

Hospitalisations pour "maintien au domicile difficile" des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile

Caroline Castro Etcheverry

▶ **To cite this version:**

Caroline Castro Etcheverry. Hospitalisations pour "maintien au domicile difficile" des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01178500

HAL Id: dumas-01178500

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178500

Submitted on 20 Jul 2015

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.

UNIVERSITÉ
BORDEAUX
SEGALEN

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 N° 42

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

CASTRO ETCHEVERRY Caroline
Née le 15/11/1985 à COLOMBES (92)

Le mardi 31 mars 2015

Titre de la thèse

Hospitalisation pour « *Maintien au domicile difficile* » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile.

Directeur de thèse

Monsieur le Dr Franck LAMOULIATTE (Médecin Gériatre)

Jury

Madame le Pr Muriel RAINFRAY (Médecin Gériatre) Présidente
Madame le Pr Nathalie SALLES (Médecin Gériatre)
Madame le Pr Isabelle BOURDEL-MARCHASSON (Médecin Gériatre)
Monsieur le Dr José MARGARIDO (Médecin Généraliste)

REMERCIEMENTS

La première personne que je tiens à remercier est le Dr Franck LAMOULIATTE, qui a su me laisser la liberté nécessaire à l'accomplissement de mes travaux, tout en y gardant un œil critique et avisé.

Je remercie tout particulièrement madame le Pr RAINFRAY pour avoir accepté de présider ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Je souhaiterais également remercier en particulier ma rapportrice, madame le Pr Nathalie SALLES, pour le temps qu'elle a accordé à la lecture de cette thèse et à l'élaboration de son rapport.

J'adresse aussi mes remerciements aux autres membres du jury, madame le Pr Isabelle BOURDEL-MARCHASSON et Monsieur le Dr José MARGARIDO pour avoir accepté de juger mon travail.

A Morgane pour son aide statisticienne précieuse.

A tous mes maîtres de stage pour m'avoir appris tant de choses.

A Claire, David, Sandrine, Marie et Marion, mes compagnons de fortune (et d'infortune), pour m'avoir accompagnée pendant ces dures années d'internat !

A ma famille, pour son soutien tout au long de me études, aussi bien logistique que psychologique.

Et bien sûr à mon mari pour son soutien permanent, ses conseils judicieux, sa précieuse relecture.

TABLE DES MATIERES

Remerciements **3**

Table des matières **4**

Introduction **7**

1. Définition de la problématique et revue de la littérature **9**

1.1. La problématique : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes **9**

1.1.1. Définitions 9
1.1.2. La notion de limites du maintien à domicile 10
1.1.3. Les moyens du maintien à domicile 11

1.2. Epidémiologie en 2014 et projections **14**

1.2.1. Le contexte épidémiologique général 14
1.2.2. Le vieillissement de la population 14
1.2.3. La dépendance : un problème de santé publique 15
1.2.4. L'entourage des personnes âgées – les aidants informels 16
1.2.5. Le lieu de vie : beaucoup vivent à domicile et restent autonomes 17
1.2.6. Les aides à domicile 19
1.2.7. En Europe 19

1.3. Hospitalisation pour « maintien au domicile difficile » : Peu d'études **21**

1.3.1. Peu d'études sur l'hospitalisation des personnes âgées dépendantes pour maintien à domicile difficile 21
1.3.2. Les hospitalisations inappropriées des personnes âgées ou pour des motifs sociaux 23
1.3.2.1. Définition des motifs sociaux 24
1.3.2.2. Motifs médico-sociaux souvent associés à la dépendance et à la polypathologie 24
1.3.2.3. Rarement des motifs sociaux purs 25
1.3.2.4. Nécessité d'une évaluation gériatrique dès les urgences 25
1.3.2.5. Les hospitalisations non programmées pour motifs mal-définis sont propres à l'âge mais attention aux admissions via les urgences 26
1.3.2.6. Le rôle de la iatrogénie dans ces hospitalisations pas concluant 27

2. Méthodes et Objectifs **28**

2.1. Objectifs **28**

2.1.1. Objectif principal 28
2.1.2. Objectif secondaire 28

2.2. Méthodes 28

2.2.1. Description de l'étude 28
2.2.2. Population étudiée 29
2.2.3. Recueil de données 29
2.2.4. Comparaison de 2 groupes 30

2.3. Analyse statistique 31

3. Résultats 32

3.1. Description des caractéristiques médico-psycho-sociales de la population étudiée 32

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et de l'hospitalisation 32
3.1.2. Modes d'entrée 33
3.1.3. Evaluation de la dépendance 34
3.1.4. Aides au domicile avant l'hospitalisation 34
3.1.5. Environnement 35
3.1.6. Aides financières 36
3.1.7. Antécédents médicaux 36
3.1.8. Eléments médicaux recueillis durant l'hospitalisation 39
3.1.9. Devenir 40

3.2. Comparaison des patients selon leur institutionnalisation ou non 40

3.3. Conclusion 43

4. Discussion 44

4.1. Discussion sur la population de l'étude 44

4.1.1. Age moyen comparable à la population hospitalisée en court séjour 44
4.1.2. Le maintien au domicile difficile des personnes âgées dépendantes représente 10% des hospitalisations en court séjour 45
4.1.3. Des patients polypathologiques 45
4.1.4. Peu de patients en situation d'isolement 46
4.1.5. La majorité des patients bénéficiaient d'aides au domicile 46
4.1.6. Manque de réévaluation du plan d'aides 46
4.1.7. Des situations économiques précaires mais pas uniquement 47
4.1.8. Peu de patients aux antécédents respiratoires 47
4.1.9. Beaucoup de chuteurs et de troubles du comportement sans traitement 48
4.1.10. Peu d'évaluation des troubles cognitifs en ville 49
4.1.11. Biais de recueil concernant les troubles sensoriels 50
4.1.12. Devenir des patients 50

4.2. Discussion sur les différences de profil entre les 2 groupes 51

4.2.1. Le souhait de l'entourage d'institutionnaliser le patient 52
4.2.2. L'absence d'APA avant l'hospitalisation 53

4.2.3. Les dysthyroïdies 54
4.2.4. Les autres tendances 55
4.2.5. Les facteurs de risque d'institutionnalisation connus non retrouvés 56

4.3. Discussion sur la méthodologie et les limites de l'étude 56

4.3.1. Puissance 56
4.3.2. Critère de sélection sur la dépendance 56
4.3.3. Durée d'inclusion 57
4.3.4. Lieu de l'étude 57
4.3.5. Limites des variables étudiées 58
4.3.6. Variables non étudiées 58

Conclusion 59

Bibliographie 61

Liste des abréviations 66

Annexes 67

Annexe 1 : Questionnaire à l'aidant principal 67

Annexe 2 : Grille de recueil Epi-Info 71

Résumé 74

Mots clés 74

Introduction

Toutes les études rapportent que la majorité des personnes âgées veulent continuer à vivre chez elles, malgré leur grand âge et leur dépendance. Ceci traduit le souhait d'un vivre « ensemble », de continuer à vivre en société, s'imaginant sinon « recluses » en institution. L'enjeu du maintien au domicile, avant d'être un enjeu financier, économique ou politique, est donc d'abord un enjeu sociétal et éthique.

De plus la population vieillit du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. Le nombre de personnes âgées dépendantes augmente également, en raison de l'évolution des maladies létales en maladies chroniques entrainant des incapacités, du vieillissement des personnes handicapés, de l'émergence de maladies invalidantes et des maladies neurodégénératives. Or, à moins que les gains d'espérance de vie futurs correspondent intégralement à des gains sans incapacité, ce qui est l'hypothèse la plus optimiste, ce phénomène augmentera à l'horizon 2060 [1]. De fait, le problème du maintien au domicile se pose essentiellement pour les personnes âgées dépendantes ayant, par définition, un faible capital autonomie.

La prise en charge et le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes sont donc, et seront, des problématiques courantes des médecins généralistes. 95 % d'entre eux déclarent en suivre au moins une, et près de 40 % au moins vingt. La plupart de ces prises en charge décrites par les médecins (65 % des visites à domicile, 73 % des consultations au cabinet) correspondent au suivi d'une pathologie chronique stabilisée, aux poussées aiguës de maladies chroniques ou d'affections aiguës, qui toutefois sont moins courantes [2].

Par ailleurs le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes repose souvent sur un équilibre précaire sous-tendu par un risque accepté. Le vacillement d'un facteur transforme une situation gérable et tolérable en situation critique. Malheureusement l'hospitalisation constitue souvent une phase de basculement. A partir de ce moment, le risque quitte de facto la sphère personnelle en forçant l'implication des proches et des professionnels. Souvent la perspective d'une institutionnalisation agit comme stimulant pour développer des stratégies d'évitement. A ce moment-là les modalités d'investissement des proches sont toujours sujettes à négociation avec leurs aînés. Ces

relations sont souvent entachées par des tensions issues de conflits familiaux, les risques inhérents aux situations de maintien au domicile difficile ne faisant qu'amplifier ces situations délicates. C'est ce que l'on appelle le «risque relationnel» qu'il est difficile d'évaluer.

En revanche plusieurs facteurs médicaux-psycho-sociaux de ce risque global de maintien au domicile difficile sont identifiés au moyen de l'évaluation gériatrique standardisée, tel que le syndrome de fragilité, facteur de risque de perte d'autonomie. De fait, ce dépistage permet de prévenir une partie des situations de crise [3,4,5].

Pourtant de nombreuses personnes âgées sont encore hospitalisées pour perte d'autonomie et maintien au domicile difficile. Il s'agit donc d'un enjeu majeur des politiques sanitaires et sociales puisque selon le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie de juin 2011, le recours indu à l'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) coûterait 2 milliards d'euros à l'Assurance maladie [6]. L'absence d'anticipation des situations de crise, de basculement, et l'insuffisance de coordination des acteurs coûtent cher... Pourquoi, en 2014, y-a-t-il encore des hospitalisations pour ces motifs? Le dépistage de cette population à risque est-il bien réalisé ? Connaît-on tous les facteurs du maintien au domicile difficile ?

Les facteurs de risque d'institutionnalisation ont été étudiés sur la population âgée en ville et hospitalisée pour toute cause confondue. Les personnes âgées hospitalisées pour « *maintien au domicile difficile* », qui semble être un motif d'hospitalisation propre au système de soins français, ont été peu étudiées dans la littérature [7].

En conséquence, l'objectif de cette étude est de proposer puis discuter des actions correctives ayant pour but d'éviter l'hospitalisation pour maintien au domicile difficile, délétère pour les patients âgés et coûteuse pour notre système de soins. Pour cela, **les personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile** seront décrites afin de pouvoir mieux les dépister en médecine générale pour anticiper la rupture de prise en charge au domicile, et donc l'hospitalisation. Ensuite, **les principaux facteurs de risque responsables de difficultés de maintien à domicile** dans cette population seront identifiés.

1. Définition de la problématique et revue de la littérature

1.1. La problématique : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes

1.1.1. Définitions

Personnes âgées

L'Organisation mondiale de la santé définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

En 1985, le *National Institute of Aging* lance aux États-Unis le premier programme de recherche focalisé sur les *oldest old*. C'est à cette époque que naît la distinction conceptuelle des personnes âgées en trois âges démographiques, les « ***young old*** » (65-74 ans), les « ***old old*** » (75-84 ans) et les « ***oldest old*** » (85 ans et plus).

Les problématiques de la gériatrie (polypathologie, perte d'autonomie, fragilité) concernent relativement peu d'individus parmi les « young old », c'est pourquoi en gériatrie, on considère comme âgés les patients de **plus de 75 ans**.

Dépendance

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 implique le déplacement vers un tiers des actes nécessaires à la vie quotidienne. Plusieurs outils permettent de l'évaluer comme les échelles ADL/IADL et la grille AGGIR.

La dépendance des personnes âgées est en lien avec les **pathologies**, les **pertes de capacité**, la **remise en cause des relations de soutien** dans lesquelles elles se situaient précédemment (veuvage ou autre rupture de la relation « d'aide » familiale) et **l'inadaptation du logement**.

Maintien au domicile

Le mot « *maintien* » ne serait pas gérontologiquement correct, traduisant l'obligation de la personne âgée à rester chez elle, selon Bernard Ennuyer. Seulement la définition éthymologique du mot « *maintien* » vient du latin ***manutenere*** : **tenir avec la main**. « En ancien français, il signifiait **soutenir**, **protéger**, **défendre**, **avoir sous sa garde**. L'usage moderne a seulement gardé le sens de conserver dans le même état, **« action de faire durer »**.

Ainsi le mot « ***maintien*** » renvoie avant tout au **désir des gens** de conserver leur place dans la société et suppose le mot « ***soutien*** » c'est-à-dire des services et des aides pour accompagner et rendre possible ce désir.

Ce soutien à domicile prend en compte toutes les dimensions de la personne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales.

1.1.2. La notion de limites du maintien au domicile

La notion de limite fait référence à des systèmes de représentations régis par des **normes** (ce qu'il est possible de faire, et ce qui est défini comme outrepassant la « limite »). Elle implique le **jugement** d'un acteur ou les jugements croisés de plusieurs acteurs [8].

Les arbitrages entre intérêts de la personne âgée, intérêts des intervenants familiaux et des professionnels n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie, comme c'est le cas au Québec, ou les questions d'éthique de l'accompagnement des plus âgés participent activement à la professionnalisation des acteurs. Les intervenants professionnels, comme les acteurs familiaux, apparaissent souvent livrés à eux-mêmes. Si la plupart des professionnels s'entend pour considérer qu'il y a bien des « limites » au maintien à domicile, **il n'est pas de définition vraiment construite de ce qui les constitue**. Ce sont les systèmes de représentations des acteurs qui apparaissent essentiellement à l'œuvre, eux-mêmes sous la contrainte des moyens engagés, généralement limités. De même, les dispositions législatives en faveur du **« droit au risque »** [1] de la personne âgée n'ont pas fait l'objet d'un débat conséquent au niveau des instances professionnelles de terrain [8].

[1] Ainsi que l'indique, par exemple, *la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie Ministère de l'Emploi et de la Solidarité de 1997 :* « Article I – Choix de vie

En pratique, les limites les plus communément admises et rencontrées sont : les l**imites en terme d'offre de soins** au domicile, la **surveillance 24h/24h**, les **conditions domestiques** et/ou le mode de vie, **l'inadaptation des aides** proposées ou disponibles, la **défaillance** voire **l'épuisement de l'entourage,** ou tout simplement le **refus du patient de rentrer** [9].

1.1.3. Les moyens du maintien à domicile

Différents moyens (financiers, matériels, humains) peuvent être mis en place par le médecin traitant, en tant que coordinateur du plan d'aide personnalisé au domicile, souvent avec le concours de l'assistante sociale de secteur.

Les moyens financiers :

- **Allocation personnalisée d'autonomie** (**APA**) du conseil général (GIR 1 à 4 et non récupérable sur la succession) ;
- **Exonérations de charge sociale pour l'emploi d'une tierce personne** (certaines associations se chargent du recrutement et des démarches nécessaires à l'embauche) ;
- **Personnels** : retraite, rentes, patrimoine, aides des enfants ;
- **Allocation de prestation handicap** (via MDPH) et **aides diverses** (CRAM, caisses de retraite complémentaire essentiellement) servent à mettre en place des équipements lourds (lit médicalisé notamment) ;
- **Aides au logement** : l'aide personnalisée au logement (**APL**) et **l'allocation au logement social** dont la demande doit être faite auprès des caisses d'allocation familiales.

Les moyens matériels :

- Divers **appareillages** : déambulateur, cannes anglaises, fauteuil roulant, fauteuil garde-robe, sont pris en charge par l'assurance maladie ;

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond ».

- Protections et **matériels pour l'incontinence** ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, il est parfois nécessaire de passer par des associations pour bénéficier des meilleurs fournisseurs ;
- Service de **téléalarme** (certains CCAS participent à la prise en charge de systèmes de téléalarme) ;
- **Adaptation de l'habitat** : le PACT (Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat) est un organisme national qui aide les personnes âgées à améliorer leur logement : devis, négociation avec le propriétaire qui peut obtenir une subvention auprès de l'Agence nationale pour l'aménagement de l'habitat (ANAH) et un financement par certaines caisses de retraite[2].
- **Conseils simples** :
    - **La moquette** est le revêtement qui occasionne le moins de chutes ; **éviter de cirer les sols** ;
    - **Eviter les tapis**, ou prévoir des tapis antidérapants ou les fixer au sol à l'aide de rouleaux adhésifs ; **éviter les obstacles** (petits meubles, plantes vertes) dans les lieux de passage ; **éviter les descentes de lit** ;
    - Augmenter la **puissance des ampoules** électriques ;
    - **Fixer les fils** électriques et du téléphone ;
    - Des **points d'appui** (barres d'appui) peuvent être aménagés (escalier, couloirs) ; **poignées** dans la baignoire ou dans la douche et **tapis antidérapants dans le fond de la baignoire** ;
    - **Ranger** à porter de mains les affaires utilisées fréquemment ;
    - **Attendre** la présence d'une tierce personne lors de l'usage d'un escabeau ou d'une échelle.

Les aides humaines professionnelles : (dépendent soit d'associations, soit du centre communal d'action sociale et sanitaire (CCASS))

- Les **aides ménagères** : prise en charge soumise à condition de ressources par l'aide sociale ou par certaines caisses de retraite ;
- **SSIAD** : services de soins infirmiers à domicile (comprennent également IDE coordonnateur, aides-soignants, ergothérapeutes, psychologues,

[2] http://www.habitatpaysbasque.com/fr/le-pact-pays-basque/organisme-au-service-de-lhabitat.html

psychomotriciens, pédicures, aides médicopsychologiques et peuvent également collaborer avec des IDE libéraux) : réservés aux personnes âgées de plus de 60 ans, pris en charge à 100 % ;

- Le **portage des repas** ;
- Les **centres d'accueil de jour** : selon les régions l'accueil peut y être quotidien ou seulement bi ou trihebdomadaire;
- Les **clubs du 3ème âge** ou **associations** autres entretiennent la vie sociale et permettent une stimulation intellectuelle de qualité.

Les aides familiales :

- Le **congé de soutien familial** (crée en 2006) : non rémunéré, permet de suspendre le contrat de travail pour s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité (nécessite une ancienneté minimale de 2 ans dans l'entreprise – 3 mois renouvelables dans la limite d'un an pour l'ensemble de la carrière du salarié – à signifier à son employeur au moins 2 mois avant le début du congé, ou 15j en cas de dégradation brutale);
- Le **congé de solidarité familiale** : permet à tout salarié de s'absenter pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital sous réserve d'un certificat médical, d'une durée maximale de 3 mois renouvelable 1 fois – le bénéficiaire peut percevoir une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- L'**APA** a donné la possibilité de rémunérer une personne non qualifiée pour l'aide qu'elle apporte à une personne âgée dépendante ;
- Le **droit de répit** pour l'entourage des personnes âgées dépendantes : permet à l'aidant familial de se reposer soit en se faisant remplacer à son domicile par des personnes formées (un week-end par mois ou une après-midi hebdomadaire) soit en organisant un hébergement temporaire en établissement médico-social, ou médical, ou en famille d'accueil [10].

Malgré l'ensemble de ces aides, il apparaît dans la pratique quotidienne que des personnes âgées sont hospitalisées pour maintien à domicile difficile. Qu'est-ce qui le justifie ? Y a-t-il des facteurs démographiques en cause ?

1.2. Epidémiologie en 2014 et projections

1.2.1. Le contexte épidémiologique général

Au 1er janvier 2015, la France compte **66.3 millions d'habitants** dont 64.2 millions en France métropolitaine. Elle reste le deuxième pays le plus peuplé de l'Union Européenne [11].

Même si le taux de mortalité baisse, on constate néanmoins une **tendance à la hausse des décès** du fait de l'arrivée à des âges de forte mortalité des générations nées entre les deux guerres, plus nombreuses que les précédentes. Cependant les conditions climatiques plus clémentes que les précédentes années, et l'épidémie de grippe 2014 plus faible et plus courte, ont contribué à la diminution du nombre de décès ces dernières années. **L'espérance de vie repart à la hausse**. Reflet des espérances de vie plus élevées pour les femmes que pour les hommes et de la structure de la pyramide des âges, les décès sont les plus nombreux à 86 ans pour les hommes et à 91 ans pour les femmes en 2014.

1.2.2. Le vieillissement de la population

Au 1er janvier 2015, la France compte **18,4 % d'habitants de 65 ans ou plus**. Entre 2005 et 2015, la part des personnes de 75 ans ou plus est passée de 8,0 % à 9,1%.

L'Aquitaine n'échappe pas au vieillissement de la population : début 2013, 27 % de ses habitants sont âgés de **60 ans ou plus** et dans les Pyrénées Atlantiques, il s'agit de **28,3% (40% à Biarritz)**. Cela situe l'Aquitaine au septième rang des régions de France métropolitaine pour les 60 ans et plus.

À l'horizon 2030, un Aquitain sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, et les 80 ans ou plus seraient en progression d'au moins 40%, principalement pour deux raisons :

- l'allongement de la durée de vie (l'espérance de vie à la naissance en 2014 pour une femme est de 85,4 ans et pour un homme de 79,2 ans ; l'espérance de vie à 60 ans en 2014 pour une femme était en moyenne de 27.7 ans et pour un homme de 23.1 ans) ;
- l'arrivée progressive aux âges élevés des générations « baby-boom » nées après la seconde guerre mondiale.

En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,6 ans, celle des hommes de 5,6 ans. L'espérance de vie à 60 ans augmente aussi régulièrement [11,12].

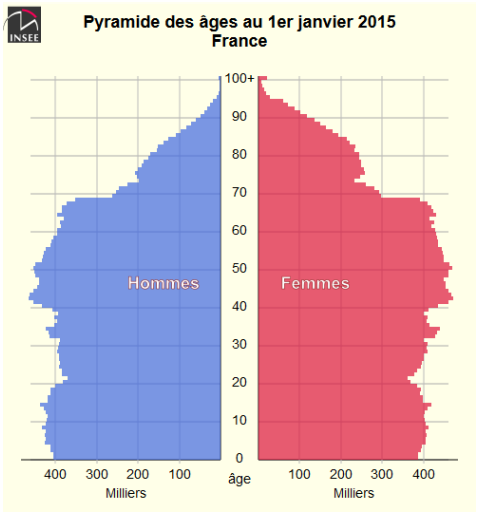


Figure 1 : Pyramides des âges 2014 en fonction des différentes classe d'âge

1.2.3. La dépendance : un problème de santé publique

Les différentes projections démographiques évoquent une augmentation de 50 % des personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2040 en France [6].

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées étaient **dépendantes** au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), soit **7,8% des 60 ans ou plus**. En 2008, c'était 1.3 million selon l'enquête Handicap-Santé INSEE-DREES. Ceci représente près d'une personne sur dix de plus de 60 ans et quatre personnes sur dix de plus de 85 ans, la majorité d'entre elles vivant à domicile [2].

À l'horizon 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions.

Le passage du domicile à l'EHPAD dépend principalement du niveau de dépendance, qui croît avec l'âge: plus il est élevé et plus le maintien à domicile est difficile. Selon la DREES, en 2011, 721 000 personnes âgées ont perçu l'APA à domicile. 84 % des personnes évaluées en GIR 1 résident dans un établissement, contre 21 % des personnes évaluées en GIR 4. À niveau de GIR donné, le fait d'être marié tend à diminuer fortement la probabilité d'entrée en institution, d'une manière plus prononcée pour les hommes que pour les femmes. Par ailleurs, pour un même niveau modéré de dépendance (GIR 3 ou 4), la transition vers un établissement apparaît plus probable pour les individus aux revenus les plus faibles [13].

1.2.4. L'entourage des personnes âgées – Les aidants informels

On vit de plus en plus longtemps mais aussi de plus en plus seul. Le vieillissement n'explique qu'une partie du « vivre seul ». Les évolutions de la société sont une autre raison : réduction de la taille des ménages, raréfaction de la cohabitation des enfants avec les parents âgés et ruptures d'union de plus en plus fréquentes. En 30 ans, le nombre de personnes vivant seules a plus que doublé dans la région. Leur proportion dans la population est passée de 8,1 % à **15,3 %** en 2010. La solitude augmente avec l'âge et les différences entre les sexes s'accentuent fortement. Jusqu'à l'âge de 70-75 ans, la proportion d'hommes seuls reste stable alors que chez les femmes les taux commencent à monter plus remarquablement dès la cinquantaine pour devenir très élevés au quatrième âge. **A partir de 80 ans, une femme sur deux vit seule** à son domicile [14].

Concernant leur famille, d'après l'enquête Handicap-Santé, les personnes de plus de 60 ans auraient **2,3 enfants en vie en moyenne**. En France métropolitaine, les grands-parents de 75 ans ou plus ont en moyenne 5.2 petits-enfants et en Aquitaine 4.5. Le nombre de petits-enfants varie selon les diplômes des grands-parents, la taille de leur fratrie mais aussi bien sûr selon leur nombre d'enfants [15]. Par ailleurs, toutes choses égales confondues, les personnes de plus de 60 ans vivant au domicile auraient un frère ou une sœur de plus, un enfant de plus et trois petits-enfants en vie de plus que celles qui résident en institution.

Mais l'existence seule des enfants et petits-enfants ne suffit pas, c'est leur présence et leur aide qui compte dans le maintien au domicile. La quantification précise du nombre d'aidants familiaux fait actuellement défaut [16]. Les trois sources habituellement mobilisées sont les enquêtes Handicap Santé et Handicap-incapacité-dépendance de la Drees et de l'Insee, les données sur les bénéficiaires de l'APA, également recueillies par la Drees, et des baromètres ou sondages d'opinions. D'après les données de l'enquête Handicap Santé, 4,3 millions de personnes aident « régulièrement dans sa vie quotidienne une personne âgée de 60 ans et plus vivant à domicile en raison d'un problème de santé ou d'un handicap » en 2008 (soit **moins de 10 % de la population majeure** de 2008) dont 3,6 millions d'aidants familiaux. De plus, les données portant sur les aidants des bénéficiaires de l'APA, montrent une surreprésentation des **femmes** parmi les aidants informels, et les données plus larges

portant sur les aidants informels (enquête Handicap Santé Aidants informels – dite HSA) indiquent que plus de la moitié d'entre eux ont **plus de 60 ans**.

La présence et l'aide des aidants informels contribuent pour beaucoup au maintien au domicile. L'aide d'un proche est fournie majoritairement pour les courses, puis pour les tâches ménagères, une compagnie et un soutien moral, les tâches administratives, le suivi médical, et enfin les soins personnels [17]. L'importance de cette présence augmente en fonction de la dépendance et de la polypathologie des patients et est très souvent couplée à une aide professionnelle. Selon un rapport de l'Office parlementaire des politiques de santé (Opeps) de 2005, pour les patients déments au domicile, 70% des conjoints et 49% des enfants passent plus de 6h par jour à s'occuper du malade.

Grâce à ces aidants non professionnels, beaucoup restent à domicile et conservent une part d'autonomie.

1.2.5. Le lieu de vie : beaucoup restent à domicile et restent autonomes

Selon le Baromètre d'opinion 2013 de la Drees, les Français expriment une préférence pour le maintien à domicile, pour eux comme pour leurs proches (cf. Figure 2).

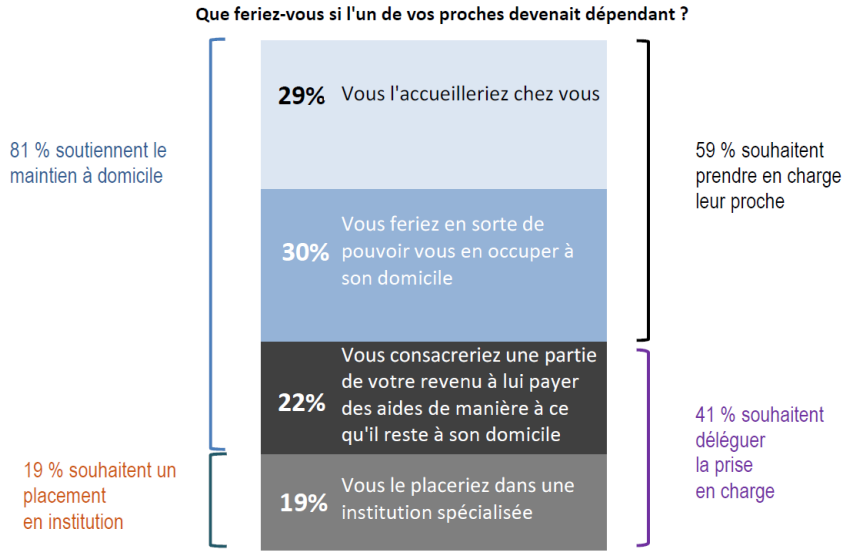


Figure 2 : Baromètre d'opinion Drees 2013

En 2013, 63 % des Français ne considèrent pas comme « envisageable » pour eux-mêmes de vivre à l'avenir dans un « établissement pour personnes âgées », proportion en

hausse de 10 points depuis 2001. Si l'un de leurs proches parents devenait dépendant**, huit enquêtés sur dix souhaiteraient le maintenir à domicile**. Néanmoins cette opinion est **très nettement liée au niveau de vie** : parmi les plus aisés, 23 % des enquêtés envisageraient une institutionnalisation de leur proche dépendant en établissement, alors qu'ils ne seraient que 14 % parmi les moins aisés. Plus largement, parmi les plus aisées, 6 personnes sur 10 envisageraient de déléguer la prise en charge de leur proche, soit en ayant recours à une institution, soit en finançant des aides à domicile, alors que parmi les moins aisées, 3 personnes sur 10 envisageraient ces solutions. Il n'y a pas de différences significatives concernant les opinions exprimées par les femmes et les hommes. De plus ces résultats sont stables depuis 2001 et confirmés par les résultats d'autres enquêtes françaises et européennes [1].

Dans les faits, la **probabilité d'aller dans un établissement est plus élevée** lorsque l'on appartient aux catégories les **plus modestes**, à niveau de dépendance donné. Et quel que soit le niveau de vie, la probabilité d'aller en établissement est d'autant **plus forte que le niveau de dépendance est élevé**. La réticence plus forte envers les établissements pour personnes âgées, exprimée par les personnes les moins aisées, pourrait être due à l'inquiétude concernant le coût d'une institution ou à la qualité des établissements accessibles pour un plus faible coût. Cette inquiétude apparait notamment dans une enquête récente de la SOFRES (mai 2013). Ainsi, si l'un de leurs parents devait recourir à l'hébergement en maison de retraite, 46 % des Français (+4 points depuis 2011) estiment que « ni eux-mêmes, ni leurs parents ne pourraient payer cette maison de retraite » lorsqu'on leur indique que le coût moyen d'un hébergement en institution est de 2 200 € par mois [1]. Pourtant l'aide sociale à l'hébergement (**ASH**) permet de financer en grande partie les coûts d'hébergement pour les plus modestes. Néanmoins les **formalités administratives importantes**, le **principe d'obligation alimentaire** et le **principe de récupération sur succession** pourraient être des **freins** importants au recours à cette prestation [18].

L'hébergement en établissement pour personne âgé (EHPA) reste minoritaire. Fin 2007, 657 000 personnes vivaient en EHPA, alors que 12 millions de personnes en France ont plus de 60 ans et 5 millions plus de 75 ans. Les trois quarts de ces résidents sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En 2007, la moyenne d'âge des personnes âgées en EHPAD est de 84 ans et 2 mois. Trois quarts

sont des femmes. 84 % sont considérées comme dépendantes (GIR 1 à 4) et la moitié comme très dépendantes (GIR 1 et 2) [19].

Quatre cinquièmes des plus de 85 ans et deux tiers des plus de 90 ans vivent à domicile. Cette tendance s'explique par le fait de vouloir vieillir chez soi, mais aussi par l'état de santé relativement satisfaisant de la population, même aux âges les plus élevés [20].

1.2.6. Les aides à domicile

En 2008, 515 000 aides à domicile intervenaient au domicile de personnes fragilisées et il existait 2095 SSIAD (Services de Soins Infirmiers Au Domicile) [21]. Les aides à domicile (femmes de ménage et auxiliaires de vie) correspondent à 70% des intervenants professionnels du maintien au domicile, les professionnels paramédicaux à 27%. Les intervenants sociaux (assistantes sociales, membres d'associations intervenant au domicile à titre social) ne représentent que 3 % des aidants professionnels, selon l'enquête HID [22].

1.2.7. En Europe

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter dans les pays européens principalement sous l'effet de la baisse de la mortalité aux âges élevés [23]. Le vieillissement de la population européenne se poursuit : en 10 ans, la part des 65 ans ou plus dans la population est passée de 16,2 % à 18,2 % au 1er janvier 2013. C'est à Malte qu'elle a le plus progressé (plus de 4 points en 10 ans), puis en Finlande (plus de 3 points en 10 ans). Les femmes représentent 57,6 % des personnes de 65 ans ou plus et 65,1 % des personnes de 80 ans ou plus [24].

Si l'état de santé reste identique, d'ici à 2030, **la population des Européens dépendants âgés de 75 ans ou plus pourrait augmenter de 72 %, et même de 100%** en Finlande, en République tchèque et aux Pays-Bas. Ailleurs, les taux de progression s'échelonneraient de moins de 50 % (Portugal) à 80 % (France). Cette hiérarchie reflète en grande partie l'intensité inégale du baby-boom en Europe. Avec l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, les taux ne varieraient plus que de 74% (Pays-Bas) à 25 % (Portugal), pour une valeur moyenne de 41 %[25].

En comparaison, la proportion de la population qui sera sans conjoint ni enfant va progresser beaucoup plus faiblement, sauf en Finlande. Dans l'hypothèse d'une stabilité de l'état de santé, l'effectif de personnes cumulant ces deux situations augmentera seulement de 25 % d'ici à 2030. Les personnes dépendantes vivront en couple dans 31 % des cas en 2030, contre 16 % en 2000 [25].

Au total, le vieillissement de la population, la croissance de la part des personnes dépendantes très âgées, les évolutions de la société, la masculinisation des aidants conjugaux et la survie plus fréquente de couples dont les deux membres seront dépendants sont autant de facteurs qui feront grossir la population demandeuse d'une aide professionnelle [25]. Ces facteurs démographiques risquent également de complexifier de fait le maintien au domicile et sont à risque d'augmenter le nombre d'hospitalisations pour maintien au domicile difficile si ces situations ne sont pas mieux anticipées.

1.3. Hospitalisation pour « maintien au domicile difficile » : Peu d'études

1.3.1. Peu d'études sur l'hospitalisation des personnes âgées dépendantes pour maintien au domicile

Peu d'études ont été réalisées spécifiquement sur les hospitalisations pour maintien au domicile difficile des personnes âgées dépendantes, ni sur le devenir de ces patients. Cette population des **personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est difficile** pourrait être reliée aux **« *homebound* ou *housebound elderly* »** dans la littérature internationale, dont la traduction littérale est « personnes âgées fragiles confinées au domicile ». L'absence de correspondance anglaise vraie de l'expression « *maintien à domicile difficile* » traduit les différences entre les systèmes de soins à travers le monde, et notamment entre les systèmes sud-européens et anglo-saxons puisqu'il sous-tend la composante sociale de ces hospitalisations. Même cette population a été peu étudiée dans la littérature.

Pourtant, comme le souligne une méta-analyse américaine de 2010 [26], cette population de « *homebound elderly* » représentait près de 10% des personnes âgées de 65 ans et plus aux Etats-Unis (soit 3,6 millions de personnes) en 2010, alors que ce statut de personnes âgées confinées au domicile n'était **pas spécifiquement défini** et représentait un large panel de niveau d'invalidités dues à un éventail de pathologies médicales et psychiatriques (pathologies métaboliques, cardiovasculaires, neurovasculaires, musculo-squelettiques, cognitives, thymiques). Cette méta-analyse a été faite dans le but d'identifier les facteurs physiques et psychiques prédominants responsables du confinement au domicile de cette population négligée et mal définie par les études. Ces personnes âgées confinées au domicile auraient, pour 40,8% d'entre elles, **2 à 3 comorbidités médicales ou psychiatriques** et pour **31.9% au moins 4 comorbidités.** Parmi les comorbidités médicales identifiées, les **pathologies cardiovasculaires** apparaissent en première position (HTA, diabète, pathologies cardiaques), puis **l'asthénie généralisée**, les **pathologies pulmonaires chroniques**, les **pathologies ostéo-articulaires** (arthrose, et notamment l'arthrose rachidienne), les **AVC**, la **perte de poids**, la **faible mobilité**, la **démence** et la **dépression**. D'autres facteurs de risque ont été identifiés comme le fait de recevoir de l'aide pour **au**

moins un ADL et **l'isolement social**. Ils insistent sur le fait qu'il est nécessaire de réaliser d'autres études pour identifier les facteurs de risque modifiables de perte d'autonomie, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de mortalité de cette population spécifique et pour identifier également les aides supplémentaires à apporter à ces patients pour leur permettre de rester au domicile le plus longtemps possible avec des soins optimaux.

Une thèse parisienne en 2012 [7] a étudié les **caractéristiques de ces patients âgés hospitalisés pour maintien au domicile difficile** et étudie **l'impact du suivi antérieur organisé par la filière gériatrique** sur ces patients et ce type d'hospitalisation. Cette étude rétrospective sur 6 mois a eu lieu dans une unité de court séjour gériatrique et a inclus 61 patients de plus de 75 ans hospitalisés pour maintien au domicile difficile (sans critère d'inclusion lié à la dépendance), soit 20% des hospitalisations sur cette période.

- La moyenne d'âge de ces patients était de **85,8 ans** ;
- Le sexe ratio (M/F) de **0,32** ;
- La moitié était suivie par la filière gériatrique (incluant les hospitalisations antérieures en gériatrie) ;
- La durée moyenne de séjour de **18 jours** ;
- **37,7% avaient encore un conjoint** lui-même dépendant dans 8,7% des cas ;
- Ils avaient en moyenne **1,68 enfant**,
- **25%** n'avaient **pas de famille** ou une famille éloignée ne pouvant être présente (<1 passage par semaine) ;
- **11,4%** n'avaient **aucune aide à domicile**, 86,9% bénéficiaient d'une aide professionnelle au domicile ;
- 14,3% avaient une protection juridique ;
- 95% des patients inclus étaient dépendants et **60%** présentaient une **dépendance sévère** (ADL ≤3) ;
- le MMS moyen était de 20 et la médiane à 14 (sur un total de 48) ;
- **91.5%** étaient en **ALD** ;
- Tous les patients avaient **au moins un syndrome gériatrique** ;
- 85,2% des patients étaient **dénutris** et 83,6% souffraient de **pathologies neurodégénératives** (dont 88% de dénutris) ;
- 59% avaient **au moins fait une chute dans l'année** précédant l'hospitalisation ;
- **44,2%** présentaient des **troubles du comportement** ;

- 91,8% présentaient **également un motif médical associé ayant précipité l'hospitalisation**.

Cette étude, malgré sa faible puissance, était la première à analyser les hospitalisations pour maintien au domicile difficile et a permis de démontrer (afin de favoriser un repérage précoce par le médecin traitant) que cette population était majoritairement composée de **femmes de plus de 80 ans**, **vivant seules**. Il s'agissait surtout de **patients dépendants** (60% de dépendance sévère), **polypathologiques**, **fragilisés**, avec des **troubles des fonctions supérieures souvent associés à des troubles psycho-comportementaux**, à une **dénutrition** et à des **chutes à répétition**. Cependant, contrairement aux idées reçues, dans cette étude les patients étaient bien entourés par leur famille et bénéficiaient déjà d'aides professionnelles au domicile. De façon paradoxale leur étude a montré que la moitié des patients hospitalisés pour maintien au domicile difficile pouvaient finalement rentrer chez eux. Le groupe **suivi par la filière gériatrique** étaient composés de patients ayant significativement **plus de troubles du comportement, plus de troubles sensoriels** et étaient **moins dénutris**, mais ne présentaient pas d'autres différences, notamment concernant le mode d'admissions et le devenir des patients.

Ma recherche bibliographique a donc été complétée par une recherche ciblée sur les hospitalisations inappropriées des personnes âgées, les hospitalisations pour motifs médico-sociaux et sociaux purs.

1.3.2. Les hospitalisations inappropriées des personnes âgées ou pour des motifs sociaux

L'enquête nationale réalisée pour la Direction générale de l'offre de soins [27] par le biais d'une méta-analyse, révèle que **10,3 % des lits sont occupés de façon inadéquate** (à la fois admissions et journées) un jour donné à l'hôpital : 5 % en chirurgie et 17,5 % en médecine. Les auteurs évaluent le coût de ces inadéquations à **2,35 milliards d'euros**, porté pour plus de 80 % par la médecine. Ces données ne concernent pas exclusivement les séjours relatifs aux patients âgés, mais le taux d'hospitalisations non programmées impliquant cette classe d'âge intervient pour une très large part dans ces hospitalisations.

De plus à l'argument économique s'ajoute celui de la prévention de la perte d'autonomie. En effet cette prévention consiste également à lutter contre les hospitalisations inappropriées pouvant grever d'avantage le pronostic fonctionnel des personnes âgées dépendantes. Dans ce contexte, il est important de savoir si les personnes âgées sont souvent adressées aux urgences ou hospitalisées pour des motifs sociaux ? Et dans ce cas s'agit-il de problèmes sociaux purs (isolement, absence d'anticipation pour la mise en place d'aides), de manque de disponibilité du médecin traitant, d'un manque d'information/éducation du patient ou de son entourage, d'un problème médical intervenant sur les plages horaires des heures de garde, d'épuisement des aidants, de stratégie d'accélération d'une institutionnalisation ?

1.3.2.1. Définition des motifs sociaux

Définissons tout d'abord les motifs sociaux. Dans une étude sur les problèmes sociaux des urgences gériatriques médicales, un motif social d'hospitalisation était défini par l'existence « d'un ou plusieurs facteurs de dépendance qui n'étaient pas ou plus compensés spontanément par l'environnement social du malade ». Ces motifs étaient ainsi classés en différentes catégories : « les troubles du comportement social, la perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, l'épuisement de l'environnement social ou familial du patient, la perte temporaire ou définitive de la tierce personne, le manque d'hygiène, l'absence ou l'inadéquation du logement » [28].

1.3.2.2. Motifs médico-sociaux souvent associés à la dépendance et la polypathologie

Une enquête épidémiologique française en 1999 au CHU d'Angers a essayé de répondre entre autre à la question de savoir si l'envoi aux urgences était abusif en cas de problème médico-social [29]. Dans leur étude, le **caractère social dépend significativement de l'existence d'une polypathologie et du degré de dépendance** (le niveau de grande dépendance étant deux fois plus représenté dans ces dossiers sociaux). Du fait de ce lien entre problèmes sociaux et dépendance, les auteurs proposaient systématiquement une **évaluation sociale et de la dépendance dès l'admission aux urgences**. Les principales difficultés rencontrées dans leur enquête, comme ailleurs, concernaient le déplacement

extérieur, la toilette et l'habillage. La coupure dans le degré de dépendance qui s'effectue autour de **90 ans**, âge à partir duquel les « dépendants » sont plus nombreux que les « autonomes », marque l'entrée en institution. L'association d'une polypathologie et d'un problème social oriente la personne âgée deux fois sur trois vers une unité gériatrique. Un patient sur dix seulement se voit offrir la possibilité d'un retour direct marquant la difficulté ou l'appréhension à laisser repartir le sujet âgé « malade ». Si pour une certaine catégorie de population cette orientation est médicalement impossible, pour le reste de l'effectif elle dépend plus souvent des impossibilités matérielles de retour que de la pathologie elle-même. La présence d'un **entourage familial** ou d'une institution devient alors primordiale: chez les 90 ans et plus, toutes les propositions de retour aboutissent car les structures d'accueil sont déjà en place (institutions).

1.3.2.3. Rarement des motifs sociaux purs

Une étude prospective aux urgences du CHU de Poitier [30] a analysé les caractéristiques médico-sociales et les motifs d'hospitalisation des 492 personnes âgées de plus de 75 ans sur une durée de 6 semaines, et les résultats montrent que la majorité de ces patients (94,9%) avaient un motif médical justifiant à lui seul l'hospitalisation. Le motif n'était purement social que dans 2 cas. Ainsi, contrairement aux idées reçues, cette étude montre que les patients âgés sont **rarement adressés pour « placement »**, si l'on définit ce terme par un « motif social pur ». D'autres études vont également dans ce sens [31]. En revanche ce motif était souvent qualifié de « médico-social » (« demande directe ou indirecte d'institutionnalisation pour perte d'autonomie de cause médicale aggravée par un problème social, conjoint hospitalisé, famille épuisée, environnement insuffisant etc. »). Si l'on considère les hospitalisations où les causes médico-sociales sont intriquées, elles sont alors majoritaires [30]. Il faut noter que dans cette étude de 1995, une personne sur cinq était adressée pour pathologies générales, ni aigües ni graves, ne constituant pas une « hospitalisation abusive » mais une « urgence abusive ».

1.3.2.4. Nécessité d'une évaluation gériatrique dès les urgences

L'admission des personnes âgées aux urgences aboutit souvent à une hospitalisation. Plusieurs études ont déjà démontré l'intérêt d'une évaluation gériatrique par un gériatre dès

l'admission aux urgences afin d'éviter plusieurs hospitalisations inutiles, comme une étude au CHU de Brest qui a montré qu'un **accueil gérontologique aux urgences** du CHU avait permis **d'éviter 50 % d'hospitalisations**, avec 11 % de ré-hospitalisations à 1an pour des motifs différents [32].

1.3.2.5. Les hospitalisations non programmées pour motifs mal-définis sont propres à l'âge, mais attention aux admissions via les urgences

Par ailleurs le nombre d'hospitalisations non programmées des personnes âgées pour des **motifs mal définis** est en augmentation dans de nombreux pays démontrant une **augmentation progressive de leur incidence avec le vieillissement de la population**. Au Royaume-Uni, le National Health Service (système de santé publique du Royaume-Uni) a fourni ces statistiques en hausse, et soulève **l'hypothèse d'une mauvaise gestion des maladies chroniques en ville à l'origine de ces hospitalisations**.

Une étude norvégienne a été réalisée en 2009 pour étudier l'association entre le taux d'hospitalisation non programmée des personnes âgées et le système de soins primaires [33], partant du constat que 3 études avaient mis en évidence des taux d'admissions aux urgences plus bas dans des secteurs dont l'offre de soins primaires était plus élevée. Ils n'ont pas pu démontrer d'associations significatives.

Une étude rétrospective anglaise a étudié les hospitalisations non programmées des personnes âgées pour des motifs mal définis en 2002 (**codées R** dans la CIM 10) dans les services de médecine interne et gériatrie d'un hôpital en Angleterre, du fait de la hausse des taux d'admissions pour hospitalisations non programmées des personnes âgées. Le but de cette étude était d'analyser l'**incidence**, les **facteurs prédictifs** de ces hospitalisations et leur **association avec le devenir des patients** (mortalité, durée de séjour et devenir à la sortie) [34]. L'incidence de ces hospitalisations était de 21,6 % en moyenne dans les deux services. L'âge (âge moyen de 80,9 ans), le sexe et les comorbidités **n'étaient pas** des facteurs prédictifs de ce type d'hospitalisation. Les **admissions via les urgences** en dehors des heures ouvrables de médecine générale, et en médecine interne, augmentent le risque d'hospitalisations non programmées mal-définies. Les patients admis par contre pour ce motif avaient des durées d'hospitalisation plus courtes, avaient un risque de décès plus

faible et étaient plus enclin à être ré-hospitalisés. Les auteurs concluent que les **taux de mortalité plus faible et la durée du séjour permettent d'affirmer que ce sont des admissions évitables**, mais le taux de réadmission, en particulier pour de nouvelles admissions R-codées, indique néanmoins une nécessité de soins. Les caractéristiques des patients ne sont pas des facteurs prédictifs mais en revanche, des **facteurs organisationnels** ont pu être identifiés via les admissions par les urgences en médecine interne pouvant permettre de mettre en place des stratégies d'évitement de ces hospitalisations.

Il est néanmoins difficile de tirer des conclusions concernant cette étude car le système de R-code ne reflète pas bien les hospitalisations évitables, du fait que peuvent être inclues dans ce codage les hospitalisations pour présentation de pathologies non spécifiques caractéristiques du patient âgé qui, elles, sont justifiées.

1.3.2.6. Le rôle de la iatrogénie dans ces hospitalisations pas concluant

Une méta-analyse plus récente 2014 évalue le **rôle des pharmaciens dans la réduction des admissions inappropriées des personnes âgées**, partant du constat que 10 à 30 % de toutes les hospitalisations des personnes âgées seraient dues à des problèmes de **iatrogénie** [35]. Dans 16 essais contrôlés randomisés, il n'a pas été démontré d'efficacité significative de l'intervention des pharmaciens sur les admissions non programmées des personnes âgées. Dans 3 essais contrôlés randomisés, les interventions de pharmaciens hospitaliers ont montré une réduction des admissions concernant la population de personnes âgées **insuffisantes cardiaques**.

En conclusion, les hospitalisations inappropriées des personnes âgées pour motifs sociaux purs sont rares. Il s'agit souvent d'hospitalisations pour des motifs médico-sociaux correspondant à une perte d'autonomie de cause médico-psycho-sociale. Ces motifs sont en lien avec l'âge (entre 80 et 90 ans suivant les auteurs), la dépendance et la polypathologie. Ces hospitalisations augmentent la durée de séjour, principalement à cause des problématiques d'aval. Des études concluent que certaines de ces hospitalisations pourraient être évitées par une évaluation gériatrique aux urgences, et si une meilleure information concernant le risque de ces hospitalisations et l'anticipation des situations de perte d'autonomie étaient données aux patients et à leurs familles.

2. Méthodes et Objectifs

Ce travail vise à répondre aux questions suivantes :

- Qui sont les patients dépendants hospitalisés en court séjour gériatrique pour maintien à domicile difficile ?
- Parmi les patients hospitalisés pour maintien à domicile difficile, existe-t-il une différence de profil médical ou social entre les patients rentrant au domicile à l'issue de cette hospitalisation et les patients institutionnalisés ?

2.1. Objectifs

2.1.1. Objectif principal

L'objectif principal est de **décrire** les personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile afin d'établir les profils à risque et de pouvoir mieux les dépister en médecine générale.

2.1.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est **d'identifier les principaux facteurs de risque** responsables de difficultés de maintien à domicile dans cette population pour anticiper la rupture de prise en charge au domicile, et donc l'hospitalisation. Pour cela, le critère de jugement sera l'**institutionnalisation** des patients par le biais ou non d'un séjour en convalescence (ou SSR).

2.2. Méthodes

2.2.1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective menée sur 6 mois comparant 2 groupes stratifiés sur l'âge (≥ 75 ans) et leur dépendance (ADL ≤ 3) selon que les patients étaient institutionnalisés ou pas.

Dans un premier temps, les caractéristiques médico-psycho-sociales des patients inclus seront décrites. Puis dans un second temps, à la fin de la période d'inclusion, deux groupes seront formés suivant l'issue de l'hospitalisation (retour au domicile ou institutionnalisation) et seront comparés en termes de caractéristiques médico-psycho-sociales.

2.2.2. Population étudiée

Les patients inclus étaient des personnes âgées d'au moins 75 ans, dépendantes (ADL ≤ 3), hospitalisés en court séjour gériatrique (Saint-Jean-de-Luz et Bayonne), n'étant pas domiciliés au sein d'une EHPAD ou autre établissement, et adressés pour **maintien à domicile difficile** (**motif principal**). Ce motif d'hospitalisation pouvait être associé ou non à un motif médical, mais ne devait pas être une conséquence d'une pathologie médicale aigüe (ex : AVC, OAP), et devait être mentionné explicitement dans le courrier adressé par le médecin traitant, ou communiqué explicitement au médecin hospitalier (urgentiste ou gériatre) par le médecin traitant et donc reporté dans le dossier. Lorsque ce motif n'était pas clairement identifié initialement mais qu'il s'est avéré être la cause de l'hospitalisation après évaluation par le gériatre (ex : pas de pathologie aigüe, mais épuisement des aidants au regard des troubles du comportement évoluant depuis plusieurs semaines), ces patients ont également été inclus.

Il n'a pas été nécessaire de calculer spécifiquement le nombre de sujet à inclure au préalable, du fait du caractère descriptif de l'étude. Nous avons donc inclus durant une période de 6 mois, du 1er octobre 2013 au 31 mars 2014.

Le consentement éclairé des patients ou de leur personne de confiance a été requis, il s'agissait souvent de l'aidant principal.

2.2.3. Recueil de données

Les patients à inclure ont été identifiés par les gériatres et internes des services de court séjour gériatrique de Bayonne et Saint-Jean-de-Luz. J'ai réalisé ensuite le recueil des caractéristiques médico-psycho-sociales de ces patients au moyen d'un **questionnaire** standard (cf. annexe 2) à partir des données du dossier. Il s'agissait de **caractéristiques**:

- **démographiques** (âge, sexe, situation maritale et familiale) ;

- **sociales** (aides à domicile professionnelles, aides informelles, aménagement du logement, aides et ressources financières pour EHPAD, ALD) ;
- **médicales** (mode d'entrée, motif médical d'hospitalisation, pathologies chroniques, handicap, durée de séjour hospitalier et convalescence) ;
- **gériatriques** (MMSE, ADL, IADL, GIR, syndromes gériatriques : trouble du comportement, chutes, dénutrition (IMC et albuminémie), troubles cognitifs, troubles sensoriels, dépression)
- du **devenir** (retour à domicile, convalescence, institutionnalisation, décès).

Les données du dossier ont été complétées par un sous-questionnaire (cf. annexe 1) remis à l'aidant principal (comportant essentiellement les données sociales et environnementales), lorsqu'il existait. Si besoin, un entretien téléphonique avec le médecin traitant était organisé.

J'ai également récupéré les courriers de sortie d'hospitalisation et de convalescence.

L'aidant principal était défini selon la définition de l'aidant principal de la charte européenne de l'aidant familial [3] et était l'intervenant non professionnel le plus régulier au domicile de la personne âgée (passant au minimum une fois par semaine).

Les données ont été enregistrées dans le logiciel Epi-Info 3.5.4.

2.2.4. Comparaison de deux groupes

Les patients inclus ont été divisés en 2 groupes à la fin de la période d'inclusion :

- Ceux qui sont rentrés à la maison à l'issue de l'hospitalisation, après un séjour en convalescence ou directement au décours de l'hospitalisation ;
- Ceux qui ont été institutionnalisés à l'issue de l'hospitalisation, après un séjour en convalescence ou directement au décours de l'hospitalisation.

Les patients décédés au cours de l'hospitalisation ou au cours du séjour convalescence n'ont pas été inclus dans cette analyse.

[3] L'aidant familial est « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques... »

Pour tenter de répondre à notre deuxième question, nous avons comparés le groupe des patients rentrés au domicile à l'issue de l'hospitalisation et le groupe des patients institutionnalisés en termes de caractéristiques médico-psycho-sociales, afin d'identifier une différence de profil entre ces 2 groupes pour déterminer les facteurs de risque prépondérants de difficultés de maintien au domicile dans cette population.

En complément de ces deux objectifs nous avons comparés les âges, les sexe-ratios, les durées moyennes de séjour de nos patients dépendants hospitalisés pour maintien au domicile difficile avec les patients hospitalisés en court séjour gériatrique tout motif confondu, afin de voir notamment si l'hospitalisation pour maintien à domicile difficile entraînait une différence dans la durée de séjour.

2.3. Analyse statistique

Les analyses statistiques descriptives ont été faites grâce au logiciel **Epi-info 3.5.4**. Les valeurs quantitatives ont été exprimées en moyennes (et écarts types) et les variables qualitatives en termes d'effectifs et de pourcentages.

Les patients institutionnalisés (à la sortie de l'hôpital ou après convalescence) ont été comparés aux autres pour les variables recueillies au moyen des tests du Chi-2 si les conditions d'application étaient respectées, sinon du test du Fisher exact, pour les variables qualitatives, et du test de Student pour les variables quantitatives de distribution normale. Les facteurs retrouvés ont été ajustés par régression logistique.

Les patients décédés au cours de l'hospitalisation ou de la convalescence ont été inclus dans l'analyse statistique descriptive, mais exclus de l'analyse univariée et multivariée.

3. Résultats

3.1. Description des caractéristiques médico-psycho-sociales de la population étudiée

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et de l'hospitalisation

Du 01 octobre 2013 au 31 mars 2014, **57 patients** ont été hospitalisés pour maintien au domicile difficile en court séjour gériatrique, 9 à Bayonne et 48 à Saint-Jean-de-Luz.

La moyenne d'âge de ses patients était de **87,1 ans ± 5,8**. La moyenne d'âge des femmes étaient de 88,8 ans et la moyenne d'âge des hommes de 83,5 ans. Le sexe ratio (M/F) était de 0,46. 48 patients (84,2 %) vivaient en **milieu urbain.**

Dans 53 cas **(93 %),** il y avait un **motif médical associé** à l'hospitalisation pour maintien au domicile difficile. Pour 17 patients **(29,8 %)**, le motif médical associé était la présence **de trouble du comportement**, et 25 patients **(43,86 %)** étaient des **chuteurs**.

Pour 7 patients (12,3 %), il s'agissait de la deuxième hospitalisation pour maintien au domicile difficile.

La durée moyenne de l'hospitalisation était de **16,1 jours** ± 10,7 et la durée moyenne de la convalescence était de 26,7 jours ± 31,3.

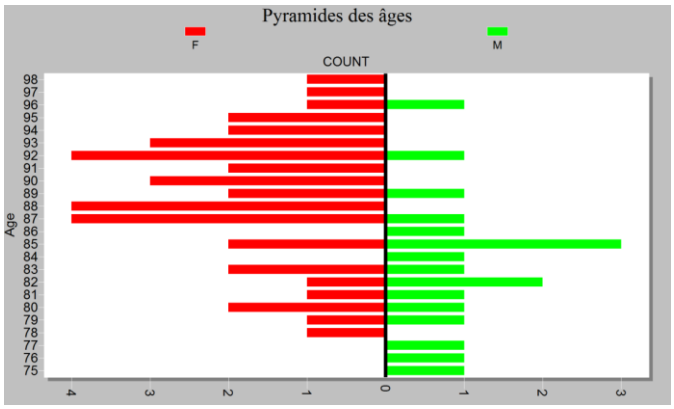


Figure 3 : Pyramide des âges de la population de l'étude

3.1.2. Modes d'entrée

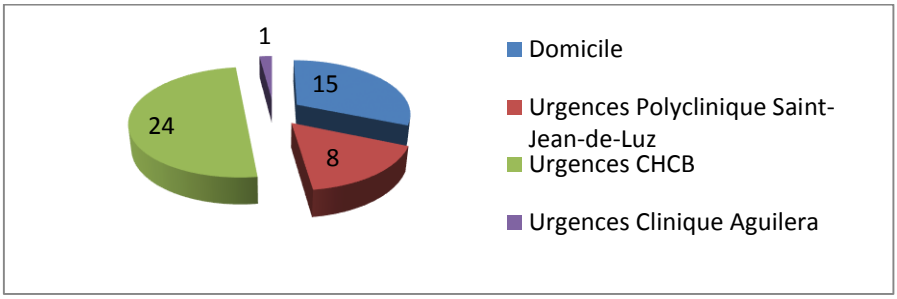


Figure 4 : Distribution des patients hospitalisés sur le site de Saint-Jean-de-Luz en fonction de leur provenance

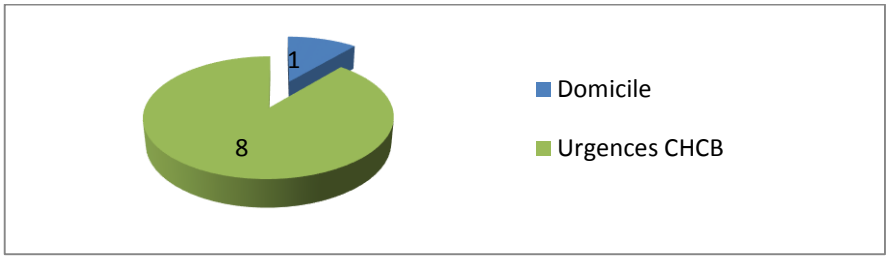


Figure 5 : Distribution des patients hospitalisés sur le site de Bayonne en fonction de leur provenance

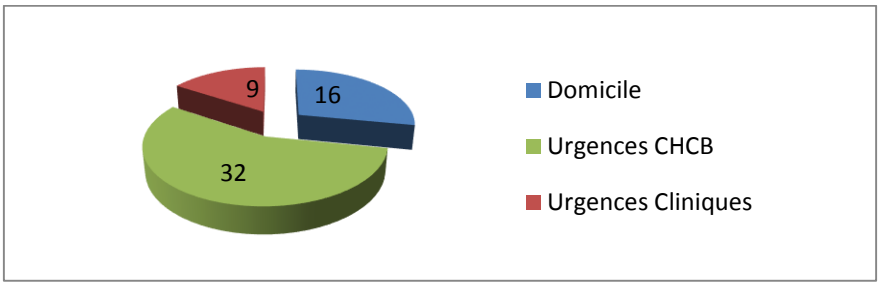


Figure 6 : Distribution des patients hospitalisés sur les 2 sites en fonction de leur provenance

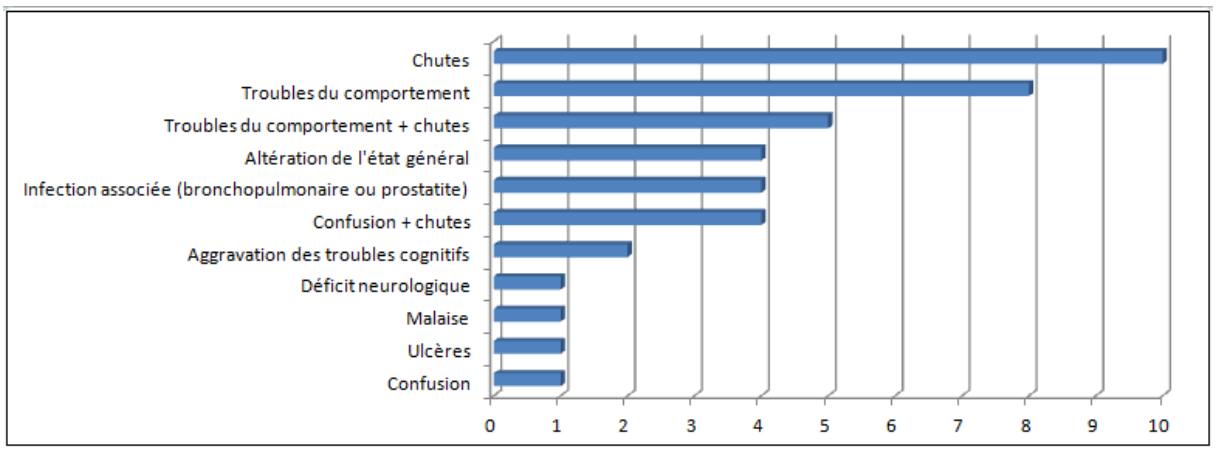


Figure 7 : Motifs médicaux associés pour les 41 patients admis via les urgences

41 patients (71.9%) provenaient des urgences. Ils avaient tous un motif médical associé dont la répartition est indiquée sur la figure 7.

3.1.3. Evaluation de la dépendance

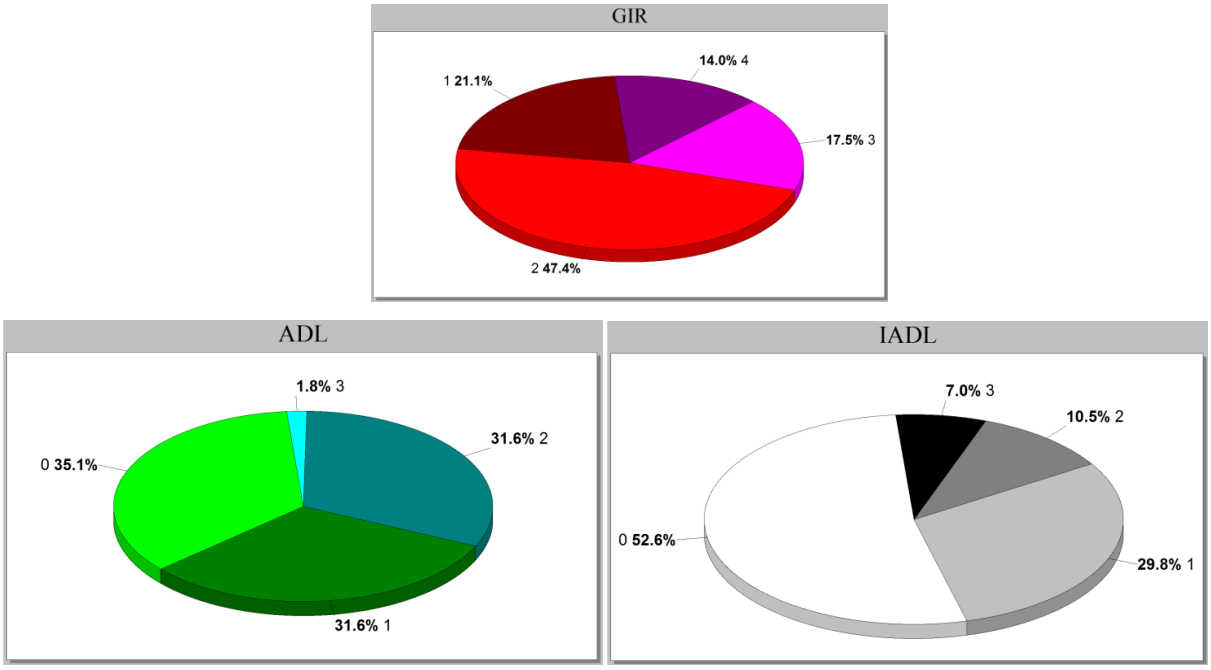


Figure 8 : Diagrammes représentant l'évaluation de la dépendance des patients via les ADL, IADL et les GIR

Concernant les **ADL**, tous les patients étaient **dépendants pour la toilette et l'habillage**, 44 % conservaient une autonomie à la marche, 40 % étaient autonomes pour les repas, 9 % étaient autonomes pour se rendre seuls aux toilettes, et 7 % étaient continents.

Concernant les **IADL**, tous les patients étaient dépendants pour le ménage. Les 29,8 % de patients ayant des IADL à 1 étaient **autonomes uniquement pour l'utilisation du téléphone**.

3.1.4. Aides au domicile avant hospitalisation

9 patients (15,8 %) n'avaient pas de passage IDE par jour malgré leur dépendance. Concernant l'autonomie de ces 9 patients :

- 8 avaient des ADL à 1 ou 2 et 1 patient à 0 ;
- 6 avaient des IADL à 0, 2 des IADL à 1, et 1 patient des IADL à 2.

La moyenne des **passages IDE quotidiens** était de **1,6** ± 0.9.

17 patients (29,8 %) n'avaient pas d'**aide-ménagère**.

La majorité des patients (45 – 78,9 %) n'avaient **pas de portage des repas** alors que deux tiers d'entre eux n'étaient pas autonomes pour les repas.

40 patients (70,2 %) n'avaient **pas de téléalarme** alors que 97,5 % de ceux-ci présentent un risque de chute moyen (57,5 %) à élevé (40 %).

Pour 31 patients (55,4 %), le **domicile** était **aménagé**.

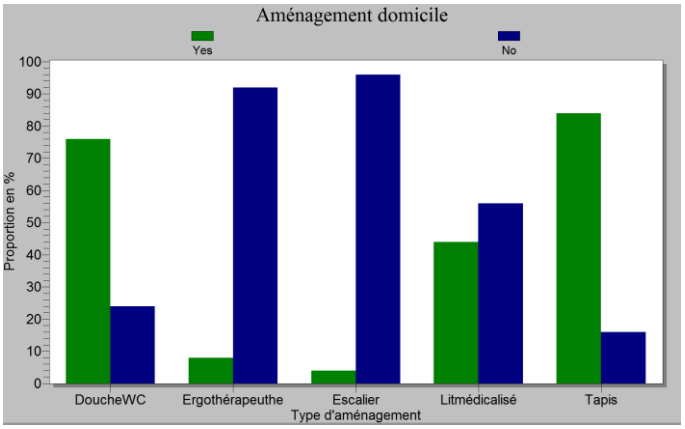


Figure 9 : Histogramme reprenant les différents types d'aménagement du domicile

3.1.5. Environnement

6 patients (10,5 %) étaient sous curatelle ou tutelle. 41 patients **(71,9 %)** étaient **veufs.** Lorsque le conjoint existait, il était l'aidant principal et était encore autonome puisque tous avaient des ADL à 6, et seulement 4 (26,7 %) avaient des IADL à 6.

4 patients **(7 %) n'avaient pas de famille** (pas de conjoint(e), pas d'enfant, pas d'aidant familial), donc pas d'aidant principal. 51 patients **(89,5 %) avaient 3 enfants existants ou moins**. Un quart de l'effectif (14 – 24,6 %) étaient sans enfant, et dans 17,9 % il existait un conflit familial. Le nombre moyen d'**aidants familiaux par patient** était de **1,5** ± 0,9. 30 patients (52,6 %) avaient un seul aidant familial, 14 (24,6 %) avaient deux aidants familiaux.

La majorité des patients (46 – **80,7 %) n'avaient aucun ami ou voisin aidant**, 6 (10,5 %) en avaient un.

32 aidants principaux **(60,4 %)** ont déclaré être en **situation d'épuisement**. 22 ont rempli l'échelle de Zarit (68,75% des déclarés épuisés) et parmi eux 72,7 % ont une charge modérée à sévère. Pour les 21 aidants principaux ne se déclarant pas épuisés, 10 ont rempli l'échelle de Zarit (47,6 % des aidants non épuisés) et parmi eux 60 % ont une charge modérée à sévère. Dans 60,4 % l'aidant principal est une **femme**. Pour 49 patients **(92,5 %)**, l'aidant principal habite à **moins de 20km**.

3.1.6. Aides financières

44,6 % des patients avaient l'APA avant l'hospitalisation. Pour 41 patients **(71,9 %)**, une **demande d'APA ou d'aggravation d'APA a dû être faite pendant l'hospitalisation**.

43 patients (76,8 %) bénéficiaient d'une ALD.

31 patients (55,4 %) pouvaient financer un hébergement en EHPAD.

3.1.7. Antécédents médicaux

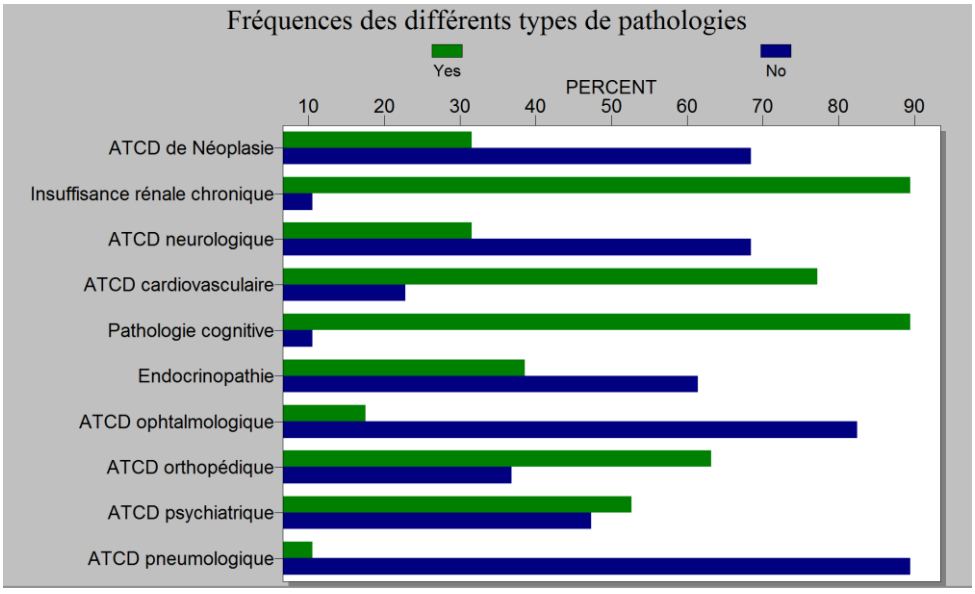


Figure 10 : Fréquences des différents types de pathologies

51 patients **(89,5 %)** présentaient une **pathologie cognitive** diagnostiquée avant l'hospitalisation. 34 **(59,6 %)** présentaient des **troubles du comportement** et 50 % d'entre eux avaient un traitement au domicile pour ces troubles du comportement. 93% des patients (53 patients) avaient effectivement une pathologie cognitive confirmée au cours de l'hospitalisation (figure 11).

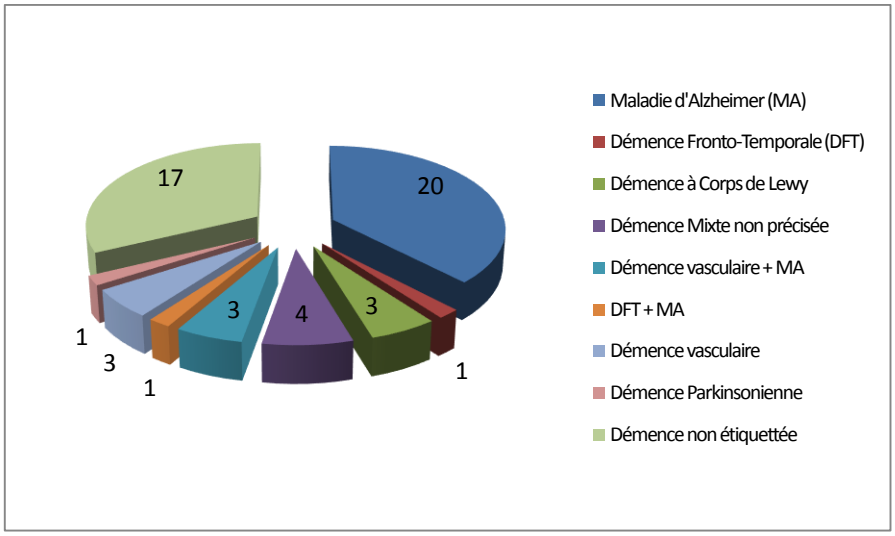


Figure 11: Fréquence des différents syndromes démentiels

51 patients **(89,5 %) présentaient une insuffisance rénale chronique** (31,4 % légère, 52,9 % modérée, 11,8 % sévère, 3,9 % terminale).

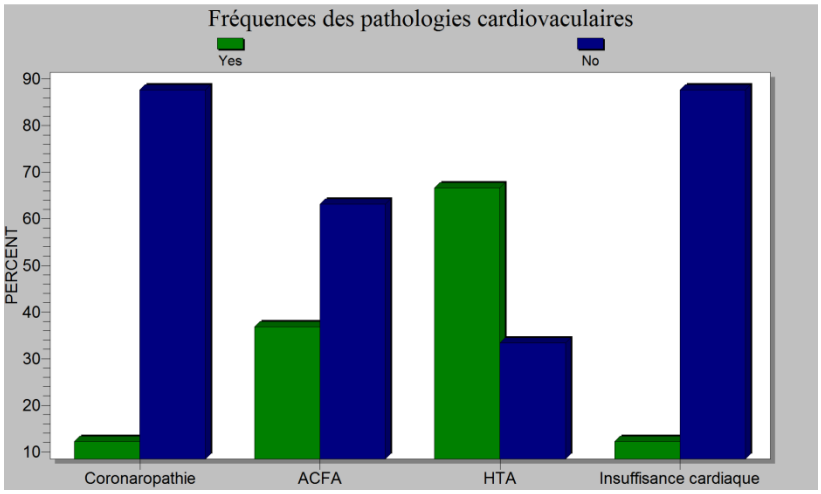


Figure 12 : Fréquence des différents types de pathologies cardiovasculaires

Les **pathologies cardiovasculaires (77,2 %)** arrivaient en troisième position après l'insuffisance rénale chronique et les pathologies cognitives (figure 12). Parmi les 21 patients ayant une FA, 11 étaient sous anticoagulants et 7 sous antiagrégants plaquettaires. Parmi les

11 patients sous anticoagulants, la majorité de ces patients (>90 %) avaient un risque de chute moyen ou élevé. Parmi les 21 patients ayant une FA, 47,4 % avaient des séquelles d'AVC sur le TDM (2 patients sans TDM). Parmi les 38 patients hypertendus, 51,5 % avaient une leucopathie vasculaire sur le TDM et 42,4 % des séquelles d'AVC ischémiques (5 patients sans TDM).

29 patients (50.9%) présentaient des pathologies psychiatriques constituées essentiellement de syndromes dépressifs (25 patients – dont 2 patients non traités), de troubles bipolaires (2 patients), de troubles anxieux (1 patient) et de syndrome de Diogène (1 patient).

Concernant les pathologies endocriniennes, il s'agissait essentiellement de diabètes à 52% et de dysthyroïdies (cf. discussion) à 48%. 2 patients sur les 22 ayant une endocrinopathie avaient un diabète et une dysthyroïdie associée.

Les pathologies neurologiques et néoplasiques (31.6%) arrivent en 7ème position (figure 13). Les pathologies néoplasiques (18 patients – 31.6%) étaient extrêmement variées et pour la plupart en rémission ou stables sauf pour 2 patients en récidive ayant chacun 2 cancers (carcinome broncho-pulmonaire associé d'une part à un lymphome de la marge anale et d'autre part à un cancer du grêle).

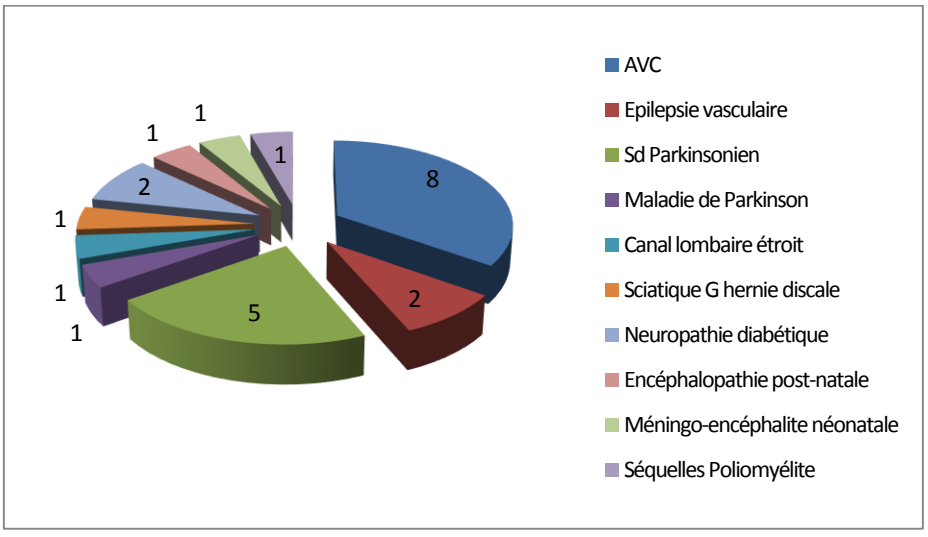


Figure 13 : Fréquence des différentes pathologies neurologiques

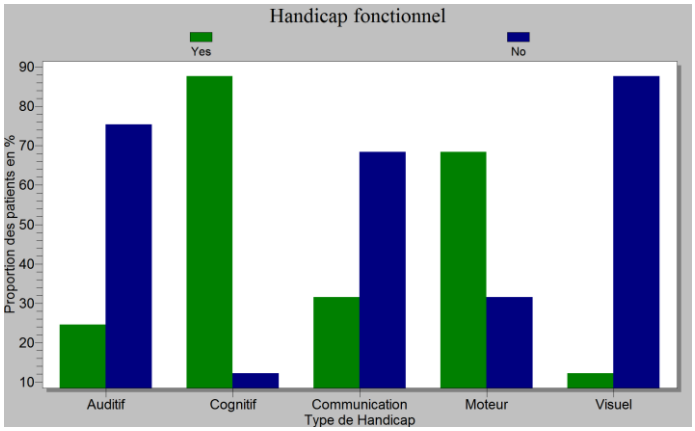


Figure 14 : Fréquences des différents types de handicap recensés

3.1.8. Eléments médicaux recueillis durant l'hospitalisation

Un **diagnostic de trouble cognitif** a été fait ou confirmé pour 53 patients **(93 %)**. Le MMS était réalisable pour 26 patients (45,6 %) et parmi eux 4 patients ne présentaient pas de troubles cognitifs. Pour les deux tiers de ces patients il s'agissait d'une démence modérée, et un quart une démence légère. Pour les 31 autres patients restants, le MMS était irréalisable soit du fait de troubles du comportement, soit de troubles cognitifs très sévères, soit d'un contexte palliatif.

33 patients **(57,9 %) étaient dénutris** (diagnostic fait soit par le biais de l'IMC soit par celui de l'albumine)[4] (figure 15).

CLASIMC	Frequency	Percent	Cum Percent
dénutrition	15	26.3%	26.3%
dénutrition sévère	6	10.5%	36.8%
imc normal	27	47.4%	84.2%
obésité	2	3.5%	87.7%
surpoids	7	12.3%	100.0%
Total	57	100.0%	100.0%

95% Conf Limits	
dénutrition	15.5% 39.7%
dénutrition sévère	4.0% 21.5%
imc normal	34.0% 61.0%
obésité	0.4% 12.1%
surpoids	5.1% 23.7%

CLASALBU	Frequency	Percent	Cum Percent
albumine normale	19	35.2%	35.2%
dénutrition	24	44.4%	79.6%
dénutrition sévère	11	20.4%	100.0%
Total	54	100.0%	100.0%

95% Conf Limits	
albumine normale	22.7% 49.4%
dénutrition	30.9% 58.6%
dénutrition sévère	10.6% 33.5%

Figure 15 : Tableaux représentant la proportion de patients dénutris en fonction de l'IMC et de l'albumine

[4] Dénutrition : IMC ≤ 21 ou albumine < 35
Dénutrition sévère : IMC < 18 ou albumine < 30

3.1.9. Devenir

20 patients (35,1 %) sont **rentrés au domicile** (dont la moitié directement après l'hospitalisation) et **27** (47,4 %) ont été **institutionnalisés** (dont 9 directement à la suite de l'hospitalisation). **10** patients (17,5 %) sont **décédés** (4 pendant l'hospitalisation et 6 pendant la convalescence).

Le retour à domicile était souhaité par 53 patients (93 %) et pour 38 patients (69,1 %) l'aidant principal souhaitait l'orientation en EHPAD. Parmi les 32 aidants épuisés, 25 (78 %) souhaitaient l'orientation en EHPAD.

Pour 25 patients (43,8 %), le retour au domicile envisagé paraissait envisageable par l'équipe médicale.

Pour 11 patients (19,3 %), nous avons dû réaliser une demande de curatelle ou tutelle pendant l'hospitalisation afin d'envisager le devenir du patient.

3.2. Comparaison des patients selon leur institutionnalisation ou non

Les caractéristiques démographiques et médico-psycho-sociales des patients divisés en deux groupes, admis ou non admis dans un établissement pour personnes âgées, sont données dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients à l'admission

Caractéristiques des patients	Orientation en institution (n=27)	Retour à domicile (n=20)	P*
Caractéristiques démographiques			
Age (années) **	87.6+/-6.0	85.6+/-4.7	0.20
Sexe (ratio M/F)	0.29	0.67	0.19
Présence d'un(e) conjoint(e) (%)	14.8	40.0	0.09
Nombre d'enfants			0.46
Inférieur à 3 (%)	70.4	60.0	
Supérieur ou égal à 3 (%)	29.6	40.0	
Nombre d'aidants familiaux			0.44
Inférieur à 3 (%)	88.9	80.0	
Supérieur ou égal à 3 (%)	11.1	20.0	
Caractéristiques sociales			
Conflit familial (%)	12.0	22.2	0.43
Souhait de l'entourage			<0.001
Placement(%)	92.6	44.4	
Retour à domicile(%)	7.4	55.6	
Epuisement de l'aidant principal (%)	68.0	50.0	0.23
Zarit			0.17
Inférieur ou égal à 40 (%)	55.6	75.0	
Supérieur à 40 (%)	44.4	25.0	
Aide à domicile(%)	66.7	70.0	0.81
Impossibilité de financement d'EHPAD (%)	51.9	60.0	0.58
APA avant l'hospitalisation (%)	29.6	60.0	0.04
APA ou aggravation pendant l'hospitalisation(%)	70.4	75.0	0.73
Aide à domicile(%)	66.7	70.0	0.81
Mesure de protection avant l'hospitalisation(%)	18.5	5.00	0.22
Mesure de protection pendant l'hospitalisation(%)	33.3	45.0	0.42
Caractéristiques médicales			
Réhospitalisation pour MAD(%)	11.1	20.0	0.44
Pathologie cognitive évolutive (%)	92.6	95.0	1.00
Pathologie neurologique (%)	25.9	35.0	0.50
Pathologie cardiovasculaire (%)	81.5	70.0	0.36
Coronaropathie (%)	0.0	15.0	0.07
HTA(%)	74.1	65.0	0.50
Fibrillation Auriculaire(%)	44.4	25.0	0.17
Insuffisance Cardiaque(%)	14.8	0.0	0.13
Diabète(%)	14.8	35.0	0.16
Dysthyroidie(%)	37.0	10.0	0.05
Insuffisance rénale(%)	88.9	85.0	1.00
Pathologie psychiatrique(%)	40.7	65.0	0.10
Pathologie ophtalmologique(%)	22.2	15.0	0.71
Pathologie orthopédique(%)	63.0	70.0	0.61

Syndromes gériatriques			
ADL	1.07+/-0.87	1.00+/-0.92	0.78
Risque de chute			0.16
Elevé(%)	48.2	45.0	
Faible(%)	0.0	15.0	
Moyen(%)	51.8	40.0	
Dénutrition(%)	48.2	60.0	0.42
IMC			1.00
Inférieur à 18 (%)	7.4	5.0	
Entre 18 et 21 (%)	25.9	30.0	
Supérieur à 21 (%)	66.7	65.0	
Albuminémie			0.86
Inférieur à 30 (%)	18.5	25.0	
Entre 30 et 35 (%)	44.4	40.0	
Supérieur à 35 (%)	30.1	35.0	
Trouble du comportement(%)	63.0	65.0	0.89
MMS Antérieur	15.8+/-6.05	17.1+/-6.08	0.64
MMS pendant l'hospitalisation	16.7+/-3.2	16.2+/-6.5	0.85

*p du test du Khi-2 si les conditions d'application sont respectées, sinon p du test du Fisher exact, pour les variables qualitatives. p du test de student pour les variables quantitatives de distribution normale.
** moyenne+/- écart type

Ces résultats n'ont pas été modifiés après ajustement sur l'âge et le sexe pour toutes les variables.

Le **souhait de l'entourage concernant le devenir du patient**, **l'absence de mise en place de l'APA avant l'hospitalisation** et les **dysthyroïdies** ont influencé de manière significative l'orientation en EHPAD des patients hospitalisés pour maintien au domicile difficile.

Pour 92,6 % des patients orientés en EHPAD, le souhait de l'entourage était l'institutionnalisation, versus 44,4 % des patients rentrant au domicile ($p < 0.001$). Cette différence n'a pas été modifiée après ajustement sur l'âge, le sexe, l'épuisement des aidants, la présence de troubles du comportement, la mise sous protection juridique et le sexe de l'aidant principal.

Parmi les patients rentrés au domicile, 60 % possédaient l'APA avant l'hospitalisation versus 29,6 % dans le groupe des patients orientés en EHPAD ($p = 0.04$). Cette différence n'a pas été modifiée après ajustement sur l'âge et la dépendance (ADL et GIR).

12 patients (1 patient sur 5) avaient une dysthyroïdie. Elles étaient constituées de 5 hyperthyroïdies (toutes dans le groupe des patients institutionnalisés) et 7 hypothyroïdies. 10 dysthyroïdiens (37 %) ont été orientés en EHPAD et 2 (10 %) sont rentrés au domicile (p = 0.05). Cette différence n'a pas été modifiée après ajustement sur l'âge et le sexe.

3.3. Conclusion

Les patients dépendants hospitalisés pour maintien à domicile difficile étaient majoritairement des femmes de 87 ans, adressées aux urgences, vivant seules, en milieu urbain, avec en moyenne 1.5 aidant familial et épuisé dans 2/3 des cas. Pour la majorité de ces hospitalisations (93%), il existait un motif médical associé (souvent des chutes ou des troubles du comportement). Ces patientes chuteuses n'avaient pas de dispositif de téléalarme. 76.8% étaient en ALD soulignant leur polypathologie principalement constituée de pathologie cognitive (93%) avec trouble du comportement (59.6%), de pathologies cardiovasculaires (77.2%, principalement l'hypertension artérielle), et de dénutrition (57.9%). Pour la majorité de ces patients, le plan d'aides au domicile n'était pas actualisé pour leur dépendance puisque pour 41 de ces patients (71.9%), une demande d'APA ou d'aggravation a été faite au cours de l'hospitalisation.

Les facteurs prédictifs d'orientation en EHPAD sont le s**ouhait de l'entourage**, **l'absence d'APA avant l'hospitalisation** et les **dysthyroïdies**.

4. Discussion

4.1. Discussion sur la population

Nous avons pu dégager, au travers de cette étude, le **profil médico-psycho-social** du patient hospitalisé pour maintien à domicile difficile, avec une dépendance sévère, en court séjour gériatrique. Il s'agissait d'une **femme** (68,4 %) de **plus de 80 ans**, vivant en **milieu urbain** (84,2 %), **veuve ou célibataire** (71,4 %), ayant en moyenne **1,9 enfant** et **1,5 aidant familial autonome** (sans aidant autre). L'aidant principal était une femme et était épuisée dans deux tiers des cas. Des aides professionnelles étaient en place au domicile dans 80 % des cas puisque les patients avaient des ADL à 1, des IADL à 0,7, des GIR à 2,25. Les pathologies cognitives prédominaient (93 %) avec trouble du comportement (60 %) sans traitement instauré (50 %). 82 % des patients ne bénéficiaient pas de l'APA ou n'avaient pas bénéficié d'une réévaluation de l'APA avant l'hospitalisation.

4.1.1. Age moyen comparable à la population hospitalisée en court séjour gériatrique

L'**âge moyen** de la population étudiée de **87,1 ans** ± 5,8 est sensiblement identique à celui des patients hospitalisés sur les 2 sites tout motif confondu, qui est de **86,6** ans en 2013.

Le **sexe ratio** est plus en faveur des hommes que des femmes comparativement aux hospitalisés tout venant (**0,46** dans la population étudiée versus **0,53 sur les 2 sites**). Le fait que la proportion d'hommes hospitalisés pour maintien à domicile difficile soit plus importante que la proportion d'hommes hospitalisés tout motif confondu, peut-être expliquée par le fait que les hommes sont plus souvent en situation de dépendance aux grands âges et d'avantage par des facteurs sociétaux. En effet, la surmortalité des hommes ajoutée à la différence d'âge entre conjoints (les hommes ont une épouse plus jeune qu'eux en moyenne de trois ans) conduit les femmes à connaître plus souvent le veuvage. Les hommes se remettent par ailleurs plus facilement en union que les femmes. On sait également qu'à la suite de la perte de leur conjointe ils adoptent plus souvent des comportements à risque que les femmes. De plus, dans ces générations, les hommes ont

focalisés leur vie active sur leur activité professionnelle, ils sont dès lors plus désorientés que les femmes dans les tâches de la vie quotidienne et les femmes ont davantage tendance à assumer ce rôle d'aidant que les hommes [17]. Or, le soutien mutuel des époux joue un rôle central dans le maintien au domicile, ceci peut donc amener les hommes dépendants, avant même 85 ans, à être plus souvent hospitalisés pour maintien à domicile difficile que les femmes à la suite du décès de leur conjointe par exemple.

4.1.2. Le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes représente 10 % des hospitalisations en court séjour gériatrique

Les patients avec une dépendance sévère, hospitalisés pour maintien au domicile difficile durant cette période de 6 mois, représentaient **3,75 % des hospitalisations à Bayonne** sur cette période et **10,2 % des hospitalisations à Saint-Jean-de-Luz**. Le nombre total d'hospitalisations sur l'année 2013 s'élevait à 481 hospitalisations à Bayonne pour 12 lits et 945 hospitalisations à Saint-Jean-de-Luz pour 30 lits. Rappelons que, contrairement aux idées reçues, dans 93% des cas, ces hospitalisations pour maintien au domicile difficile s'accompagnaient d'un motif médical, même si celui-ci n'était pas prépondérant. Ces différences de chiffres peuvent être dues à la proximité du service des urgences et du service de court séjour à Bayonne et de la plus petite capacité en termes de lits du service de court séjour gériatrique de Bayonne. Dans l'étude de thèse à Paris [7], à l'hôpital Rothschild en 2012, ces hospitalisations représentaient 20 % des hospitalisations dans leur service de court séjour, mais l'étude a été réalisée en rétrospectif.

4.1.3. Des patients polypathologiques

76,8 % (n=43) des patients bénéficiaient d'une prise en charge en affection longue durée (ALD) par l'assurance maladie ce qui témoigne du grand nombre de pathologies chroniques dans notre population, même si cela peut sembler peu aux vues du niveau important de dépendance. Dans l'étude parisienne [7], 91,5 % de leurs patients bénéficiaient d'une ALD alors que deux tiers avaient des ADL inférieurs ou égal à 3. Les pathologies cognitives étaient majoritaires (93 %), suivies des pathologies cardio-vasculaires (77,2 %), des pathologies orthopédiques (63,2 % - essentiellement ATCD de fracture ou arthrose entraînant une déficience), et des pathologies psychiatriques (50.8 % - essentiellement des

syndromes anxio-dépressifs traités, 1 trouble anxieux, 1 syndrome de Diogène et 2 troubles bipolaires dont 1 avec délire de persécution). Cette distribution des comorbidités est identique à celle retrouvée dans l'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des EHPAD [8] pour étudier les étiologies de la dépendance, or nous avons vu que les hospitalisations pour motifs médico-sociaux étaient fortement liées à la dépendance et la polypathologie [29].

4.1.4. Peu de patients en situation d'isolement

Contrairement aux idées reçues, la grande majorité des patients étaient entourés par leur famille, puisque dans 50 % des cas l'aidant principal habitait au domicile du patient ou dans un domicile proche, et 92,5 % des aidants principaux habitaient à moins de 20 km du domicile du patient. Seuls 4 patients n'avaient aucun aidant. Cependant il semble qu'un entourage familial favorable, bien que nécessaire, ne soit pas suffisant pour permettre le maintien à domicile de la personne âgée. La personne âgée dépendante nécessite une mobilisation majeure de plusieurs types d'aides au domicile, l'entourage familial en étant une parmi d'autre. Ce constat avait également été fait dans l'étude de thèse parisienne [7].

60 % des aidants principaux étaient des femmes (conjointes, filles, ou belles-filles), confirmant les données des différentes études épidémiologiques [17,36,37].

4.1.5. La majorité des patients bénéficiaient d'aides au domicile

Une grande majorité de patients (84,2 % pour les IDE et 70,2 % pour l'aide-ménagère) bénéficiait d'aides professionnelles au domicile du fait d'une perte d'autonomie importante. La moitié des patients bénéficiait de 2 passages IDE quotidiens et seulement 15,8 % n'avaient pas d'IDE au domicile malgré leur dépendance. Ce résultat peut traduire le fait que les proches peuvent assumer dans certaines situations une partie de l'aide professionnelle [36].

4.1.6. Manque de réévaluation du plan d'aides

Néanmoins, compte-tenu du degré de dépendance des patients, seuls 44,6 % d'entre eux étaient bénéficiaires de l'APA à l'admission. Et surtout, une **demande d'APA ou**

d'aggravation de l'APA a dû être faite pour 41 patients **(71,9 %)** en l'absence d'évènements aigus. Cette constatation peut refléter le manque de réévaluation du plan d'aide au domicile ou au cours de précédentes hospitalisations dans d'autres services de spécialité, autre que ceux de gériatrie où il peut arriver que les dimensions psycho-sociales du patient âgé soit occultées au profit uniquement de la dimension médicale.

4.1.7. Des situations économiques précaires mais pas uniquement

55,4 % des aidants principaux et leur famille déclaraient que le patient (avec l'aide ou non de sa famille) était en capacité de financer une institutionnalisation. Ainsi, la moitié des patients en situation de demande d'EHPAD, devait effectuer des demandes pour des établissements publics, rallongeant de fait le délai d'entrée en institution puisque les places disponibles sont moins nombreuses. Mais cette question, bien que simple, est subjective et ne reflète pas assez la situation économique des patients. Nous n'avons pas recueilli le revenu fiscal de référence qui aurait pu nous permettre de mieux statuer sur cette question. D'après la littérature, si la majeure partie des bénéficiaires de l'APA demeure au domicile, ils ne sont plus que 20 % à y demeurer pour les dépendances les plus sévères car dans ce cas, le coût du plan d'aides au domicile est élevé [2]. En effet, la direction générale de la concurrence, de la consommation, et de la répression des fraudes a estimé en 2009 le coût moyen du maintien à domicile à 1800 €/mois. Or l'APA versée en 2014 pour un patient GIR 1 s'élevait à 1312.67 €/mois, ce qui peut paraître insuffisant comparé au coût estimé.

4.1.8. Peu de patients aux antécédents respiratoires

Seulement 2 patients (3,5 %) étaient asthmatiques et 3 patients (5,3 %) étaient BPCO. Aucun patient ne présentait d'insuffisance respiratoire. Ces patients fragiles décèdent peut-être plus jeunes ou sont hospitalisés plutôt en pneumologie. En effet, la mortalité par maladies respiratoires, très réduite jusqu'à 64 ans, augmente de façon exponentielle ensuite avec l'âge : les taux les plus élevés étant observés chez les 85 ans ou plus, pour les hommes comme pour les femmes [38].

4.1.9. Beaucoup de chuteurs et de troubles du comportement sans traitement

Pour 4 patients (7 %), il n'y avait pas de motif médical associé à l'hospitalisation pour maintien au domicile difficile. Ce résultat est comparable à d'autres études ayant déjà montré que les hospitalisations pour motif social pur étaient rares [7,30,31]. Notre étude a montré que l'un des motifs principalement associé au maintien à domicile difficile était la survenue de chutes au domicile que l'on retrouvait pour 47,3 % des admissions (associé ou non à un autre motif). Peu de patients étaient pris en charge en kinésithérapie, principalement du fait de troubles cognitifs et comportementaux évolués. De plus, parmi les 8 patients ayant un risque de chute élevé et vivant seuls, la moitié ne possédait pas de téléalarme. Cette situation nous amène à nous interroger d'autant plus sur le **renforcement des mesures de prévention des chutes au domicile**. Le deuxième motif médical associé au maintien à domicile difficile était la présence ou l'aggravation de trouble du comportement que l'on retrouvait dans 29,8 %. Les troubles du comportement font partie des facteurs de risque connus d'institutionnalisation et de situation de crise au domicile, en particulier lorsque le patient est seul ou lorsque ces troubles épuisent l'aidant [41]. De plus, parmi les 34 patients présentant des troubles du comportement avant l'hospitalisation, seuls 50 % avaient un traitement pour ces troubles du comportement. Ce résultat peut signifier **l'insuffisance de prise en charge des troubles du comportement**, peut-être par méconnaissance de ces troubles ou par difficultés de gestion au domicile.

L'étude parisienne [7] rapporte également la difficulté de prise en charge des troubles du comportement au domicile puisque les troubles comportementaux faisaient partie des motifs principaux d'entrée des patients dans le réseau gériatrique de l'est parisien. Les familles témoignent régulièrement du fait qu'elles se sentent démunies vis-à-vis de ces troubles et qu'elles n'ont que peu d'information à leur sujet (remarques rapportées à la fin du questionnaire distribué à l'aidant principal). Selon une étude sociologique sur les conditions d'entrée en institutionnalisation des personnes âgées publiée par la DREES en 2008 [8], « l'une des principales rationalités qui conduit les professionnels à conseiller une institutionnalisation à brève échéance tient à l'apparition chez la personne âgée de troubles du comportement ayant des répercussions sensibles sur l'équilibre moral et mental des aidants familiaux ». Le projet des professionnels s'inscrit alors dans une logique d' « aide aux

aidants », et donc d'abord dans une perspective de soutien de ces derniers dans leur cadre de vie habituel.

Il aurait été intéressant de différencier les troubles du comportement « productifs » (= opposition, délire, agitation, cris, désinhibition, idées délirantes, hallucinations, altération du cycle veille/sommeil) et « non productifs » (= repli sur soi, désintérêt, retrait, apathie, indifférence affective, adynamie, démotivation globale, somnolence, indifférence à soi-même et à l'environnement) qui n'entraînent pas les mêmes prises en charge et n'occasionnent pas les mêmes désagréments pour l'entourage et le patient au domicile. Néanmoins, aux vues des motifs médicaux associés à l'hospitalisation, il semble que la majeure partie des troubles du comportement de la population de notre étude était de nature productive.

4.1.10. Peu d'évaluation des troubles cognitifs en ville

Le MMSE n'est pas une donnée bien transcrite dans le dossier des patients chez les médecins généralistes. Sur 57 patients inclus, je n'ai pu récupérer que **17 MMS antérieurs** à l'hospitalisation, dont les antériorités étaient très variables pour chaque patient. De plus, dans la majorité des cas, ces MMS avaient été réalisés principalement au cours d'hospitalisation antérieure, ou au cours d'évaluation par des neurologues en ville.

Cette tendance peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- En zone urbaine l'offre de soins notamment en spécialiste est plus importante, permettant aux généralistes de « déléguer » facilement ce type d'évaluation chronophage ;
- Certains n'en voient pas l'utilité devant l'absence de thérapeutiques ayant prouvées leur efficacité ;
- La dépendance et la polypathologie des patients de l'étude sont importantes et donc l'évaluation des troubles cognitifs, souvent avancés, n'est pas au premier plan de la prise en charge actuelle au domicile (les MMS au cours de l'hospitalisation n'ont pu être réalisés que pour 54,4 % des patients, soit du fait des troubles du comportement importants, soit du fait de la sévérité des troubles cognitifs, soit du fait du contexte palliatif du patient) ;

- Manque de formation des généralistes du secteur sur les troubles cognitifs et troubles du comportement et de leurs différentes solutions thérapeutiques médicamenteuses ou non. Selon une enquête DREES 2014 [2], sur un échantillon national de médecins généralistes suivant au moins une personne âgée dépendante, 56% déclareraient avoir suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer.

4.1.11. Biais de recueil concernant les troubles sensoriels

Les données ophtalmologiques ont été les plus difficiles à récupérer en raison du suivi de ces troubles par les ophtalmologues, avec des ordonnances de collyres prescrits par ces derniers et donc peu suivies par les médecins généralistes qui ne sont au courant des pathologies ophtalmologiques de leurs patients âgés uniquement lorsque celles-ci occasionnent une cécité partielle ou complète, ou lorsque ces patients doivent se faire opérer. Ce sont donc des données très difficiles à recueillir. Il en va de même pour l'évaluation de l'acuité visuelle qui est très peu réalisée en hospitalisation car technique, chronophage et difficile chez les patients peu compliants et âgés.

4.1.12. Devenir des patients

Enfin la **durée moyenne du séjour** hospitalier est de **16,1 jours** (± 10,6) et est plus élevée dans notre population versus **8,9 jours à Bayonne et 11,3 à Saint-Jean-de-Luz**, sans doute du fait principalement de leur dépendance et donc des difficultés d'aval. Cette DMS est cependant difficilement comparable avec la DMS des patients hospitalisés tout motif confondu, car ces patients peuvent venir également de convalescence ou d'établissement, donc leur retour peut être facilité.

Le **taux de décès** durant l'hospitalisation de **7 %** des personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile est le même que celui des patients hospitalisés tout venant à Bayonne en 2013 (**7,28 %**) et légèrement inférieur à celui de Saint-Jean-de-Luz (**9,42 %**). Par contre si l'on comptabilise également les décès survenus au cours des séjours de convalescence, il est sensiblement plus élevé à 17,5 %.

10 patients (17,5 %) sont rentrés à la maison directement à la suite de l'hospitalisation, le même effectif après un séjour en convalescence, ce qui reflète bien les difficultés au domicile. 9 patients (15,8 %) ont été institutionnalisés directement après l'hospitalisation et 18 (31 ,6 %) l'ont été après convalescence. Sur les 481 patients hospitalisés à Bayonne en 2013, 49 % ont été vus par l'assistante sociale, ce qui renforce l'idée de l'intrication entre problèmes sociaux et médicaux dans cette catégorie d'âge, et parmi ces patients pris en charge par l'assistante sociale, 4,6% ont été institutionnalisés à la suite de l'hospitalisation. Evidemment, on ignore le nombre de patients institutionnalisés à la suite de leur séjour en convalescence, il est donc difficile de comparer ces chiffres.

Ce taux élevé d'orientations en EHPAD peut être expliqué par le cumul de nombreux facteurs de risque d'institutionnalisation connus au sein de notre échantillon comme l'âge, le sexe féminin, le fait de vivre seul, la dépendance pour au moins 3 ADL et 1 IADL, les déficiences cognitives, les troubles du comportement à type de délire, le milieu urbain, la polypathologie, les ATCD d'hospitalisation et l'intention de l'entourage d'institutionnaliser [8,39-45].

4.2. Discussion sur les différences de profil entre les deux groupes

Notre étude a permis de faire ressortir 3 principaux facteurs de risque d'institutionnalisation chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile : **le souhait de l'entourage d'institutionnaliser** le patient, **l'absence d'APA** avant l'hospitalisation et les **dysthyroïdies**. Le faible effectif de notre échantillon ne nous a pas permis de mettre en évidence les associations connues entre certains facteurs et l'institutionnalisation, dans notre population, comme l'âge, le sexe féminin, le fait de vivre seul, le milieu urbain, le statut marital, les troubles cognitifs, les troubles du comportement à type de délire, la dénutrition, le nombre de comorbidités, les AVC, la dépression sévère, la présence de soins médicaux importants, les chutes, la disponibilité d'un seul aidant informel et son lien de parenté, l'utilisation de services professionnels à domicile, le fardeau ressenti par l'aidant et son état de santé, et un antécédent d'hospitalisation [8,39-45].

4.2.1. Le souhait de l'entourage d'institutionnaliser le patient

Pour 92,6 % des patients orientés en EHPAD, le souhait de l'entourage était l'institutionnalisation, versus 44,4 % des patients rentrant au domicile ($p < 0.001$). Cette différence n'a pas été modifiée après ajustement sur l'âge, le sexe, l'épuisement des aidants, la présence de troubles du comportement, la mise sous protection juridique et le sexe de l'aidant principal.

Comme beaucoup d'auteurs qui se sont interrogés sur le rôle prédictif de l'intention d'institutionnaliser [8,46,47], nous retrouvons que l'orientation en EHPAD est très liée au souhait de l'entourage d'institutionnaliser la personne âgée dépendante hospitalisée pour maintien au domicile difficile. En effet, compte-tenu des difficultés cognitives et de la dépendance de ces patients, leur maintien au domicile dépend en partie de la présence soutenue, soit d'un ou de plusieurs proches demandant un investissement personnel important, soit de la présence de professionnels pour assurer une présence 24h/24h et dont les coûts reposent sur la personne âgée et souvent également sur l'un de ses aidants. Ceci explique que le devenir de ces personnes âgées dépendantes dépend en grande partie de la décision de leurs proches, lorsqu'ils existent, ou de la société par le biais d'une mise sous protection juridique. Il en découle qu'il est important d'**insister sur l'aide aux aidants** afin de les accompagner au mieux et d'éviter leur épuisement. En connaissance de cause, pour pouvoir respecter le souhait des personnes âgées dépendantes de rester au domicile le plus longtemps possible, et que ce choix soit indépendant du choix des autres, malgré cette perte d'autonomie importante, il serait nécessaire d'**informer plus les personnes encore en activité professionnelle de ces probabilités** afin qu'elles prennent leurs **dispositions, notamment financières,** pour pouvoir assumer ce choix quelles que soient les conditions de leur vieillissement. Faute d'une véritable politique publique (création par exemple d'un **risque dépendance Sécurité sociale ou d'une nouvelle branche de protection sociale**) pour les plus pauvres et les plus fragiles, le libre choix de leurs modes de vie jusqu'à la fin risque de rester, pendant longtemps encore, plus une promesse politique qu'une réalité effective pour tous.

4.2.2. L'absence d'APA avant l'hospitalisation

Nous avons constaté que les personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile qui n'avaient pas l'APA avant l'hospitalisation étaient plus à risque d'être institutionnalisées à la suite de cette hospitalisation indépendamment de l'âge et du niveau de dépendance (ADL et GIR) (p=0.04).

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre l'APA et l'orientation en EHPAD dans la littérature si ce n'est le lien indirect entre la dépendance et l'institutionnalisation [39-45]. En effet, plus un patient est dépendant, plus il est susceptible d'avoir l'APA, et donc le fait d'avoir l'APA serait plutôt un facteur de risque d'institutionnalisation.

Cette différence peut être le reflet du fait que les patients institutionnalisés n'avaient pas de plan d'aides optimal au domicile, et qu'arrivant à l'hôpital à un stade préoccupant de situation difficile au domicile, les démarches et la mise en place d'un protocole d'aides plus lourd soit difficile à supporter pour l'entourage, entraînant plus aisément une institutionnalisation moins « compliquée » à organiser. Le médecin traitant doit donc avoir **« un bagage d'informations sociales »** et un carnet d'adresses afin de pouvoir au **mieux aiguillier les familles au plus tôt pour les aides financières** qui représentent un des piliers de la prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile. Les demandes d'APA représentent une charge administrative supplémentaire pour le médecin, mais on voit bien qu'elles sont indispensables pour optimiser la prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile. Par ailleurs, il doit réévaluer en permanence l'autonomie de ses patients, afin d'avoir un plan personnalisé de soins sans cesse à la page.

De plus, il est important également de souligner le fait que la prise en charge des personnes âgées à risque de perte d'autonomie ou déjà dépendantes dans des services de spécialités autres que gériatriques est encore trop souvent purement médicale, entraînant des retours au domicile précoces sans prise en charge sociale optimale, eux-mêmes pourvoyeurs de ré-hospitalisations. Il est donc nécessaire de **continuer à sensibiliser tous les spécialistes** sur cette prise en charge particulière de la personne âgée, notamment par le biais de formations ou d'interventions d'équipes mobiles de gériatrie dans ses services.

4.2.3. Les dysthyroïdies

12 patients (1 patient sur 5) avaient une dysthyroïdie. Elles étaient constituées de 5 hyperthyroïdies (toutes dans le groupe des patients orientés en EHPAD) et 7 hypothyroïdies. 10 dysthyroïdiens (37 %) ont été orientés en EHPAD et 2 (10 %) sont rentrés au domicile (p = 0.05). Cette différence n'a pas été modifiée après ajustement sur l'âge et le sexe.

Les dysthyroïdies sont fréquentes chez les sujets âgés notamment par le biais des thyropathies auto-immunes et des goîtres multinodulaires, simples ou prétoxiques, qui comportent des zones autonomisées. Cette situation rend la thyroïde du sujet âgé particulièrement vulnérable aux effets indésirables de certains traitements ou produits de contraste iodé. Ces effets peuvent se manifester rapidement ou après une période de latence qui peut atteindre jusqu'à plusieurs années (radiothérapie, certaines hyperthyroïdies induites par l'amiodarone).

De plus l'intrication des dysthyroïdies et des pathologies cognitives, fréquentes elles-aussi, est très controversée, en particulier entre les hypothyroïdies et le déclin cognitif, et a déjà été décrite dans plusieurs études dont les résultats sont contradictoires du fait de petits effectifs et d'échelles diagnostic différentes [49-54]. L'idée que l'hypothyroïdie est un facteur de risque de déficience cognitive réversible est largement répandue, même si plusieurs études n'ont montré aucune association [48,55-58]. Le lien entre dysthyroïdies et institutionnalisation n'a, à notre connaissance, jamais été soulevé dans la littérature.

Nous avons mis en évidence un lien entre les dysthyroïdies (indépendamment du type de dysthyroïdies) et l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes hospitalisées pour maintien au domicile difficile. Sur les 12 patients ayant une dysthyroïdie, 10 ont été institutionnalisés et 2 sont rentrés au domicile.

Dans le groupe des patients institutionnalisés, il s'agissait essentiellement de dysthyroïdies déséquilibrées. 4 étaient des hommes : pour 3 d'entre eux, il s'agissait d'une hyperthyroïdie découverte au cours de l'hospitalisation et un patient a été mis sous carbimazole. Une surveillance simple a été décidée pour les 2 autres. Le 4ème avait une hypothyroïdie post-hyperthyroïdie traitée par iodothérapie. 6 étaient des femmes : 4 avaient une hypothyroïdie, dont 2 étaient déséquilibrées. Les 2 restantes avaient des

hyperthyroïdies traitées par benzylthiouracile et carbimazole. Pour la patiente qui était sous carbimazole, la TSH étant augmentée, le carbimazole a été arrêtée.

Dans le groupe des patients rentrés au domicile, il s'agissait de 2 femmes avec des hypothyroïdies dont 1 était déséquilibrée.

Ce résultat semble inopiné mais il pourrait encourager la **réalisation d'autres études sur le lien entre les dysthyroïdies et l'institutionnalisation, peut-être par le biais des troubles cognitifs**. Il rappelle également l'intérêt de **dépister ces dysthyroïdies** chez les personnes âgées fragiles.

4.2.4. Les autres tendances

Les caractéristiques démographiques et médico-psycho-sociales des patients (âge, sexe, dépendance, entourage familial, charge et autonomie de l'aidant principal, aides professionnelles au domicile, possibilité de financement d'un EHPAD, pathologies hors dysthyroïdies et syndromes gériatriques) étaient comparables dans les 2 groupes.

Certains facteurs étaient à la limite de la significativité. Il existe notamment une tendance au retour à domicile lorsque le conjoint est présent. Il est présent dans 40 % pour les patients rentrant au domicile et dans 14,8 % chez les patients institutionnalisés ($p = 0.09$). L'interprétation de cette tendance peut être le fait que les patients de la population sont dépendants et présentent majoritairement des troubles cognitifs, voire du comportement, nécessitant une présence fréquente voire continue afin de les sécuriser au domicile. Il semble compréhensible que la présence du conjoint soit facilitante pour le retour au domicile. Nous retrouvons le même résultat que l'enquête DREES 2011 [36] qui montrait qu'à niveau de dépendance donné, le fait d'être marié tendait à diminuer considérablement l'institutionnalisation.

D'autre part, il y a plus de patients ayant un syndrome dépressif paradoxalement chez les patients rentrant à domicile (65%) que chez les institutionnalisés (40.7%) ($p = 0.10$). Il n'y pas de différence concernant les types de traitements antidépresseurs pris dans les 2 groupes. Cette tendance peut s'expliquer peut-être par un meilleur dépistage et un meilleur

suivi chez les patients ayant un syndrome dépressif, et peut-être aussi par la taille de notre échantillon.

4.2.5. Les facteurs de risque d'institutionnalisation connus non retrouvés

Nous n'avons pas constaté de différences significatives concernant l'âge, le sexe, les troubles cognitifs, les troubles du comportement, le nombre de comorbidités, les ATCD d'AVC, la dénutrition, les chutes, le fardeau ressenti par l'aidant principal entre les 2 groupes, alors qu'ils sont connus pour être également des facteurs de risque d'institutionnalisation [8,39-45], sans doute du fait du faible effectif de notre échantillon et du fait que nous avons inclus des personnes âgées ayant une dépendance sévère (ADL ≤ 3), créant ainsi un biais de sélection sur ce critère puisque la dépendance est en partie liée aux pathologies et au vieillissement.

4.3. Discussion sur la méthodologie et les limites de l'étude

4.3.1. Puissance

Les limites de notre étude sont d'abord sa faible puissance du fait d'un effectif peu important et les données manquantes, principalement sur les échelles de Zarit et les MMSE. En effet, une étude incluant davantage de patients pourrait permettre la mise en évidence de différences statistiquement significatives là où nous n'avons retrouvé que des tendances. D'autres études incluant plus de patients devront sans doute être réalisées dans ce but.

4.3.2. Critère de sélection sur la dépendance

Nous avons choisi de nous intéresser surtout aux personnes âgées dépendantes car pour les personnes âgées non dépendantes ou ayant une dépendance légère, le problème du maintien au domicile difficile se pose moins souvent car elles peuvent être plus facilement encadrées avec peu d'aides, et nous voulions justement étudier les autres facteurs de risque que la dépendance. Nous avons conscience qu'avec ce seuil de dépendance nous excluons un certain nombre d'hospitalisés pour maintien à domicile difficile. Toutefois dans l'étude parisienne de 2012 [7], aucun critère d'inclusion sur la

dépendance n'avait été mis en place et 95% de leurs patients étaient dépendants et 60% présentaient une dépendance sévère.

4.3.3. Durée d'inclusion

Nous avons finalement choisi d'inclure les patients sur une durée de 6 mois. Cette période d'inclusion n'a pas permis de mettre en évidence d'éventuels facteurs saisonniers potentiellement responsables d'une augmentation saisonnière des hospitalisations pour maintien au domicile difficile. Néanmoins nous avons repris en rétrospectif, à partir des courriers d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisés pour maintien au domicile difficile avec le même niveau de dépendance durant les 6 mois suivants, et le nombre d'hospitalisations ne semble pas augmenter, dans la limite d'un recueil rétrospectif (cf. figure 16).

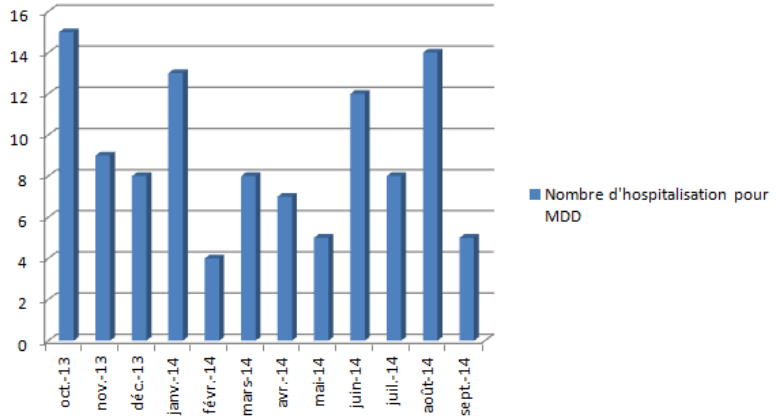


Figure 16 : Nombre d'hospitalisations des personnes âgées dépendantes pour maintien au domicile difficile sur un an

4.3.4. Lieu de l'étude

Notre étude a été réalisée au CHCB sur 2 sites, à Bayonne et à Saint-Jean-de-Luz, avec des patients majoritairement issus d'un milieu urbain (84,2 %). Même si chaque bassin de vie à ses spécificités (démographie, type de population, aides proposées), il serait intéressant de comparer les hospitalisations pour maintien au domicile difficile dans les autres départements afin de déterminer si les problématiques relevées sont identiques et les patients comparables à notre population majoritairement urbaine. L'étude parisienne concernait exclusivement des patients vivant en milieu urbain [7].

4.3.5. Limites des variables étudiées

Le calcul de l'indice de masse corporel et l'albuminémie que nous avons utilisés est nécessaire au dépistage de la dénutrition mais ne sont pas suffisants. La littérature recommande d'utiliser le Mini Nutritionnal Assessment, outil simple qui a largement été validé dans de nombreuses études, mais ceci aurait été plus chronophage, notre objectif n'étant pas de détailler l'état nutritionnel précis de ces patients.

Les déficiences visuelles, contrairement aux déficiences motrices et auditives, sont difficiles à évaluer chez les patients déments, en dehors des déficiences avancées entraînant un handicap important, ce qui nous limite dans l'interprétation de ces données.

4.3.6. Variables non étudiées

La **charge objective** des aidants (ensemble des tâches effectuées par l'aidant principal, lié à la nature de l'aide et au volume horaire de l'aide) n'a pas été relevée et aurait pu permettre de mieux interpréter l'épuisement des aidants et notamment l'échelle de Zarit.

Nous n'avons pas **suivi** ces patients à distance, en particulier concernant l'orientation en EHPAD à distance des patients rentrés à domicile, et éventuellement le **temps d'institutionnalisation** depuis la sortie, aurait pu être pris en compte.

Les traitements, psychotropes notamment, et le nombre de traitements, n'ont pas été pris en compte.

Conclusion

Le premier objectif de cette étude était de décrire le profil des patients hospitalisés pour maintien au domicile difficile que l'on trouve fréquemment dans les services de gériatrie et peu dans la littérature. Nous avons pu l'obtenir afin de permettre leur repérage précoce par le médecin traitant, au domicile, et d'éviter les hospitalisations pour maintien au domicile difficile.

L'étude a ainsi montré que ces patients étaient pour la plupart des femmes de plus de 80 ans, vivant seules au domicile mais entourées par leur famille et des aides professionnelles au domicile, polypathologiques, fragilisées, avec des troubles des fonctions supérieures souvent associés à des troubles psycho-comportementaux, à une dénutrition et à des chutes à répétition. Les aides financières (APA), et de fait professionnelles, semblaient non adaptées au maintien au domicile.

Le second objectif était de déterminer les facteurs de risque d'institutionnalisation de ces patients dépendants sévères hospitalisés pour maintien au domicile difficile, afin de pouvoir mieux anticiper les situations de crise. Nous avons identifié le souhait de l'entourage d'institutionnaliser le patient, l'absence d'APA avant l'hospitalisation et les dysthyroïdies. Ces résultats rappellent l'intérêt d'un dépistage des dysthyroïdies au sein de cette population et le rôle majeur de l'entourage dans le devenir de la personne âgée dépendante.

Nous rappelons donc la nécessité pour les médecins généralistes d'insister sur la **prévention de la perte d'autonomie et la réévaluation permanente de l'autonomie** auprès de leurs personnes âgées dépendantes au domicile et ceci au moyen d'au moins **5 visites annuelles**, conformément aux recommandations HAS 2013, et d'autant plus chez ces personnes dépendantes. Il est également nécessaire que les médecins de ville **orientent le plus tôt possible** les familles vers l'assistante sociale de secteur afin de mettre en place précocement les aides financières, éventuellement vers la consultation d'aides aux aidants et de **réévaluer le risque au domicile et le plan d'aides régulièrement avec tous les intervenants concourants au maintien au domicile**. Dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, une **visite à domicile annuelle** pourrait être proposée par les généralistes à tous leurs patients de **plus de 75 ans fragiles**, afin de pouvoir évaluer au

mieux leur autonomie, l'aménagement de leur domicile, et de leur dispenser des conseils simples de prévention des chutes.

L'entourage des personnes âgées dépendantes fait partie très souvent de la clé de voûte du maintien au domicile. En ce sens, une **information élargie à la population active** sur la dépendance et sa prise en charge, permettrait à tous de prendre des dispositions anticipées vis-à-vis de ce risque. Par ailleurs, l'entourage étant souvent démuni à l'encontre des troubles cognitifs et psycho-comportementaux qui vont de pair, nous insistons sur le fait d'**améliorer l'accompagnement des familles** principalement par une meilleure information dispensée par le médecin de famille, le dépistage de l'épuisement et une anticipation avec celle-ci des différents facteurs entrainant des situations de crise, comme le départ en congés de l'entourage ou le décès éventuel du conjoint.

Pour l'aider dans les situations complexes, le médecin généraliste a **accès à des consultations et pôles d'évaluation gérontologiques** (comme les équipes mobiles de gériatrie, hospitalisations de jour) qui sont des réponses de proximité auxquels ils peuvent adresser leurs patients pour un bilan pluridisciplinaire médico-psycho-social et pour l'établissement ou l'évaluation du plan d'aide personnalisé.

Il serait intéressant de proposer des formations locales aux médecins généralistes en termes de dépistage et d'approches thérapeutiques des syndromes démentiels avec troubles comportementaux dont la prise en charge est complexe au domicile, ainsi que sur les aides sociales **et de secteur** à proposer aux patients et aux familles dans le cadre du maintien à domicile.

Enfin, dans les années à venir, la « pénurie » d'aidants naturels sera accentuée par les changements socioculturels déjà amorcés (familles recomposées, réduction de la taille des familles, travail des femmes, éloignement des enfants, délégation des tâches) et l'évolution des modes de vie qui en découle. Il est donc important d'envisager de nouvelles formes de prise en charge, tout en fortifiant dans l'intermède la relation d'aide de la famille, notamment avec le soutien de l'APA.

Bibliographie

1. Grobon S. Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant. Dossiers Solidarité et Santé DREES. 2014 Dec;(57):1-24.

2. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La Prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Etudes et Résultats DREES. 2014 Fev;(869):1-6.

3. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Gerontology: Medical sciences. 2008;63A(3):298–307.

4. Rainfray M, Bourdel-marchasson I, Dehail P, Richard-hartson S. L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées. Ann Med Interne (Paris). 2002;153:397-402.

5. Recommandations HAS Note Méthodologique et de synthèse documentaire – « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire » décembre 2013.

6. Legrain S. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Du repérage précoce au plan personnalisé de santé. Le Concours Médical. 2013 Oct;135(8):609-640.

7. Carvalho O. Les patients hospitalisés en gériatrie aiguë pour maintien à domicile difficile : descriptions et comparaisons de leurs caractéristiques médico-psycho-sociales en fonction de leur suivi par la filière gériatrique, sous la direction de Dan Kogel – Paris : Université Paris 7, 2012. Thèse doctorat : médecine : 2012 : 2012PA07M178.

8. Mantovani J, Rolland C, Andrieu S. Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. 2008 nov. Commandité par le ministère du travail des relations sociales, de la famille et de la solidarité, par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, et de la vie associative, par le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Rapport N°83 DREES.

9. Imbert F, Lang PO, Meyer N, Heitz D, Berthel M, Kuntzmann F. Description des conditions de vie de la personne âgée de 75 ans et plus vivant à domicile en Alsace. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2005;53:153-65.

10. Magnier AM. Maintien à domicile des personnes âgées. EMC – Traité de médecine Akos. 2013 Avr;8(2):1-7.

11. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014 – Des décès moins nombreux. Insee Première. 2015 Jan ;(1532):1-4.

12. Dubreuil JM. Les séniors aquitains d'avantage en milieu rural et sur le littoral. INSEE Flash Aquitaine. 2014 Jui ;(1):1-2.

13. Personnes âgées dépendantes. Tableaux de l'Economie Française. INSEE 2014 ;100-101.

14. Dubreuil JM. Près de 500 000 aquitains vivent seuls : deux fois plus qu'il y a 30 ans. Aquitaine e-publications. INSEE. 2014 Avr ;(2):1-3.

15. Saragosa B. Un Aquitain sur quatre est grand-père ou grand-mère. Enquête famille et logement 2011. Aquitaine e-publications. INSEE. 2013 Oct ;(11):1-4.

16. La place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de la Famille. 2011 Jun 16;1-149.

17. Bonnet C, Cambois E, Cases C, Gaymu J. La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? Population et sociétés. 2011 Nov ;(483):1-4.

18. Laroque M, Zeggar H, Amghar YG, Geffroy L (Membres de l'inspection générale des affaires sociales). Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement. Paris : La documentation française. 2011. Rapport N°RM2011-085P.

19. Prevot J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et Résultats. DREES. 2009 Aoû;(699):1-8.

20. Gueniot C. Un pilotage pour le maintien à domicile ? Panorama du médecin. 2010 Avr 26;(5183):25-28.

21. Marquier R, Nahon S. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Dossiers solidarité et santé. DREES. 2012;(30):1-60.

22. Joel ME. Les conditions de vie des personnes âgées au domicile. La Doc. Française – Revue française des affaires sociales. 2003;(1-2):103–122.

23. Robine JM, Cambois E. Les espérances de vie des européens. Population et sociétés. 2013 Avr ;(499):1-4.

24. La France dans l'UE. Tableaux de l'Economie Française. INSEE 2014;89-97.

25. Gaymu J. Comment les personnes âgées dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. Population et sociétés. 2008 Avr;(444):1-4.

26. Qiao qiu W, Dean M, Liu T et al. Physical and mental health of the homebound elderly: an overlooked population. J Am Geriatr Soc. 2010 Dec; 58(12):2423–2428.

27. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières. DGOS. 2011 Aoû 11. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports.

28. Leboucher S, David J, Lopez T, Di Menza C. Problèmes sociaux des urgences gériatriques médicales. Urg Med. 1992;11(3-4):133-136.

29. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé publique. 1999;11(4):465-482.

30. Poupet J, Ingrand P, Pradere C, Thomas P, Bonneau-Lussier M, Merlet I. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. Rev Geriatr. 1995;20:465-470.

31. Petitot C, Chapuis F, Touzet S. Passages inappropriés des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : enquête prospective. Rev Geriatr 2008;33:761-769.

32. Gentric A, Duquesne F, Graziana A et al. L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ? Rev Méd Interne. 1998;19:85-90.

33. Dereas TS, Berntsen GR, Jones AP, Forde OH, Sund ER. Associations between primary healthcare and unplanned medical admissions in Norway: a multilevel analysis of the entire elderly population. BMJ Open. 2014;4:e004293.

34. Walsh B, Roberts HC, Nicholls PG. Features and outcomes of unplanned hospital admissions of older people due to ill-defined (R-coded) conditions: Retrospective analysis of hospital admissions data in England. BMC Geriatrics. 2011;62(11):1471-2318.

35. Thomas R, Huntley AL, Mann M et al. Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Age and Ageing. 2014;43:174–187.

36. Soullier N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Études et Résultats, DREES. 2011 Aou;(771):1-8.

37. Soullier N. Aider un proche âgé au domicile: la charge ressentie. Etudes et Resultats DREES. 2012 Mar;(799):1-8.

38. Les maladies respiratoires. La santé enregistrée dans les régions de France. FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé). 1999.

39. Miller EA, Schneider LS, Rosenheck RA. Predictors of nursing home admission among Alzheimer's diseases patients with psychosis and/or agitation. Int Psychogeriatr. 2011 Feb;23(1):44–53.

40. Alperovitch A, Amouyel P, Dartigues JF et al. Epidemiological studies on aging in France: from the PAQUID study to the Three-City study. C R Biol 2002;325:665-72.

41. Bourdel-marchasson I, Vincent S, Germain C et al. Delirium Symptoms and Low Dietary Intake in Older Inpatients Are Independent Predictors of Institutionalization: A 1-Year Prospective Population-Based Study. Journal of Gerontology: Medical sciences. 2004;59A(4):350–354.

42. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics. 2007;**7**:13.

43. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard JC, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:471–478.

44. Wattmo C, Wallin AK, Londos E, Minthon L. Risk factors for nursing home placement in Alzheimer's Disease: A longitudinal study of cognition, ADL, service utilization, and cholinesterase inhibitor treatment. The Gerontologist. 2010;51(1):17–27.

45. Pruchno RA, Michaels JE, Potashnik SL. Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. Journal of Gerontology. 1990;45(6):S259-66.

46. Cohen CA, Gold DP, Shulman KI, Wortley JT, McDonald G, Wargon M. Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: a prospective study, Gerontologist. 1993;33(6):714-20.

47. Gold DP, Reis MF, Markiewicz D, Andres D. When home caregiving ends : a longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. Journal of American Geriatrics Society. 1995;43(1):10-6.

48. Parsaik AK, Singh B, Roberts RO et al. Hypothyroidism and risk of mild cognitive impairment in elderly persons: a population-based study. JAMA Neurol. 2014;71(2):201-207.

49. Tan ZS, Beiser A, Vasan RS, et al. Thyroid function and the risk of Alzheimer disease: the Framingham Study. Arch Intern Med. 2008;168(14):1514-1520.

50. Baldini IM, Vita A, Mauri MC, et al. Psychopathological and cognitive features in subclinical hypothyroidism. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1997;21(6):925-935.

51. Haggerty JJ Jr, Garbutt JC, Evans DL, et al. Subclinical hypothyroidism: a review of neuropsychiatric aspects. Int J Psychiatry Med. 1990;20(2):193-208.

52. Jensovsky J, Ruzicka E, Spackova N, Hejdukova B. Changes of event related potential and cognitive processes in patients with subclinical hypothyroidism after thyroxine treatment. Endocr Regul. 2002;36(3):115-122.

53. Monzani F, Del Guerra P, Caraccio N, et al. Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral features and beneficial effect of L-thyroxine treatment. Clin Investig. 1993;71(5):367-371.

54. Resta F, Triggiani V, Barile G, et al. Subclinical hypothyroidism and cognitive dysfunction in the elderly. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2012;12(3):260-267.

55. De Jongh RT, Lips P, van Schoor NM, et al. Endogenous subclinical thyroid disorders, physical and cognitive function, depression, and mortality in older individuals. Eur J Endocrinol. 2011;165(4):545-554.

56. Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJ, Meinders AE, FrölichM, Westendorp RG. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. JAMA. 2004;292(21):2591-2599.

57. Park YJ, Lee EJ, Lee YJ, et al. Subclinical hypothyroidism (SCH) is not associated with metabolic derangement, cognitive impairment, depression or poor quality of life (QoL) in elderly subjects. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(3):e68-e73.

58. Roberts LM, Pattison H, Roalfe A, et al. Is subclinical thyroid dysfunction in the elderly associated with depression or cognitive dysfunction? Ann Intern Med. 2006;145(8):573-581.

Liste d'abréviations

ADL : Activity of Daily Living

AEG: Altération de l'Etat Général

ALD : Affection Longue Durée

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

ARDH : Allocation de Retour d'Hospitalisation

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EHPA : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activity of Daily Living

IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

GIR : Groupe Iso-Ressource

MMS : Mini Mental State

MNA : Mini Nutritionnal Assessement

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGA : Unité de Gériatrie Aigüe

Annexe 1: Questionnaire à l'aidant principal

Thèse de Médecine Générale
Maintien au domicile difficile des personnes âgées dépendantes

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en dernière année d'internat de médecine générale et j'ai choisi d'effectuer ma thèse sur le ***maintien au domicile difficile des personnes âgées dépendantes***, afin de mettre en évidence les facteurs principaux responsables des difficultés de maintien au domicile. Ceci afin de proposer des actions correctives si celà est possible ou un meilleur accompagnement de la personne et de son entourage en médecine générale afin que ce souhait soit respecté au mieux.

Pour ce faire, j'ai besoin de votre collaboration, ***si vous l'acceptez***, en tant qu'***aidant principal*** de votre parent. Les données recueillies seront bien évidemment anonymisées conformément à la législation en vigueur. Je vous sollicite donc pour répondre à un court questionnaire concernant l'environnement de votre parent, son autonomie, les aides en place au domicile, votre autonomie ainsi que votre implication dans le maintien au domicile de votre parent et son retentissement (cf. l'échelle de Zarit en dernière page). J'insiste sur le fait que les ***données seront anonymisées***, que je ne suis donc absolument pas en mesure de juger votre situation, que je suis indépendante de la prise en charge médicale de votre parent, et que j'ai donc besoin que vous répondiez ***au plus juste***, et ***le plus sincèrement possible*** afin que je puisse obtenir des résultats fiables, c'est-à-dire au plus près de la réalité actuelle. Vous pouvez conservez cette première page et remettre le questionnaire à l'équipe médicale ou paramédicale.

Je vous remercie énormément par avance d'avoir pris quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, et je vous recontacterai par la suite pour avoir des nouvelles de votre parent, si vous le voulez bien, et je vous ferai part de mes résultats en fin d'année prochaine. Je vous souhaite bonne continuation pour la suite de la prise en charge.

Melle CASTRO Caroline, interne en 9ème année de médecine générale.

Questionnaire pour l'Aidant principal

1°) Concernant votre parent, son environnement, son autonomie :

- Pourriez-vous me donner la taille de votre parent svp ? (*information sur sa carte d'identité*) _____

- Est-il (elle) sous tutelle/curatelle ? **OUI** □ **NON** □

- A-t-il (elle) toujours un(e) conjoint(e) ou époux (se) ? **OUI** □ **NON** □

- Combien a-t-il (elle) d'enfants ? _____, de petits-enfants ? _____

- Combien y-a-t-il d'aidants familiaux (*proches du domicile de votre parent*) ? _____

- Y-a-t-il des amis, ou des voisins aidants ? **OUI** □ **NON** □, si oui, combien ? _____

- Y-a-t-il un conflit au sein de votre famille (*entre parents et enfants, ou entre enfants*) ? **OUI** □ **NON** □

- Est-ce qu'il (elle) reçoit de l'aide pour la toilette ? **OUI** □ **NON** □, uniquement pour se laver une partie du corps ? **OUI** □ **NON** □

- Est-ce qu'il (elle) peut s'habiller sans aide ? **OUI** □ **NON** □, a-t-il (elle) besoin d'aide pour lacer ses souliers ? **OUI** □ **NON** □

- Peut-il (elle) se rendre aux toilettes seul(e) ? **OUI** □ **NON** □, a-t-il besoin d'une aide partielle pour l'accompagnement ou l'habillage en suivant ? **OUI** □ **NON** □

- Peut-il (elle) effectuer ses transferts (lit-fauteuil, chaise-marche) seul(e) ? **OUI** □ **NON** □

- Est-il (elle) continent(e) au niveau urinaire et fécal ? **OUI** □ **NON** □, existe-t-il des accidents occasionnels ? **OUI** □ **NON** □

- Se nourrit-il (elle) sans aide ? **OUI** □ **NON** □ A-t-il besoin d'aide pour couper la viande ou pour beurrer du pain ? **OUI** □ **NON** □

- Utilise-t-il (elle) le téléphone en composant quelques numéros connus ou uniquement en le décrochant sans composer les numéros ? **OUI** □ **NON** □

- Fait-il (elle) seul(e) ses courses ? **OUI** □ **NON** □

- Prévoit-il (elle) et cuisine-t-il (elle) ses repas seul(e) ? **OUI** □ **NON** □

- A-t-il (elle) besoin d'aides pour les travaux ménagers du quotidien ? **OUI** □ **NON** □

- Lave-t-il (elle) son linge ou son petit linge seul(e) ? **OUI** □ **NON** □

- Utilise-t-il (elle) les transports publics seul(e) (taxi ou bus ou tram) ? **OUI** □ **NON** □

- Prend-t-il (elle) ses médicaments correctement et de façon responsable ? **OUI** □ **NON** □

- Est-il (elle) encore capable de se servir de son argent seul(e) ? **OUI** □ **NON** □

2°) Concernant les aides au domicile :

- Quel est le nombre de passages infirmiers par jour ? _____ (*si pas de passages infirmiers, indiquez 0*)

- Bénéficie-t-il (elle) d'une aide ménagère ? **OUI** □ **NON** □, si oui, combien d'heures par semaine ? _____ Etait-elle en congés au moment de la décision d'hospitalisation ? **OUI** □ **NON** □

- Bénéficie-t-il (elle) d'une auxiliaire de vie ? **OUI** □ **NON** □, si oui, combien d'heures par semaine ? _____ Etait-elle en congés au moment de la décision d'hospitalisation ? **OUI** □ **NON** □

- Bénéficie-t-il (elle) du portage des repas ? **OUI** □ **NON** □

- Bénéficie-t-il (elle) de la téléalarme ? **OUI** □ **NON** □ A-t-il (elle) chuté dans les 6 derniers mois ? **OUI** □ **NON** □ Si oui, combien de fois environ ? _____ A-t-il (elle) encore des tapis de sol au domicile ? **OUI** □ **NON** □

-A-t-il (elle) une garde de nuit ou une présence nocturne assurée par les proches ? **OUI** □ **NON** □

- Le domicile est-il aménagé ? Douche/WC aménagés ? **OUI** □ **NON** □, Lit médicalisé ? **OUI** □ **NON** □, Escalier aménagé ? **OUI** □ **NON** □ Un(e) ergothérapeute est-il (elle) intervenu(e) au domicile ? **OUI** □ **NON** □

3°) Concernant les aides financières :

- Est-il (elle) bénéficiaire de l'APA ? **OUI** □ **NON** □, si non, la demande est-elle en cours ? **OUI** □ **NON** □

- Bénéficie-t-il (elle) d'une prise en charge à 100% ? **OUI** □ **NON** □

- Bénéficie-t-il (elle) d'autres aides financières ? **OUI** □ **NON** □ **Je ne sais pas** □, si oui lesquelles ? _____

- Pensez-vous (votre parent et/ou sa famille) pouvoir financer une maison de retraite ? **OUI** □ **NON** □

4°) Vous concernant :

- Qui êtes-vous par rapport à votre parent ? _____

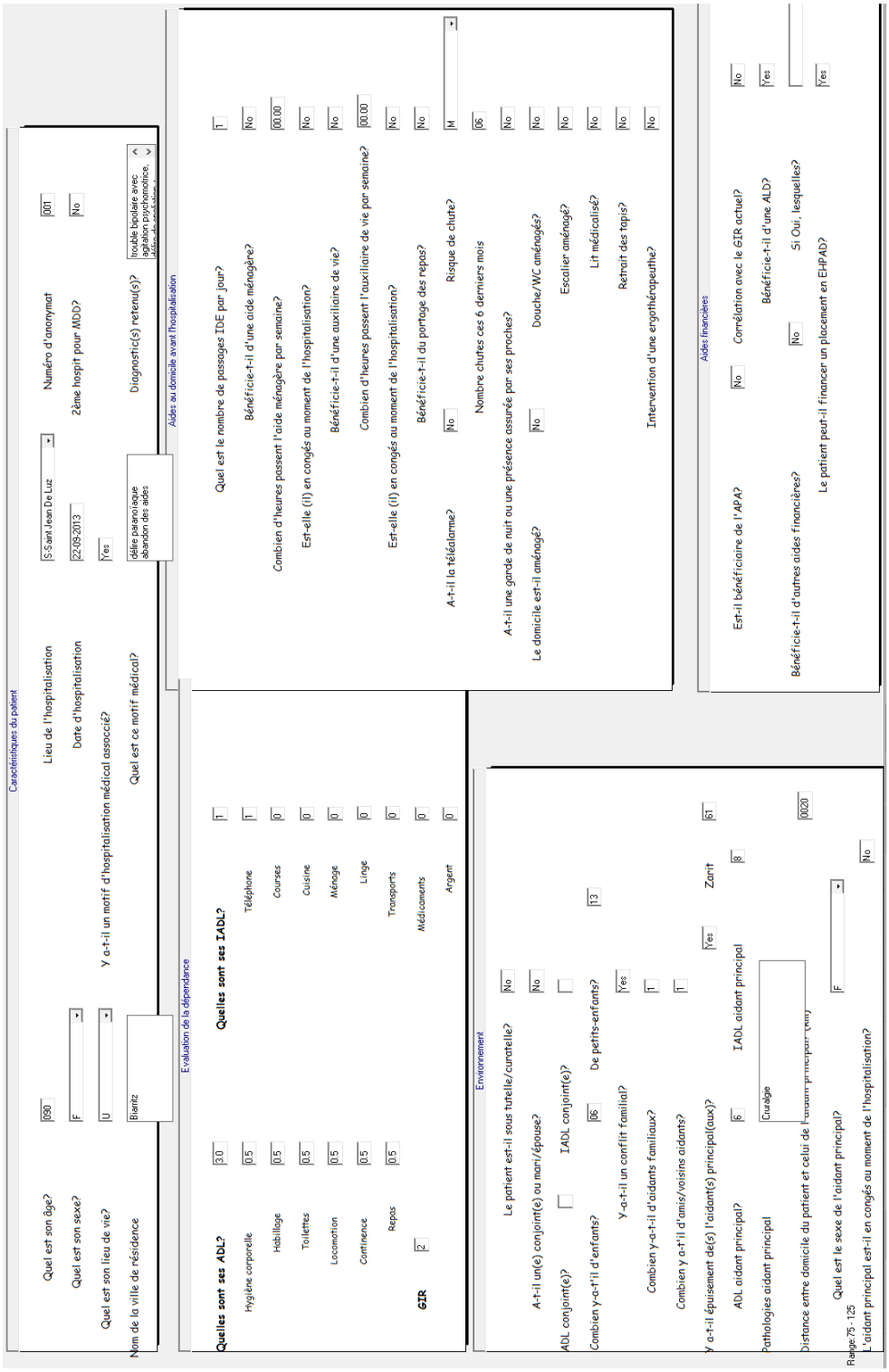
- Etiez-vous en congés (ou en voyage) au moment de l'hospitalisation de votre parent ? **OUI** □ **NON** □

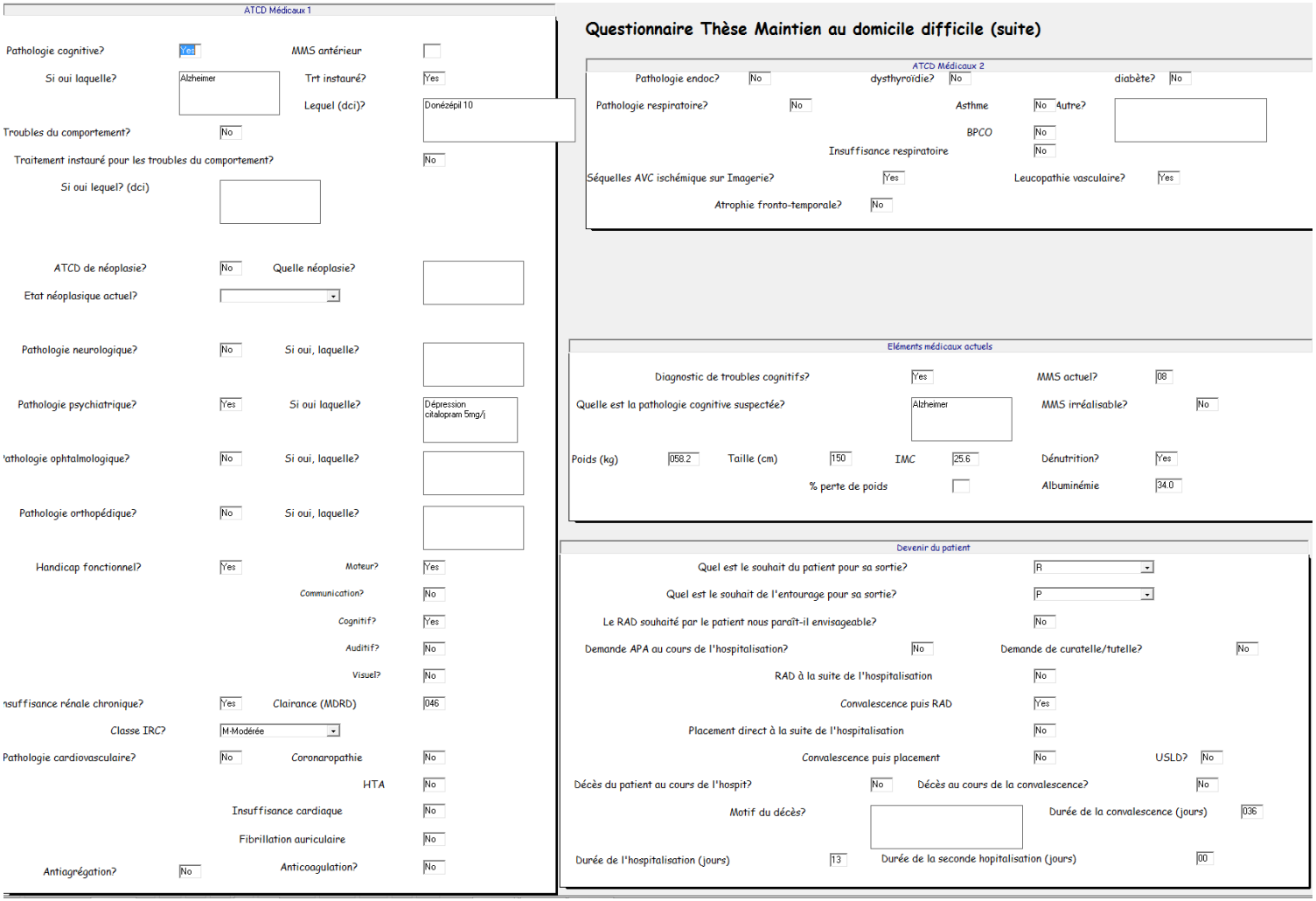
- Quelle est environ la distance en kilomètre entre votre domicile et celui de votre parent ? _____

- Diriez-vous que vous vous sentez épuisé(e) par la prise en charge de votre parent ? **OUI** □ **NON** □
- Avez-vous vous aussi des pathologies ? **OUI** □ **NON** □ Si oui, lesquelles ?

- Auriez-vous une suggestion à nous faire (nous = équipe médicale, médecin généraliste) à propos d'améliorations éventuelles que nous pourrions vous proposer concernant notre accompagnement dans la prise en charge au domicile de votre parent ? (*question ouverte*) (**reformulation de la question** : Qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu vous permettre de mieux prendre en charge votre parent au domicile ?)

Annexe 2 : Grille de Recueil Epi-Info




ATCD Médicaux 1
Pathologie cognitive? Yes
MMS antérieur
Si oui laquelle? Alzheimer
Trt instauré? Yes
Lequel (dci)? Donézépil 10
Troubles du comportement? No
Traitement instauré pour les troubles du comportement? No
Si oui lequel? (dci)
ATCD de néoplasie? No
Quelle néoplasie?
Etat néoplasique actuel?
Pathologie neurologique? No
Si oui, laquelle?
Pathologie psychiatrique? Yes
Si oui laquelle? Dépression citalopram 5mg/j
athologie ophtalmologique? No
Si oui, laquelle?
Pathologie orthopédique? No
Si oui, laquelle?
Handicap fonctionnel? Yes
Moteur? Yes
Communication? No
Cognitif? Yes
Auditif? No
Visuel? No
nsuffisance rénale chronique? Yes
Clairance (MDRD) 046
Classe IRC? M-Modérée
Pathologie cardiovasculaire? No
Coronaropathie No
HTA No
Insuffisance cardiaque No
Fibrillation auriculaire No
Antiagrégation? No
Anticoagulation? No
Questionnaire Thèse Maintien au domicile difficile (suite)
ATCD Médicaux 2
Pathologie endoc? No
dysthyroïdie? No
diabète? No
Pathologie respiratoire? No
Asthme No
Autre?
BPCO No
Insuffisance respiratoire No
Séquelles AVC ischémique sur Imagerie? Yes
Leucopathie vasculaire? Yes
Atrophie fronto-temporale? No
Eléments médicaux actuels
Diagnostic de troubles cognitifs? Yes
MMS actuel? 08
Quelle est la pathologie cognitive suspectée? Alzheimer
MMS irréalisable? No
Poids (kg) 058.2
Taille (cm) 150
IMC 25.6
Dénutrition? Yes
% perte de poids
Albuminémie 34.0
Devenir du patient
Quel est le souhait du patient pour sa sortie? R
Quel est le souhait de l'entourage pour sa sortie? P
Le RAD souhaité par le patient nous paraît-il envisageable? No
Demande APA au cours de l'hospitalisation? No
Demande de curatelle/tutelle? No
RAD à la suite de l'hospitalisation No
Convalescence puis RAD Yes
Placement direct à la suite de l'hospitalisation No
Convalescence puis placement No
USLD? No
Décès du patient au cours de l'hospit? No
Décès au cours de la convalescence? No
Motif du décès?
Durée de la convalescence (jours) 036
Durée de l'hospitalisation (jours) 13
Durée de la seconde hopitalisation (jours) 00

RESUME :

Introduction : La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes et le respect de leur souhait de maintien à domicile est important. Il est donc nécessaire de repérer en soins primaires les patients à risque de maintien au domicile difficile afin d'anticiper l'éventualité d'hospitalisations inutiles, délétères et coûteuses.
Objectif : Décrire le profil des personnes âgées dépendantes hospitalisées pour « maintien à domicile difficile » et identifier les facteurs de risque d'institutionnalisation dans cette population.
Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle entre octobre 2013 et mars 2014, réalisée au sein de 2 unités de gériatrie aigüe à Bayonne et Saint-Jean-de-Luz, incluant des patients de plus de 75 ans, avec des ADL ≤ 3, arrivant du domicile, hospitalisés pour « maintien au domicile difficile ».
Résultats : Parmi les 57 patients inclus, 20 (35.1%) sont rentrés au domicile et ont été comparés avec les 27 (47.4%) institutionnalisés. L'intention de placer ($p<0.001$), l'absence d'APA avant l'hospitalisation ($p = 0.04$) et les dysthyroïdies ($p = 0.05$) sont des facteurs de risque indépendants d'institutionnalisation pour les patients hospitalisés pour maintien au domicile difficile.
Conclusion : Des efforts sont encore à faire sur la réévaluation fréquente de l'autonomie et du plan d'aide, l'accompagnement précoce des aidants, l'information, le dépistage des dysthyroïdies et l'anticipation des situations de crise.

ABSTRACT:

Hospitalization for "difficult home-based care" for homebound elderly in an acute geriatric unit at CHCB: medical and social characteristics of these patients and predictors of no return at home.

Objective. To describe the homebound elderly who are hospitalized in an acute geriatric unit for reason of "difficult home-based care" and to define predictors of institutionalization after hospitalization.
Methods. We conducted a prospective observational study in two acute care units and included participants older than 75 years, with ADL ≤ 3, arriving from home, who are hospitalized for "difficult home-based care", admitted between October 2013 and March 2014.
Results. Among 57 patients, 20 (35.1%) were discharged and were compared with 27 (47.4%) participants admitted to an institution. The intend to place ($p<0.001$), the lack of APA before hospitalization ($p = 0.04$) and thyroid disease ($p = 0.05$) were independent predictors of institutionalization for elderly hospitalized for "difficult home-based care".
Conclusion. Efforts are still needed on frequent reassessment of autonomy and the aid plan, early support for caregivers, information, screening for thyroid dysfunction and anticipating crisis situations.

DISCIPLINES : Médecine Générale, Gériatrie

MOTS-CLES : Maintien à domicile, soins au domicile, personnes âgées dépendantes, sujets âgés, personnes dépendantes au domicile, perte d'autonomie

KEYWORDS: Difficult in-home care, difficult home-based care, homecare, homebound elderly, loss of autonomy

---

Département de Médecine Générale
Université Bordeaux Ségalen
Case 148
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex
scolarite.medecine-generale@u-bordeaux.fr