – voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi ou bien sa propre voiture
2 – utilise les transports en commun à condition d'être accompagné
3 – ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture avec l'assistance d'un tiers
4 – ne se déplace pas du tout à l'extérieur
– ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

VII – PRENDRE DES MEDICAMENTS

1 – prendre ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite
2 – est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels
3 – est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance
4 – est incapable de prendre ses médicaments
– ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarques :

VIII – GERER SES FINANCES

1 – gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque)
2 – gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une autre facture, ou met son compte bancaire à découvert
3 – parvient à effectuer des achats journaliers ; mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.
4 – est incapable de s'occuper de son argent
– ne peut être coté, ne s'applique pas

Remarque :

Annexe 11. Classification AGGIR de la dépendance

LA GRILLE AGGIR LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE	
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 2 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 3 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 4 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 5 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<ul style="list-style-type: none"> • GIR 6 	<ul style="list-style-type: none"> • le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Bibliographie

1. **CREDES: Sermet C.** Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France. *Bulletin d'information en économie de la santé. CREDES.* Juin 1998, 12.
2. **Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.** Programme national pluri-annuel 2003-2005 « Bien Vieillir ». Mars 2003.
3. **Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ.** Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 23 Oct 1993, Vol. 342(8878), pp. 1032-6.
4. **Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D.** Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc.* Sep 1991, Vol. 39(9 Pt 2), pp. 8S-16S; discussion pp.17S-18S.
5. **Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC.** A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc.* Mar 1999, Vol. 47(3), 269-76.
6. **Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ.** Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriatr Soc.* Jan 2000, Vol. 48(1), 8-13.
7. **Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF.** A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc.* Apr 2001, Vol. 49(4), 351-9.
8. **Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C, Mc Murtry C, Pennypacker L, Smith DM, Ainslie N, Hornick T, Brodtkin K, Lavori P.** A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med.* 21 Mar 2002, Vol. 346(12), pp. 905-12.
9. **Gudmundsson A, Carnes M.** Geriatric assessment: making it work in primary care practice. *Geriatrics.* Mar 1996, Vol. 51(3), pp. 55-65.
10. **Miller DK, Lewis LM, Nork MJ, Morley JE.** Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc.* May 1996, Vol. 44(5), pp. 513-20.
11. **Maly Rose C, Leake B, Frank JC, DiMatteo MR, Reuben DB.** Implementation of Consultative Geriatric Recommendations: The role of Patient-Primary Care Physician Concordance. *J Am Geriatr Soc.* 2002, Vol. 50(8), pp. 1372-1380.
12. **DHOS.** Circulaire n° DHOS/02/2007/117 relative à la filière de soins gériatriques. 28 Mars 2007, Vol. Annexe I - Référentiel d'organisation des soins pour la filière de soins gériatriques.

13. —. Circulaire n° DHOS/02/2007/117 relative à la filière de soins gériatriques. 28 Mars 2007, Vol. Annexe IV - Référentiel d'organisation des soins pour l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.
14. **Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille.** Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2004-2007. [En ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/synthese.pdf>.
15. **Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.** Plan Solidarité - grand âge 2007-2012. 27 juin 2006.
16. **Jeandel C., Pfitzenmeyer P., Vigouroux P.** *Un programme pour la gériatrie.* Avril 2006.
17. **Forster A., Young J., Langhorne P.** Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ.* 27 Mar 1999, Vol. 318, pp. 837-841.
18. **Forster A., Young J., Langhorne P.** Medical day hospital care for elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000, Vol. (2):CD001730.
19. **Malone M., Hill A., Smith G.** Three-month follow up of patients discharged from a geriatric day hospital. *Age Ageing.* Nov 2002, Vol. 31(6), pp. 471-5.
20. **Durand-Gasselín, B.** Les hôpitaux de jour gériatriques en France. *La revue de Gériatrie.* 2002, Vol. 27(5), pp. 319-322.
21. **Lacaille S., Delpierre S., Karoubi E., Stoianovici I., Boutron I., Faucher N., Legrain S.** L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique: l'expérience de l'hôpital Bichat - Claude Bernard - Paris. *La Revue de Gériatrie.* Oct 2007, Vol. 32(8), pp. 585-92.
22. **Nations Unies.** Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. 8-12 avril 2002. Annexe II : Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement.
23. **INSEE.** Population par groupe d'âge dans le monde. *INSEE.* [En ligne] 2007.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPTEF02134.
24. **Sardon J.P.** Evolution démographique récente des pays développés. *Population-F.* 2006, Vol. 61(3), pp. 225-300.
25. **INSEE: Pla A.** Bilan démographique 2008: plus d'enfants, de plus en plus tard. *INSEE Première.* Jan 2009, 1220.
26. **INSEE: Robert-Bobée I.** Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *INSEE PREMIERE.* Juillet 2006, Vol. 1089.
27. Futuribles. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050). *INSEE Résultats.* Août 2003, 16 soc.

28. **Joseph V, Guye O, Sonko A, Dreneau M, Gonon V.** Les personnes âgées en Rhône-Alpes: Situation démographique, épidémiologique et sociale . *Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*. Sept, 2003.
29. La population âgée en Rhône-Alpes. *Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes*. 2001.
30. La population âgée en Haute-Savoie. *Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*. 2001.
31. **Gaymu J.** Aspects démographiques du vieillissement. *Numéro thématique: La Santé des Personnes Agées. Bulletin épidémiologique hebdomadaire InVS*. 7 fev 2006, N°5-6.
32. **Rainfray M., Bourdel-Marchasson I., Dehail P., Richard-Harston S.** L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées. *Ann. Med. Interne*. 2002, Vol. 153(6), pp. 397-402.
33. **Collège national des enseignants de Gériatrie.** Autonomie et dépendance. *Corpus de gériatrie*. Masson, 2000, Vol. 1, pp. 91-100.
34. **Nagi SZ.** An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1976, Vol. 54(4), pp. 439-67.
35. **Wood P., Badley E.M.** An epidemiological appraisal of disablement. *In: Recent advances in community medicine*. ed. Bennett A.E, 1978, Vol. 1, pp. 149-173.
36. **DRESS: Cambois E., Robine J.M.** Vieillesse et restrictions d'activité: l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *DRESS: études et résultats*. Sept 2003, N° 261.
37. **OMS.** International classification of impairments, disabilities and handicaps. *OMS*. 1980.
38. **DRESS: Cambois E., Lièvre A.** Risque de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus: une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. *DRESS: Etudes et résultats*. Nov 2004, N° 349.
39. **Colin C., Coutton V.** Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicap-incapacité-dépendance. *DREES: études et résultats*. Déc 2000.
40. **INSEE: Morniche P.** Le handicap se conjugue au pluriel. *INSEE PREMIERE*. 2000, N° 742.
41. **Verbrugge LM, Rennert C, and Madans JH.** The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *Am J Public Health*. March 1997, Vol. 87(3), pp. 384-392.
42. **DRESS: Bontout O., Colin C., Kerjose R.** Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. *DRESS: études et résultats*. Fev 2002, N°160.
43. **Girtanner C, Durand-Gassel B, Pellerin J, Hild J, Abalain C, Portron P.** Les Hôpitaux de Jour gériatriques: un maillon de la filière de soins gériatriques. Lieu d'expertise

et de suivi des situations gériatriques complexes. *L'Année Gériatologique*. 2007, pp. 159-166.

44. **Strubel D., Lapierre M.** *Les hôpitaux de jour gériatriques. livre Blanc de la Gériatrie Française*. 2004.

45. **Laroque P.** *Politique de la vieillesse*, *La Documentation Française*, 438 p. Paris : s.n., 1962.

46. **Anderson GF, Steinberg EP.** Hospital readmissions in the Medicare population. *N Engl J Med*. 1984, Vol. 311, pp. 1349-53.

47. **ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.** Le Programme de Prévention et d'Organisation des Soins pour les Personnes Agées Fragiles 2002 -2005.

48. **Secrétariat d'état aux personnes âgées.** Plan « Vieillesse – Solidarités ». Nov 2003.

49. **DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).** La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n°2002/157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. 18 mars 2002.

50. **ARHRA.** Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes 1999-2004. sept 1999, pp. 44-45.

51. —. La Constitution des filières de soins. In : Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes 2006-2010. 2006, p. 5 :23.

52. **DHOS.** Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002 /222 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. 16 avril 2002.

53. **Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.** Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012. [En ligne] <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>.

54. **Piette F., Vincent H.** Centres d'évaluation gérontologique. *L'année gérontologique*. 2007, Vol. 21.

55. *site web de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées (APHJPA).* [En ligne] <http://www.aphjpa.org/>.

56. **Picot F., Frandji D., Petit C.** Projet médical du pôle Gériatrie. *Centre Hospitalier d'Annecy*. juin 2007.

57. **Bouchon JP.** 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Rev Prat*. 1984, Vol. 34, p. 888.

58. **Debray M.** Concepts de fragilité. *Colloque alpin*. [En ligne] 2008. <http://www.colloquealpin2008.communications-sante.com/colloquealpin/debray.pdf>.

59. —. La personne âgée malade : particularités séméiologiques, psychologiques et thérapeutiques. *Corpus validé par le collège national des enseignants de gériatrie*. [En ligne]

- octobre 2004. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/geria/vieillissement/59/leconimprim.pdf>.
60. **Rubenstein L.Z.** Comprehensive geriatric assessment : An update. 1997.
61. **Katz, S, Downs, TD, Cash, HR, Grotz, RC.** Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970, Vol. 10, pp. 20-30.
62. **Lawton MP, Brody EM.** Assessment of older-peopole: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology*. 1969, Vol. 9, p. 1179.
63. **Nourhashemi F.** L'évaluation gérontologique standardisée. *gérosanté*. [En ligne] <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/evaluation-gerontologique.pdf>.
64. **Folstein MF, Folstein SF, McHugh PR.** « Mini-Mental State »: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975, Vol. 12, p. 189.
65. **Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J.** Standardisation et étalonnage français du Mini Mental State (MMS) version GRECO. *Revue de neuropsychologie*. 2003, Vol. 13, pp. 209-36.
66. **Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J.:** The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994, Vol. 44, pp. 2308-2314.
67. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO.** Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1983, Vol. 17, pp. 37-49.
68. **Institut de Veille Sanitaire.** L'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (enquête Epac). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Oct 2007.
69. **Tinetti ME.** Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986, Vol. 34, pp. 119-26.
70. **Podsiadlo D. and Richardson S.** The timed "up and go" : A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS*. 1991, Vol. 39, pp. 142-148.
71. **Guigoz Y.** The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *Applied Science and Quality Assurance, Nestle Product Technology Centre, Nestle Strasse 3, 3510 Konolfingen, Switzerland*.
72. **Linn BS, Linn MW, Gurel L.** Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. 1968, Vol. 16, pp. 626-6.
73. **Deker L.** The Cumulative Illness Rating Scale. *Ann Gérontol*. 2009, Vol. 2(1), pp. 9-11.
74. **Pitkälä K.** The effectiveness of day hospital care on home care. *J Am Ger Soc*. 1998, Vol. 46, pp. 1086-1090.

75. **Gonthier R., Blanc P., Farce S., Stierlam F.** Individualisation des personnes âgées fragiles et filières de soins. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Sept 2003, Vol. 1(3), pp. 187-96.
76. **Linda P. Fried and all.** Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and*. 2001, Vol. 56:M146-M157 , pp. 146-157.
77. **Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A.** A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Lancet*. 16 Jan 1999, Vol. 353 (9148), pp. 205-6. 30 Aug 2005; Vol 173(5) pp.489-95.
78. **IRDES: Or Z., Com-Ruelle C.** *La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer?* . IRDES. 2008. DT N°19.
79. **ANAES.** Les méthodes et les outils de la qualité en santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Juillet 2000.
80. **URCAM du Limousin.** Les médicaments psychotropes. [En ligne] 1999.
<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/fileadmin/LIMOUSIN/publications/psychotropes.pdf>.
81. **Shmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane , Ruby CM, Twersky J, Francis SD, Branch LG, Lindblad CI, Artz M, Weinberger M, Feussner JR, Cohen HJ.** Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med*. 15 Mar 2004, Vol. 116(6), pp. 394-401.
82. **HAS: Legrain S.** Pourquoi développer des aides à la perscription chez le sujet très âgé? *HAS*. Juillet 2008.
83. *Prévenir les séjours imprévus et mieux sortir de l'hôpital. coordination de soins en gériatrie.* **Blanchard F., Lanièce I.** [éd.] 12ème congrès interrégional de gérontologie. Rouen : s.n., 20 nov 2008.
84. **Pirmohamed M., James S., Meakin S., Chris Green C., Scott A.K., Walley T.J., Farrar K., Park B.K, Breckenridge A.M .** Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 3 July 2004, Vol. 329, pp. 15-19 .
85. **Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT.** Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. Dec 2007, Vol. 5(4), pp. 345-51.
86. **Liu GG, Christensen DB.** The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002 Nov-Dec;42(6):847-57. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. Nov-Dec 2002, Vol. 42(6), pp. 847-57.
87. **IRDES.** Enquête Santé Protection Sociale. [En ligne] 2002.
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/EnqueteESPS.html>.
88. **AFSSAPS.** Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.

89. **Institut de Veille Sanitaire.** La Santé des personnes âgées. Numéro thématique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. fév 2006, N°5-6.
90. **Steinman MA, landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D., Sen S., Kaboli PJ.** Polypharmacy and Prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc.* Oct 2006, Vol. 54(10), pp. 1516-23.
91. **Arlt S, Lindner R, Rösler A, von Renteln-Kruse W.** Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging.* 2008, Vol. 25(12), pp. 1033-47.
92. **Labarere J., François P.** Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. *Rev. Epidem. et santé Publ.* 1999, pp. 175-184.
93. **Aminzadeh F.** Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age Ageing.* Sep 2000, Vol. 29(5), pp. 401-7.
94. **Devor M, Wang A, Renvall M, Feigal D, Ramsdell J.** Compliance with social and safety recommendations in an outpatient comprehensive geriatric assessment program. *J Gerontol.* 1994 Jul;49(4):M168-73. *J Gerontol.* Jul 1994, Vol. 49(4), pp. M168-73. .
95. **François P., Bertrand D., Beden C., Fauconnier J., Olive F.** Evaluation du taux de réadmissions précoces comme indicateur de la qualité des soins à l'hôpital. *Rev. Epidem. et Santé Publ.* 2001, Vol. 49, pp. 183-191.
96. **Arah o., Klazinga N., Delnoij D., Asbroek A., Custers T.** Conceptual frameworks for health system performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care.* 2003, Vol. 15, pp. 377-98.
97. **InVS.** Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population. Chutes des personnes âgées. Mise à jour. *InVS.* Août 2007.
98. **Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, HAS.** Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique. Nov 2005.
99. **Black DA.** The geriatric day hospital. *Age and Ageing.* 2005, Vol. 34, pp. 427-429.
100. **INSERM.** Maladie d'alzheimer - Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. *Synthèse et recommandations INSERM.* 2007.
101. **HAS.** Diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008.
102. **Nourhashemi F, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S, Rolland Y, Ousset PJ, Vellas B.** PLASA group. A randomized trial of the impact of a specific care plan in 1120 Alzheimer's patients over a two years period: design and baseline data. *J Nutr Health Aging.* Apr 2008, Vol. 12(4), pp. 263-71.

103. **Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Cloar FT.** Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans. *Arch Intern Med.* 26 Jun 1995, Vol. 155(12), pp. 1313-8.
104. **Shah PN, Maly RC, Frank JC, Hirsch SH, Reuben DB.** Managing geriatric syndromes: what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to. *J Am Geriatr Soc.* Apr 1997, Vol. 45(4), pp. 413-9.
105. **Bogardus ST Jr, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT, Inouye SK.** Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc.* Jan 2004, Vol. 52(1), pp. 99-105.
106. **Belmin J, Chassagne PH, Gonthier R, Jeandel C, Pfitzenmeyer P.** *Gérontologie pour le praticien.* Paris : Masson, 2003.
107. **Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC, Oakes AM, Siu AL, Hays RD.** Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *Am J Med.* Apr 1996, Vol. 100(4), pp. 444-51.
108. **Wolfs CA, Verhey FR, Kessels A, Winkens RA, Severens JL, Dirksen CD.** GP concordance with advice for treatment following a multidisciplinary psychogeriatric assessment. *Int J Geriatr Psychiatry.* Mar 2007, Vol. 22(3), pp. 233-40.
109. **Robelet M., Serré M., Bourgeuil Y.** La coordination dans les réseaux de santé entre logique gestionnaire et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales.* Janvier-Mars 2005, N°1, pp. 233-260.
110. **ANAES.** Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique. *ANAES.* Déc 2004.
111. **Kodner, DL.** The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clin Exp Res.* Aug 2002, Vol. 14(4), pp. 307-13.
112. **Kodner DL, Kyriacou CK.** Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care.* Oct-Dec 2000, Vol. 1: e08.
113. **Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, Clark DO, Frank KI.** Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. *J Am Geriatr Soc.* Jul 2006, Vol. 54(7), pp. 1136-41.
114. **Morishita L, Boulton C, Boulton L, Smith S, Pacala JT.** Satisfaction with outpatient geriatric evaluation and management (GEM). *Gerontologist.* Jun 1998, Vol. 38(3), pp. 303-8.
115. **Donabedian A.** An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press.* 2003, Vol. 2003, p. 240.

Serment d'Hippocrate



Qui diasmemorem laudes, repetámque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.