



HAL
open science

**Prise en charge des patients âgés au centre
hospitalo-universitaire de Grenoble : place de l'unité
mobile de gérontologie**

Sandrine Dumont d'Ayot Moine

► **To cite this version:**

Sandrine Dumont d'Ayot Moine. Prise en charge des patients âgés au centre hospitalo-universitaire de Grenoble : place de l'unité mobile de gérontologie. Médecine humaine et pathologie. 2000. dumas-01289409

HAL Id: dumas-01289409

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289409>

Submitted on 16 Mar 2016

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.

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

*2^e exemplaire*

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2000

N° d'ordre 5060

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES AU CENTRE
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE : PLACE DE
L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE**

THESE

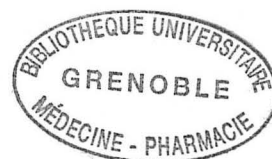
**Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'Etat**

**Sandrine DUMONT D'AYOT, MOINE
Née le 23 juin 1968
A Annecy**

**Thèse soutenue publiquement le 5 octobre 2000 à 18 heures
Devant le jury composé de :**

**Monsieur le Professeur A. FRANCO
Monsieur le Professeur P. FRANCOIS
Monsieur le Professeur J. PELLAT
Monsieur le Docteur P. COUTURIER
Monsieur M. FROSSARD**

Président du jury



**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2000

N° d'ordre

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES AU CENTRE
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE : PLACE DE
L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE**

THESE

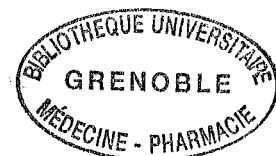
**Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'Etat**

**Sandrine DUMONT D'AYOT, MOINE
Née le 23 juin 1968
A Annecy**

**Thèse soutenue publiquement le 5 octobre 2000 à 18 heures
Devant le jury composé de :**

**Monsieur le Professeur A. FRANCO
Monsieur le Professeur P. FRANCOIS
Monsieur le Professeur J. PELLAT
Monsieur le Docteur P. COUTURIER
Monsieur M. FROSSARD**

Président du jury



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Vice-Doyen
Assesseurs

M. le Professeur J. L. DEBRU
M. le Professeur J. P. CHIROSSEL
M. le Professeur J. LEBEAU
M. le Professeur J.P. ROMANET
M. le Professeur B. SELE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMBLARD	Pierre	Dermato. VénérologieA	HOMMEL	Marc	Neurologie.
MBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie et Mycol.	HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.
BACHELOT	Ivan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	JOUK	Pierre-Simon	Biologie du Dévelop.. et de la reproduction.
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Méd.	JUVIN	Robert	Rhumatologie
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LAVIEILLE	Jean-Pierre	O.R.L.
BARRET	Luc	Médecine Légale	LE BAS	François	Biophys.et Trait. de l'Image.
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LEBEAU	Jacques	Stomat. et Chirurgie Maxillo- Faciale
BEANI	J.-Claude	Dermatologie,Vénérologie	LEROUX	Dominique	Génétique
BENABID	Al.-Louis	Biophys. et Trait. de l'image	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BENSA	J. Claude	Immunologie	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BERNARD	Pierre	Gynéco. et Obstétrique	LEVY	Patrick	Physiologie
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécu.
BLIN	Dominique	Chir. Thor.et Cardio Vascul.	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Maladie Vascul.
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BOST	Michel	Pédiatrie	MALLION	J. Michel	Méd.du Trav. et Risques Prof.
BOUCHARLAT	Jacques	Pédo Psychiatrie	MASSOT	Christian	Médecine Interne
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatolo.
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MOREL	Françoise	Bioch. et Biol. Moléculaire
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cyto. Pathol.	MICOUUD	Max	Maladies Infect. et Trop.
BRICHON	P.Yves	Chir. Thor. et Cardio.Vasc.	MOUILLON	Michel	Ophthalmologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique	MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Méd.Interne	MOUTET	François	Chir. Plast.Reconst. et Esth.
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie	PASQUIER	Basile	Anat. et Cyto.Patho
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	PASSAGIA	J.-Guy	Anatomie.
CHARACHON	Robert	O.R.L.	PAYEN de LA		
CHIROSSEL	J. Paul	Anatomie	GARANDERIE	J. François	Anesthésiologie
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.	PELLAT	Jacques	Neurologie
COLOMB	Maurice	Immunologie	PHELIP	Xavier	Rhumatologie
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	PISON	Christophe	Pneumologie
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	POLACK	Benoît	Hématologie
CROUZET	Guy	Radiologie et Imagerie Méd.	POLLAK	Pierre	Neurologie
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	PONS	Jean-Claude	Gynécologie et Obstétrique
DE GAUDEMARIS	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
			RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et Inf. Méd	RAPHAEL	Bernard	Stomato. et Chirurgie Maxillo-faciale
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie	REYT	Emile	O.R.L.
DUPRE	Alain	Chirurgie Générale	ROMANET	J. Paul	Ophthalmologie
DYON	J.François	Chirurgie Infantile	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
FAGRET	Daniel	Bioph et Trait. Image	SCHAERER	René	Cancérologie
FAURE	Claude	Anatomie	SEIGNEURIN	Daniel	Histo.embryo.cytogénét. Reproduction
FAVROT	Marie C.	Cancerologie CLB Lyon	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
FOURNET	Jacques	Hépto-Gastro-Entéro.	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
FRANCO	Alain	Médecine. Interne	STAHL	J. Paul	Maladies Infect. et Trop.
FRANCOIS	Patrice	Épidém., Écon. de la Sant. et Prévention.	VANZETTO	Gérald	Clin./Urgences Cardio.
GARNIER	Philippe	Pédiatrie	VIALTEL	Paul	Néphrologie
GIRARDET	Pierre	Anesth. et Réa. Chir.	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie
GOULLIER-FLEURET	Andrée	Parasitologie et Mycologie	VUILLEZ	J.-Philippe	Biophys./Méd. Nucléaire
GUIDICELLI	Henri	Chirurgie Vasculaire	ZARSKI	J.Pierre	Hépto-Gastro-Entérol.
GUIGNIER	Michel	Réanimation Médicale			
HADJIAN	A.-Jean	Biochimie et biol.Mol			
HALIMI	Serge	Nutrition			

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2000

N° d'ordre

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES AU CENTRE
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE : PLACE DE
L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE**

THESE

**Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'Etat**

**Sandrine DUMONT D'AYOT, MOINE
Née le 23 juin 1968
A Annecy**

**Thèse soutenue publiquement le 5 octobre 2000 à 18 heures
Devant le jury composé de :**

**Monsieur le Professeur A. FRANCO
Monsieur le Professeur P. FRANCOIS
Monsieur le Professeur J. PELLAT
Monsieur le Docteur P. COUTURIER
Monsieur M. FROSSARD**

Président du jury

A Malou et Paul Dumont d'Ayot, mes parents,

A mon frère, Fabrice,

A mes grand-parents,

A ma famille et mes amis,

A Pascal, et à notre coquin de Jules,

... votre présence m'est si précieuse.

Je tiens à remercier,

Monsieur le Professeur A. Franco, Chef du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine Communautaire, pour l'Honneur de m'avoir confié ce travail, et celui de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur P. François, responsable de l'unité de Qualitique et Evaluation médicales, pour votre disponibilité, la qualité et la rigueur de votre enseignement à l'occasion de cette thèse et tout au long de mon cursus.

Monsieur le Professeur J. Pellat, Chef du service de Neuro-psychologie, pour m'avoir fait découvrir avec tant de passion et de qualités humaines votre discipline, si complémentaire de la discipline gériatrique.

Monsieur le Docteur P. Couturier, praticien hospitalier responsable de l'Unité Mobile de Gériatologie, pour votre écoute, la pertinence de vos conseils à l'occasion de ce travail.

Monsieur M. Frossard, Professeur d'Economie, Université Pierre Mendès France, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

Je tiens également à remercier tout particulièrement,

Monsieur le Docteur F. Olive, praticien hospitalier au Service d'Information et d'Informatique Médicales - unité d'exploitation, pour son amicale collaboration et son aide précieuse à l'élaboration des résultats.

Madame M. Fourny, technicienne en statistique à l'unité de Qualitique et Evaluation Médicales, pour sa disponibilité et son aide précieuse.

Les membres de l'équipe de l'Unité Mobile de Gériologie, pour leur disponibilité et leur accueil.

Madame M. Sanfilipo, ingénieur organisation, au Service d'Information et d'Informatique Médicales - unité d'exploitation,

Monsieur le Docteur J. Labarère, Assistant hospitalo-universitaire à l'unité de Qualitique et Evaluation Médicales,

et Monsieur le Docteur J. Fauconnier praticien hospitalier au Service d'Information et d'Informatique Médicales - unité d'exploitation,

... pour leurs précieux conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
GENERALITES ET DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES	12
1. Vieillessement de la population française : données démographiques.	13
2. L'Unité Mobile de Gérontologie.	17
MATERIEL ET METHODE	26
1. Les objectifs	27
2. Enquête de satisfaction de l'UMG auprès des professionnels de santé	27
3. Etude de l'impact de l'UMG sur l'évolution des filières de soins gériatriques hospitalières de 1996 à 1999	29
RESULTATS	31
Première partie : Enquête de satisfaction de l'UMG auprès des professionnels de santé	32
1. Taux de participation à l'enquête	32
2. Analyse des réponses aux questions fermées	33
2.1 Connaissance et appel de l'UMG	33
2.2 Motifs d'appel de l'UMG	34
2.3 Modalités d'intervention de l'UMG	36
2.4 Réponses apportées par l'UMG	37
2.5 Quel changement de comportement depuis l'UMG ?	39
3. Analyse des réponses aux questions ouvertes	41
3.1 Réponses des professionnels de santé faisant appel à l'UMG	42
3.1.1. Principal apport de l'UMG	42
3.1.2 Besoins non couverts par l'UMG	42
3.1.3. Priorité d'amélioration à apporter à l'UMG	43
3.2 Réponses des professionnels de santé ne faisant pas appel à l'UMG	44

Deuxième partie : Evolution des filières de soins gériatriques hospitalières de 1996 à 1999. CHU de Grenoble. 45

1. Evolution des caractéristiques de la population des plus de 75 ans 45
2. Description du cheminement hospitalier 47
3. Evolution de la durée moyenne de séjour et des modes de sortie 50
4. Evolution des filières de soins gériatriques hospitalières dominantes 54

DISCUSSION 57

Première partie : Impact de l'UMG sur l'évolution des filières de soins gériatriques hospitalières 58

1. Evolution des durées moyennes de séjour 58
2. Evolution des modes de sortie 59

Deuxième partie : Enquête de satisfaction auprès des professionnels 60

1. Méthodologie d'évaluation de l'impact de l'Unité Mobile de Gériologie, justification... 60
 - 1.1 Les objectifs d'évaluation de l'impact d'une action de santé 61
 - 1.2 Influence du mode d'administration d'une enquête de satisfaction pour l'interprétation des résultats 61
2. Résultats de l'enquête de satisfaction de l'UMG, auprès des professionnels de santé 63
 - 2.1 L'UMG et les problèmes d'orientation des patients âgés hospitalisés 64
 - 2.2 L'UMG et les problèmes de coordination entre professionnels de santé hospitaliers 67
 - 2.3 A quel niveau de la filière de soins l'UMG doit-elle intervenir ?... 69
 - 2.3.1 Activité centrée sur la communauté 69
 - 2.3.2 Activité centrée aux urgences 70
 - 2.3.3 Activité centrée en aval des urgences 72
3. Quelles solutions peut-on discuter aujourd'hui pour répondre aux difficultés exprimées par les professionnels de santé ?... 72

CONCLUSION

74

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

78

ANNEXES

83

ABREVIATIONS

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION



INTRODUCTION

La vieillesse et les personnes âgées constituent un véritable enjeu de Santé Publique, dont nos sociétés découvrent le poids et l'influence socio-économique actuels.

Il n'existe pas de pathologie spécifiquement gériatrique, sinon que cette spécificité réside justement dans l'intrication de problèmes de types médico-sanitaires, psycho-affectifs et socio-économiques. Cette augmentation de la cohorte des très âgés s'accompagne donc d'une demande croissante en soins non spécifiques. Hors cette incontournable notion gériatrique, va à l'encontre de l'évolution des connaissances et des techniques médicales qui tend vers une véritable atomisation de l'exercice de la médecine [8]. Des spécialités se créent, fondées sur un savoir, des techniques, sur des outils de plus en plus précis et de plus en plus « étanches » les uns vis à vis des autres. Une conception nouvelle de la prise en charge des malades est née, la relation médecin malade devient une relation d'un malade à des experts [54]. Il en résulte une inadéquation de la réponse technique de nos hôpitaux vis à vis du grand âge.

Offrir au malade âgé le soin dont il a besoin, au moment où ce soin est encore efficace, [3] est encore aujourd'hui un principe éthique quotidiennement remis en cause. Pour qu'une prise en charge globale médico-psycho-sociale et fonctionnelle, la plus précoce, puisse se concevoir, un véritable partenariat, au sein des établissements de santé doit être mise en place.

Par ailleurs, la littérature européenne et anglo-saxonne, nous confirme que l'impact des programmes d'évaluation gériatriques, au sein des centres hospitaliers n'est plus à démontrer, notamment en terme d'amélioration du devenir des patients âgés [23, 24, 44], de diminution des durées de séjour, des coûts d'hospitalisation [35, 41, 46], et de limitation du nombre de ré hospitalisations [44].

Malgré la volonté politique affichée de tous bords, d'améliorer la prise en charge de nos vieillards, la situation économique actuelle ne permet pas d'envisager qu'une extension des financements leurs sera consacrée.

Il convient donc, dans ce contexte de maîtrise des dépenses de santé, d'imaginer des stratégies nouvelles, rechercher d'autres normes de comportement, de mettre en place de nouvelles

structures si l'on veut accroître la cohérence et l'efficacité du réseau de soins offert aux personnes âgées [11].

Le système de santé français tend à s'organiser, même si les propositions émanent plus de réflexions d'acteurs plus ou moins isolés, que d'une politique sanitaire nationale. Aucune solution n'apparaît comme idéale. Ce qui traduit l'hétérogénéité des situations gériatriques qui requièrent justement des réponses souples, variées et optimisées.

Au Centre-Hospitalo-Universitaire de Grenoble, l'Unité Mobile de Gérontologie rattachée au Département de Médecine Communautaire (Professeur A. Franco) fait partie de ces expériences novatrices. Elle s'est fixée pour objectif « d'améliorer la prise en charge des patients âgés hospitalisés ». Son projet de mise en place en avril 1997, prévoyait son évaluation après 3 ans d'activité.

Ce travail a aujourd'hui pour objectif d'évaluer l'impact de l'UMG, à travers 2 types d'approches :

- une approche objective, par l'étude de l'évolution des filières de soins gériatriques hospitalières (durée moyenne de séjour et modes de sortie notamment), avant et après la mise en place de l'UMG. Ceci compte tenu d'autres facteurs pouvant également être à l'origine d'une variation des indicateurs épidémiologiques choisis.
- une approche plus subjective, grâce à une enquête de satisfaction de l'UMG auprès des « usagers » de cette structure, soit les médecins et cadres infirmiers des services de Court Séjour.

Cette évaluation se situe dans le cadre de la théorie d'évaluation de l'impact d'une action de santé sur une population cible.

**GENERALITES ET
DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES**

Vieillesse de la population française : données démographiques

La France s'est profondément transformée en l'espace d'une génération et sa population, en particulier, a connu des changements de tous ordres : ralentissement de sa croissance, forte diminution du nombre de naissances, vieillissement démographique, bouleversement du modèle familial, prolongation de la scolarité, réduction de la période active, extension du chômage, développement des activités tertiaires, poussée de l'emploi féminin, accroissement de l'immigration, concentration croissante dans les zones urbaines... Le tableau de la population française est bien différent aujourd'hui, de ce qu'il était dans les années 60.

Cette évolution démographique française est le résultat de l'héritage du passé. Au début du XVIII^{ème} siècle, avec 22,5 millions d'habitants elle était la nation la plus peuplée d'Europe, tout juste dépassée par l'Inde, la Chine et le Japon. Par sa population, son économie, son influence politique, sa puissance militaire et son rayonnement culturel, elle faisait figure de grande puissance mondiale. Au début de 1999, forte de 58,9 millions d'habitants, la France se situe au quatrième rang européen et au vingtième rang mondial pour sa population [43].

Le vieillissement démographique de la population française est l'un des phénomènes les plus importants de cette fin de XX^{ème} siècle. Le nombre de personnes atteignant 65 ans et plus dépasse 7 millions aujourd'hui, soit 12% de la population française. Ce chiffre atteindrait - du fait de l'arrivée à la soixantaine des générations nées durant le « baby boom » - plus de 9 millions en 2005 (15,5%) et 12,5 millions en 2025, soit 20% de la population française.

Quant aux personnes âgées de plus de 80 ans, elles sont aujourd'hui plus de 1,8 millions (soit 3% de la population française), elles devraient être 2,2 millions en 2005 (3,8%) et elles dépasseraient 2,8 millions en 2025 (4,7%). Les centenaires quant à eux, au nombre de 2100 en 1985, devraient quadrupler d'ici 2025.

Ce vieillissement démographique concerne non seulement la France, mais aussi tous les autres pays industrialisés. Actuellement seuls les pays en voie de développement échappent encore à ce vieillissement de leur population, mais pour combien de temps encore ?...

Alors pourquoi une population vieillit-elle ? ... La structure d'une population est la résultante de l'interaction de nombreux facteurs démographiques tels que la natalité, la mortalité et les flux migratoires. Le vieillissement démographique évolue donc sous l'effet combiné de ces 3 facteurs.

La population de la France a connu une évolution particulièrement singulière depuis le XVIII^e siècle. En effet :

- le nombre d'habitants en France augmente mais a connu une très faible croissance sur une très longue période allant de 1720 à 1940, par rapport aux autres pays européens. Le taux d'accroissement naturel (natalité moins mortalité) est toujours resté modéré en France, expliquant le recul du poids démographique de notre pays en Europe.
- la mortalité baisse constamment mais lentement. Aux environs de 1900, l'espérance de vie à la naissance était de moins de 50 ans. En 1994, cette espérance de vie était de 73,3 ans pour les hommes, et de 81,5 ans pour les femmes. Ce taux augmente en moyenne de 1 mois et demi par an. Et du fait d'une légère diminution de la surmortalité masculine, les hommes devraient gagner 4,9 ans en moyenne d'espérance de vie entre 1990 et 2020, alors que celle des femmes ne devrait augmenter que de 3,6 ans en moyenne.
- une diminution exceptionnellement précoce de la natalité en France, fait toute la singularité de l'évolution démographique française en Europe. Elle devance les autres pays européens de plus d'un siècle, puisque l'on observe une amorce de cette décroissance dès le début du XVIII^e siècle en France. D'où un vieillissement de surcroît prématuré de la population française, par rapport à celle des autres pays européens. L'indice conjoncturel de fécondité** permettant d'assurer le remplacement des générations est d'environ 2,1. Cet indice est actuellement en France de 1,8, il était en 1981 à 1,96.

***Indice conjoncturel de fécondité : somme des taux de fécondité par tranches d'âge.*

Taux de fécondité : nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants par rapport au nombre de femmes en âge de procréer, exprimé par tranches d'âge.

- les migrations de population : beaucoup plus d'arrivées que de départs sont constatées en France depuis de nombreuses années. Concernant les migrations internes, elles ont un rôle dans la création de zones d'hyper vieillissement en milieu rural et dans le centre des grandes villes.

Le vieillissement démographique, bien qu'influencé simultanément par les 3 facteurs précédemment décrits, reconnaît pour facteur prépondérant, la baisse continue de la fécondité, et ceci, particulièrement en France. A ce vieillissement « par le bas » de la pyramide des âges, va se rajouter un vieillissement « par le haut », correspondant au recul de la mortalité après 60 ans. Aujourd'hui, 75% des décès surviennent après 65 ans, contre 25% en 1900.

Selon les perspectives élaborées par l'INSEE pour les années 2020 à partir des données du recensement de 1990 : parmi les 3 composantes qui déterminent le changement démographique, seule la mortalité peut être projetée sans grand risque d'erreur tandis que la fécondité et les migrations externes ont un devenir très incertain.

En effet pour la mortalité, l'espérance de vie moyenne va continuer à s'accroître de 78,8 ans en 2000 à 80,2 ans en 2020.

Pour la fécondité, plusieurs hypothèses ont été retenues car l'évolution est plus difficilement prévisible. L'hypothèse moyenne considère un indice conjoncturel de fécondité stable de 1,8 enfants par femme.

Et enfin pour les migrations externes c'est un solde positif de 50 000 personnes par an qui a été envisagé.

Globalement la population française continuera de croître : de 59 millions de personnes en 2000, elle sera de 62 millions en 2020 [43].

L'intensité du phénomène de vieillissement des populations va représenter une crise potentielle de la conception des soins médicaux, d'une sévérité variable selon les pays, mais particulièrement remarquable en France, aux Etats-Unis et au Japon. Le concept de *santé* tel qu'il est défini par l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social prend une dimension particulière à un âge où l'absence de maladie tend à devenir l'exception et la chronicité une règle. On doit le corriger en termes de conséquences sur l'autonomie, aussi bien physique, mentale que sociale ou financière [29].

L'effectif des « grands vieillards » est celui d'une population de patients de 75 ans et plus, poly pathologique, que le système de soins semble avoir quelques difficultés à gérer, notamment dans ses filières les plus spécialisées, et dont l'état de santé est très souvent marqué par la dépendance. Le « florissement » de cette population doit nous amener à nous poser la question de notre préparation à ce que deviendra une augmentation majeure de la demande de soins. Reste à savoir s'il faut s'attendre à voir la durée d'évolution de la morbidité des sujets âgés de demain se

raccourcir, malgré une augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance ou à dénombrer un nombre plus important de sujets âgés souffrant plus longtemps de maladies ou d'incapacités ?...

Dans l'attente, nous devons nous préparer dès aujourd'hui à augmenter notre capacité d'offre de soins préventive, compensatrice, ou curative de pathologies génératrices de handicaps, qui ne pourraient que « négativer » le bénéfice d'une augmentation constante de l'espérance de vie. [29]

L'ampleur du vieillissement démographique - et à fortiori ses conséquences économiques, sociales et politiques - que va connaître la France comme tous les pays industrialisés, demeure sujette à discussion. La tendance est cependant inéluctable et pouvait être anticipée de longue date dès lors qu'elle résulte des comportements de fécondité d'hier, sus cités. Etrange est cependant le peu d'attention portée au défi immense lié à ce vieillissement à venir.

L'ensemble des travaux prévisionnels réalisés sont tous basés sur une même hypothèse implicite : la pérennité tout au long de la période du système économique et social d'hier. Cette hypothèse paraît à *Hugues de Jouvenel* [30] peu crédible et fort contestable à l'horizon de plusieurs décennies.

Qu'on le veuille ou non, alors que l'an 2000 fait couler tant d'encre, le moment est venu d'en saisir l'opportunité pour tourner la page d'une époque révolue et nous atteler à construire un avenir différent qui tienne compte des contraintes et opportunités du moment et réponde aux aspirations légitimes de la population [30].

L'Unité Mobile de Gériologie.

Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble

Données issues des rapports d'activité 1997, 1998, 1999.

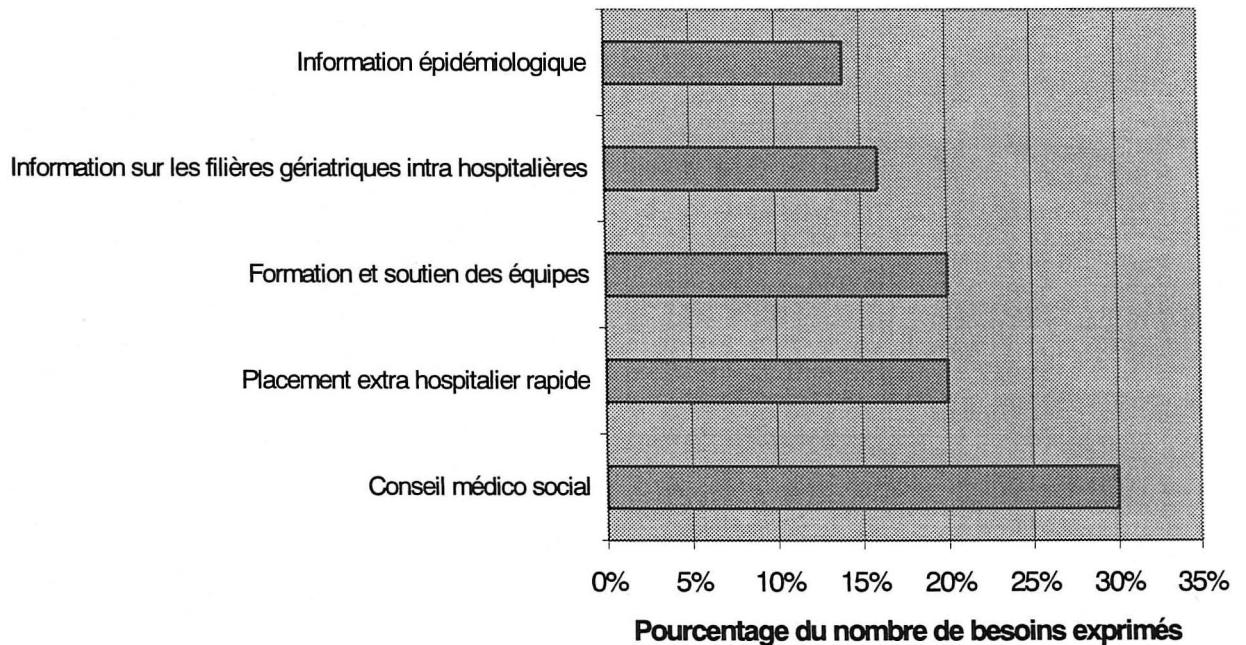
Notre étude a été réalisée au **Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble (CHU)**, formé de 3 établissements sur 2 sites : le site Nord [hôpital Michallon (inauguré en 1975) et hôpital de la Tronche (1913)], et du site Sud [hôpital Sud (1968)].

Le CHU de Grenoble dispose au total de 1916 lits, dont 1793 lits de soins adultes et 123 lits de pédiatrie. Les lits adultes se décomposent en : 1400 lits de Court séjour Médecine Chirurgie Obstétrique (dont 70 lits de Court Séjour gériatrique), 138 lits de psychiatrie, 90 lits de Soins de Suite Réadaptation, 165 lits de Soins de Longue Durée. (*Analyse de Gestion, janvier 2000*)

1. PROJET DE MISE EN PLACE DE L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE. 1997. ANALYSE DES BESOINS EXPRIMES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE :

- 24 services hospitaliers sur 37 prenant en charge des patients de plus de 75 ans.
- Entretien semi-dirigé collectif (médecin, cadre infirmier, assistante sociale)
- 49 besoins recensés, avec des demandes spécifiques selon le type d'activité:
 - demande de consultation gériatrique pour la chirurgie,
 - demande de conseils d'orientation (intra hospitalier) pour les services de médecine spécialisée,
 - demande d'aide au placement (extra hospitalier) pour les services de médecine interne essentiellement.

Graphique 1 : Résultats de l'enquête de besoins réalisée auprès des professionnels de santé. Projet de mise en place de l'UMG. 1997. (n= 49 besoins exprimés)



2. L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE :

L'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) est une unité fonctionnelle médico-technique rattachée au Département de Médecine Communautaire (Professeur A. Franco) sous la responsabilité du Docteur P. Couturier. Cette unité est inscrite au Projet Médicale d'Etablissement (1994), au titre d'une structure alternative à l'hospitalisation. Elle s'inscrit également parmi les missions gériatriques définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Cette unité siège actuellement au rez-de-chaussé du pavillon D.

Elle est soumise à un comité technique, auquel elle présente un rapport d'activité annuel.

Le contexte de mise place de l'UMG...

Tous les services hospitaliers sont aujourd'hui confrontés à la gestion médico-sociale de patients âgés. Les services de gériatrie ne peuvent couvrir l'ensemble des besoins des patients âgés hospitalisés. Ainsi beaucoup de patients âgés sont hospitalisés dans des unités à vocation non gériatrique. Si ces unités les accueillent avec compétence dans leur domaine de spécialité, la prise en charge après la phase aiguë des sujets fragiles requiert souvent une prolongation de soins pour permettre une réadaptation ou une orientation vers des structures gériatriques.

Il existe par ailleurs, une saturation des filières de soins gériatriques hospitalières, avec pour conséquence une succession de délais d'attente à l'origine d'un parcours hospitalier inadapté, à une population âgée fragilisée.

Une coordination au sein du centre hospitalier, est alors nécessaire pour permettre une identification précoce des problèmes posés par cette population qui ne correspond à aucune « case » hospitalière [19], et afin d'optimiser leur prise en charge à travers le choix de la filière de soin la plus adaptée.

L'objectif...

Le concept d'Unité Mobile de Gérontologie, est né de l'ensemble de ces constatations. L'UMG s'est fixée pour objectif « **d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patients âgés hospitalisés, notamment par l'établissement précoce d'un projet de soins gériatrique personnalisé** »

Les missions...

Cet objectif sera mis en application, à travers les missions suivantes :

- 1. **La qualité de l'accueil et des soins aux personnes âgées** : Projet gérontologique précoce afin de faciliter le parcours du patient dans la filière hospitalière. - Conseils et soutien aux services à vocation non gériatrique. - Evaluation gériatrique standardisée des populations « fragiles » dans les différents services d'admission en collaboration avec l'équipe médico-sociale du service demandeur. - Visites régulières des services d'urgence (SAU, Accueil chirurgical 10^{ème} et 12^{ème}B). - Transmission rapide des informations notamment en terme d'orientation. - Pour les situations difficiles : suivi personnalisé du dossier pour optimiser les démarches vers les services de gériatrie ou vers les structures alternatives à l'hospitalisation.

- 2. L'information des professionnels de santé hospitaliers, des patients et des familles.
Améliorer collectivement le niveau de connaissances du fonctionnement de la structure hospitalière sur son versant gériatrique. - Entretenir des contacts réguliers avec les structures gériatriques non hospitalières. - Diffusion aux professionnels du CHU des différents modes de prise en charge après le séjour hospitalier. - Cellule d'informations médico-sociales au sein de l'UMG, complétant l'information disponible dans les centres d'informations gérontologiques de Grenoble (CESPA, UDIAGE).
- 3. La mission d'observation et de gestion des filières « personnes âgées », en tant qu'unité transversale. Observation des filières hospitalières en terme de fréquentation de la population âgée, de ses fluctuations selon les secteurs médicaux, de ses liens avec le réseau extra hospitalier.
- 4. L'enseignement et la recherche.

Population cible...

Le « sujet âgé fragile* » médical ou chirurgical. Le patient relevant de la psychogériatrie. Le patient adressé pour « placement » (urgence médico-sociale)

*Le concept de *fragilité* désigne un patient âgé, généralement de plus de 75 ans, considéré comme vulnérable en terme de morbidité. Ces patients sont reconnus comme ayant un risque accru de dépendance, d'institutionnalisation, de chutes, d'accidents, de maladies aiguës, d'hospitalisations itératives, de ré autonomisation lente, et de mortalité.

Le personnel de l'UMG...

L'UMG se compose d'un médecin gériatre vacataire (8 vacations); d'un cadre infirmier à temps complet, d'une assistante sociale à mi-temps, et d'une hôtesse d'accueil à temps partiel.

Niveaux d'intervention auprès des services...

- 1. Signalement sans évaluation, ni information: situation à risque médico-social (placement probable, maintien à domicile fragile, problème médico-légal....)
- 2. Signalement avec informations, sans évaluation: conseils d'ordre médico-social, téléphonique ou à l'occasion d'une consultation à l'UMG.
- 3. Signalement avec évaluation médico-psycho-sociale. Le signalement est effectué par l'unité d'accueil médicale ou chirurgicale ayant en charge le malade. L'évaluation est réalisée au lit du

malade en collaboration avec l'équipe médico-sociale du service (ou en consultation), par le médecin gériatre de l'unité, assisté d'une infirmière, selon les normes de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Cette évaluation donne lieu à l'établissement d'un projet de soins personnalisé qui prend en compte l'urgence de la situation, les possibilités de prise en charge à moyen et à long terme tant à domicile qu'en milieu institutionnel (Annexe 9). [12b]

La population prise en charge par l'UMG de 1997 à 1999...

Tableau 1. Profil global de population :

	1997	1998	1999
Nombre de patients :			
- Evalués	150	249	203
- Signalés*	187	434	593
- Total annuel	337	683	796
Age moyen :	83 ans	83 ans	82 ans
(Min-Max)	(60-99)	(53-100)	(59-97)
Provenance :			
- Domicile	105 (70%)	219 (88%)	168 (83%)
- Institutions	22 (15%)	29 (12%)	35 (17%)
Dépendance (GIR 1 ou 2)**	111 (74%)	163 (65%)	141 (69%)

*signalés : sans évaluation, avec ou sans information(s)

**GIR : groupe iso-ressource (échelle AGGIR)

La population évaluée par l'UMG est caractérisée par sa dépendance, l'importance du nombre de « placement » en SLD et son taux de mortalité élevé au terme de l'hospitalisation.

Tableau 1 (suite). Population évaluée par l'UMG (N = patients évalués) :

	1997 N = 150	1998 N = 249	1999 N = 203
Motifs d'évaluation : (n = nombre de motifs exprimés)	(n = 163)	(n = 251)	(n = 198)
- Conseils d'orientation	59 (36%)	108 (43%)	148 (75%)
- Aide au placement	41 (25%)	48 (19%)	13 (6%)
- Avis médical gériatrique	23 (14%)	84 (33%)	35 (18%)
- Maltraitance	1	2	-
- Maintien à domicile fragile	35 (21%)	-	-
- Organisation du retour à domicile	-	9 (4%)	-
- Autres	4	-	2
Répartition des interventions :			
- Services d'urgences*	60 (40%)	102 (41%)	44 (22%)
- Médecine Spécialisée	17 (11%)	63 (25%)	111 (55%)
- Chirurgie	22 (15%)	39 (16%)	18 (9%)
- Médecine interne	7 (5%)	21 (8%)	27 (13%)
- Médecine gériatrique	27 (18%)	6 (2%)	-
- Extra CHU	17 (11%)	-	-
- UMG	-	18 (7%)	3 (1%)
Provenance :			
- Domicile	105 (70%)	187 (75%)	133 (65%)
- Institutions**	22 (15%)	29 (12%)	34 (17%)
- Autres	23 (15%)	33 (13%)	36 (18%)
Durée moyenne de séjour globale (Court Séjour + SSR) [Intervalle de confiance]	43 jours [41.5 - 44.5]	41 jours [39.8 - 42]	43 jours [41.7 - 44]
Mode de sortie : (n = patients hospitalisés)	(n = 133)	(n = 234)	(n = 200)
- Domicile	54 (41%)	102 (44%)	43 (22%)
- Décès	29 (22%)	45 (19%)	47 (23%)
- Maison de Retraite	10 (7%)	24 (10%)	27 (13%)
- SLD	27 (20%)	41 (18%)	54 (27%)
- Autre hôpital	13 (10%)	22 (9%)	18 (9%)
- Autres (?)	-	-	11 (7%)
Patients non hospitalisés	17	15	3

*services d'urgences : SAU, 10èmeA , 12èmeB

**institutions : maison de retraite médicalisée ou non, domicile collectif, foyer logement, soins de longue durée

SLD : soins de longue durée

3. TAUX DE RE-HOSPITALISATION DES PATIENTS EVALUES PAR L'UMG :

Tableau 2 : Etude du nombre de ré hospitalisation des patients évalués par l'UMG, par rapport aux patients signalés, ceci dans l'année suivant l'hospitalisation initiale ... [15]

Année 1998 :

	Patients signalés avec informations N = 207	Patients hospitalisés évalués N = 234
Nombre de Décès en Hi* [IC]**	40 19% [14-25]	45 19% [14-24]
Nombre de ré hospitalisations	79 38% [32-45]	61 26% [20-32]
Autres patients non ré hospitalisés à 1 an	88 43% [36-49]	128 55% [48-61]

*Hi : hospitalisation initiale

**[IC] : intervalle de confiance à 95% du pourcentage

La proportion de patients réhospitalisés est significativement moins importante chez les patients évalués par l'UMG ($P < 0,02$).

Le lien avec la médecine communautaire...

Il se fait à travers la communication des données de l'évaluation transmise au médecin traitant, et, selon le cas au secteur de soins et au service social qui prendra en charge le malade en aval du service de Court Séjour, ainsi qu'aux structures d'évaluations communautaires.

4. STRUCTURES COMPARABLES A L'UMG EN FRANCE ET A L'ETRANGER :

Il existe aujourd'hui, au vu de la littérature, peu de structures comparables à l'UMG. Trois structures seront citées, sachant que « l'unité d'aide à l'évaluation et aux décisions gériatologiques » décrite par O. Drunat se rapproche le plus du fonctionnement de l'UMG.

4.1 « Unité d'aide à l'évaluation et aux décisions gériatologiques », Dr O. Drunat [19],
Dr P. Lutzler, CH Lagny Marne La Vallée, 77405 Lagny Cedex

Unité de conseils qui intervient à la demande des services de spécialité. Elle réalise aussi des évaluations gériatriques standardisées au domicile de personnes âgées, à la demande essentiellement des services de soins au domicile, plus rarement des médecins traitants.

C'est un médecin désigné attaché au service gériatrique du Centre Hospitalier, qui coordonne le fonctionnement de cette unité (équivalent d'un mi-temps pour l'unité).

L'objectif est de répondre à une demande :

- médicale gériatrique
- sociale : conseils d'orientation essentiellement, parfois prise en charge du dossier de « placement » par le médecin. A noter que la demande de conseils d'orientation représente un faible pourcentage des consultations annuelles.
- globale : évaluation réalisée au domicile du patient et organisation de la mise en place des aides nécessaires

400 consultations par an sont réalisées. Ce sont essentiellement les demandes d'évaluation globales qui font l'objet d'une évaluation gériatrique standardisée.

Le projet de mise en place d'une équipe médico-psycho sociale pour une consultation dès l'entrée du patient à l'hôpital, n'a pour l'instant pas pu aboutir, faute de moyens financiers.

4.2 Equipe gériatrique d'intervention (EGERI), CH Nîme, Dr Compan

L'objectif de cette équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, travailleurs sociaux...), est de coordonner et assurer le suivi du retour à domicile, en collaboration avec les structures de soins communautaires. L'intervention se fait à la demande du médecin traitant. L'évaluation se fait au domicile du patient.

4.3 « Gériatric assessment and intervention team », Hôtel Dieu hospital, Sherbrooke, Quebec, Dr M. Germain [22]

L'équipe gériatrique du Dr M. Germain met en évidence que l'intervention dans les services de Court Séjour d'une équipe gériatrique d'évaluation et d'intervention permet de faire diminuer significativement les durées moyennes de séjour, augmenter également significativement le retour à domicile des patients âgés hospitalisés. Il n'existe pas d'incidence significative retrouvée sur la mortalité du groupe des 108 patients étudiés.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1. LES OBJECTIFS :

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact de l'UMG, sur la prise en charge des patients âgés hospitalisés au CHU de Grenoble, à l'aide de 2 études complémentaires :

- Une étude de la satisfaction des « utilisateurs » de la structure, soit les professionnels de santé, des services de Court Séjour, à vocation non gériatrique. L'UMG apporte-t-elle une réponse au problème de prise en charge médico-sociale des patients âgés hospitalisés ? ...Sont-ils satisfaits des différents aspects de la prestation de services proposée par l'UMG ? ...Quelles sont leurs attentes formulées après 3 ans d'existence de l'UMG ? ...
- Une étude de l'évolution des filières gériatriques hospitalières de 1996 à 1999, notamment depuis 1997, date de mise en place de l'UMG au CHU de Grenoble. L'objectif premier étant de déterminer, les filières dominantes de prise en charge des plus de 75 ans hospitalisés. L'objectif second étant de mettre en évidence tout changement depuis la mise en place de l'UMG en 1997.

Ce travail sera inspiré, de l'expérience d'autres Centres Hospitaliers, en France et à l'étranger, concernant la gestion des problèmes médico-sociaux posés par les personnes âgées hospitalisées. (données de la littérature)

2. ENQUETE DE SATISFACTION DE L'UMG AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE :

2.1 POPULATION ET METHODE :

Cette enquête, administrée par questionnaire, a été réalisée d'avril à mai 2000.

La population...

Notre enquête s'est adressée à 166 professionnels de santé, de 34 Unités Fonctionnelles (UF) de Court Séjour et des Services d'Accueil des Urgences Médicales et Chirurgicales. Les services exclus de l'enquête ont été : les unités de consultation, d'hospitalisation de jour et de semaine, et les services de réanimation.

Parmi ces professionnels de santé on retrouve : 103 médecins, soit la majorité (62%) qui comprennent : 26 responsables d'UF, 18 chefs de service, 5 responsables de service, 48 assistants chefs de clinique, et 6 internes. A noter, que les 6 internes interrogés, futurs assistants chefs de clinique, ont été confondus pour l'analyse statistique, à la population des assistants chefs de clinique.

Les cadres infirmiers interrogés sont au nombre de 63, soit 38 % des personnes interrogées.

Les professionnels de santé interrogés dans les services d'urgences, ont été : 2 cadres infirmiers et 3 médecins du service d'urgences médicales et 1 cadre infirmier du service d'urgences chirurgicales.

Le questionnaire...(Annexe 1).

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire standardisé, individuel, comprenant :

- 12 items à format de réponses fermées : suivant une échelle de Likert en 4 points développés conformément à la théorie psychométrique [33] ou suivant une échelle analogique.
- 3 questions ouvertes d'associations libres
- la fonction et le service du professionnel interrogé étaient notifiés.

Les thèmes abordés, ont été essentiellement : les motifs d'appel de l'UMG, la pertinence des réponses apportées en terme de conseils médicaux, d'orientation... Les apports de l'UMG, les besoins non couverts et les améliorations à apporter à l'UMG, ont été les thèmes des questions ouvertes finales.

Le questionnaire a préalablement été testé auprès d'un échantillon de 14 professionnels de santé (9%): soit 4 cadres infirmiers, 5 internes, 2 assistants chefs de clinique, et 3 responsables d'Unité Fonctionnelle. L'objectif était de reformuler les questions mal comprises.

Puis le questionnaire a été adressé par courrier aux enquêtés, accompagné d'une lettre précisant les objectifs du travail pour lequel il était établi. L'envoi a été suivi, pour la plupart des cas de relances téléphoniques. Le questionnaire était généralement rempli par l'enquêté seul, parfois avec l'enquêteur.

2.2. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES :

La saisie des données a été réalisée, sur tableur EXCEL, l'analyse statistique, descriptive et analytique, sur le logiciel STATVIEW.

Le traitement des questions ouvertes a fait l'objet d'une lecture transversale du corpus des réponses apportées pour dresser une typologie des besoins non couverts et des améliorations à apporter à l'UMG, suivi d'un recodage des divers types de réponses obtenues.

Les variables qualitatives ont été décrites en proportions encadrées d'un intervalle de confiance à 95% ([IC])

Le test de comparaison de proportions utilisé a été le test du Chi 2, remplacé par le test exact de Fischer pour les effectifs attendus inférieurs à 3.

Le seuil de signification retenu était de 5%.

3. ETUDE DE L'IMPACT DE L'UMG SUR L'EVOLUTION DES FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES HOSPITALIERES :

3.1 POPULATION ET METHODE :

La population...

Cette étude portera sur l'ensemble des patients de 75 ans et plus, hospitalisés de 1996 (1 an avant la mise en place de l'UMG) à 1999, au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.

La méthode...

3.2.1 Données épidémiologiques descriptives : sur la période 1996 à 1999, chez les plus de 75 ans hospitalisés, nous analyserons les paramètres suivants :

- effectifs, moyenne d'âge,
- provenance,
- modes d'entrée au CHU,
- répartition parmi les services d'accueil direct,

et particulièrement les 2 paramètres suivants sur lesquels l'UMG peut potentiellement avoir un impact :

- durée moyenne de séjour
- et modes de sortie des services de Court Séjour.

3.2.2 Analyse descriptive des filières de soins hospitalières [19] : Cette détermination du parcours hospitalier, chez les plus de 75 ans, complètera cette étude épidémiologique. Elle se fera par chaînage à partir du service d'accueil de l'ensemble des unités fonctionnelles lui ayant succédé jusqu'à la sortie du patient. Pour cela un programme automatisé sur Microsoft Access a été mis en place, au Département d'Informatique Médicale.

[19] O Drunat : « les filières énumèrent l'ensemble des unités élémentaires, fonctionnelles ou géographiques intervenant dans la prise en charge médico-sociale des patients hospitalisés »

3.2 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été obtenues à l'aide de requêtes extraites de la base informatique Microsoft Access 97, du Département d'Informatique Médicale. Cette base est renseignée à partir du fichier des résumés d'unités médicales du PMSI, du fichier administratif SIHI. Ses données ont été complété par les rapports d'activité du CHU 1996 et 1999.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne encadrées d'un intervalles de confiance à 95% ([IC])

Un test de tendance a été réalisé pour évaluer le gradient de prévalence des patients hospitalisés de 1996 à 1999. Un test de comparaison de moyenne a permis d'analyser l'évolution des durées moyennes de séjour depuis 1996 (analyse de variance).

Le seuil de signification retenu était de 5%.

RESULTATS

RESULTATS : Première partie

Enquête de satisfaction de l'Unité Mobile de Gérontologie, auprès des professionnels de santé

1. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE :

Le taux de participation à notre étude a été globalement de 73 %, soit 121 répondants. Les cadres infirmiers (89%) ont significativement plus répondu à notre enquête que les médecins (63%) ($p < 0,001$).

Les motifs de non-réponse à l'enquête étaient essentiellement : une expérience trop courte pour répondre (cadre infirmier notamment), le manque de temps pour répondre à ce questionnaire parmi beaucoup d'autres et l'arrêt maladie.

(Tableau 1)

Tableau 1 : Taux de réponses au questionnaire de satisfaction et nombre d'appels de l'UMG, selon la fonction du professionnel de santé interrogé.

	Responsables d'UF*, de service et chefs de service n = 49	Assistants chef de clinique (ou futur) n = 54	Cadres infirmiers n = 63	p	Total n = 166
Réponse à l'enquête	35 71%	30 56%	56 89%	< 0,001	121 73%
Appel UMG (% calculé sur le nombre de réponses)	25 71%	20 67%	37 66%	NS **	82 68%

* UF : unité fonctionnelle

** Les médecins n'appellent pas significativement plus l'UMG que les cadres infirmiers ($p = 0.85$).

La réponse au questionnaire est faite au nom du service, et non à titre personnel

En somme : 166 questionnaires adressés, 121 répondants, 111 ont connaissance de l'UMG : 82 font appel et 29 ne font pas appel.

2. ANALYSE DES REPONSES AUX QUESTIONS FERMEES (Q1 A Q12)

2.1. Connaissance et appel de l'UMG (Q1 et Q2) :

Ont connaissance...

Globalement, la majorité des professionnels de santé interrogés (111 soit 92%) connaissent l'UMG. Les 10 personnes n'ayant pas connaissance de cette structure sont tous médecins.

Font appel... :

Ayant connaissance de cette structure (n = 111), 74%, soit **82 professionnels de santé, dont 45 médecins et 37 cadres infirmiers**, y font appel régulièrement. Durant l'année 1999, la fréquence des appels de l'UMG par les professionnels (n= 82) a été, de moins de 5 fois sur l'année, pour une majorité (51 soit 62%). Pour 18 soit 22% le nombre d'appel annuel a été de 5 à 10 fois, et enfin 11 soit 13% ont fait appel à l'UMG, plus de 20 fois durant l'année écoulée.

Parmi les services faisant le plus appel, on compte les services des urgences médicales, orthopédie, urologie, pneumologie, neurologie et cardiologie.

Ne font pas appel...

Un quart des professionnels de santé interrogés (29 soit 26%) connaissent l'UMG (n=111), mais n'y font pas appel. Les raisons en sont les suivantes :

- **Pas de personne âgée dans le service**, comme la neurochirurgie (11% des services ne faisant pas appel).
- **Pas de problème de prise en charge des personnes âgées (50%)**, car ces services n'ont pas de problème d'orientation en aval de leur service (chirurgie programmée, retour à domicile avec ou sans le service d'hospitalisation à domicile, centre de rééducation, soins de suite...). Ces services, également, ne considèrent pas avoir besoin de conseils médico-techniques gériatriques.
- **Il existe des problèmes de prise en charge des personnes âgées dans leur service, mais ils ne font jamais appel à l'UMG (39%)**. Cette situation concerne, les services gérant seuls leurs problèmes médico-sociaux (assistante sociale du service, cadre infirmier et médecin), mais aussi les services où le cadre infirmier a une expérience antérieure de travail en services gériatriques. Certains cadres infirmiers également disent ne pas penser à faire appel à l'UMG par manque d'habitude et par méconnaissance de cette structure.

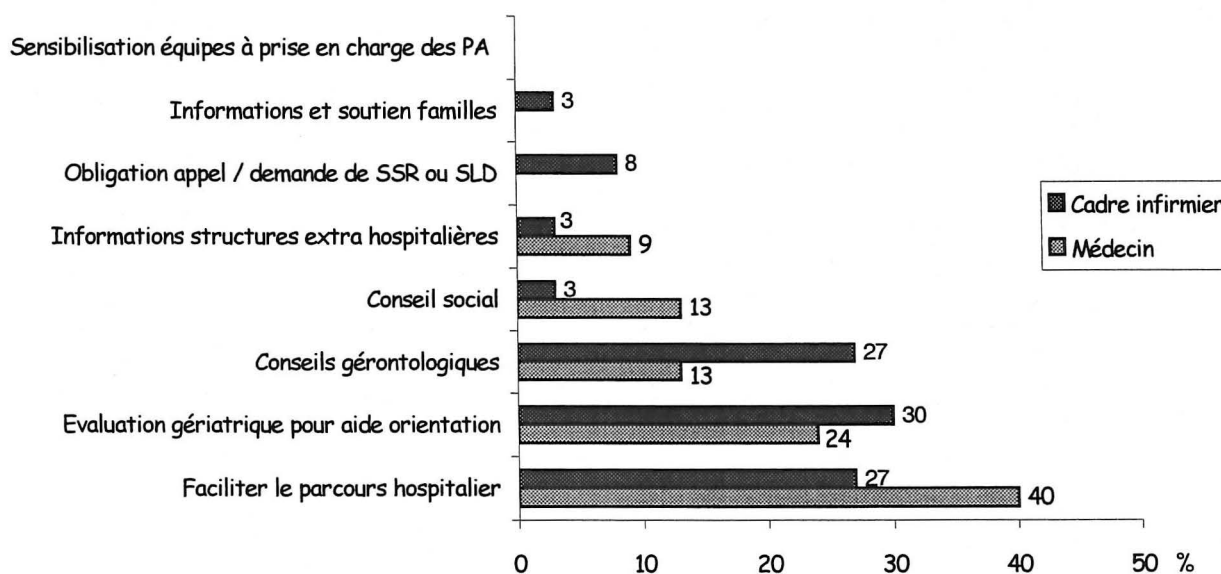
Par ailleurs, certains services de court séjour se voient dans « l'obligation » de faire appel à l'UMG, à la demande des SSR ou de SLD afin de clarifier une demande d'entrée dans leurs unités.

2.2. Motifs d'appel de l'UMG (Q3) (n = 82)

Notre enquête laisse apparaître 3 motifs d'appel dominants, parmi les 7 proposés aux professionnels de santé, en choix multiples.

Les services de court séjour du CHU de Grenoble font en effet, essentiellement appel à l'UMG pour des problèmes d'« orientation », que ce soit pour des conseils d'orientation dans les situations difficiles ou pour faciliter l'orientation d'un patient âgé. (*Graphique 1*)

Graphique 1 : Motifs d'appel de l'UMG. Réponses selon la fonction du professionnel de santé interrogé.



En effet, globalement, plus d'un tiers des professionnels interrogés (34%, soit 28 répondants) appellent l'UMG pour « faciliter le parcours intra hospitalier » de leurs patients âgés, et plus d'un quart : (22 soit 27%), veulent bénéficier d'une « aide à l'orientation grâce à l'évaluation gériatologique » réalisée par l'UMG. Au total, 50 soit 61% des professionnels de santé appellent l'UMG pour un problème d'orientation.

Le « conseil gériatrique médico-technique » représente le troisième principal motif d'appel de l'UMG par les professionnels de santé interrogés, avec 16 soit 20% des motifs d'appel. Il apparaît

dans notre enquête que pour ce type de conseil, les services de médecine et les services de chirurgie, font appel à l'UMG dans la même proportion. Les services faisant appel pour « conseils médico-techniques » sont les suivants : chirurgies digestive, thoracique, chirurgie de la main et orthopédie, ainsi que les services de gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie et néphrologie.

Cependant, il n'existe pas de différence significative, entre ces 3 principaux motifs d'appel, compte tenu de la faible taille de notre échantillon. (cf *Tableau 2*)

Tableau 2 : Motifs d'appel de l'UMG. Réponses selon la fonction du professionnel de santé interrogé. Données chiffrées.

	Cadres infirmiers n=37	Médecins n=45	p	Ensemble n=82	IC* des taux de réponses globales n=82
1. Conseil gériatrique (médical, thérapeutique, technique)	10 27%	6 13%	NS	16 19%	[11-28]
2. Conseil social	1 3%	6 13%	NS	7 8%	[2-14]
3. Evaluation gériatrique pour aide à l'orientation	11 30%	11 24%	NS	22 27%	[17-36]
4. Faciliter le parcours intra hospitalier	10 27%	18 40%	NS	28 34%	[24-44]
5. Information sur les structures d'accueil extra hospitalière	1 3%	4 9%	NS	5 6%	[1-11]
6. Information et soutien des familles	1 3%	0	NS	1 1%	[0-4]
7. Sensibilisation des équipes aux problèmes de prise en charge des PA	0	0	-	0	-
8. Obligation de faire appel à la demande du SSR ou SLD, pour préciser une demande d'entrée	3 8%	0	NS	3 4%	[0-8]

* IC : Intervalle de confiance à 95%

Il n'existe pas de différence significative entre les réponses apportées selon la fonction du professionnel de santé interrogé. Ceci confirme la convergence d'opinions entre cadres infirmiers et médecins.

2.3. Modalités d'intervention de l'UMG : (Q4)

Tableau 3a : Modalités d'intervention de l'UMG : réponses aux questions fermées

	Médecins N = 45	Cadres infirmiers N = 37	p	Ensemble N = 82	IC à 95% des % de réponses globales N = 82
Q4.3 : Délais d'intervention					
Satisfaits :	80%	73%	NS	77%	[67-86]
Non satisfaits :	9%	19%		13%	[6-21]
Sans opinion :	11%	8%		10%	[3-16]
Q4.4 : Délais de réponse					
Satisfaits :	62%	54%	NS	59%	[48-69]
Non satisfaits :	25%	32%		28%	[18-38]
Sans opinion :	13%	14%		13%	[6-21]
Q4.5 : Qualité du compte rendu					
Satisfaits :	73%	62%	NS	68%	[58-78]
Non satisfaits :	11%	16%		14%	[6-21]
Sans opinion :	16%	22%		18%	[10-27]

Satisfaits : regroupe les items « plutôt satisfait » et « très satisfait »

Non Satisfaits : regroupe les items « plutôt pas satisfait » et « pas du tout satisfait »

Mode de signalement...

Près de la moitié (38 soit 46%) des démarches de signalement à l'UMG, des problèmes médico-sociaux gériatriques dans les services de court séjour, se font à l'occasion de la visite, sur décision médicale puis la démarche de signalement est réalisée par le cadre infirmier. Dans plus d'un tiers des cas (30 soit 36%), c'est le cadre infirmier, de sa propre initiative qui décide d'appeler l'UMG. Il n'apparaît pas de différence significative, entre ces 2 principales modalités de signalement.

Mode d'intervention...

Concernant les modalités d'intervention de l'UMG dans les services : « délais d'intervention » (77%), « délais de réponse » (59%) et « qualité du compte rendu » (68%), la majorité des médecins et des cadres infirmiers sont significativement plutôt à très satisfaits de l'UMG.

Les avis ne diffèrent pas significativement selon la fonction du professionnel de santé interrogé.

2.4. Réponses apportées par l'UMG : (Q5 à Q9)

Tableau 3b : Avis des professionnels de santé sur les réponses apportées par l'UMG (questions fermées)

	Médecins N = 45	Cadres infirmiers N = 37	p	Ensemble N = 82	IC à 95% des % de réponses globales N = 82
Q5 : Pertinence des réponses					
Satisfaits :	62%	49%	NS	56%	[45-67]
Non satisfaits :	18%	38%		27%	[17-36]
Sans opinion :	20%	13%		17%	[9-25]
Q6 : Conseils médico-techniques					
Satisfaits :	53%	51%	NS	52%	[41-63]
Non satisfaits :	16%	27 %		21%	[12-29]
Sans opinion :	31%	22%		27%	[17-36]
Q7 : Facilitation de la prise en charge intra hospitalière					
Satisfaits :	44%	30%	NS	38%	[27-48]
Non satisfaits :	38%	46%		41%	[31-51]
Sans opinion :	18%	24%		21%	[12-30]
Q8 : Informations filières extra hospitalières					
Satisfaits :	38%	24%	NS	32%	[21-42]
Non satisfaits :	35%	41%		38%	[27-48]
Sans opinion :	27%	35%		30%	[20-40]
Q9 : Information et soutien des familles					
Satisfaits :	20%	16%	NS	18%	[10-27]
Non satisfaits :	47%	38%		43%	[32-53]
Sans opinion :	33%	46%		39%	[28-49]

Satisfaits : regroupe les items « plutôt satisfait » et « très satisfait »

Non Satisfaits : regroupe les items « plutôt pas satisfait » et « pas du tout satisfait »

Concernant les réponses apportées par l'UMG, nous considérerons également les résultats de notre enquête pour l'ensemble des professionnels de santé, car il n'y a pas de différence significative entre les réponses apportées par les cadres infirmiers et celles apportées par les médecins.

Pertinence des réponses...(Q5)

La majorité des professionnels interrogés, trouvent plutôt à très pertinentes, les réponses apportées par l'UMG à leurs problèmes gériatriques. Ce pourcentage est significativement différent de celui des professionnels ne les trouvant pas pertinentes. (*Tableau 3b*)

Parmi les services non satisfaits, nous retrouvons majoritairement les services de médecine (83%, soit 10 services), avec essentiellement la neurologie, la médecine interne comptabilisant le plus grand nombre de professionnels insatisfaits de la pertinence des réponses de l'UMG.

14 professionnels restent sans opinion à cette question (17%).

Conseils médico-techniques... (Q6)

Les conseils médico-techniques gériatriques apportés par l'UMG sont également considérés, de manière significative, comme, plutôt à très satisfaisants, par une majorité de professionnels de santé interrogés (*Tableau 3b*). Le taux d'abstention à cette question est important. A noter que 16 soit 20% des professionnels enquêtés font appel à l'UMG pour ce motif.(Q3)

Facilitation de la prise en charge intra hospitalière... (Q7)

Concernant la « facilitation de la prise en charge intra hospitalière », qui constitue l'un des principaux motifs d'appel de l'UMG (*Graphique 1*), les professionnels de santé restent partagés sur la question. En effet, il n'existe pas de différence significative entre la population des professionnels satisfaits de cette prestation (31 soit 38% [27-48]) et celle des professionnels non satisfaits (34 soit 41% [31-51]).

Informations sur les filières extra hospitalières... (Q8)

Il en est de même concernant la question des « informations apportées par l'UMG sur les filières extra hospitalières » : 26 soit 32% [21-42] de professionnels satisfaits contre 31 soit 38% [27-48] de professionnels plutôt pas satisfaits : cette différence n'est pas significative.

Information et soutien des familles... (Q9)

Par contre, les professionnels interrogés sont, pour près de la moitié plutôt à pas du tout satisfaits de l'aide apportée par l'UMG pour l'encadrement des familles. Ce résultat est significatif, par rapport au groupe de professionnels satisfaits (*Tableau 3b*)

Ces 2 dernières questions (Q8 et Q9) s'accompagnent d'un taux d'abstention élevé (30% et 39% respectivement). Nous rappelons que seulement 5 soit 6% et 1 soit 1% des professionnels interrogés, ont spécifiquement fait appel à l'UMG, respectivement, pour obtenir des informations sur les filières extra hospitalières et pour un soutien dans l'encadrement des familles

(*Tableau 2*)

2.5. Quel changement de comportement depuis l'UMG ?... (Q10 à Q12)

Tableau 3c : Les professionnels de santé ont-ils changé de comportement dans la gestion des patients âgés depuis l'UMG ? (questions fermées)

	Médecins N = 45	Cadres infirmiers N = 37	p	Ensemble N = 82	IC à 95% des % de réponses globales N = 82
Q10 : Sensibilisation des équipes					
Satisfaits :	29%	16%	NS	23%	[14-32]
Non satisfaits :	40%	62%		50%	[39-61]
Sans opinion :	31%	22%		27%	[17-36]
Q11 : Changement de gestion de personne âgée					
OUI :	11%	11%	NS	11%	[4-18]
NON :	89%	89%		89%	[82-96]
Q12.1 :					
Amélioration de la connaissance du plateau technique intra hospitalier					
OUI :	29%	19%	NS	24%	[15-34]
NON :	71%	81%		76%	[66-85]
Q12.2 :					
Amélioration de la connaissance des structures extra hospitalières d'accueil gériatriques					
OUI :	18%	8%	NS	13%	[6-21]
NON :	82%	92%		87%	[79-94]

Satisfaits : regroupe les items « plutôt satisfait » et « très satisfait »

Non Satisfaits : regroupe les items « plutôt pas satisfait » et « pas du tout satisfait »

Sensibilisation des équipes...(Q10)

Un des besoins exprimés en 1997, par les professionnels de santé, était celui de la sensibilisation des équipes des services de Court Séjour aux difficultés de prise en charge des PA hospitalisés. Aujourd'hui, la moitié de ces mêmes professionnels ne considèrent pas que l'UMG a permis de sensibiliser leurs équipes à ce problème (Tableau 3c). Tous pensent que du fait du nombre croissant de PA hospitalisés, les équipes soignantes sont sensibilisées depuis bien longtemps.

Changement de gestion du patient âgé (PA)...(Q11)

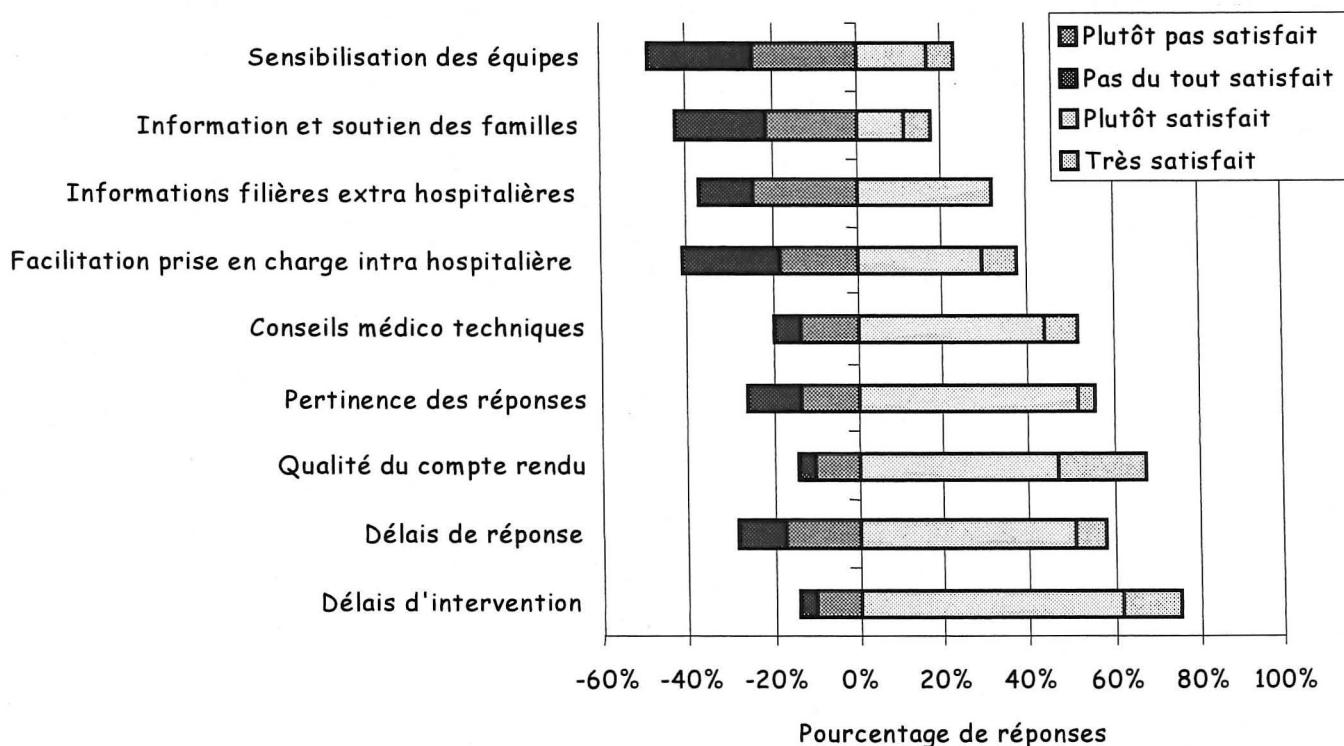
Meilleure connaissance des structures gériatriques intra et extra hospitalières...(Q12)

Les résultats de notre enquête sont également significatifs, quand nous abordons les questions de la « gestion du PA hospitalisé », de l'amélioration de la « connaissance du plateau technique gériatrique intra hospitalier » ou de la « connaissance des structures d'accueil gériatriques extra hospitalières ». Les professionnels ne considèrent pas avoir, depuis l'existence de l'UMG, changé leur gestion du PA, ni amélioré leur connaissance des structures gériatriques intra ou extra hospitalières pour la majorité d'entre eux (*Tableau 3c*).

Les professionnels qui répondent avoir changé leur gestion du PA hospitalisé sont essentiellement les professionnels des services suivants : la cardiologie, la neurologie, secondairement : l'orthopédie, l'endocrinologie, l'hépatogastro-entérologie et le service de chirurgie de la main.

Graphique 2 : Réponses aux questions fermées des cadres infirmiers et médecins confondus.

N = 82



En somme : après 3 ans d'existence de l'UMG, notre enquête permet de dégager 3 motifs d'appel dominants de cette structure, par les professionnels de santé (N = 82) :

- « la facilitation du parcours intra hospitalier » (34%),
- « l'évaluation gériatrique pour une aide à l'orientation » (27%).
- « le conseil médico-technique gériatrique » (20%).

Il n'existe pas de différence significative selon la fonction du professionnel considéré, ceci pour toutes les questions fermées de notre enquête.

La majorité des professionnels, médecins et cadres infirmiers, s'accordent pour dire que : les modalités d'intervention, la pertinence des réponses et les conseils médico-techniques apportés par l'UMG sont satisfaisants. Par contre, la majorité des professionnels de santé interrogés, n'ont pas, depuis l'UMG, changé leur gestion de la PA hospitalisée et n'ont pas une meilleure connaissance du plateau technique intra hospitalier, ni des structures d'accueil extra hospitalières des PA.

Deux questions obtiennent des réponses plus partagées : il s'agit de la « facilitation de la prise en charge hospitalière » et les « informations sur les filières » apportées par l'UMG.

3. ANALYSE DES REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES (Q13 A Q15)

Les questions ouvertes de notre enquête se sont adressées aux 111 professionnels de santé connaissant l'UMG, qu'ils fassent appel (n = 82) ou non (n = 29) à cette structure.

Tous n'ont pas répondu aux questions ouvertes.

Les pourcentages indiqués seront fonction du nombre de répondants ou du nombre de besoins exprimés, à ces questions.

Par ailleurs, un faible nombre de professionnels, ne faisant pas appel à l'UMG, ont répondu aux questions ouvertes (5 soit 17%). Leurs réponses seront traitées à part.

Ces questions ont permis aux professionnels de santé d'exprimer librement leur avis sur ce qu'apporte aujourd'hui l'UMG aux services de Court Séjour du CHU (Q13, Annexe 6). Qu'ils soient satisfaits ou non de ce que l'UMG leur apporte, nous leurs avons demandé, quels besoins ne sont aujourd'hui pas couverts par l'UMG, par rapport au fonctionnement propre de leur service (Q14, Annexe 7). Et enfin, quelle est la priorité d'amélioration à apporter à l'UMG, à leur avis. (Q15, Annexe 8).

3.1. Réponses des professionnels de santé faisant appel à l'UMG (n=82) :

3.1.1 Principal apport de l'UMG... (Q13, Annexe 6)

Les professionnels de santé estiment pour la majorité, soit 80% d'entre eux (55 parmi les 69 répondants à cette question) que l'UMG apporte aujourd'hui, une aide aux services de Court Séjour. Ce résultat est significativement différent des 14 soit 20%, qui pensent que la mise en place de l'UMG n'est actuellement d'aucun apport au CHU. Les professionnels ayant ce dernier avis sont essentiellement issus des services de médecine interne (50% des professionnels considérant que l'UMG n'est d'aucun apport).

Parmi les professionnels estimant que l'UMG est un apport au CHU, les avis sont très divers, mais ne diffèrent pas significativement :

- 10 (n = 69 répondants à la question) soit 14% pensent que l'UMG « facilite le parcours intra hospitalier » de leurs patients âgés.
- 8 soit 11%, que l'UMG apporte des « conseils d'orientation » .
- 7 soit 10%, estiment que l'UMG leur apporte : une « évaluation gériatrique »
- 7 soit 10% également, une « meilleure stratégie de soins par une revalorisation de la prise en charge et par une meilleure connaissance de la PA »
- 6 soit 9% pensent que l'UMG leur permet de bénéficier d'un « dossier gériatrique transmissible »
- Les autres réponses concernent : l'intérêt de la pluridisciplinarité pour discuter d'une orientation, l'intérêt de bénéficier d'un interlocuteur gériatrique, la mise en relation grâce à l'UMG des services de spécialité et de gériatrie, et enfin le suivi du patient au cours de son séjour hospitalier.

3.1.2. Besoins non couverts par l'UMG... (Q14, Annexe 7)

Quand on demande aux professionnels de santé, faisant appel à l'UMG (soit 82), quels sont les besoins non couverts par cette structure (Q14), ils expriment 86 besoins, qui sont essentiellement les suivants :

- Une aide concrète à l'orientation, pour une orientation plus rapide, pour plus d'un tiers des besoins exprimés (31 soit 36%). Ce besoin est significativement plus fréquemment exprimé que les autres besoins sous-cités,

- La nécessité d'une intervention de l'UMG dès les urgences médicales, pour une orientation plus précoce et plus adaptée, pour 5 soit 6% des besoins exprimés,
- La mise à disposition sur « intranet » d'un annuaire actualisé des places disponibles en SLD du département, pour 4 soit 5% des besoins exprimés.
- Les autres besoins, moins fréquemment exprimés ont été les suivants : -la nécessité d'un encadrement des familles - une prévention pré hospitalière à l'arrivée du grand âge avec une aide des familles au domicile - une meilleure concertation entre les services de Court Séjour et de Gériatrie, avec une étude du besoin et de l'évolution de ce besoin... - un meilleur suivi des patients évalués - plus de moyens logistiques - l'UMG devrait être le porte-parole des problèmes gériatriques à l'échelle du département, de la région - la nécessité d'une formation gériatrique médico socio technique simple....

Par ailleurs, un certain nombre de besoins exprimés (8 soit 9%) ne concernent pas directement l'UMG, il s'agit de la nécessité, d'après les professionnels interrogés, de créer des lits de SSR et de SLD.

3.1.3. Priorité d'amélioration à apporter à l'UMG... (Q15, Annexe 8)

Nous avons demandé aux 82 professionnels de santé, faisant appel à l'UMG, quelle priorité d'amélioration pourrions nous apporter à l'UMG, parmi les besoins non couverts sus cités. 55 d'entre eux ont répondu à cette question.

« L'aide concrète à l'orientation pour une orientation plus rapide », apparaît comme la priorité d'amélioration significativement dominante, elle représente 45% des propositions d'amélioration exprimées (25 sur 55 propositions).

Les autres priorités d'amélioration ne se distinguent pas statistiquement entre elles. Il s'agit notamment de la nécessité de disposer d'un annuaire actualisé des places disponibles en SLD dans le département, pour 9% (5) des professionnels ayant répondu. Ou, pour les autres priorités moins fréquemment exprimées : avis médical plus rapide - prévention pré hospitalière à l'arrivée du grand âge - être plus proche du quotidien des services - manque de concertation entre services de Court Séjour et services de Gériatrie - plus de moyens logistiques - la nécessité d'une formation gériatrique médico-socio technique simple...

La nécessité d'une création de lits de SSR et de SLD apparaît également comme une des priorités d'amélioration exprimée par les professionnels de santé.

2 soit 3% des professionnels considèrent qu'il n'est pas nécessaire, aujourd'hui, d'apporter d'amélioration au fonctionnement de l'UMG.

3.2. Réponses des professionnels de santé ne faisant pas appel à l'UMG (n=29) :

Parmi eux, 5 soit 17% seulement ont répondu aux 3 questions ouvertes de notre enquête.

Ils considèrent, pour la majorité d'entre eux (3 soit 60 %), que l'UMG n'apporte rien dans la prise en charge des personnes âgées hospitalisées (Q13). A leur avis, le principal besoin du CHU (Q14), est la création de lits de SSR et de SLD. Ce qui représente également la priorité d'amélioration à apporter aujourd'hui (Q15), dans la prise en charge des PA hospitalisées.

En somme : une « aide à l'orientation », « une meilleure stratégie de soins » grâce à une évaluation gériatrique standardisée et une « revalorisation de la prise en charge du patient âgé hospitalisé », semblent pour 80% des professionnels de santé, les **principaux apports** de l'UMG. Alors que 20% pensent que l'UMG n'est « d'aucun » apport au CHU, aujourd'hui.

Le **besoin non couvert**, apparaît être significativement, la nécessité d'une « aide plus concrète à l'orientation », plutôt qu'un simple conseil, afin que l'orientation de la PA soit plus rapide. Puis vient le besoin d'intervention plus précoce de l'UMG dans la filière hospitalière de la PA, soit aux urgences médicales, ceci pour une orientation plus précoce et plus adaptée.

A travers ces divers besoins exprimés, la **priorité d'amélioration** apparaît être significativement, une « aide plus concrète à l'orientation ».

Indépendamment du rôle de l'UMG, la nécessité de création de lits de SSR et de SLD a été fortement exprimée par les professionnels de santé.

RESULTATS : Deuxième partie

Evolution des filières de soins gériatriques hospitalières de 1996 à 1999. CHU de Grenoble.

Reflétant l'évolution de la structure de la population française, mais également les progrès médicaux et techniques dans les soins aux personnes âgées, la part des patients âgés hospitalisés s'est accrue en France.

1. QUELLE EST TOUT D'ABORD L'EVOLUTION-AU CHU DE GRENOBLE DES CARACTERISTIQUES DE CETTE POPULATION DE 1996 A 1999 ?

Le nombre des plus de 75 ans hospitalisés est passé de 1996 à 1999 de 9033 à 10552, soit une augmentation de 17% [16-17,6]. Cette augmentation est significativement plus importante, chez les très âgés (soit plus de 85 ans), avec 21% [19-22] d'augmentation sur 4 ans, contre 15% [14-16] d'augmentation pour les 75 à 85 ans. Ce vieillissement de la population hospitalisée depuis 1996, se confirme statistiquement, puisque qu'il existe une tendance significativement croissante de la part des plus de 75 ans, parmi les entrées globales annuelles du CHU de Grenoble. (*Tableau 1*)

Tableau 1 : Evolution de la prévalence des patients de plus de 75 ans, par tranches d'âge, de 1996 à 1999

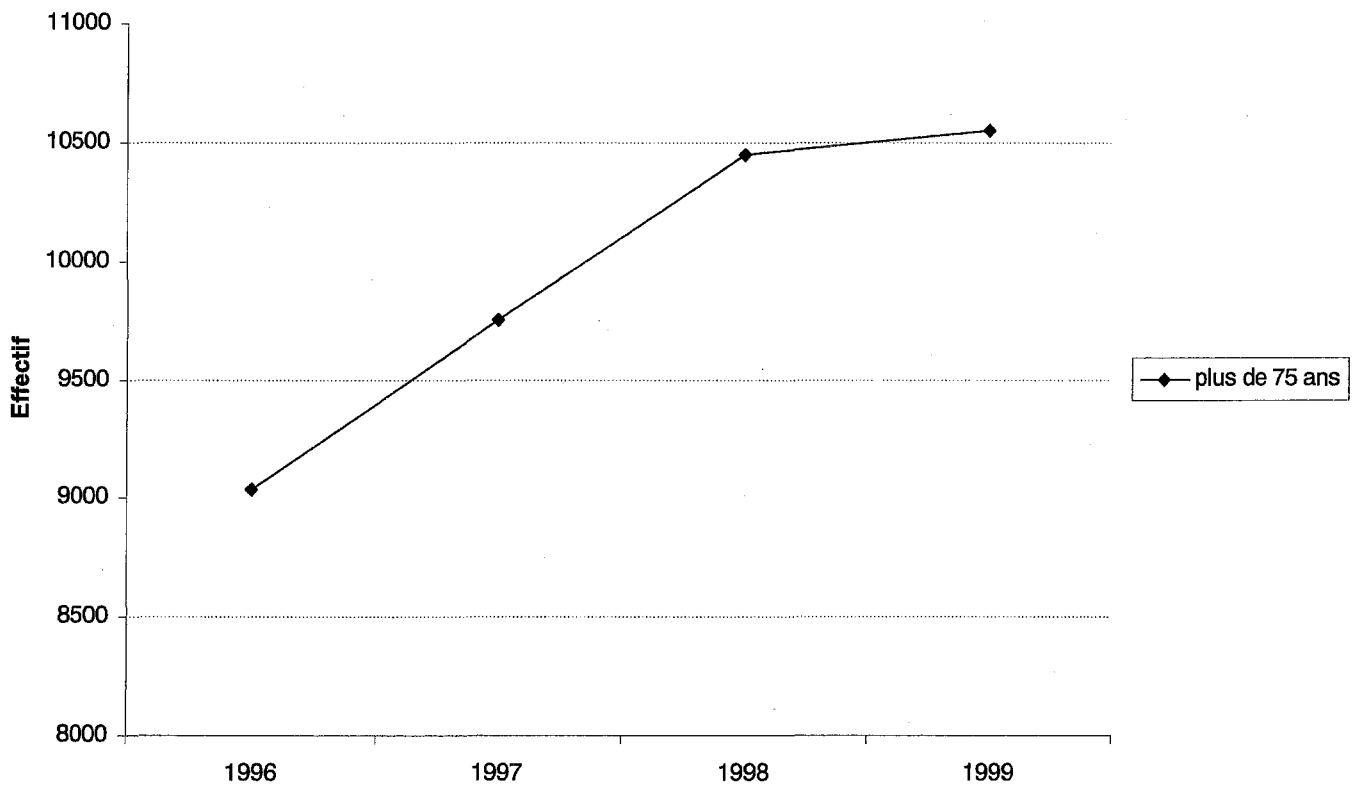
	1996	1997	1998	1999	Pourcentage d'augmentation, 1996 à 1999 [IC]
75-85 ans	6535	7129	7559	7534	15,3% [14-16]
85 ans et plus	2498	2621	2890	3018	21% [19-22]
Total : 75 ans et plus	9033	9750	10449	10552	17%* [16-17,6]
Nombre d'entrées totales au CHU	89401	97126	101899	101541	13,6% [13,4-13,8]

Fichier SIHI

* $p < 0,05$: Test de Chi 2 de tendance

Cependant il est à noter, un amortissement de cette progression depuis 1998, par rapport à celle observée de 1996 à 1998. (*Courbe 1*). Elle ne s'explique pas par l'arrivée à l'âge de 75 ans des « classes creuses », correspondant à la population née au cours de la première guerre mondiale. Les chiffres observés, de populations hospitalisées après 1999, nous permettront de confirmer, s'il s'agit d'une atténuation du rythme de croissance ou d'une « cassure accidentelle » de cette courbe de croissance...Quoi qu'il en soit on peut s'attendre à observer une augmentation de la population âgée hospitalisée à partir de 2025, date à laquelle la population née de la forte natalité observée dans les années 1950 (« baby boom »), arrivera à l'âge de 75 ans.

Courbe 1 : Evolution de la prévalence des patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHU depuis 1996



Ces données, comme celles qui suivront, sont issues du fichier des résumés d'unités médicales du PMSI, du fichier SIHI ainsi que des rapports d'activité du CHU de 1996 et 1999.

Cette population est globalement très âgée, avec une moyenne d'âge, stable de 1996 à 1999, de 85,5 ans. Le maximum d'âge est de 105 ans. (*Tableau 2*). Le profil d'âge de cette population hospitalisée au CHU de Grenoble est comparable à celui de la population Rhône Alpes, pour les plus de 75 ans. Ce qui n'est pas le cas pour les tranches d'âge inférieures. La prédominance féminine habituelle, en rapport avec une plus grande espérance de vie à la naissance, se retrouve particulièrement chez les plus de 75 ans hospitalisés, avec 56,5 % de femmes. Ce qui n'est pas le cas de la tranche d'âge inférieure (36 à 75 ans), où ce sont plutôt les hommes qui recourent aux soins prodigués par le CHU. (*Rapport d'activité CHU 1999*)

Tableau 2 : Age moyen de la population des patients de plus 75 ans hospitalisés au CHU de Grenoble, depuis 1996

	1996 n = 9033	1997 n = 9750	1998 n = 10449	1999 n = 10552
Age moyen	82,71	82,54	82,52	82,55
Écart type	5,48	5,51	5,64	5,73
Age maximum	104	103	104	105

Fichier SIHI

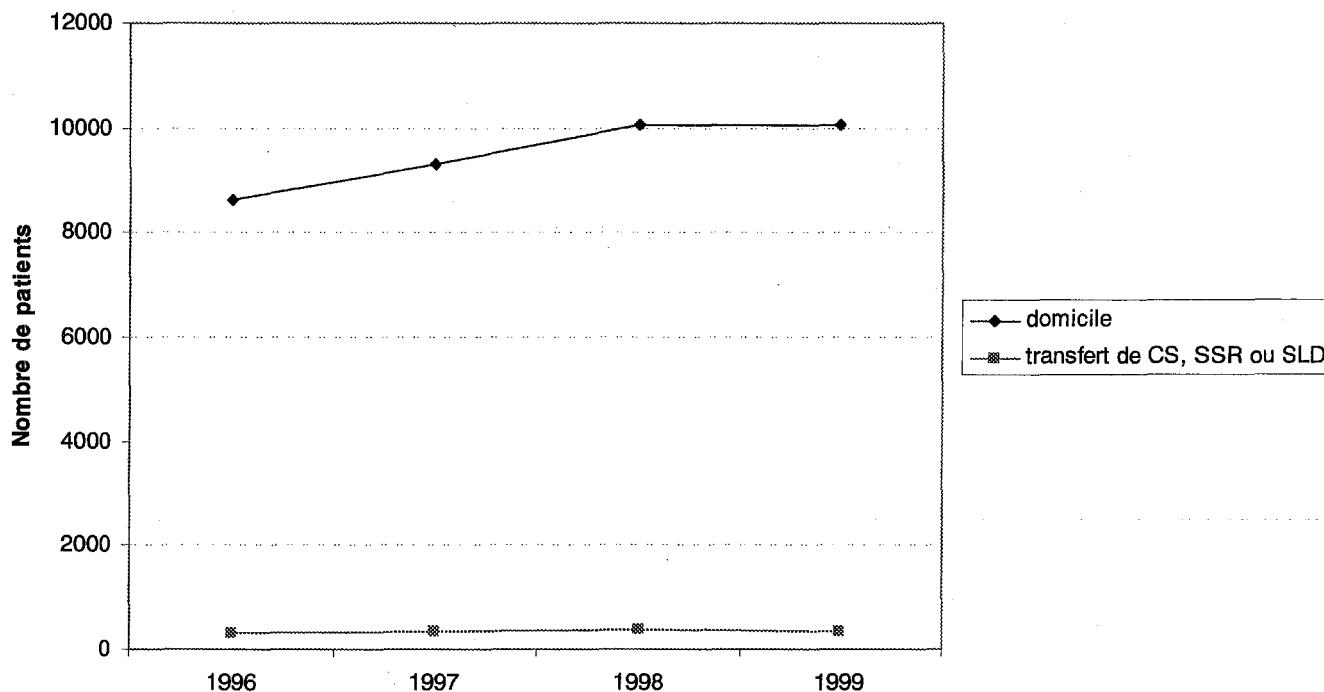
2. DESCRIPTION DU CHEMINEMENT HOSPITALIER, DE CETTE POPULATION DE PLUS DE 75 ANS, DEPUIS 1996 : PROVENANCE, MODE D'ENTREE, SERVICES D'ACCUEIL DIRECT

Les patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHU, viennent essentiellement de leur domicile, ou plus exactement de leur lieu de vie habituel : domicile, foyer logement ou maison de retraite. Ce mode d'entrée est en progression depuis 1996 avec un amortissement depuis 1998, superposable à la courbe des effectifs des plus de 75 ans hospitalisés, citée ci dessus.

Les transferts d'un autre service de Court Séjour (extra CHU), d'un service de SSR ou d'un service de SLD, restent secondaires par rapport aux venues du domicile. Ce mode d'entrée par transfert, est stable depuis 1996.

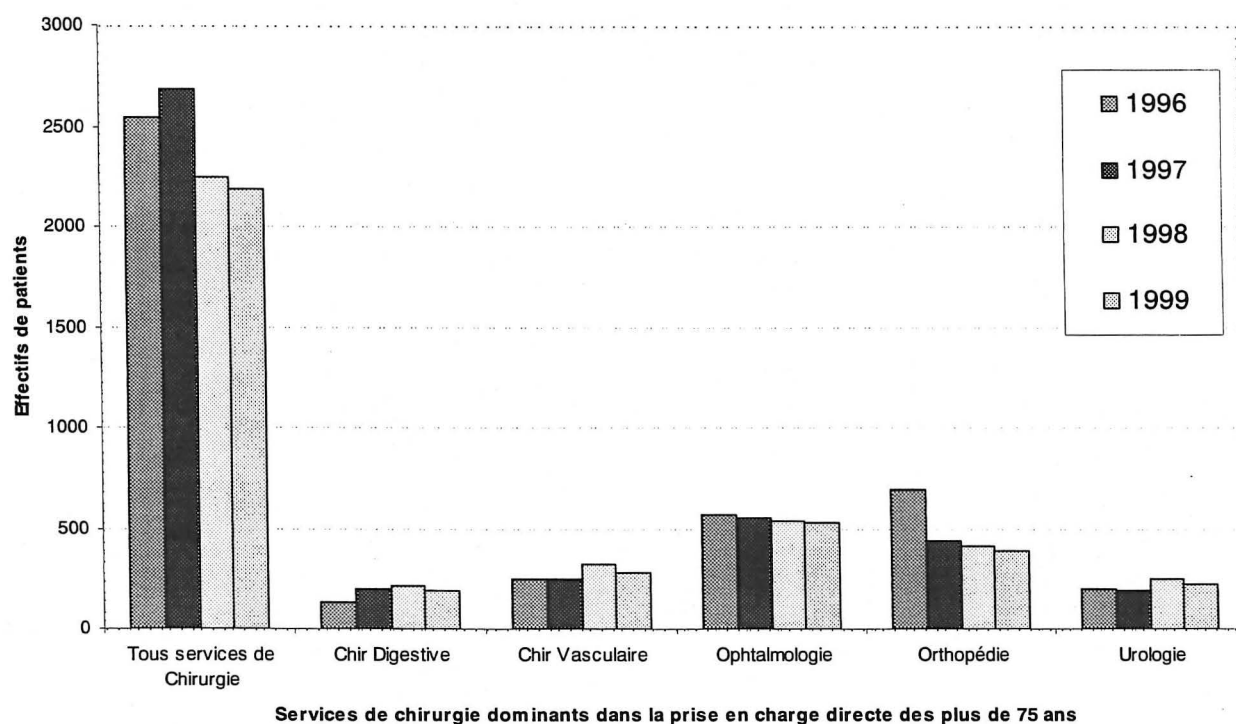
(Annexe 2, Courbe 2)

Courbe 2 : Provenance des patients de plus de 75 ans hospitalisés en services de Court Séjour. CHU Grenoble. 1996 à 1999.

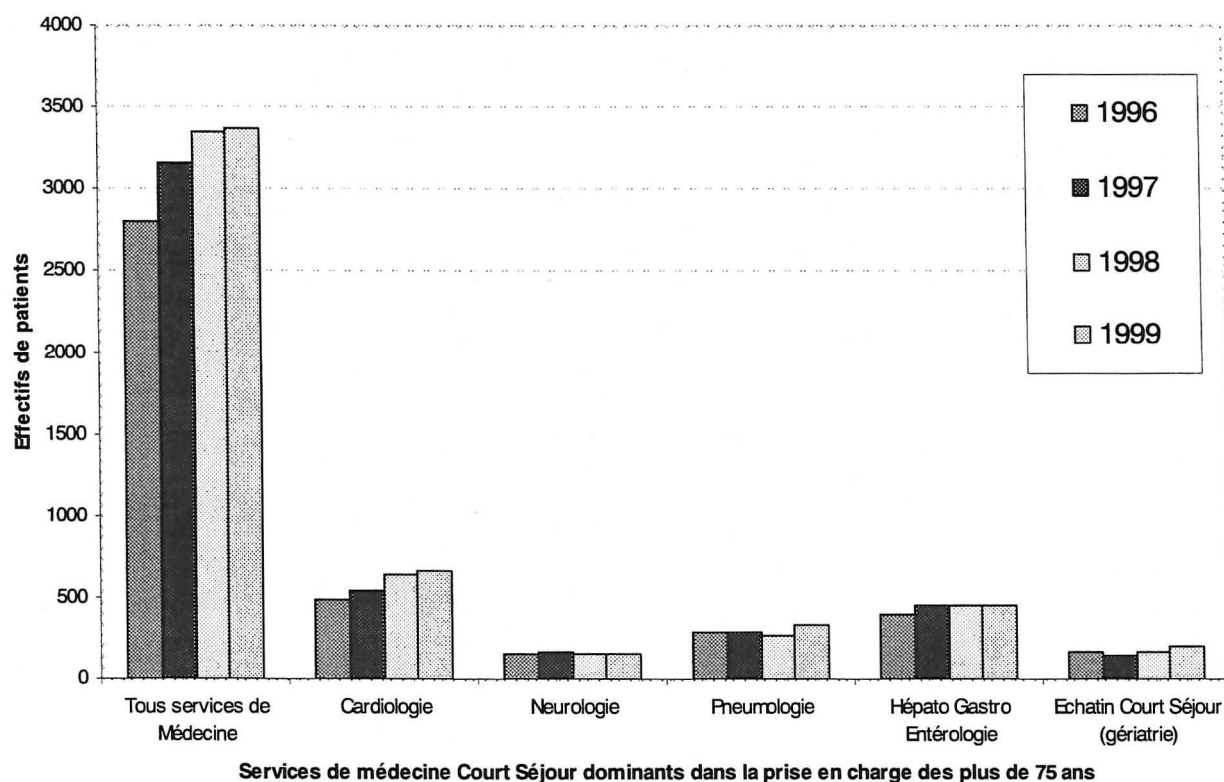


L'entrée au CHU de Grenoble, pour les plus de 75 ans, se fait pour plus de la moitié d'entre eux (52 à 60%), par admission directe dans les services de Court Séjour. Ce mode d'admission, tout en restant majoritaire, a tendance à diminuer de 1996 à 1999. Ce fait est particulièrement net pour les services de chirurgie (orthopédie et ophtalmologie notamment), qui voient le nombre d'admissions directes dans leurs unités, diminuer de 15% (tous services de chirurgie confondus) en 4 ans. (*Graphique 1*) L'évolution est totalement opposée pour les services de médecine Court Séjour, qui accueillent globalement, 20% de patients âgés de plus, en 1999 par rapport à 1996. Ceci est essentiellement le cas de la cardiologie qui reste le service d'accueil dominant des patients de plus de 75 ans (35% d'admissions directes en plus). (*Graphique 2*) (Annexe 3).

Graphique 1 : Evolution du nombre de patients de plus de 75 ans, admis directement en services de Chirurgie. CHU Grenoble. 1996 à 1999



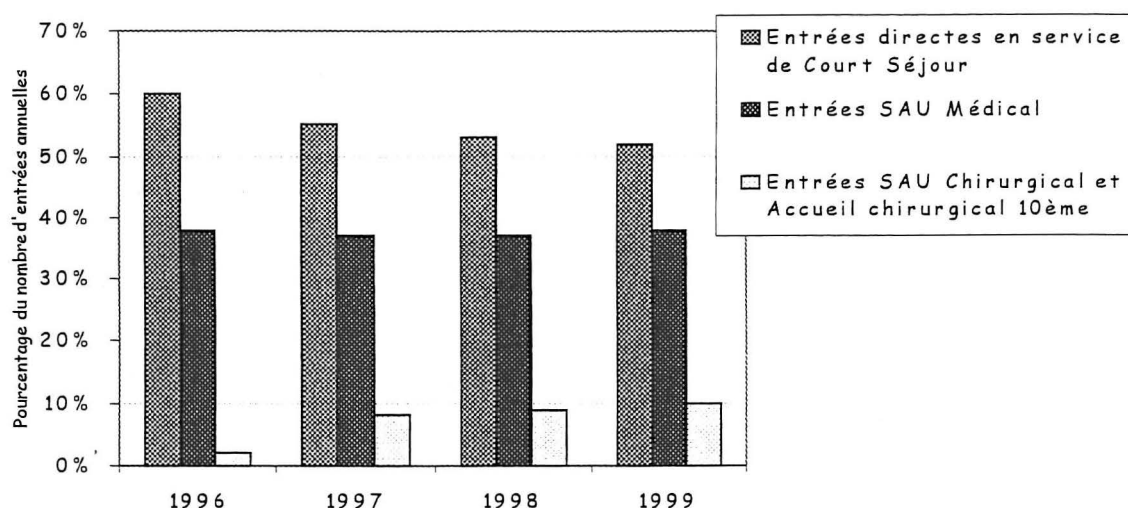
Graphique 2 : Evolution du nombre de patients de plus de 75 ans, admis directement en services de Médecine Court Séjour. CHU Grenoble. 1996 à 1999.



Par ailleurs, plus d'un tiers (37 à 38%) des plus de 75 ans, entrent au CHU par les urgences médicales (SAU). Ce chiffre reste stable depuis 1996. Cette population des plus de 75 ans représente 27% des entrées globales annuelles du SAU Médical. A noter, une augmentation des entrées par les services d'accueil des urgences chirurgicales depuis 4 ans, ce mode d'entrée restant minoritaire.

(Graphique 3, Annexe 4)

Graphique 3 : Mode d'entrée des patients de plus de 75 ans, en proportion des entrées totales annuelles. CHU Grenoble. 1996 à 1999



SAU : service d'accueil des urgences

3. EVOLUTION DES DMS ET DU MODE DE SORTIE DES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS DEPUIS 1996

Globalement l'évolution des Durées Moyennes de Séjour (DMS) en services de Court Séjour tend à être à la baisse au CHU de Grenoble. C'est le cas pour la population des moins de 75 ans, pour laquelle la DMS (de l'ordre de 5,6 jours) diminue significativement ($p < 0.05$) depuis 1996.

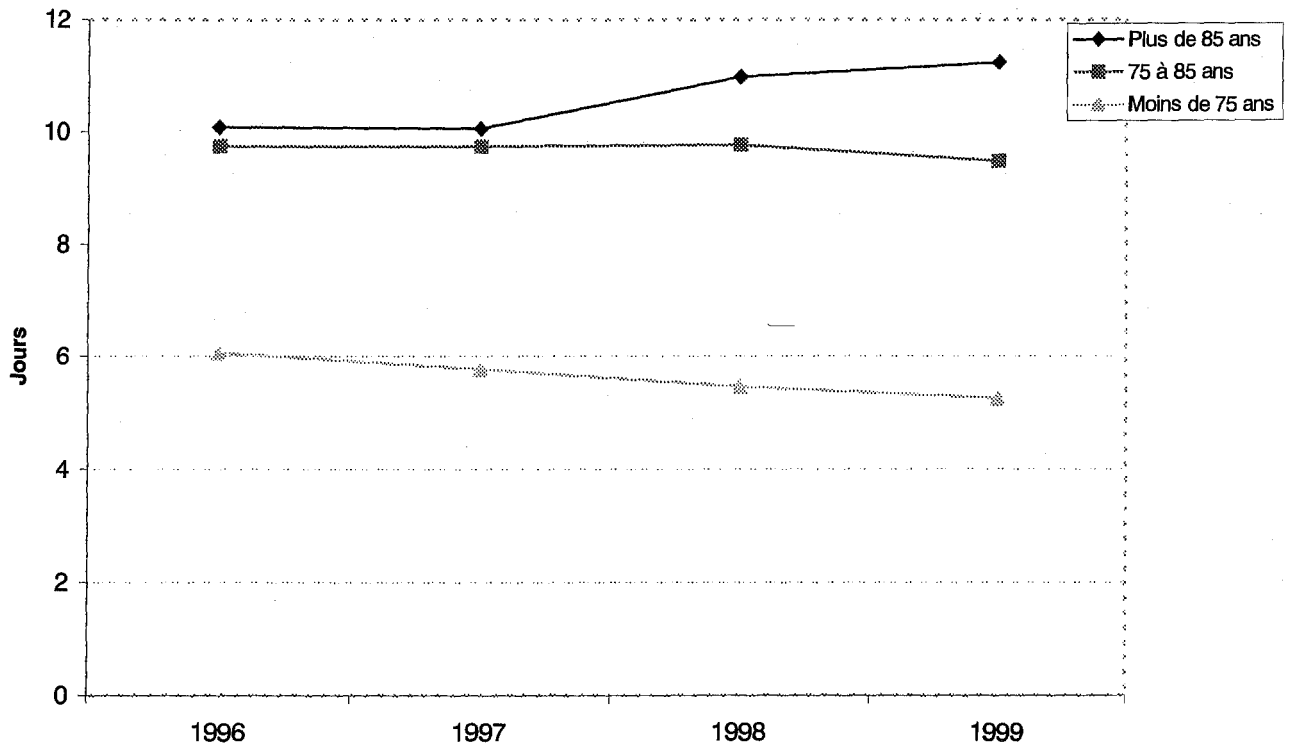
La DMS des plus de 75 ans de l'ordre de 10 jours, est stable statistiquement de 1996 à 1999. L'évolution de cette DMS diffère selon la tranche d'âge considérée : concernant les « plus de 85 ans », cette DMS augmente significativement ($p < 0.001$) en 4 ans, essentiellement depuis 1997.

Alors que la DMS des « 75 à 85 ans » est statistiquement stable depuis 1996. (*Courbe 3, Tableau 3*)

Tableau 3 : Evolution des Durées Moyennes de Séjour en services de Court Séjour, par tranches d'âge. CHU Grenoble. 1996 à 1999.

DMS en jours [IC]	1996	1997	1998	1999	Evolution de 1996 à 1999 (jours)	p
<75 ans	6.06 [5.9-6.2]	5.76 [5.6-5.8]	5.45 [5.3-5.5]	5.25 [5.1-5.3]	-0.81	<0,001
>75 ans	9.86 [9.5-10.3]	9.85 [9.5-10.2]	10.16 [9.9-10.4]	10.07 [9.8-10.4]	+0.22	NS
75-85 ans	9.74 [9.3-10]	9.74 [9.4-10]	9.76 [9.4-10]	9.48 [9.2-10]	-0.26	NS
>85 ans	10.09 [9.6-10.5]	10.06 [9.6-10.5]	10.97 [10.5-11.4]	11.23 [10.8-11.7]	+1.14	<0.001

Courbe 3 : Représentation graphique de l'évolution des durées moyennes de séjour en Court Séjour, par tranches d'âge. CHU Grenoble. 1996 à 1999.

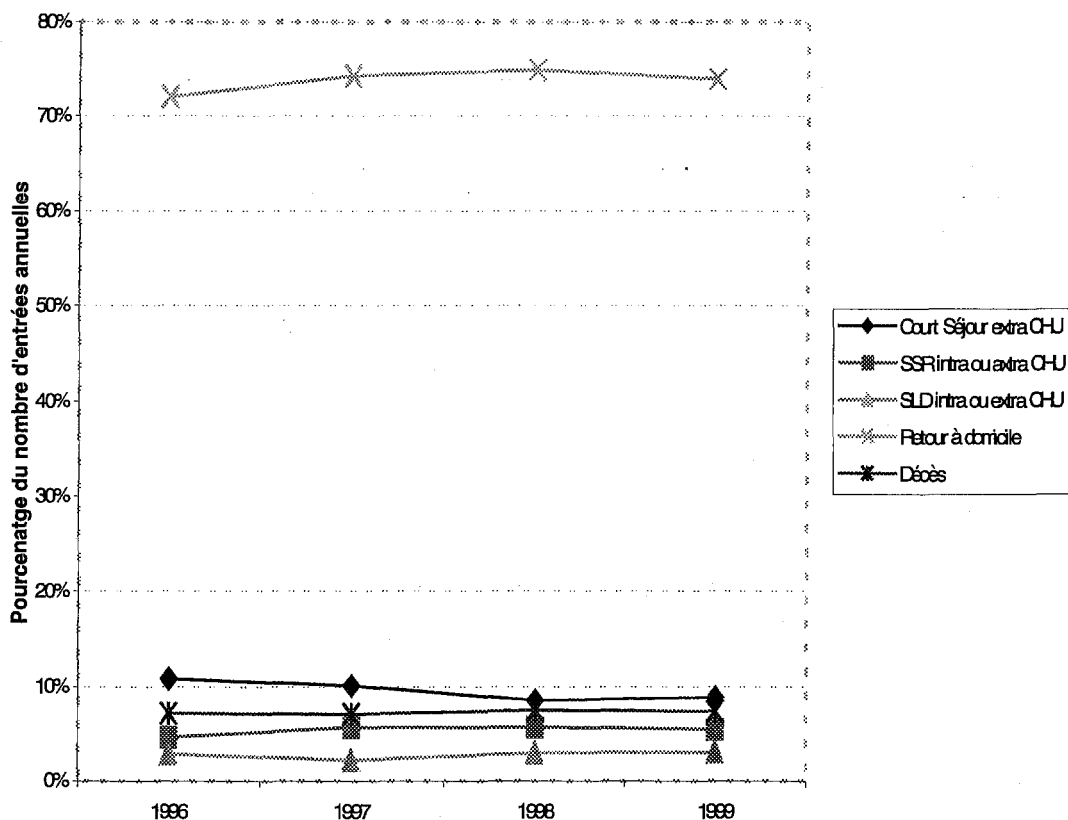


Le mode de sortie dominant des services de Court Séjour, des patients de plus de 75 ans, reste le retour vers le lieu de vie antérieure, pour 74% d'entre eux, de manière stable depuis 1996 (*Courbe 4*).

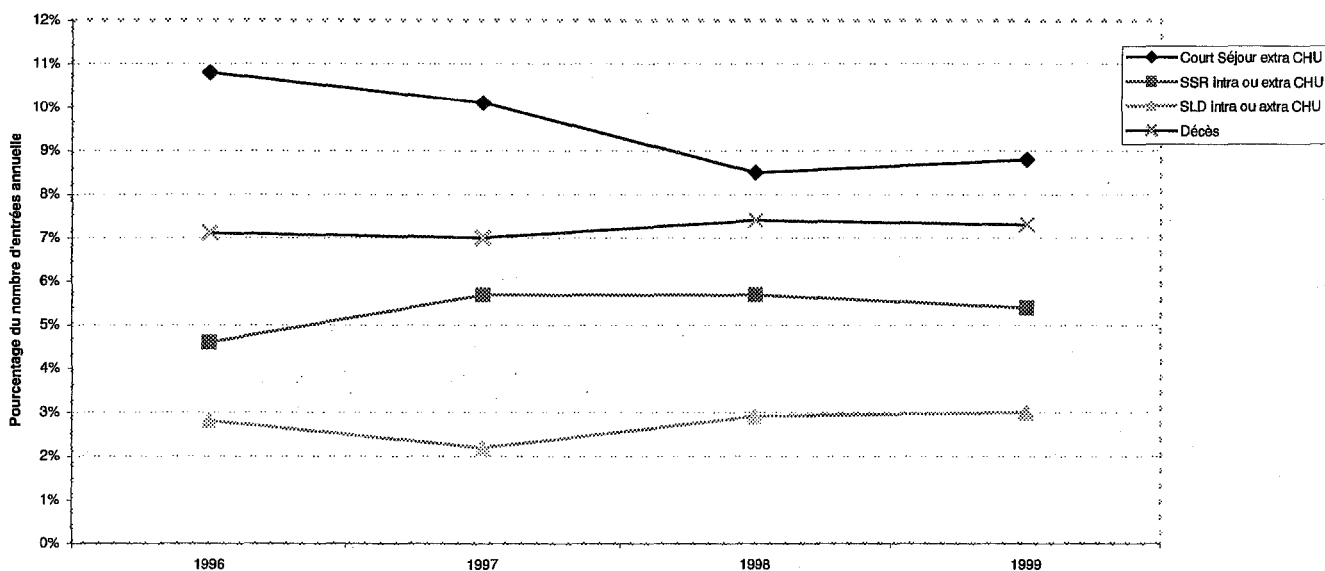
L'évolution du nombre de sortie des services de Court Séjour vers les services de SSR et SLD est statistiquement stable. Il est à noter un amortissement du rythme de croissance des sorties vers les SLD et une diminution des sorties vers les SSR, depuis 1998, pour l'instant non significative. (*Courbe 4bis*)

Par ailleurs, il existe une diminution significative du nombre de transferts vers les services de Court Séjour hors CHU de 1996 à 1999. (*Annexe 5*)

Courbe 4 : Mode de sortie des services de Court Séjour de la population des patients de plus de 75 ans, en proportion du nombre d'entrées. CHU Grenoble. 1996 à 1999.



Courbe 4bis : Mode de sortie des services de Court Séjour des patients de plus de 75 ans, hors retour à domicile en proportion du nombre d'entrées. CHU Grenoble. 1996 à 1999.



En somme : de 1996 à 1999 :

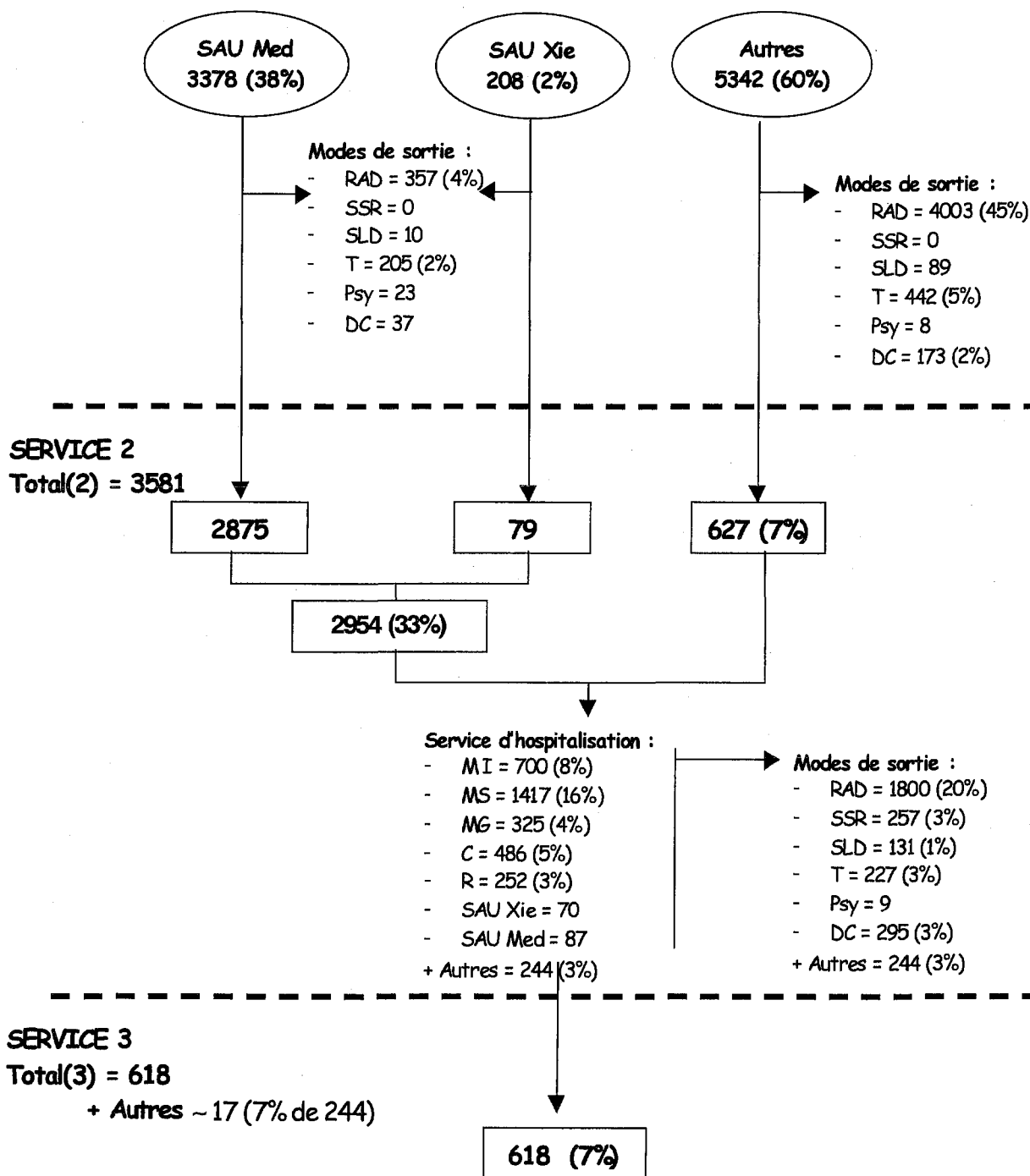
- Tendence significativement croissante de la part des plus de 75 ans, notamment des plus de 85 ans, parmi les entrées totales annuelles du CHU. Amortissement de cette progression depuis 1998, à suivre...
- L'admission directe en service de Court Séjour, reste le mode d'admission prioritaire, mais a diminué depuis 1996, particulièrement pour les services de Chirurgie (orthopédie et ophtalmologie notamment). Au contraire les services de Médecine Court Séjour (cardiologie notamment) accueillent 20% de patients âgés de plus, depuis 4 ans.
- Stabilité de la DMS des plus de 75 ans, en particulier dans la tranche d'âge 75-85 ans. Par contre on note, une augmentation significative de la DMS chez les plus de 85 ans.
- Stabilité des modes de sortie des services de Court Séjour vers les SSR, les SLD et du nombre de retour à domicile depuis 1996. A noter une diminution significative du nombre de transferts vers les services de Court Séjour extra CHU.

4. EVOLUTION DES FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES HOSPITALIERES DOMINANTES. 1996 A 1999 (Graphique 4 et 5)

Graphique 4 : FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES. CHU Grenoble. Année 1996

SERVICE 1

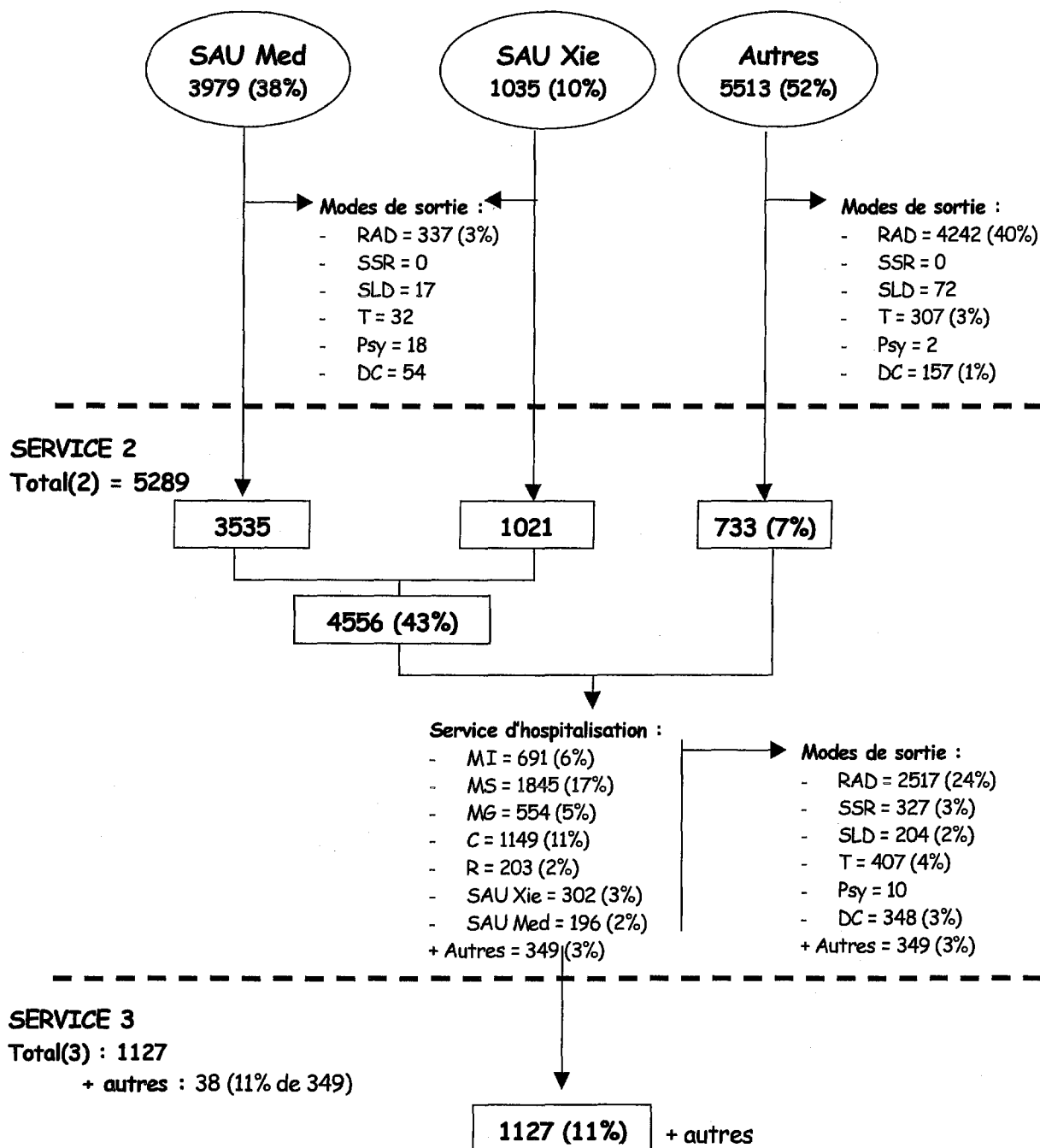
TOTAL(1) = 8928



Graphique 5 : FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES. CHU Grenoble. Année 1999

SERVICE 1

TOTAL(1) = 10527



Services d'hospitalisation :

MI : médecine interne MS : médecine spécialisée MG : médecine gériatrique C : chirurgie R : réanimation

SAU M : service d'accueil des urgences médicales

SAU C : bloc chirurgical des urgences, déchocage, service d'accueil chirurgical 10ème, service d'accueil des urgences chirurgicales.

Modes de sortie :

RAD : retour à domicile SSR : Soins de suite et réadaptation SLD : soins de longue durée

Psy : mutation en service de psychiatrie DC : décès T : transfert en service de Court Séjour hors CHU

Autres : patients n'appartenant pas aux filières de soins dominantes, sus-décrites

Nous constatons que les filières de prise en charge des patients de plus de 75 ans au CHU de Grenoble, restent relativement stables de 1996 à 1999. A noter une faible proportion de patients de plus de 75 ans pris en charge par les services de gériatrie Court Séjour (4 à 5%), par rapport aux services de spécialité (16 à 17%) et de médecine interne(6 à 8%), s'expliquant aisément par le rapport de nombre de lits de ces services. La stabilité des modes de sortie se confirme.

La première filière dominante reste l'entrée directe en service de médecine spécialisée en particulier en cardiologie, suivi du retour à domicile, sans passer par un 2^{ème} service hospitalier. La deuxième filière de soins dominante est l'entrée au CHU par les urgences médicales, suivi en 2^{ème} service d'une mutation en médecine spécialisée puis d'un retour au domicile, sans passer par un 3^{ème} service hospitalier. Ces 2 filières restent dominantes de 1996 à 1999.

Les différences observées en 1999 par rapport à 1996 sont au nombre de deux :

- une proportion deux fois plus importante de patients de plus de 75 ans pris en charge dans le 2^{ème} service par la chirurgie.
- une augmentation du nombre de patients mutés dans un 3^{ème} service, confortant le constat de la croissance des durées moyennes de séjour sus cité.

DISCUSSION

DISCUSSION

Première partie :

Impact de l'UMG sur l'évolution des filières de soins gériatriques hospitalières de 1996 à 1999 au CHU de Grenoble :

Pour évaluer cet impact de l'UMG sur l'évolution des filières de soins, nous observerons plus particulièrement l'évolution des indicateurs épidémiologiques depuis 1997, date à laquelle l'UMG a été mise en place. Ces indicateurs épidémiologiques seront essentiellement la durée moyenne de séjour (DMS) et le mode de sortie des services de Court Séjour. Les autres indicateurs (prévalence, provenance, mode d'entrée et services d'accueil) ne sont pas influencés par l'activité de l'UMG.

Il convient de rappeler la mission que s'est fixée l'UMG concernant la gestion des problèmes d'orientation des patients âgés hospitalisés [13] :

« faciliter le parcours du patient dans la filière hospitalière par :

- l'établissement précoce du projet gérontologique,
- la transmission rapide des conseils d'orientation
- et dans les situations difficiles, réaliser un suivi du dossier pour optimiser les démarches vers les services de gériatrie ou les structures d'accueil extra hospitalières »

1. Evolution de la Durée Moyenne de Séjour en service de Court Séjour (DMS) :

Nous constatons par cette étude, que les filières de soins gériatriques hospitalières ont peu changé depuis 1997.

Seule l'évolution de la DMS des patients très âgés (plus de 85 ans), en services de Court Séjour, met en évidence une accélération de son rythme de croissance depuis 1997. Ce constat est contraire à ce que l'on aurait pu attendre du résultat de l'impact de l'UMG sur les filières de soins. Deux causes combinées peuvent être évoquées :

- Tout d'abord, reflet de l'évolution démographique, il existe une tendance significativement croissante de la part des patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHU depuis 1996. (« effet démographique »)

- Par ailleurs, une restructuration du secteur sanitaire de l'agglomération grenobloise, au 1^{er} janvier 1998, est à l'origine de la fermeture de 30 lits de SSR et 76 lits de SLD, au CHU de Grenoble (« effet structure »). A noter que l'évolution de l'équipement en lits médicalisés (hors CHU) du département de l'Isère*, reste stable depuis 1998 (*Observatoire régional de santé*)

**NB : Lits médicalisés = lits de cure médicale en maison de retraite, en foyer logement et lits de soins de longue durée.*

Ces 2 constats ne font que majorer le phénomène de « goulet d'étranglement à la charnière Court Séjour / Soins de suite et de longue durée », décrit par O Drunat [19]. Et ceci explique, en partie probablement, l'augmentation des DMS observée en service de Court Séjour, depuis 1997. Que peut l'UMG face à de tels constats ?...

D'un point de vue méthodologique, pour évaluer l'impact de l'UMG sur les DMS, indépendamment des facteurs sus cités, il aurait fallu évaluer les DMS en service de Court Séjour de la même population, au sein d'un centre hospitalier comparable au CHU de Grenoble en terme d'activité, mais ne bénéficiant pas d'une structure d'aide à l'orientation comparable à l'UMG. Ce qui nous aurait permis d'évaluer l'influence de « l'effet démographique » à proprement parler, sur l'évolution des DMS.

L'étude des filières de soins gériatriques hospitalières, notamment des 3 premiers services d'accueil des patients âgés au CHU de Grenoble, conforte l'absence de changement observée depuis 1997. (*graphique 4 et 5 pages 54-55*). Sauf peut être un nombre plus important de patients poursuivant l'hospitalisation au delà du deuxième service, concordant avec l'augmentation de la DMS observée.

2. Evolution des modes de sortie :

L'UMG ne semble pas avoir d'impact sur le mode de sortie des patients de plus de 75 ans des services de Court Séjour, puisqu'il n'existe pas d'évolution significative observée depuis 1996.

Cependant ces 2 indicateurs, les seuls à notre disposition, sont très globaux. Une étude réalisée par l'UMG [55] montre que l'observation d'un autre indicateur tel que le taux de ré-hospitalisation donne des résultats significatifs quant à l'impact de l'UMG. Une étude

comparative des patients évalués par l'UMG comparativement aux patients simplement signalés à l'UMG (définitions page 20), montre une baisse significative des taux de ré-hospitalisation à 1 an pour les patients ayant bénéficié de l'évaluation par l'UMG (*Tableau 2 page 23*).

Aujourd'hui, compte tenu des indicateurs à notre disposition pour cette étude, on peut concevoir que l'impact potentiel de l'UMG sur les filière de soins, notamment DMS et mode de sortie ne soit pas perceptible, pour la raison suivante : la faible proportion (2%) de patients évalués par l'UMG par rapport à la population de patients âgés à prendre en charge au CHU de Grenoble. Cependant l'UMG n'a pas fait le choix d'un volume d'activité plus important, compte tenu des moyens médico-sociaux actuellement à sa disposition, mais aussi par choix d'une activité de qualité.

Deuxième partie :

Enquête de satisfaction de l'Unité Mobile de Gériatrie, auprès des professionnels de santé

1. METHODOLOGIE D'EVALUATION DE L'IMPACT DE L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE (UMG), JUSTIFICATION...

Le principe d'évaluation de l'impact d'une structure, inspiré du monde industriel, est simple : tout service rendu vis à vis d'un bénéficiaire (ou client) doit être évalué, afin de savoir s'il en est satisfait et quelles en sont ses attentes...

L'évaluation de l'UMG s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins hospitaliers et constitue, comme l'évaluation de tout nouveau projet hospitalier, une obligation réglementaire en France [38], la veille du vaste projet d'accréditation des établissements de soins.

Des études de la littérature ont porté, sur l'évaluation de la satisfaction des usagers de la structure hospitalière, que sont les patients (et/ou leurs familles) [33, 32]. Ces études peuvent servir de base de réflexion, à l'évaluation de la satisfaction des usagers, ici les professionnels de santé, du prestataire de services que représente l'UMG.

Cette étude s'attachera à suivre la méthodologie d'évaluation de l'impact d'une intervention de santé auprès d'une population cible. L'intervention de santé représente l'activité de l'UMG de 1997 à 1999. La population cible est celle vers laquelle l'UMG a projeté d'orienter son action, soit les « sujets âgés fragiles hospitalisés » (cf page 20), élargie à l'ensemble des patients de plus de 75 ans hospitalisés au CHU de Grenoble de 1996 à 1999.

1.1 Les objectifs d'évaluation de l'impact d'une action de santé, telle que l'activité de l'UMG, sont les suivantes :

- 1. Vérifier que les modalités de l'action de santé sont en place et fonctionnelles et vérifier que la population cible est atteinte.
- 2. Vérifier que les objectifs finaux (missions de l'UMG), sont atteints, par 2 types de méthode :
 - Méthode aux résultats objectifs : impact de l'UMG sur les filières de soins hospitalières notamment la DMS et les modes de sortie.
 - Méthode aux résultats plus subjectifs : étude de la satisfaction des utilisateurs de l'UMG.

1.2 Dans un deuxième temps, nous nous attacherons à considérer l'influence du mode d'administration d'une enquête de satisfaction pour l'interprétation des résultats :

L'enquête choisie pour notre étude est une enquête administrée par questionnaire posté, suivi de relance(s) téléphonique(s). Ce type d'enquête fournit une mesure quantifiée de satisfaction, exprimée par la distribution des modalités d'une variable qualitative (proportion d'opinions positives et négatives), dressant un profil statistique des points forts et des points faibles de la structure évaluée. Ce type d'enquête est distingué dans la littérature, de l'enquête par entretien, qui constitue une approche qualitative de l'évaluation de la satisfaction. [32].

1.2.1 Les effets du mode de passation du questionnaire sur les résultats d'enquête ont fait l'objet d'une littérature abondante :

- d'une part, sur le taux de réponses : il est élevé dans notre enquête par questionnaire posté avec relance téléphonique (73 %). Ce point est conforme aux données de la littérature, même si les enquêtes par entretien ou téléphonique recueillent un taux de réponse plus élevé. [33]. L'administration du questionnaire par un enquêteur était difficilement réalisable dans notre étude essentiellement par contrainte de temps.
- d'autre part sur les scores de satisfaction obtenus : on constate que les professionnels de santé ayant répondu sans la nécessité d'une relance téléphonique, étaient majoritairement satisfaits de l'UMG. La littérature confirme en effet, que les non-répondants sont classiquement décrits comme moins satisfaits. [33]. Et que les scores de satisfaction obtenus après relance sont inférieurs à ceux obtenus sans relance. Bien que, cet « effet relance » reste cependant de faible impact sur les résultats d'une enquête de satisfaction. [32]

1.2.2 Les limites des enquêtes de satisfaction par questionnaire tiennent à leur faiblesse méthodologique [32]. Plusieurs biais peuvent avoir influencé les résultats de notre enquête, ce qui est inévitable dans les enquêtes postales [32] :

- du fait d'une aversion à critiquer, par crainte de représailles, le répondant peut être tenter de répondre positivement à la question. (biais de désirabilité sociale)
- de même, un biais d'acquiescement est probable, il consiste à avoir tendance à utiliser systématiquement la modalité de réponse positive, d'autant que les formats de réponses aux questions fermées sont similaires.
- les professionnels peuvent également avoir été orientés, dans leur réponse à un item, par celle fournie au précédant item. (Effet de halo). Ce phénomène a été constaté dans notre enquête, pour certains professionnels, lors du remplissage des questions ouvertes finales, largement inspiré des items aux questions fermées précédentes.

Un facteur de confusion peut être discuté dans notre enquête. Les caractéristiques d'ancienneté, d'expériences professionnelles, diffèrent selon les professionnels de santé interrogés. Ceci peut expliquer qu'un service ayant un cadre infirmier en fin de carrière, ou un cadre infirmier avec une

expérience professionnelle en service de gériatrique, ne fera pas appel à l'UMG si fréquemment qu'un service ayant un cadre infirmier nouvellement nommé.

Par ailleurs l'utilisation de questions ouvertes et d'une rubrique « commentaire » dans notre enquête, ont permis aux professionnels de s'exprimer librement sur des éléments non abordés par les items pré-codés. Les grandes problématiques abordées dans la suite de cette discussion seront essentiellement extraites du traitement des questions ouvertes.

2. RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION DE L'UMG AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels de santé des services de Court Séjour à vocation non gériatrique, sont globalement satisfaits de l'UMG. Ils sont satisfaits des modalités d'intervention de l'UMG, notamment en terme de délais d'intervention et de réponses. L'UMG remplit ainsi l'une des missions, qu'elle s'était fixées : « *la transmission rapide des conseils notamment en terme d'orientation* ». [13]. Par ailleurs les professionnels gardent une bonne relation avec les membres de l'UMG.

Cependant, les professionnels de santé restent largement partagés sur la prestation « d'aide à l'orientation » fournie par l'UMG.

Par ailleurs, l'UMG s'était fixée la mission « *d'améliorer collectivement le niveau de connaissance des structures gériatriques* ». Ce qui aujourd'hui ne semble pas l'avis des professionnels de santé. L'impact « formatif » qu'escomptait avoir l'UMG, par les conseils apportés dans des services à vocation non gériatrique, ne semble pas avoir encore porté ses fruits. Cet impact existe, mais il reste difficilement quantifiable : c'est le cas du conseil d'un matelas plus adapté à l'état cutané d'un patient en prévention de la survenue d'escarres, ou du conseil de traitement d'une mycose buccale en prévention de ses conséquences sur l'état nutritionnel, l'autonomie et l'état cutané...

Trois grandes problématiques apparaissent dans les réponses apportées par les professionnels de santé interrogés, des services de Court Séjour. Elles feront l'objet de la suite de cette discussion, il s'agit :

- des problèmes d'aide à l'orientation des patients âgés (PA), que l'hospitalisation a rendus dépendants, par décompensation d'un état d'autonomie précaire préexistant.
- d'un manque de coordination entre les divers intervenants de santé, pour une gestion plus globale et adaptée du patient âgé.
- de la nécessité d'une intervention plus précoce de l'UMG dans la filière de soins gériatriques hospitalières : aux urgences, voire en amont de la filière hospitalière : au domicile. Ce point nous permettra de discuter du choix stratégique que doit faire l'institution, en terme de positionnement de l'UMG dans la filière de soins.

2.1 L'UMG et les problèmes d'ORIENTATION des patients âgés (PA) hospitalisés en services de Court Séjour :

L'analyse de notre enquête nous révèle qu'il s'agit de la principale difficulté exprimée par les professionnels de santé. Les réponses obtenues, illustrant cette problématique, sont les suivantes :

- « *faciliter le parcours intra et extra hospitalier* », « *évaluation gériatrique pour une aide à l'orientation* » (Q3, Q13)
- « *aide concrète à l'orientation* », « *orientation plus rapide* », « *annuaire actualisé des places disponibles en soins de longue durée du département sur intranet* » (Q14, Q15)
- « *création de lits de suite et de soins de longue durée* »

Les problèmes d'orientation évoqués, aujourd'hui, par les professionnels de santé, sont essentiellement la conséquence de l'organisation de notre système de santé, qui aujourd'hui est créateur de dépendances [39]. En effet, les filières* de soins notamment hospitalières, ne sont qu'un enchaînement d'attentes successives. On attend à l'arrivée aux urgences le transfert en Court Séjour, on attend en Court Séjour le transfert en SSR, on attend en SSR la décision d'aide sociale pour entrer en maison de retraite. Quand il y a tant à attendre, le patient régressif, dépressif, grabataire ne peut que rester en SLD... Le principe éthique suivant : « *offrir au malade âgé le soin utile dont il a besoin et auquel il a droit, au moment où ce soin est encore efficace* », aussi évident qu'il soit, n'est pas respecté. [39]

La nécessité d'une optimisation des filières de soins gériatriques est largement soulignée dans la littérature [19, 20, 39, 42, 44, 49].

**Filière : ensemble des unités fonctionnelles intervenant dans la prise en charge médico-sociale du patient [19].*

Il nous apparaît important de préciser le contexte structurel et démographique dans lequel évolue l'UMG, afin de nuancer les possibilités de « facilitation de la prise en charge hospitalière » dont dispose actuellement l'UMG.

- En rapport avec le vieillissement de notre structure démographique, nous assistons, aujourd'hui, à un flux croissant d'hospitalisations de patients âgés (plus de 75 ans), voire très âgés (plus de 85 ans). (« effet démographique »)

De plus, la morbidité gériatrique particulière par son extrême hétérogénéité, est rendue encore plus complexe par la coexistence de problèmes sociaux. La durée de séjour d'un patient hospitalisé se compose d'un temps purement médical consacré au diagnostic et aux soins, suivi d'un « séjour social », correspondant aux délais d'attente d'une possibilité de sortie adaptée à l'état du malade et à son environnement social.[2]. Ainsi le statut environnemental du patient et la démarche sociale au cours de l'hospitalisation sont reconnus, comme des facteurs explicatifs de la durée de séjour. D'après J Holstein [19], cette seule démarche sociale explique, 11% de la variance de la durée de séjour en Court Séjour Gériatrique. Cette prolongation du séjour hospitalier pour raisons sociales pénalise particulièrement les établissements de santé, dans le cadre de la nouvelle approche budgétaire à laquelle ils sont soumis.

Actuellement le CHU de Grenoble est pourvu de 24 travailleurs sociaux (dont 17 à temps complet) pour un total de 1916 lits. Ce support social sera-t-il suffisant pour absorber la prise en charge, d'une population croissante, de patients de plus en plus âgés, et probablement de plus en plus dépendants ? ...

- Il existe par ailleurs un « effet structure », souligné par les professionnels de santé, qui considèrent que le CHU de Grenoble est particulièrement peu équipé en lits de soins de suite (SSR) et de soins de longue durée (SLD). Avec 90 lits de SSR et 165 lits de SLD pour 1400 lits de Court Séjour adulte, le ratio : lits de suite / lits de court séjour est faible au CHU de Grenoble. La charnière Court séjour et Soins de Suite est décrite par O Drunat [19], comme un véritable « goulet d'étranglement » et constitue un élément important de dysfonctionnement des filières de soins gériatriques.

Par ailleurs, il est à noter que l'UMG effectue un travail préventif et « facilitateur » sur les filières de soins, dont les services de Court Séjour ne semblent pas avoir conscience :

- D'une part, une importante gestion de dossiers ambulatoires est constituée par les *signalements avec informations*. Il s'agit d'appels hospitaliers ou extra hospitaliers de patients, de familles, de

médecins généralistes, pour lesquels un conseil téléphonique, généralement d'ordre social, est donné (structures d'accueil, problème de maltraitance...). Ce travail constitue une action préventive au niveau de la communauté, déchargeant indirectement les services de court séjour, notamment afin d'éviter une hospitalisation sociale ou de faciliter le déroulement social d'une éventuelle hospitalisation à venir.

- D'autre part, l'évaluation médico-sociale établie par l'UMG, est transmise à l'ensemble des futurs interlocuteurs médico-sociaux du patient et revêt également un aspect « facilitateur » sur les filières d'aval du Court Séjour.

Les professionnels de santé font en effet, des problèmes d'orientation des patients âgés, le principal motif d'appel de l'UMG (50 soit 61%). Ils demandent, plutôt qu'un simple conseil d'orientation (confirmant habituellement leurs hypothèses), une « aide concrète pour faciliter l'orientation ». Cet item représente le principal besoin non couvert par l'UMG (36% des besoins non couverts, n=86), et la priorité d'amélioration à apporter à l'UMG (45% des priorités d'amélioration, n=55). Cette difficulté exprimée par certains professionnels, représente une attente à laquelle l'UMG ne répond actuellement pas.

Bien que l'UMG ne se soit pas fixée, initialement de se substituer aux équipes de soins, cette demande sera à prendre en considération dans la réflexion à avoir sur le fonctionnement de l'UMG. L'UMG doit-elle intégrer dans ses missions, la prise en charge active de toutes les demandes de « placements »?... Ce transfert de charge n'est-il pas une forme de « déresponsabilisation » des services de Court Séjour vis à vis de leurs PA, alors qu'aujourd'hui tous les services hospitaliers sont et seront amenés à prendre en charge des PA ? ...

La littérature n'individualise pas aujourd'hui de structure gériatrique ayant ce type d'attribution.

NB : A noter, qu'en réponse au manque d'« informations sur les filières extra hospitalières » apportées par l'UMG et à la demande « d'un annuaire actualisé des places disponibles en soins de longue durée du département », un dossier informatique hospitalier médico-social sera bientôt à la disposition des travailleurs sociaux et des cadres infirmiers.

2.2 L'UMG et les problèmes de COORDINATION entre les professionnels de santé hospitaliers :

Le résultat de notre enquête de satisfaction des professionnels de santé permet également d'identifier un problème fondamental, qui aujourd'hui représente un élément d'inadéquation du système de soins hospitalier à la prise en charge des patients âgés. Il s'agit du manque de coordination entre les divers intervenants de santé pour une gestion globale médico-sociale du PA.

Pour illustrer ce propos nous nous appuyons sur les réponses au questionnaire suivantes :

- *« Manque de concertation entre les services de Court Séjour et les services de Gériatrie pour une analyse du besoin et de son évolution »*
- *« Plus proche du quotidien des services »*
- *« Nécessité de coopération UMG et service social des malades »*
- *« Réussir à travailler ensemble »*
- *« Pluridisciplinarité pour discuter d'une orientation »*
- *« L'UMG devrait dispenser une formation médico-socio-technique gériatrique simple aux services de Court Séjour »*

... constituent quelques priorités d'amélioration de l'UMG exprimées par les professionnels de santé (Q15).

Médecins et cadres infirmiers pensent que cette unité mobile, structure d'action transversale est l'opportunité d'un lien entre les services hospitaliers pour la gestion globale du patient et pour faciliter le déroulement des filières d'aval du service de Court Séjour. A travers cette nécessité de coordination, leurs propos illustrent également la notion de qualité de prise en charge des patients âgés, probablement sensibilisés par l'optique d'accréditation des établissements de santé à venir.

Ce propos est illustré par les réponses au questionnaire suivantes :

- *« Nécessité d'une évaluation gériatrique » pour...*
- *« Une meilleure connaissance du PA, pour une meilleure stratégie de soins et une revalorisation de sa prise en charge »*
- *« Intérêt du dossier UMG transmissible »*
- *« Nécessité d'un interlocuteur gériatrique »*
- *« Mise en relation des services de spécialité et de gériatrie »*
- *« Suivi du patient au cours du séjour hospitalier »*

... considérés par les professionnels, comme le principal apport de l'UMG (Q13).

A l'heure d'internet et autres révolutions du partage de l'information ce qui frappe c'est l'extrême segmentation du secteur de santé. [55]. En effet, l'évolution des progrès des techniques médicales s'accompagne d'un éclatement de la structure hospitalière. La prise en charge pluridisciplinaire et continue d'une population âgée devient problématique. [19, 20]. Hors sans cohésion, sans coordination, au sein même des établissements de santé, la prise en charge globale médico-psycho-sociale du patient âgé poly-pathologique ne peut vraiment se concevoir. [19]

Ce problème de coordination, devient une priorité politique avec le projet de réforme hospitalière de 1996, qui en instituant les Agences Régionales d'Hospitalisation, tente de favoriser le dialogue et la complémentarité. [38] Organiser une circulation efficace et efficiente des patients est désormais le problème majeur de notre système de santé. Autrement dit, notre attention doit se porter sur l'amélioration des filières des soins [26].

Une unité gériatrique, par ses principes de mobilité, d'approche globale du patient, de partage de l'information (médico-psycho-sociale et fonctionnelle), synthétisée au lit du malade, puis communiquée à tous les intervenants de santé potentiels auprès de ce malade, ne remplit-elle pas en partie, ce rôle de coordination entre professionnels de santé ? ...C'est de cette façon, qu'un bon nombre de professionnels de santé perçoivent l'UMG aujourd'hui (*Principal apport Q13*), ou dans l'avenir (*Priorités d'amélioration, Q15*).

Par contre, 20% des professionnels de santé interrogés considèrent que l'UMG n'est d'aucun apport pour l'hôpital aujourd'hui. Il s'agit essentiellement des services de médecine interne, et à un moindre degré les services de neurologie et de cardiologie. Probablement n'ont-ils pas encore perçu l'intérêt de cette structure transversale dans son rôle de liaison intra hospitalière et de préparation de la filière de soins en aval du service de Court Séjour.

Dans cette optique d'une amélioration de la coordination entre intervenants du système de santé, pour une optimisation des filières de soins et de ce fait pour une qualité de soins optimale, la question du positionnement de l'UMG dans la filière de soins se pose...

2.3 A quel niveau de la filière de soins l'UMG doit-elle intervenir ?

2.3.1 Prévention de l'hospitalisation des patients âgés : pour une activité centrée sur la communauté ? ...

- « Prévention pré-hospitalière à l'arrivée du grand âge »
- « Aide aux familles au domicile à l'arrivée du grand âge »
- « L'UMG doit être le porte-parole des problèmes gériatriques à l'échelle du département, de la région »

... sont les quelques besoins considérés comme non couverts par l'UMG (Q14), et les priorités d'amélioration de l'UMG exprimées par les professionnels de santé. (Q15)

En gériatrie, soigner en temps utile permet de prévenir - sinon de prévoir - et alors d'orienter avant la « crise » [39]. Il est impératif de prévenir les situations médico-sociales complexes en amont de la filière hospitalière en développant des actions communautaires adaptées à la population âgée fragile [12].

De plus, le rôle de prévention que se doivent d'avoir les équipes de soins gériatriques, avant que l'hospitalisation ne soit le dernier recours, est largement souligné dans la littérature [12, 16, 18, 24, 28, 36]. Cette même littérature qui compte de nombreuses expériences d'action préventive dans la communauté ou à l'interface ville / hôpital [19, 40, 53], comme l'expérience P.A.P.A Bouscat dans la région bordelaise [51] ou l'expérience SEREVAU à Saint-Nazaire [16], l'EGERI à Nîmes.

O Drunat [19] précise que l'hôpital, lieu de passage fréquent des personnes âgées doit être un partenaire à part entière pour le maintien et le soutien à domicile.

Les priorités politiques vont depuis longtemps dans ce sens, avec « le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse » (ou rapport Laroque, 1962), préconisant la coordination locale et départementale, puis les ordonnances 1996 [38] : le soutien au domicile est l'axe prioritaire de la politique en direction des PA.

Dans une logique d'intervention de proximité, des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), sont en passe d'être mis en place dans la communauté. [37]

Les évaluations médico-sociales de l'UMG, sont aujourd'hui reconnues par les centres d'évaluations gériatriques communautaires, tel que le CESPA. L'UMG a de ce fait, déjà une action

préventive au niveau de la communauté, même si elle est plus à considérer aujourd'hui, en terme de prévention secondaire. Les centres d'évaluation communautaires aujourd'hui, les CLIC demain, constitueront le niveau de prévention primaire qui permettra de prévenir l'hospitalisation ou tout au moins de préparer l'hospitalisation

C'est pourquoi, l'UMG de part ses liens préexistants avec la communauté, se doit de rester un interlocuteur privilégié à l'interface ville / hôpital.

2.3.2 Activité de l'UMG centrée aux urgences ?...

5 soit 6% des professionnels de santé interrogés dans notre enquête considèrent que l'UMG doit intervenir très en amont dans la filière de soins hospitalière :

- « UMG aux urgences pour une meilleure orientation »
- « Implication directe et active dans la gestion de la pathologie gériatrique dès les urgences, afin de limiter les ré hospitalisations, préparer le séjour hospitalier et la sortie »

... constituent quelques priorités d'amélioration exprimées.

L'expérience de nombreuses équipes, relatée au congrès « SAMU et gériatrie » de Créteil en 1992 [8b], proposent diverses expériences, toutes inspirées de 2 idées fondamentales :

1. Améliorer la situation des PA en amont de manière à éviter les hospitalisations indues (paragraphe 2.3.1)
2. Améliorer les conditions d'accueil si l'hospitalisation des PA s'avère indispensable, afin de favoriser une prise en charge spécifique.

Notre étude de la population des plus de 75 ans hospitalisés au CHU de Grenoble montre que plus d'un tiers d'entre eux (37%), entrent à l'hôpital par la porte des urgences. Ceci n'est pas sans répercussion sur l'activité des services d'urgences [34].

De l'extérieur l'hôpital apparaît comme une « forteresse », un bastion de techniques et de savoir, qui ne peut être forcé que par son « pont-levis » : les urgences [20]. Parmi les vraies urgences s'intriquent les urgences dites « sociales », qui ne sont pas toujours directement exprimées par crainte d'un « refus » de prise en charge. Elles représentent 0,5 à 34% des consultations des services d'urgences, selon les études. L'urgence permet en effet, de légitimer l'hospitalisation [51].

◆ Plusieurs études de la littérature montrent un intérêt à la présence d'une équipe médico-sociale aux urgences, pour plusieurs raisons :

- Une prise en charge spécifique et précoce [7, 11, 17, 51]

Aux urgences du Centre Hospitalier La Salpêtrière, des divergences diagnostiques significatives ont été mises en évidence entre examinateurs non spécialisés et gériatres [9, 44]

- Eviter certaines hospitalisations indues ou prévoir une hospitalisation à temps partiel [9, 11, 17, 23, 24, 25, 34, 36, 45]
- Eviter les ré hospitalisations précoces [24]

La présence d'un gériatre aux urgences, a permis d'après une étude de F Congy (La Salpêtrière), d'éviter ou de ramener à moins de 24 h, 38% d'hospitalisations. Il met de plus en évidence, que les moyens à mettre en place pour redonner une autonomie maximale, sont dans 56 % des cas une simple ré équilibration médicamenteuse. [9]. Ce résultat étant confirmé par une autre étude au Centre Hospitalier de Brest, avec 36% de patients dont l'hospitalisation a été évitée, et parmi eux 11% seulement de ré hospitalisation à 1 an. [23]

- Améliorer, humaniser l'accueil, dédramatiser l'hospitalisation [11, 51, 36]
- Améliorer la prise en charge de la PA tout au long du séjour hospitalier et préparer la sortie de l'hôpital, grâce à la prise en charge spécifique et précoce [52, 24]
- Diminuer de la durée de séjour [52, 24]

La meilleure orientation possible, « mettre le bon vieillard dans le bon lit », [48] permet de minimiser la durée de séjour, donc la durée de désinsertion sociale, de limiter les transferts successifs entre services de spécialité, de diminuer les ré-hospitalisations et les institutionnalisations abusives [42].

- Eviter les institutionnalisations abusives [36]
- Redonner aux services de gériatrie de court séjour leur fonction de soins (grâce aux admissions directes des urgences) [36]

Une étude réalisée par l'UMG montre, de plus, que les délais de signalement à l'UMG des patients en difficulté sont de 14 jours en moyenne après l'entrée du patient dans le service [15].

◆ D'autres aspects, rendent discutable l'intervention d'une équipe gériatrique médico-sociale dès les urgences :

- Une prise en charge sociale en phase aiguë reste difficile à mettre en place, en ce qui concerne les PA. En effet un projet social cohérent ne peut être élaboré qu'à l'issue d'une période d'observation suffisante et après avoir rassemblé les éléments médico-sociaux, qu'il est difficile de se procurer dans le contexte de l'urgence. [51]

- « Danger » d'une diffusion de l'information à l'extérieur de l'hôpital, avec un risque potentiel d'augmentation du flux d'entrées de patients âgés aux urgences du CHU : expérience de ce type rencontrée au Centre Hospitalier de Brest [23].

Reconnaissant la nécessité d'une prise en charge précoce, globale et pluridisciplinaire du patient âgé, il est évident qu'une étroite collaboration entre les « urgentistes » et l'UMG doit être établie. Tout en sachant que cette évaluation initiale ne pourra qu'être succincte, et constituera une prise de contact pour préparer le suivi ultérieur.

2.3.3 Activité centrée en aval des urgences

L'activité de l'UMG est actuellement essentiellement basée en aval des urgences, c'est à dire dans les services de Court Séjour faisant appel à elle.

Ce travail d'évaluation préliminaire constitue une aide considérable pour les services de Soins de Suites et Réadaptation (SSR) et Soins de Longue Durée (SLD), mais aussi les divers intervenants auprès du patient, dans les suites de l'hospitalisation. De ce fait, il apparaît difficile aujourd'hui, de faire le choix de suspendre l'activité de l'UMG à ce niveau de la filière de soins.

3. QUELLES SOLUTIONS PEUT-ON DISCUTER AUJOURD'HUI, POUR REpondre AUX DIFFICULTÉES EXPRIMÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?...

1. Afin de répondre à une attente « d'aide concrète à l'orientation » exprimée par les professionnels de santé, au delà de l'évaluation médico-sociale, l'UMG pourrait avoir un rôle actif de coordination dans la recherche de structures d'accueil, notamment dans les cas les plus complexes, en collaboration avec l'assistante sociale du service de Court Séjour.

En effet, du fait de sa connaissance du patient (évaluation médico-sociale), de sa connaissance des filières de soins intra et extra hospitalières, de ses liens pré existants avec les

centres d'évaluation communautaires, l'UMG se doit d'être le correspondant de référence à l'interface ville / hôpital.

Actuellement l'UMG faute de moyens médico-sociaux, ne peut se substituer à l'activité des services de Court Séjour. Le nombre de patients âgés hospitalisés dans tous les services ne fera que croître et la prise en charge n'est et ne sera plus seulement médicale mais médico-sociale : doit-on totalement transférer cette charge d'activité sur une unité mobile ? ...

D'autre part, la question du rôle d'une unité mobile se pose également : organisme d'aide à la décision ou organisme effecteur ? ...

2. Intervention de l'UMG le plus tôt possible dans la filière de soins hospitalière :

L'évaluation gériatrique est indispensable dès l'arrivée du malade âgé à l'hôpital associée à un suivi gériatrique au cours du séjour. Ceci afin d'éviter si possible l'hospitalisation :

- en ayant recours aux structures permettant le maintien au domicile
- en développant une consultation médico-sociale gériatrique au CHU

Si l'hospitalisation est nécessaire :

- essayer d'en raccourcir les circuits et la durée
- accueillir plus de PA en milieu gériatrique (Court Séjour gériatrique, hospitalisation de jour gériatrique)
- préparer la sortie dès l'entrée à l'hôpital.

Le problème étant la réalisation d'une évaluation gériatrique en phase aiguë de l'évolution de la pathologie ayant motivée l'hospitalisation. Cette évaluation devra être complétée dès que possible à l'occasion du suivi du patient en cours d'hospitalisation.

CONCLUSION

Thèse soutenue par : Sandrine Dumont d'Ayot, Moine

Titre :

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES
AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE :
PLACE DE L'UNITE MOBILE DE GERONTOLOGIE**

CONCLUSION :

Le vieillissement de la population représente le problème clé du système sanitaire des 30 années à venir. La demande de soins va connaître une croissance majeure au cours des prochaines décennies. L'offre de soins devra pouvoir répondre de manière adaptée, sous peine de nuire à la qualité de vie des années gagnées en espérance de vie [29].

Une observation dans leur globalité des filières de soins gériatriques est nécessaire, si l'on se fixe pour objectif d'en optimiser le déroulement. La prise en charge hospitalière doit être une continuité de la prise en charge gériatrique communautaire.

L'Unité Mobile de Gérontologie (UMG), mise en place en avril 1997 au CHU de Grenoble, a pour objectif « d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patients âgés hospitalisés ». Aujourd'hui, l'évaluation de l'impact de l'UMG, met en évidence les résultats suivants :

1. Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé :

Médecins et cadres infirmiers (n=82) sont significativement satisfaits des modalités d'interventions de l'UMG (délais d'intervention : 77% vs 13%, délais de réponses : 59% vs 28%, qualité du compte rendu : 68% vs 14%) et de la pertinence des réponses apportées (56% vs 27%), notamment en terme de conseils médico-techniques.

Par contre, leurs avis restent partagés par rapport à la « facilitation de la prise en charge intra hospitalière » (38% satisfaits vs 41%) et concernant les « informations sur les filières extra hospitalières » (32% satisfaits vs 38%) apportées par l'UMG.

Les professionnels de santé appellent essentiellement l'UMG pour des problèmes d'orientation des patients âgés (61%). Ils attendent une « aide concrète pour faciliter cette orientation ». Cet item constitue, d'après eux, l'axe prioritaire des améliorations à apporter à l'UMG (45% des propositions d'amélioration exprimées, n = 55).

Médecins et cadres infirmiers soulignent également la nécessité d'une meilleure coordination entre intervenants de santé auprès du malade, en vue de garantir une qualité de soins optimale et une optimisation des filières de soins gériatriques hospitalières. Ils voient à travers l'UMG, l'opportunité de cette coordination.

La nécessité d'une intervention de l'UMG, soit préventive au niveau de la filière de soins gériatrique communautaire, soit dès les urgences médicales au sein de la filière hospitalière, a également été évoquée.

2. Etude de l'impact de l'UMG sur les filières de soins gériatriques hospitalières :

L'UMG réalise depuis 3 ans une importante activité d'identification des filières de soins gériatriques hospitalières. Cependant, les indicateurs d'activité globaux dont on peut disposer aujourd'hui, montrent que l'UMG, dans son mode de fonctionnement actuel, n'a pas eu d'impact objectif, sur le déroulement de ces filières. Les modes de sortie ne sont pas modifiés. La durée moyenne de séjour en services de Court Séjour augmente significativement pour les plus de 85 ans (+1,14 jours), alors qu'elle diminue significativement pour les moins de 75 ans (-0,81 jours). Cette croissance de la durée moyenne de séjour s'explique par l'effet conjoint de 2 facteurs : le « facteur démographique » et le « facteur structure » (faible ratio lits de Suite / lits de Court Séjour, notamment depuis janvier 1998). Cette augmentation de la durée moyenne de séjour n'aurait-elle pas été plus importante sans l'activité de l'UMG ? ...

D'autres indicateurs tels que les critères de fragilité, le degré de dépendance, le taux de ré-hospitalisation, n'ont pas pu être utilisés dans notre étude, car non disponibles pour notre population cible : les patients de plus de 75 ans hospitalisés. Cependant, une étude réalisée par l'UMG, montre une diminution significative des taux de ré-hospitalisation à 1 an, pour la population des patients évalués par l'UMG par rapport à la population des patients simplement signalés.

Compte tenu des indicateurs utilisés dans notre étude, l'absence d'impact observé de l'UMG sur les filières de soins trouve son explication dans la faible proportion de patients évalués, au vu du nombre de patients âgés fragiles à prendre en charge au CHU de Grenoble. Ce constat doit tenir compte des moyens médico-sociaux actuellement à la disposition de l'UMG.

Cette approche conjointe à l'aide de 2 études complémentaires, de l'évaluation de l'impact de l'UMG, dans son fonctionnement actuel, nous permet de conclure que :

- Les professionnels de santé attendent de l'UMG, une participation active dans la recherche d'une solution pour l'orientation des patients, en collaboration avec le service social du CHU. Ils souhaitent également que l'UMG soit le coordinateur de l'orientation de ces patients pour une optimisation des filières de soins gériatriques.
- Un choix institutionnel s'impose, quant au niveau d'intervention à donner à l'UMG dans la filière de soins :
 1. La nécessité d'une prise en charge précoce, globale et préventive du patient âgé, justifie d'une évaluation médico-sociale, dès les premiers jours d'hospitalisation du patient, si cette hospitalisation s'avère indispensable.
 2. Le soutien à domicile tend à être l'axe prioritaire de la politique en direction des personnes âgées [37]. C'est pourquoi, l'UMG se doit de rester un interlocuteur privilégié à l'interface des réseaux de soins ville / hôpital. En effet, aujourd'hui du fait de ses liens pré existants avec les centres d'évaluation communautaires, et demain probablement, avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), l'UMG doit être un partenaire à part entière du maintien et du soutien à domicile [19].

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 26 septembre 2000

LE DOYEN



PROFESSEUR J.L. DEBRU

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR A. FRANCO

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

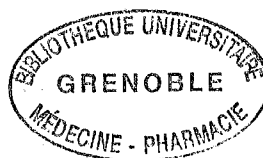
BIBLIOGRAPHIE

- 1. BANTMAN P., MAYER M., TARRAGO M., VINATIER G., MALBOSC Y. Les « itinéraires de vieux » raisons et déraisons des filières. *Gérontologie et Société* 1990 ; 54 : 47-55.
- 2. BARBERGER- GATEAU P., DABIS F., MOISE A. et al. Facteurs liés à la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1987 ; 35 : 463-473.
- 3. BURDET A. Quel projet pour la gérontologie ?. *Gestions Hospitalières* : janvier 1997
- 4. BELMIN J. Patients âgés : comment gérer l'urgence ? *Gériatries* 1999 ; 17 :17-30
- 5. BERTRAND F., PRAS P. Urgences et droit aux soins des sujets âgés : corrélations entre le diagnostic posé au service porte et l'orientation finale des patients. *La Revue de Gériatrie* 1991 ; Tome 16 : 9 : 409-414.
- 6. BONNEFOY M., AYSAC L., BIENVENU J., BOISSON RC., RYS L., JAUFFRET M. Facteurs prédictifs du devenir immédiat de patients âgés hospitalisés à la suite d'un événement aigu. *La Revue de Gériatrie*. Tome 20. 1995 ;20 : 265-266
- 7. CARPENTIER F., PY V., ROTH H., MINGAT J., BARNOUD D., GUIGNIER M. L'admission aux urgences médicales des malades âgés de 80 ans ou plus : problème médical ou problème social ?. *Réan. Soins Intens. Méd. Urg.* 1991 ; 7 : 2 : 105.
- 8. CHAUMIER JA., BOFFARD D., VASSORT V., GUYOT JC., LOUDES-CHAUVIN MC. Rôle de l'hôpital général dans la prise en charge médicale du grand âge. *La Revue de Gériatrie* 1992 ; Tome 17 : 1 : 4-5.
- 8b. Congrès « SAMU et Gériatrie ». Créteil. *Urgences Médicales* 1992 ; 11 : 3-4.
- 9. CONGY F., PIETTE F., SPECIEL P. et al. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière : 1. Enquête transversale : description de l'échantillon lors de l'admission. *La Revue de Gériatrie* 1990 ; Tome 15 : 2 : 45-48.
- 10. CORLEY SALTZ C., McVEY L.J., BECKER P.M., FEUSSNER J.R., COHEN H.J. Impact of a Geriatric Consultation Team on Discharge Placement and Repeat Hospitalization. *The Gerontologist* 1988 ; Vol 28 ; 3 :344-350
- 11. COURPRON Ph., CHUZEVILLE M. Plaidoyer pour une unité gériatrique d'évaluation aux urgences médicales. *Journal d'Economie Médicale* 1990 ; N°2-3 : 176-184.
- 12. COUTURIER P., VILLARD ML., ROLLIN A., et al. Place de l'Unité Mobile de Gérontologie Hospitalière dans la coordination gérontologique Ville-hôpital en matière d'urgence médico-sociale. *SYSTED* 1999.

- 12b. COUTURIER P. **Unité Mobile de Gériologie**. Revue de l'UDIAGE et des CODERPA Isère et Loire 2000 ; n°29.
- 13. COUTURIER P. **Unité Mobile de Gériologie**. Rapport d'activité 1997. Département de Médecine Communautaire. CHRU Grenoble.
- 14. COUTURIER P. **Unité Mobile de Gériologie**. Rapport d'activité 1998. Département de Médecine Communautaire. CHRU Grenoble.
- 15. COUTURIER P. **Unité Mobile de Gériologie**. Rapport d'activité 1999. Département de Médecine Communautaire. CHRU Grenoble.
- 16. DAVID A., ARGOUD D., PLOTTEGHER A., LEROUX Ph. **Expérience : une évaluation à domicile du risque de perte d'autonomie : « le SEREVAU »**. Années documents CLEIRPPA 1997 ; 246.
- 17. DAVID JP., LEMOUCHER S., DI MENZA C. et al. **Personnes âgées : de l'hôpital à la prise en charge**. Le Concours Médical 1991 ; 113 : 1 : 76-78.
- 18. DELAUNAY P., LEFEBVRE J., BRETON T., CHEVALIER V. **L'hospitalisation en urgence des personnes âgées : y a-t'il des alternatives ?**. Gériologie 1994 ; 91 : 14-17.
- 19. DRUNAT O., FARALDI O., BESSEY D., LUTZLER P. **Filières de soins gériatriques**. La Revue de Gériatrie 1998 ; Tome 23 : N°6 : 527-533.
- 20. DRUNAT O., ROUCOU Y. **Filières de soins hospitaliers et sujets âgés : expérience du centre de Lagny Marne La Vallée**. La Revue de Gériatrie 1994 ; Tome 19 : 5 : 294-307.
- 21. DRUNAT O. **Droit des personnes âgées et réseau gériologique**. Gériologie 1998 ; 106 : 42-46.
- 22. GERMAIN M., KNOEFFEL F., WIELAND D., RUBENSTEIN LZ. **A geriatric assessment and intervention team for impatient awaiting transfer to a geriatric unit : a randomized trial**. Aging Clin. Exp. Res. 1995 ; 7 : 55-60.
- 23. GENTRIC A., DUQUESNE F., GRAZIANA A., et al. **L'accueil gériologique médico-social aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ?**. Rev. Med. Interne 1998 ; 19 : 85-90.
- 24. GIRARDOT F., GROSSHANS C., PETER B., BOURDERONT D. **L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général**. La Revue de Gériatrie 1996 ; Tome 21 : 2 : 97-106.
- 25. GOLD S., BERGMAN H. **A geriatric consultation team in the emergency department**. JAGS 1997 ; 45 : 764-767.
- 26. GREMY F. **Filières et réseaux, vers l'organisation et le coordination du système de soins**. Gestions Hospitalières 1997 ; juin-juillet : 433-438.

- 27 **GUIGNO M. Une expérience d'unité d'évaluation gérontologique. *Gérontologie* 1994 ; 92 : 21-23**
- 28. **GUILLET P. Avantages et méfaits de l'hospitalisation du sujet âgé. *Le Concours Médical* 1989 ; juin : 111-24 : 2066-2069.**
- 29. **HOLSTEIN J. Vieillesse de la population française. *La Revue du Praticien, médecine générale* 1997 ; Tome 11 : 390 : 25-28.**
- 30. **JOUVENEL H. Vieillesse démographique. Un défi de société. *Futuribles* 1998 ; 236 : 3-4.**
- 31 **KARIGER E., BLANCHARD F., ENNUYER B. et al. Facteurs prédictifs du devenir à 6 mois des personnes de plus de 75 ans admises en urgence à l'hôpital. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1996 ; 44 : 47-56.**
- 32. **LABARERE J., FRANCOIS P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins : *Revue de la littérature. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1999 ; 47 : 175-184.**
- 33. **LABARERE J., FRANCOIS P., FOURNY M., OLIVE F., PEYRIN JL. Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés. *La Presse médicale* 2000 ; 29 : 20 : 1112-1114.**
- 34. **LABET T., BOUGET J. Les urgences gériatriques médicales en hôpital général, pour une meilleure prise en charge. *La Revue de Gériatrie* 1995 ; Tome 20 : 7 : 471-480.**
- 35. **LEDESERT B., LOMBRAIL P., YENI P., CARBON C., BRODIN M. The impact of a comprehensive multi-dimensional geriatric assessment programme on duration of stay in a french acute medical ward. *Age and Ageing* 1994 ; 23 : 223-227.**
- 36. **LEROUX Ph., LALARDRIE F., LEBLANC JP., BREBAN R., RANGE J. Consultation d'orientation pour les personnes âgées. *Le Concours Médical* 1989 ; Mars : 111-11 : 945-951.**
- 37. **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire N° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).**
- 38 **Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996 : 6324-5.**
- 39. **MOULIAS R. Pour un projet gériatrique dans chaque centre hospitalier. *La Revue de Gériatrie* 1996 ; Tome 21 : 1 : 41-48.**
- 40. **MOULIAS R. Personnes âgées : gaspillage et inefficacité. *Le quotidien du médecin* 1992 ; 5061 :26-27.**
- 41. **NAUGHTON BJ., MORAN MB., FEINGLASS J., FALCONER J., WILLIAMS ME. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department : a randomized trial. *JAGS* 1994 ; 42 : 1045-1049.**

- 42. NIZARD J., POTEL G., DUBOIS C. et al. Transfert direct de patients de plus de 70 ans d'un service d'accueil et d'urgence médicale vers un service de soins de suite et réadaptation, définition des conditions de transfert. *La Revue de Gériatrie* 1996 ; Tome 21 : 9 : 601-608.
- 43. NOIN D., CHAUVIRE Y. *La population de la France*. Ed Armand Colin. 1999.
- 44. PATTOU I., ABALAIN C., CONGY F., PIETTE F., BERTHAUX P. Les personnes âgées admises par le service d'urgences du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière : 2. Circuit hospitalier et devenir à 1 an. *La Revue de Gériatrie* 1990 ; Tome 15 : 2 : 51-56.
- 45. PAUL-DAUPHIN A., BRIANCON S., MANEL J., LAMBERT H. Accueil et orientation des patients dans les services d'urgences, une enquête sur les délais d'attente et les difficultés de placement au CHU de Nancy. *Gestions Hospitalières* 1995 ;345 : 296-302.
- 46. PAWLSON LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. *JAGS* 1988 ;36 : 202-208.
- 47. RABUS MT., ZINETTI J., DARE F., COCHETON JJ. Le fonctionnement des urgences gériatriques : une expérience de collaboration entre un service de moyen séjour et un CHU. *La Revue de Gériatrie* 1993 ; Tome 18 : 1 : 31-34.
- 48. SAINT JEAN O. Filières de soins hospitaliers en urgence pour le sujet âgé : critiques et perspectives. *Gérontologies et Société* 1990 ; 54 : 56-65.
- 49 SAINT JEAN O. Urgences hospitalières chez les sujets âgés et la médecine interne gériatrique. *Rev. Med. Int.* 1991 ; 12 : 180-182.
- 50 SAINT JEAN O., BERIGAUD S., MATIGNON E., PASSERON J., ELLRODT A., BOUCHON JP. Circuit hospitalier d'urgence des personnes âgées : description d'une population et d'une expérience de transfert direct en unité de Médecine Interne Gériatrique. *Réanim. Soins Intens. Méd. Urg.* 1992.
- 51. TAURAND Ph., FERREY G. Le périple hospitalier de la personne âgée. *Gérontologie* 1994 ; 4 : 92 : 2-10.
- 52. TRAN B., ZUREIK M., DAVIDO A., et al. Orientation à la sortie de l'hôpital et durée de séjour hospitalier des personnes âgées admises par les urgences. *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 1995 ; 43 : 337-346.
- 53. VETEL JM. Gériatrie fiction : réflexions sur les structures et les filières gériatriques. *La Revue de Gériatrie* 1988 ; Tome 13 : N°3 : 104-107.
- 54. VINAS JM., LARCHER P., DURIEZ M. Réseaux de santé et filières de soins, le patient aux centre des préoccupations. *Actualité et dossier en santé publique* Septembre 1998 ; N° 24 : 12-52.
- 55. VIENS G. Filières et réseaux de santé, quel avenir en France ? *Médecine et armées* 1998 ; 26 : 8 : 573-578.



ANNEXES

**Prise en charge des personnes âgées au CHU de Grenoble :
Place de l'Unité Mobile de Gérontologie**

Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé

*Pour chaque proposition veuillez cocher qu'une seule case
Vos réponses resteront strictement anonymes*

1. Connaissez-vous l'UMG ?

- 1 Oui
0 Non

2. Avez vous déjà fait appel à l'UMG ?

- 1 Oui Combien de fois, durant l'année 1999 ?
 < 5 fois > 10 fois
 5 à 10 fois > 20 fois

- 0 Non Pas de personnes âgées dans votre service
 Pas de problème de prise en charge des personnes âgées
 Il existe des problèmes de prise en charge des personnes âgées dans votre service,
mais vous ne faites jamais appel à l'UMG.
Pourquoi ?

Si vous avez répondu « non » à cette question veuillez poursuivre ce questionnaire à la question 13

3. Quel est votre principal motif d'appel de l'UMG ? (1 seule réponse)

- 1 Conseil gérontologique (médical, thérapeutique, technique...)
2 Conseil social
3 Evaluation gériatrique, pour une aide à l'orientation
4 Faciliter le parcours intra-hospitalier
5 Informations sur les structures d'accueil extra-hospitalières
6 Information, soutien des familles (structures d'accueil, accompagnement du patient dément...)
7 Sensibiliser les équipes, aux problèmes de prise en charge des personnes âgées

4. Concernant le mode d'intervention de l'UMG, après signalement d'un problème gériatrique, dans votre service :

4.1- quelles sont les modalités de signalement des personnes âgées en difficulté à l'UMG, dans votre service ?

- a décision et démarche de signalement à l'initiative du cadre infirmier
b décision médicale de signalement (visites), et démarche de signalement faite par le cadre infirmier
c décision et démarche de signalement faite par les médecins (interne...)
d autres :

4.2. ces modalités de signalement vous paraissent-elles ?

- a très satisfaisantes
b plutôt satisfaisantes
c plutôt pas satisfaisantes
d pas du tout satisfaisantes
e sans opinion

4.3- les délais d'intervention après signalement, vous paraissent :

- a très satisfaisants
b plutôt satisfaisants
c plutôt pas satisfaisants
d pas du tout satisfaisants
e sans opinion

4.4- les délais de réponse après intervention, vous paraissent :

- a très satisfaisants
- b plutôt satisfaisants
- c plutôt pas satisfaisants
- d pas du tout satisfaisants
- e sans opinion

4.5- la qualité du compte rendu est, à votre avis :

- a très satisfaisante
- b plutôt satisfaisante
- c plutôt pas satisfaisante
- d pas du tout satisfaisante
- e sans opinion

5. Les réponses apportées par l'UMG à vos problèmes gériatriques sont-elles pertinentes ?

- 1 très pertinentes
- 2 plutôt pertinentes
- 3 plutôt non pertinentes
- 4 pas du tout pertinentes
- 5 sans opinion

6. Etes-vous satisfait des conseils médico-techniques apportés par l'UMG ?

- 1 très satisfait
- 2 plutôt satisfait
- 3 plutôt pas satisfait
- 4 pas du tout satisfait
- 5 sans opinion

7. L'UMG a-t-elle permis de faciliter la prise en charge intra-hospitalière, en aval de votre service ?

- 1 tout à fait d'accord
- 2 plutôt d'accord
- 3 plutôt pas d'accord
- 4 pas du tout d'accord
- 5 sans opinion

8. Etes-vous satisfait des informations, sur les filières extra-hospitalières, apportées par l'UMG ?

- 1 très satisfait
- 2 plutôt satisfait
- 3 plutôt pas satisfait
- 4 pas du tout satisfait
- 5 sans opinion

9. L'UMG vous apporte-t-elle un soutien pour la prise en charge des familles ?

- 1 tout à fait d'accord
- 2 plutôt d'accord
- 3 plutôt pas d'accord
- 4 pas du tout d'accord
- 5 sans opinion

10. L'UMG a-t-elle permis de sensibiliser les équipes, aux difficultés de prise en charge de la personne âgée ?

- 1 tout à fait d'accord
- 2 plutôt d'accord
- 3 plutôt pas d'accord
- 4 pas du tout d'accord
- 5 sans opinion

11. Depuis l'UMG, est-ce-que votre gestion de la personne âgée hospitalisée a changé ?

- 0 non
- 1 oui quel principal changement ?

12. Depuis l'UMG avez-vous une meilleure connaissance du plateau technique gériatrique intra hospitalier (soins de suite, soins de longue durée...)

0 non

1 oui

des structures extra hospitalières d'accueil gériatrique :

0 non

1 oui

13. Quel est actuellement, à votre avis, le principal apport de l'UMG ?

.....

14. Quels besoins vous semblent, aujourd'hui, non couverts par l'UMG ?

.....

15. Parmi ces besoins, lequel vous semble indispensable et serait la priorité d'amélioration à apporter à l'UMG ?

.....

Commentaires généraux :

Votre service :

Vous êtes :

cadre de santé

interne

CCA

PH/PU PH

ANNEXE 2

Provenance des patients de plus de 75 ans hospitalisés en services de Court Séjour CHU Grenoble - 1996 à 1999

	1996	1997	1998	1999
Court Séjour extra CHU	263	287	318	275
SSR intra ou (extra) CHU	13	12	20	26
SLD intra ou extra CHU	35	47	29	28
Psychiatrie	7	9	11	1
Domicile	8610	9319	10044	10067

ANNEXE 3

Evolution du nombre de patients de plus de 75 ans hospitalisés directement en services de Court Séjour (services dominants dans la prise en charge des plus de 75 ans) - CHU Grenoble - 1996 à 1999

	1996	1997	1998	1999
SAU Médical (UM22)	3378	3568	3923	3979
SAU Chirurgical (UM28) + Accueil Chirurgical 10ème (GR48)	208	794	915	1035

	1996	1997	1998	1999
Tous services de Médecine Court Séjour (hors SAU)	2803	3157	3350	3368
Cardiologie (GR49 GR51)	493	544	640	664
Neurologie (GR13, GR58, GR59)	154	169	160	152
Pneumologie (GR83)	292	293	268	328
Hépto-Gastro-Entérologie (GR52, GR60)	394	458	459	450
E.Chatin Court Séjour (GR80)	164	143	166	202
Chissé Court Séjour (UM31)	-	-	79	71

	1996	1997	1998	1999
Tous services de Chirurgie (hors SAU)	2547	2683	2248	2173
Chirurgie digestive (GR02, GR67, GR87)	135	198	215	188
Chirurgie Vasculaire (GR66)	249	251	319	282
Ophtalmologie (GR69)	570	553	535	532
Orthopédie Nord et Sud (GR75, GR76)	693	437	414	385
Urologie (GR73)	200	192	245	224

ANNEXE 4 :

Mode d'entrée des plus de 75 ans

CHU Grenoble - 1996 à 1999

	1996	1997	1998	1999
Entrée directe en service de Court Séjour	5342 (60%) *	5312 (55%)	5584 (53%)	5513 (52%)
Entrée par SAU Médical	3378 (38%)	3568 (37%)	3923 (37%)	3979 (38%)
Entrée par SAU Chirurgical ou Accueil chirurgical 10ème	208 (2%)	794 (8%)	915 (9%)	1035 (10%)
Total	8928	9674	10422	10527

Fichier PMSI

***(Pourcentage des entrées totales annuelles)**

NB :Le manque d'exhaustivité (décroissant de 1996 à 1999) dans le recueil des données du fichier PMSI, explique la différence du nombre d'entrées totales, observée avec le tableau 1.

ANNEXE 5

Mode de sortie en proportion du nombre d'entrées

CHU Grenoble - 1996 à 1999

	1996	1997	1998	1999
Retour au lieu de vie antérieur	6601 74% [73-74.8]	7192 74%	7818 75%	7911 75% [74-76]
Mutation en services de Court Séjour extra CHU	975 11% [10.3-10.6]	990 10%	893 8.5%	933 9% [8.3-9.4]
SSR	414 4.6% [4.2-5.1]	558 5.7%	598 5.7%	570 5.4% [5-5.8]
SLD	250 2.8% [2.5-3.1]	215 2.2%	304 2.9%	315 3% [2.7-3.3]
Psychiatrie	42	32	37	29
Décès	646 7.2% [6.7-7.8]	687 7%	772 7.4%	769 7.3% [6.8-7.8]
Total entrées	8928	9674	10422	10527

*Pourcentage du nombre d'entrées [intervalle de confiance]

ANNEXE 6

Q13 : Le principal apport de l'UMG ?...

1 seule réponse à la question

69 réponses pour 111 personnes interrogées (62%)

(faisant appel ou non à l'UMG)

	Nombre de réponses n = 69	% du nombre de réponses	Intervalle de confiance à 95% du %
- Aucun	14	20	20% [10-29]
- Faciliter le parcours intra et/ou extra hospitalier	10	14	80% [70-89]
- Conseil d'orientation	8	11	
- Evaluation gériatrique	7	10	
- Meilleure connaissance de la PA pour une meilleure stratégie de soins et une revalorisation de leur prise en charge	7	10	
- Travail de synthèse et de réflexion; dossier gériatrique transmissible	6	9	
- Pluridisciplinarité pour discuter d'une orientation	4	6	
- Conseil médical	4	6	
- Interlocuteur gériatrique	3	4	
- Encadrement des familles	2	3	
- Mise en relation services de spécialité et de gériatrie	2	3	
- Sensibilisation des CS quant aux problèmes de placement	1	1	
- Suivi du patient au cours de son séjour hospitalier	1	1	

ANNEXE 7

Q14 : Besoins non couverts par l'UMG...

*Chaque professionnel de santé pouvait exprimer plusieurs besoins
86 besoins exprimés par 65 professionnels de santé parmi 111 interrogés faisant appel ou
non à l'UMG (58%)*

	Nombre de besoins exprimés n = 86	% du nombre de besoins exprimés	Intervalle de confiance à 95% du %
- Aide concrète à l'orientation / orientation plus rapide	31	36	[26-46]
- Créations de lits de SSR et SLD	8	9,3	[3-15]
- UMG aux Urgences pour meilleure orientation - Intervention aux Urgences quotidienne y compris le WE	5	5,8	[1-11]
- Annuaire des places disponibles en SLD du département, actualisée sur intranet	4	4,6	[0-9]
- Avis médical plus rapide	3	3,5	[0-7]
- Information et encadrement des familles	3	3,5	
- Prévention pré-hospitalière à l'arrivée du grand âge / Aide aux familles au domicile	3	3,5	
- Manque de concertation services de CS et services de gériatrie : (quel besoins ?, son évolution ?)	3	3,5	
- UMG doit être totalement indépendante des services de gériatrie hospitaliers / Décision finale d'orientation ne doit appartenir qu'à l'UMG	3	3,5	
- Plus de moyens logistiques	3	3,5	[0-5]
- Manque de suivi après le conseil d'orientation initial	3	3,5	
- Droit de prescription	2	2,3	
- Plus proche du quotidien des services	2	2,3	
- UMG doit être porte parole des problèmes gériatriques à l'échelle du département, de la région / Informer les pouvoirs publics	2	2,3	
- Aucun	2	2,3	[0-3]
- Reconnaissance extra-CHU de l'évaluation UMG	1	1,2	
- Coopération UMG et service social des malades	1	1,2	
- S'attacher à prendre en charge les situations bloquées	1	1,2	
- Critères d'admission en MS à clarifier	1	1,2	
- Compte rendu écrit arrive trop tard	1	1,2	
- Vacation médicale gériatrique	1	1,2	
- Formation gériatrique médico-socio technique simple	1	1,2	
- Sensibilisation des équipes gériatriques aux problèmes posés par les PA dépendantes en CS	1	1,2	
- Retour d'information à terme (SAU)	1	1,2	

ANNEXE 8

Q15. La priorité d'amélioration à apporter à l'UMG...

*1 seule réponse à la question
55 réponses pour 111 professionnels de santé interrogés (50%)
(faisant appel ou non à l'UMG)*

	Nombre de réponses n = 55	% du nombre de réponses	IC à 95% du %
- Aide concrète à l'orientation / orientation plus rapide	25	45	[32-58]
- Annuaire actualisé des places disponibles en SLD du département, sur « intranet »	5	9	[1-17]
- Avis médical plus rapide	3	5	[0-11]
- Prévention pré-hospitalière à l'arrivée du grand âge / Aide aux familles au domicile	2	3	[1-9]
- Plus proche du quotidien des services	2	3	
- Créations de lits de MS et LS	2	3	
- Manque de concertation services de CS et plateau technique gériatrique : (quel besoins ?, son évolution ?)	2	3	
- UMG doit être totalement indépendante des services de gériatrie hospitaliers / Décision finale d'orientation ne doit appartenir qu'à l'UMG	2	3	
- Aucune	2	3	
- Plus de moyens logistiques	2	3	
- Implication directe active dans la gestion de la pathologie gériatrique dès le SAU (limiter les ré hospitalisation au SAU, préparation du séjour hospitalier , de la sortie...)	1	2	[2-5]
- Droit de prescription	1	2	
- S'attacher à prendre en charge les situations bloquées	1	2	
- Coopération UMG et service social des malades	1	2	
- Manque de suivi après le conseil d'orientation initial	1	2	
- Vacation médicale gériatrique	1	2	
- Formation médico-socio technique gériatrique simple	1	2	
- Réussir à travailler ensemble (SAU)	1	2	

ANNEXE 9

Lettre type d'une évaluation UMG

La Tronche, le

Madame le Docteur FACHLER-BUATOIS

à :

Monsieur le Professeur
Pneumologie
4^e B
Hôpital Michallon

ref : sfb\ bs \ 00 013

Monsieur le Professeur,

L'Unité Mobile de Gérontologie a évalué aujourd'hui, Madame , née le 10 juin 1924, à la demande de Monsieur, Cadre infirmier, pour aide à l'orientation.

Situation sociale et autonomie antérieure :

- Elle vit dans un appartement au centre de Grenoble avec son époux. Celui-ci a 80 ans. Il est assez dynamique malgré une pathologie cardiaque.
- Le couple a un fils, qui est le référent. Il vit à Villars de Lans et s'occupe peu de ses parents.
- Elle ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique et n'est pas connue des services sociaux de secteur.
- Les revenus du couple sont modestes.
- Aucune aide n'était en place à domicile.
- Le suivi médical n'était pas régulier. La patiente a toujours été agressive vis à vis du corps médical, seul le médecin traitant semblait avoir un rapport privilégié avec elle. Il ne la voyait cependant qu'une fois par an. Il confirme par ailleurs un maintien à domicile extrêmement précaire.
- L'autonomie antérieure était correcte : le GIR était à 5/6 et les ADL à 5/6.

Antécédents médicaux, hospitalisations et traitements antérieurs :

Antécédents

- Cholécysectomie en 75
- Hyperthyroïdie traitée par Néomercazole
- HTA, FA chronique, Insuffisance cardiaque
- AVC ischémique en 96 et en juin 99 avec hémiparésie droite et paralysie faciale séquellaire.

Elle a fait l'objet de précédentes hospitalisations :

- 1ère hospitalisation en Novembre 99 en Pneumologie : pour une pneumopathie associée à une décompensation cardiaque gauche. Transfert dans les suites en Rééducation cardio-vasculaire aux Petites roches à Saint Hilaire du Touvet.
- 2ème hospitalisation le 19 décembre Gastro-Entérologie : en raison de la survenue de vomissements associés à un arrêt des matières et des gaz et une anorexie. Le diagnostic retenu est celui d'un bézoard gastrique sur probables troubles moteurs. La patiente est ensuite retournée aux Petites Roches.
- 3ème hospitalisation le 24 décembre : en raison d'une suspicion de choc septique.

Traitement à domicile : NEOMERCAZOLE 5 mg : 1 le matin ; CALCIPARINE : 0,3ml X2 ; FORLAX : 2/1 ; MOTILIUM : 3/1 ; HALDOL faible : v,v,x.

Anamnèse et examen clinique actuel :

Elle a donc été hospitalisée le 24 décembre pour une suspicion de choc septique.

Le diagnostic actuel est celui d'une décompensation cardiaque globale massive, associée à une pneumopathie. L'échographie cardiaque retrouve une fraction d'éjection à 15 % .

Elle a présenté par ailleurs une embolie pulmonaire traitée depuis le 4 janvier. La TDM hélicoïdale montre une HTAP probablement en rapport avec une HTVP et l'existence de 2 thrombus dans l'arbre artériel pulmonaire.

Le séjour a été marqué par ailleurs par la survenue d'autres complications médicales :

- un épisode de FA rapide en fin de semaine dernière résolutif grâce à un traitement médicamenteux adapté.
- une dysthyroïdie probablement favorisée par l'arrêt accidentel du NEOMARCAZOLE.
- L'aggravation d'une angoisse associée à des troubles du comportement (cris et une agitation nocturne importante). Un avis psychiatrique a été demandé : il retient un syndrome dépressif masqué et propose un traitement antidépresseur (FLOXYFRAL 100 puis 200/j ou ATHYMIL 30 puis 60, associé à TERCLAN 25 le soir).

Examen clinique : Poids : ?

La patiente est opposante. Elle est non douloureuse et apyrétique.

Elle est somnolente et confuse il existe une désorientation temporo-spatiale et de troubles de l'attention. On ne retient pas d'anxiété.

Il existe une dyspnée associée à une cyanose périphérique et des œdèmes des membres inférieurs. On retrouve une FA et des ronchi bilatéraux à l'auscultation.

L'état cutané est correct. Il n'y a pas d'escarre. Il n'y a pas de candidose buccale. Une mycose inguinale a été traitée.

Sur le plan de la mobilité, la patiente nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les transferts et quelques pas dans la chambre.

Traitement actuel : GLUCONATE DE K : 2c le matin ; LASILIX RETARD : 1/j ; ALDACTONE 50 : 1/j ; DIGOXINE 0,25 : ½ /j ; TRIATEC FAIBLE : 1/j ; TRANXENE 5 : 1/j ; FLOXYFRAL 100 : 1/j ; NEOMERCAZOLE 5 : 1/j ; MOTILIUM : 3/j ; HALDOL faible : xv,xv,xxv..

Densité de soins et autonomie actuelle :

- La densité de soins est élevée : la patiente nécessite une aide totale pour la toilette et l'habillage. Une aide partielle pour l'alimentation. Elle est incontinente bisphinctérienne. Elle nécessite la présence d'une tierce personne pour effectuer les transferts et les déplacements à l'intérieur.
- La compliance aux soins est mauvaise : la patiente est opposante, agressive et agitée.
- Les équipements techniques en place sont des protections anatomiques, des bandes biflex. L'oxygénothérapie (lunettes) est constamment arrachée par la patiente.
- L'autonomie est restreinte : le GIR est à 2/6 et les ADL à 1/6.

Synthèse et Propositions :

Il s'agit donc d'une femme, âgée de 76 ans, vivant à domicile avec son époux.

Elle est polyvasculaire et présente une dysthyroïdie, un Bézard gastrique et un syndrome dépressif.

Elle a été transférée fin Décembre (pour la troisième fois) du service de rééducation cardio-vasculaire des Petites Roches pour une décompensation cardiaque associée à une pneumopathie. Elle a présenté dans les suites, une embolie pulmonaire. L'état cardiorespiratoire est précaire aujourd'hui.

Il existe par ailleurs un syndrome confusionnel probablement favorisé par l'hypoxie, les différents psychotropes et les pathologies organiques associées.

Nous proposons dans un premier temps de poursuivre la prise en charge gériatrique, d'alléger le traitement psychotrope et d'équilibrer les AVK avec précaution (INR=8, le 17 Janvier)

Ensuite, on envisagera après stabilisation de l'état clinique un transfert en Unité de soins de longue durée pouvant accueillir des patients hospitalo-requérants. Le SLD Brenier semble être l'orientation idéale, cela permettrait par ailleurs à son époux de lui rendre visite régulièrement.

Un transfert en MAPAD comme le souhaite la famille paraît difficile compte tenu de l'état clinique. Un retour aux Petites Roches comme le désire la patiente ne nous paraît pas adapté. Il en est de même pour un retour à domicile, dans l'immédiat.

En vous remerciant de nous tenir au courant de l'évolution de la situation, et restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour l'U.M.G.,
S. FACHLER-BUATOIS
Médecin Attaché

Pièces consultées : dossier infirmier, dossier médical, entretien téléphonique avec le docteur Rocca médecin des Petites Roches, avec le médecin traitant et l'assistante sociale, contact avec le service de neurologie pour obtention du dossier de neuro, contact avec le Pavillon Brenier.

Doubles à :

Madame A. Villard, Interne, Pneumologie

Monsieur le Docteur Couturier, Pavillon E. Chatin

Monsieur le Professeur Franco, Commission d'admission en unité de soins de longue durée

Monsieur le Docteur Dubos, Pavillon Chissé

Monsieur le Docteur Rocca, Petites Roches

Docteur Chambrial, Médecin Traitant

Docteur C. Hohn, Pavillon Brenier

Docteur G. Grataloup, Pavillon Brenier

ABBREVIATIONS

ABREVIATIONS :

PA : patient âgé

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CS : Service de Court Séjour

SSR : Service de Soins de Suite et Réadaptation

SLD : Service de Soins de Longue Durée

DMS : Durée Moyenne de Séjour

SERMENT D'HIPPOCRATE



Qui diis memorem laudes, repemque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque cunctas.
 Democriti auditor Phœbeus, ô, Coe propago,
 Certe inquis te un didicisti opus!

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

