



HAL
open science

**Intérêt d'une unité de soins de longue durée sur la
clinique mutualiste de Lesparre-Médoc : étude
rétrospective descriptive sur des patients hospitalisés en
2014 au Service de soins de suite et de réadaptation**

Julie Deraedt

► **To cite this version:**

Julie Deraedt. Intérêt d'une unité de soins de longue durée sur la clinique mutualiste de Lesparre-Médoc : étude rétrospective descriptive sur des patients hospitalisés en 2014 au Service de soins de suite et de réadaptation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01552123

HAL Id: dumas-01552123

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01552123>

Submitted on 30 Jun 2017

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX – VICTOR SEGALEN

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse N°84

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 Juin 2017

Par Julie DERAEDT

Née le 13 Décembre 1986 à Rosny-sous-Bois

INTERET D'UNE UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE SUR LA
CLINIQUE MUTUALISTE DE LESPARRE MEDOC :

Etude Rétrospective Descriptive sur des Patients Hospitalisés en
2014 au Service de Soins de Suite et de Réadaptation

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Président

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Rapporteur

Madame le Docteur Soheir HENAOUI

Directeur de Thèse

Madame le Professeur Nathalie SALLES

Jury

Madame le Docteur Alexandra CHAYVIALLE

Jury

A mes Parents,
A mon frère Christophe,
Merci pour votre amour, votre soutien, votre aide, et merci d'avoir toujours cru en moi,

A François,
Merci pour ta présence, ton soutien quotidien, ton amour, et merci d'être rentré dans ma vie,

A mes Grands-Parents,
Merci pour vos encouragements, vos conseils et vos attentions,

A Pierre,
Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre confiance,

A mon amie de toujours Zoé,
Merci pour ta joie de vivre,

A Anne-Sophie,
Merci pour ton amitié, ta positivité et ton écoute,

A Alexandra,
Merci pour ton aide, ta patience, ta présence au quotidien, ton amitié et ta relecture,

A mon Parrain Nicolas,
Merci pour ton soutien,

A mes tantes, mes oncles, mes cousins Alexander et Guillaume, mes cousines Christine, Mélanie, Aurélia, Lucy, Marie, Manon, Louise et Alice et à leur moitié Elodie, Marion et Paul.

A mes petits cousins Thomas, Amélie, Noa, Elise, Lily et Jade.

A Tonton Manou, Tati Anne, Tonton Jean-Claude et Tati Anne-Marie, je vous aimerais toute ma vie.

A mes amis,

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Veuillez croire en ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse.
Veuillez croire en ma sincère reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre compassion.

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Vous m'avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Soyez assurée de ma respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Soheir HENAOUI,

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Je t'adresse mes sincères remerciements pour m'avoir guidée et conseillée tout le long de ce travail.

Au Docteur Alexandra CHAYVIALLE,

Tu m'as fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Merci pour tout.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	6
PARTIE 1 : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE	8
I/ DEMOGRAPHIE	8
1- A l'échelle nationale (1) :	8
2- A l'échelle régionale : en Aquitaine (2).....	9
3- A l'échelle du Médoc :	10
II / DEPENDANCE	12
1- Définition.....	12
2- Evolution démographique de la dépendance, les différents scénarios	16
III / EVOLUTION DE LA MORBIDITE AVEC L'AGE.....	18
IV/ EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE.....	19
V/ CARACTERISATIONS DE LA POPULATION DANS LE MEDOC (18)	21
1- Conditions de vie	21
2- La dépendance	22
3- Etat de santé.....	23
PARTIE 2 : OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES	25
I / FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES.....	25
1- Les textes	25
2- Le court séjour gériatrique.....	27
3- L'équipe mobile de gériatrie (EMG).....	28
4- Hospitalisation de jour gériatrique	28
5- Le SSR.....	29
6- Unité de soins de longue durée.....	31
II/ CONTRAT LOCAL DE SANTE (32)	35
III/ L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUE DANS LE MEDOC	36
1- La filière gériatrique au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc	36
2- Le réseau de soins autour de la clinique	37
3- Les professionnels libéraux (35).....	41
4- Les établissements pour personnes âgées (36)	50
PARTIE 3 : L'ETUDE	53
I/ MATERIEL ET METHODE	53
1- Définition de l'étude	53
2- Objectif de l'étude	53
3- Matériel.....	53

4- Population.....	53
5- Déroulement de l'étude	54
II / RESULTATS	57
1- Description de la population.....	57
2- Mode de vie	58
3- Motifs d'hospitalisation	58
4- Co-morbidités	60
5- Dépendances.....	61
6- Filière de soins.....	63
7- La mortalité.....	65
8- Durée de séjour.....	66
9- DMS supérieur à 21 jours.....	66
10- Ré-hospitalisations dans le service	67
11- Echelle ADL	67
12- Grille AGGIR	68
13- Médicaments.....	69
III/ DISCUSSION.....	70
1- Analyse des résultats.....	70
2- Problèmes rencontrés lors de l'étude.....	76
3- Points forts de l'étude.....	77
PARTIE 4 : CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION AU SEIN DE LA CLINIQUE MUTUALISTE	78
I/ CONCLUSION	78
II/ PERSPECTIVES D'EVOLUTION	79
ANNEXES.....	83
ABREVIATIONS	99
BIBLIOGRAPHIE.....	101

INTRODUCTION

La France doit actuellement faire face à un problème majeur : celui du vieillissement de la population. Cette réalité a des répercussions importantes sur les plans économique et social ainsi que sur le système hospitalier.

Les experts sont d'accord pour dire que celles-ci vont s'aggraver si aucune mesure n'est prise rapidement. C'est pourquoi les autorités de santé explorent de nombreuses pistes afin de faire face aux différentes conséquences du vieillissement de notre population.

La moyenne d'âge des patients hospitalisés s'est élevée avec l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale.

Au cours de mon internat et de mon activité hospitalière notamment à la clinique mutualiste de Lesparre Médoc, j'ai été confrontée à des patients de plus en plus âgés et dépendants pour lesquels un retour à domicile était régulièrement difficile voire même impossible.

Une filière gériatrique a ainsi été créée pour prendre en charge les patients difficiles du fait de leur âge mais le problème du devenir de ces patients reste toujours un problème récurrent.

Le but de cette thèse est de montrer la nécessité de créer des unités de soins de longue durée afin de résoudre en partie ce problème et de prendre en charge de la meilleure manière possible ces patients âgés bien souvent dépendants, isolés (du fait parfois de l'éloignement familial), polyopathologiques et polymédiqués.

Dans une première partie nous allons aborder le problème de la démographie à l'échelon national, puis régional (en Aquitaine) et plus particulièrement dans le secteur du Médoc qui apparaît géographiquement isolé : « la fin des Terres ».

Nous évoquerons ensuite le problème de dépendance présenté par la population la plus âgée en essayant tout d'abord de définir cette dépendance puis de la caractériser en cernant son évolution.

Il est bien évident qu'avec l'âge les problèmes de santé ne font que s'accroître, ce qui impacte l'évolution des dépenses de santé, points que nous aborderons également avant de mettre plus particulièrement l'accent sur les caractéristiques de la population médocaine en rapport avec les conditions de vie.

Dans une seconde partie nous mettrons en avant les offres de soins sur le plan gériatrique,

notamment ce que propose les filières de soins gériatriques en énumérant les différents services proposés (court séjour gériatrique, équipe mobile gériatrique, soins de suite et de réadaptation, hôpital de jour gériatrique et unité de soins de longue durée) en s'appuyant sur les textes en vigueur. A ce propos nous mettrons en exergue ce qui est proposé dans le Médoc avec notamment l'offre de soins au niveau de la clinique mutualiste de Lesparre.

Notre troisième partie sera consacrée à l'étude proprement dite, effectuée auprès de 264 patients hospitalisés dans le service de soins de suite et réadaptation (SSR) durant l'année 2014 juste avant mon arrivée dans le service qui correspond au réaménagement du SSR.

Après avoir énoncé l'étude en elle-même, sa définition, nous aborderons ses objectifs, le matériel utilisé, la population concernée et son déroulement. Les résultats seront analysés.

Une discussion et une analyse des résultats nous amèneront aux perspectives d'avenir au sein de la clinique mutualiste de Lesparre médoc.

PARTIE 1 : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

I/ DEMOGRAPHIE

1- A l'échelle nationale (1) :

Au 1er janvier 2015, la France compte 66,3 millions d'habitants. La population française continue de vieillir sous l'effet de l'augmentation de la durée de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. Les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18,4% de la population, soit une progression de 3,5 points en vingt ans. La hausse est de 3,1 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus qui représentent près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2015. En revanche, la part des jeunes âgés de moins de 20 ans a reculé de 1,7 point sur la même durée pour s'établir à 24,7% au 1er janvier 2015. Les habitants âgés de 20 à 59 ans représentent, pour leur part, un peu plus de la moitié de la population, soit une baisse de 2,9 points en vingt ans.

L'effectif des centenaires pourrait atteindre 200 000 personnes en 2060 avec une augmentation annuelle de 2000 centenaires jusqu'en 2046. Avec l'arrivée des générations issues du baby-boom, le rythme de croissance devrait s'accélérer, en 2046, et passer à +8000 centenaires par an en moyenne.

(Annexe 1)

Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes de 75 ans et plus est passé de 4 à 4,5 millions, soit une progression de 10 %. Ce groupe d'âge, qui représentait 7,1 % de la population totale en 1990, en représente actuellement 9,4%. Cette évolution s'accompagne d'un vieillissement de la population âgée. Ce vieillissement démographique, qui caractérise l'ensemble des pays développés, est lié à plusieurs facteurs : la baisse de la fécondité, qui provoque une réduction du nombre des jeunes au sein de la population, alors que la baisse de la mortalité aux grands âges et l'allongement de l'espérance de vie entraînent une augmentation du nombre des personnes âgées.

L'espérance de vie atteint, en 2015, 85,2 ans pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes, contre 73,7 ans en 1980. L'écart important et persistant d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est à l'origine de la forte proportion de femmes parmi les personnes âgées. Les deux tiers des

personnes de plus de 75 ans et les trois quarts de celles de plus de 85 ans sont en effet de sexe féminin.

Par ailleurs, si la proportion de femmes aux grands âges est actuellement plus élevée, elle tendra à diminuer au fil des prochaines années en raison d'un ralentissement de leur baisse de mortalité.

En effet, selon le scénario «central» retenu par l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques), l'espérance de vie à la naissance des femmes s'améliore puisqu'elle passe de 85,3 ans en 2015 à 89 ans en 2050 (+3,7 ans), mais ce gain est encore plus net chez les hommes : 83,8 ans en 2050 contre 78,1 ans en 2015 (+5,7 ans) (annexes 2 et 3). L'écart d'espérance de vie à la naissance passerait donc de 7,1 ans en 2005 à 5,2 en 2050. Ainsi, les femmes représenteront en 2050, 55 % des personnes de plus de 60 ans contre 58% en 2000, 59 % des plus de 75 ans contre 65% en 2000 et 64 % des plus de 85 ans contre 72% en 2000.

2- A l'échelle régionale : en Aquitaine (2)

En 2040, l'Aquitaine devrait atteindre 3 880 000 habitants, soit 23% de plus qu'en 2007, si les tendances démographiques actuelles se poursuivent. Cette hausse de population résulterait d'un solde migratoire positif. Les nouveaux Aquitains viendront surtout d'Île-de-France et de Midi-Pyrénées.

Arrivée aux grands âges des générations du baby-boom

Entre 2007 et 2040, le nombre de personnes de 60 ans ou plus augmenterait de 70%. Et celui des personnes de 75 ans ou plus devrait doubler d'ici 2040. La croissance de ces dernières devrait d'ailleurs s'accélérer fortement à partir de 2020. À cet horizon, les premières générations du baby-boom, nées à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, arriveront à l'âge de 75 ans. Cette forte augmentation du nombre de personnes âgées engendrera nécessairement une hausse importante du nombre de personnes dépendantes, renforçant au cours des prochaines décennies l'enjeu majeur que constitue leur prise en charge.

(Annexe 4 et 5)

Les différentes classes d'âges ne bénéficieront pas toutes de la même manière de la croissance de la population régionale. La structure par âge de la population aquitaine sera donc fortement modifiée dans les années à venir : le haut de la pyramide des âges de l'Aquitaine devrait s'élargir de plus en plus. La proportion des personnes de 75 ans ou plus passerait ainsi de 10,1 % de la population en

2007 à 16,6 % en 2040. À l'inverse, celle des moins de 20 ans devrait diminuer de 2,3 points. En 2040, un Aquitain sur deux devrait avoir plus de 47 ans. En 2007, la moitié des Aquitains avait moins de 42 ans. Déjà plus âgée que l'ensemble de la population française en 2007, la population aquitaine devrait vieillir encore plus rapidement qu'au niveau national d'ici 2040.

3- A l'échelle du Médoc :

Le Médoc se situe au nord de la Gironde et regroupe plusieurs communautés de commune : Centre Médoc, Cœur Médoc, Lacs Médocains, Médoc Estuaire, la Médulienne, la Pointe du Médoc. Les villes de Blanquefort, Eysines et Parempuyre font partie également du Médoc.

Le Médoc s'étend sur plus de 2300Km²

Le Médoc compte 144 832 habitants en 2013. Selon l'Insee, c'est 11 726 habitants de plus qu'il y a cinq ans (nombre communiqué en janvier 2016). Les plus de 75ans se chiffraient à 8518 personnes en 2010 soit 8,9% de la population girondine. Selon les projections de l'INSEE cette population va augmenter de 78% en 20 ans en sachant que le nombre de 60-75 ans ne fera qu'augmenter durant les vingt prochaines années.

La population se répartit en 3 zones (3) :

-Une zone nord : on observe une précarité structurelle, historique, à laquelle s'ajoute désormais une précarité conjoncturelle et migratoire, à une population vieillissante.

-Une zone centre, lieu attractif, dynamique mais coexistant avec des fragilités sociales récurrentes et des populations aux profils opposés.

-Une zone sud, très attractive, avec une population plutôt jeune ayant un emploi majoritairement sur la communauté urbaine bordelaise.

Chiffres clés : démographie

	Pays Médoc		Gironde	Aquitaine	France métr.
	Nombre	%	%	%	%
Répartition des personnes de 60 ans ou plus par tranche d'âges (et part dans l'ensemble de la population)					
60-64 ans	6 865	7,2	6,0	6,5	6,0
65-74 ans	8 321	8,7	7,7	9,0	8,0
75-84 ans	6 040	6,3	6,2	7,4	6,4
85 ans ou plus	2 478	2,6	2,7	3,2	2,6
60 ans ou plus	23 704	24,8	22,6	26,1	23,0
75 ans ou plus	8 518	8,9	8,9	10,6	9,0
évolution du nombre de personnes âgées entre les recensements de 1999 et 2010					
60-74 ans	3 470	29,6	17,4	12,3	12,0
75 ans ou plus	2 188	34,6	34,7	35,2	36,2
60 ans ou plus	5 658	31,4	23,7	20,6	20,3

Source : Insee (RP 2010)

Projections de population de 60 ans ou plus au sein du Pays Médoc par tranche d'âges (2010 à 2040) et part dans l'ensemble de la population

	2010		2020		2030		2040	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	15 186	15,9	20 847	19,3	22 852	19,1	24 200	18,8
75 ans ou plus	8 518	8,9	9 810	9,1	15 178	12,7	19 638	15,2
Total (60 ans et plus)	23 704	24,8	30 657	28,3	38 030	31,8	43 838	34,0

Source : Insee (projections Omphale, scénario central)

Évolution de la population de 60 ans ou plus au sein du Pays Médoc et de la Gironde entre 2010 et 2030 (en pourcentage)

	Evolution 2010-2020 (%)		Evolution 2020-2030 (%)		Evolution 2010-2030 (%)	
	Pays Médoc	Gironde	Pays Médoc	Gironde	Pays Médoc	Gironde
60-74 ans	37,3	32,7	9,6	6,1	50,5	40,7
75 ans ou plus	15,2	10,0	54,7	41,9	78,2	56,2
Total (60 ans et plus)	29,3	23,8	24,0	18,6	60,4	46,8

Source : Insee (projections Omphale, scénario central)

Précisions :

Les projections de population sont établies par l'Insee. À partir des données par sexe et âge d'un territoire, l'Insee réalise des projections de population à l'aide du modèle OMPHALE, qui applique, d'année en année, et pour chaque sexe et âge, des quotients migratoires, de fécondité et de mortalité, aux populations correspondantes. Ces quotients sont déterminés en prenant en compte les tendances de fécondité, mortalité et de migrations observées par le passé. Les dynamiques de peuplement sont décrites ici sous l'hypothèse que ces tendances se répliquent d'année en année, sans intégrer les réactions complexes qu'elles peuvent susciter : effet sur le marché foncier, impact et effets correctifs des politiques publiques territoriales...

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014.

II / DEPENDANCE

1- Définition

Selon la définition de l'IIDRIS (Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale), la dépendance correspond à une *«situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc.»*. La dépendance sera fonction de l'état de santé de l'individu mais également de son environnement matériel.

La dépendance peut s'évaluer selon différentes échelles :

a) Classification selon la grille AGGIR (4)

La dépendance de la personne âgée peut être évaluée à l'aide de différentes échelles, dont la plus utilisée est la grille AGGIR, élaborée par des gériatres en 1993, qui permet de classer en six groupes iso-ressources (GIR). L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables, chacune qualifiée A (fait seul), B (fait partiellement), C (ne fait pas):

- dix variables dites "discriminantes": elles se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale. Elles n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

La personne âgée peut ainsi être «classée» dans l'un des 6 groupes détaillés dans l'annexe 6.

b) L'échelle ADL de KATZ (Activities of Daily Living scale) (5), et l'échelle IADL de LAWTON (Instrumental Activities of Daily Living scale) (6)

Annexe 7 et 8

L'échelle ADL a été élaborée par Katz et al. en 1963. Elle comporte 6 items évaluant les activités de la vie quotidienne : toilette, habillage, locomotion, prise des repas, continence, utilisation des toilettes et son score peut être compris entre 0 (dépendance totale) et 6 (complètement autonome).

L'échelle IADL a été conçue par Lawton et al. en 1969. Elle comporte 8 items et explore les activités instrumentales de la vie quotidienne : faire les courses, téléphoner, faire le ménage et la blanchisserie, préparer les repas, utiliser les moyens de transport, prendre des médicaments, gérer un budget et les obligations administratives.

Ces deux échelles sont remplies en cinq minutes en interrogeant le patient, bien entendu, il convient de vérifier les informations auprès d'un proche si possible.

Ces échelles d'activités de la vie quotidienne évaluent le retentissement fonctionnel du vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique. Elles permettent une quantification approximative du niveau de dépendance et une estimation des besoins afin de planifier les aides adéquates.

c) Coupe PATHOS (7)

La coupe Pathos est un Outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile (8).

Le modèle consiste à identifier sur un thésaurus de 50 états pathologiques, tout ce dont souffre la personne le jour de l'évaluation. Mais, l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge, il doit être caractérisé par son ambiance de soins requis : son profil de soins ou profil de stratégie thérapeutique. Chaque état pathologique présenté sera donc qualifié par un des 12 profils de soins possibles indiquant les soins requis par l'état pathologique compte tenu du contexte clinique.

À un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. Ainsi,

238 couples « état pathologique – profil » décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie.

In fine, le modèle mesure pour l'ensemble des couples état pathologique - profil présentés par une personne, les niveaux de soins requis à sa prise en charge dans huit postes de ressources représentant les huit « acteurs » des soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie. Le niveau de soins, pour les professionnels, correspond au temps requis près du malade. Par exemple, ne sont pas compris les temps de préparation du chariot à pansement.

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de niveaux moyens de soins requis par personne, sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de soins (rapportés à une valeur maximale 100).

Le modèle PATHOS permet donc d'évaluer les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies dans une population à un moment donné. À domicile ou en établissement, il décrit la situation clinique des personnes et mesure un certain nombre d'indicateurs, données utilisables au niveau d'un individu ou d'un ensemble d'individus. (Annexe 9 et 10)

- Au niveau individuel : comme le modèle AGGIR, il n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations indispensables à la mise en place d'un plan d'aides et de soins personnalisés. En dehors de toute ambition épidémiologique, il constitue un bon instrument de description synthétique de l'état de santé d'une personne âgée.

- Au niveau collectif : comme le modèle AGGIR également, mais dans son champ spécifique des soins médicaux et techniques, c'est un excellent outil de comparaison de services ou de populations, démarche qui a guidé sa mise en place et qui permet de :

- Apporter une aide dans l'analyse et la gestion des services, unités ou toute autre structure, en caractérisant leur recrutement, en évaluant les besoins réels des populations prises en charge, en les comparant à une moyenne nationale pour les structures similaires et en les confrontant aux moyens mobilisables ;
- Donner un éclairage particulièrement riche d'enseignements dans le cadre du financement des structures dans les champs sanitaire et médico-social, souvent hétérogènes et ne disposant pas tous de systèmes d'information médicalisés. Évaluant les soins requis, il peut en outre être confronté aux systèmes existants mesurant les seuls soins dispensés ;
- Participer à la planification dans le domaine gérontologique en apportant un ensemble d'informations sur la typologie et la gravité des pathologies présentées par les personnes accueillies, ainsi que sur le fonctionnement des filières et des réseaux.

5- L'aide à la personne âgée

L'aide aux personnes âgées dépendantes passe par une solidarité familiale et collective.

La solidarité familiale est définie par l'aide apportée par les proches (conjoint ou enfants, famille proche) dans la vie quotidienne. L'enquête HID (9) (Handicap, Incapacité, Dépendance) réalisée par l'INSEE de 1998 à 2001 à domicile et en Institution, a permis de montrer que ce type de solidarité est en nette diminution, en raison de la baisse du nombre d'enfants par famille, de l'éclatement géographique des familles et des ruptures dans les couples plus fréquentes. En 2000, elle était de 2,2 aidants pour une femme contre 2,8 aidants pour un homme, en raison de leur espérance de vie plus faible, permettant d'avoir leur femme comme aidant. Elle atteindrait 2,3 aidants pour un homme et 2 aidants pour une femme en 2040 (10) (annexe 11). Il a également été constaté que ce type d'aide permet de prolonger le maintien à domicile, notamment lorsqu'elle est fournie par le conjoint.

La solidarité collective est représentée par des prestations spécifiques comme l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) mise en place le 1^{er} janvier 2002 (11). Elle est financée par le département, avec une contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (12).

Son montant dépend du degré de dépendance au regard de la grille AGGIR et du lieu de résidence (domicile ou institution). Un ticket modérateur reste à la charge du bénéficiaire en fonction de son revenu. Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'APA est directement versée au bénéficiaire en cas de vie au domicile et est proportionnelle au montant du plan d'aide effectivement mis en place. En institution, elle aide la personne âgée à acquitter le tarif dépendance de l'établissement. Elle peut alors être versée à l'établissement ou au bénéficiaire si l'établissement n'est pas sous dotation globale.

À la fin du quatrième trimestre 2011, 1 199 000 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA, soit une hausse de 0,5 % par rapport à septembre 2011. Globalement, l'augmentation annuelle est stable.

En décembre 2011 (11), 721 000 personnes âgées ont perçu l'APA à domicile. 478 000 personnes ont bénéficié de l'APA en établissement, dont 316 000 *via* la dotation budgétaire globale perçue par l'établissement qui les accueillait. Au total, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile.

(Annexes 12 et 13)

La proportion des bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 reste stable en décembre 2011 par rapport au trimestre précédent (44 %) : ces personnes modérément dépendantes sont structurellement plus nombreuses à domicile (58 %) qu'en établissement (23 %).

À domicile, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1,3 % en un an. L'augmentation annuelle du nombre de bénéficiaires à domicile est notamment le fait des GIR 4 (+2,0 %) et des GIR 3 (+1,7 %).

Fin décembre 2011, le montant moyen du plan d'aide pour les personnes qui résident à domicile est de 489 euros par mois. Ce montant moyen varie avec le degré de perte d'autonomie, d'environ 997 euros pour les bénéficiaires évalués en GIR 1 à 346 euros pour les GIR 4.

À domicile, 23 % des bénéficiaires de l'APA sont exonérés du ticket modérateur. Pour ceux qui acquittent un ticket modérateur, la participation s'élève à 123 euros en moyenne, soit un quart du plan d'aide moyen estimé sur l'ensemble des bénéficiaires (489 euros). Cette proportion varie peu selon le degré de dépendance.

À domicile, les montants moyens des plans d'aide sont inférieurs de 33 % aux plafonds nationaux fixés pour l'APA, tous niveaux de GIR confondus (cette proportion est stable depuis plusieurs trimestres).

2- Evolution démographique de la dépendance, les différents scénarios

Selon l'enquête HID, (9) 795 000 personnes dépendantes ont été dénombrées en 1999, dont 2/3 étaient des femmes. Le taux de dépendance chez les hommes comme chez les femmes, reste faible jusqu'à 75 ans puis augmente rapidement avec l'âge (âge moyen de dépendance : 78 ans pour les hommes, 83 ans pour les femmes).

Des projections pour 2040 ont été faites selon trois scénarios (13) :

- un scénario pessimiste selon lequel l'âge d'apparition de la dépendance se décale moins vite que l'âge du décès, conduisant à une augmentation de la durée de vie en dépendance,
- un scénario central où l'âge d'apparition de la dépendance et celui du décès se décalent parallèlement, donc la durée de vie en dépendance est inchangée. C'est le scénario le plus probable,
- un scénario optimiste où l'âge d'apparition de la dépendance se décale davantage que celui du décès, avec pour conséquence une durée de vie en dépendance plus faible.

Selon le scénario central (annexe 12), le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50%

entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes. Cette augmentation s'accélèrera à partir de 2030, période vers laquelle les ressortissants du baby-boom atteindront 80-85 ans.

De plus, l'âge moyen de dépendance augmenterait également sur cette période, passant de 78 à 82 ans pour les hommes, et de 83 à 88 ans pour les femmes.

Par ailleurs, il est à noter que les hommes sont moins touchés que les femmes. En effet, pour les personnes nées entre 1940 et 1954 qui atteignent l'âge de 60 ans, 29% des hommes contre 52% des femmes connaîtront au moins une année de dépendance. La durée moyenne de dépendance est de 3,7 ans pour les hommes contre 4,7 ans pour les femmes. Enfin, seuls 6% des hommes contre 16% des femmes atteignant 60 ans connaîtront une dépendance longue (plus de 5 ans).

Au total, sur les quarante années, l'augmentation serait d'environ 32 % dans le scénario optimiste, 53% dans le scénario central ou 79 % dans le scénario pessimiste. Le vieillissement de la population conduit donc dans tous les cas à une augmentation de la dépendance aux grands âges. Ce phénomène, conjugué à une diminution de l'aide aux aînés par les familles, conduit à la nécessité de trouver des solutions d'aide collective et de prise en charge des personnes âgées dépendantes

III / EVOLUTION DE LA MORBIDITE AVEC L'AGE

L'évolution de la morbidité avec l'âge est difficile à prévoir.

En effet, la relation entre les deux est très instable : les progrès médicaux et les améliorations des conditions de vie et de travail modifient continuellement la relation entre âge et état de santé.

De plus, il existe deux difficultés majeures dans la mesure de la morbidité.

- la première difficulté concerne le concept même de maladie : définir une maladie, son début ou sa fin, sont des exercices complexes.
- la deuxième difficulté réside dans la définition du champ étudié : la connaissance de la morbidité réelle (ensemble des maladies dont souffre une personne) est impossible, on observe plus facilement la morbidité déclarée par les individus eux-mêmes ou la morbidité diagnostiquée par les médecins à l'occasion d'un examen médical ou d'un recours aux soins.

L'enquête Santé réalisée par l'INSEE en 2002-2003 (14) montre que le nombre de maladies déclarées est plus élevé chez les femmes et augmente avec l'âge, notamment après 65 ans, pour atteindre 6 maladies chez les plus de 80 ans. Après 65 ans, les maladies les plus fréquemment rencontrées sont, mis à part les troubles visuels et les prothèses dentaires, les problèmes cardiovasculaires avec les cardiopathies (16,3 % des personnes de 65 à 79 ans et 29,7 % des personnes de 80 ans et plus) et l'hypertension artérielle qui concerne plus d'une personne âgée sur trois. Le deuxième grand groupe est celui des problèmes ostéo-articulaires. Entre 65-79 ans, 20,5 % des personnes déclarent une arthrose périphérique, 10,7 % des rhumatismes ou autres douleurs articulaires et 12,2 % des dorsopathies. À 80 ans et au-delà, la prévalence de ces affections est respectivement de 24,6 %, 13,6 % et 10,6 %.

IV/ EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE

Comme nous l'avons vu précédemment, nous assistons à un vieillissement de la population, assorti d'une augmentation de la dépendance et de la morbidité. Quelles sont les conséquences envisageables sur les dépenses de santé?

Pour envisager l'évolution des dépenses de santé, il faut tenir compte d'un «effet mécanique» qui applique le profil de dépense par âge constaté aujourd'hui à la pyramide des âges prévue pour 2020 ou 2040, et un «effet génération» qui permet de nuancer le premier en tenant compte des comportements propres à chaque génération (15).

Selon plusieurs études, l'effet mécanique permet de prévoir une augmentation des dépenses de santé d'ici à 2040, sans explosion : +0,6 à 0,7% par an d'ici 2040, soit 0,1 à 0,2 point de plus par rapport aux estimations de ces dernières années. Cette augmentation concernerait davantage les soins ambulatoires et les dépenses de pharmacie.

Ces données sont à pondérer si l'on considère l'effet générationnel. En effet, on ne peut pas imputer à l'âge seul l'augmentation des dépenses de santé. A état de santé égal, une personne âgée consommerait même moins de soins médicaux qu'une personne plus jeune (16).

Une étude réalisée par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) montre que les nouvelles générations, à un âge donné, consomment plus de biens et soins médicaux que les générations précédentes au même âge (17). Ce phénomène est encore plus marqué aux âges élevés (annexe 14). Ceci pourrait être expliqué par :

- un changement des mentalités : le recours au soin paraît plus évident et plus facile pour les générations actuelles que pour les précédentes, qui n'ont pas toujours connu la Sécurité Sociale. Les exigences de soin sont également plus marquées qu'auparavant,
- une couverture complémentaire plus importante qu'auparavant, encourageant la consommation médicale (en 2002 : 86% de la population bénéficient d'une couverture complémentaire, 5% de la Couverture Médicale Universelle),
- une part grandissante des patients en ALD (Affection Longue Durée), et qui le restent plus longtemps du fait de l'allongement de la durée de vie : 40% des dépenses ambulatoires sont liées à une ALD,
- une augmentation de la morbidité déclarée : à interpréter avec précaution car elle peut être liée, comme nous l'avons vu précédemment, à une meilleure diffusion de l'information médicale, au dépistage...
- le progrès médical et les soins plus coûteux qu'il engendre.

Ces éléments auraient donc tendance à influencer les dépenses à la hausse. Pour les facteurs influençant à la baisse, citons l'incitation à des conduites préventives (dépistage), ainsi que l'augmentation des années de vie en bonne santé.

Finalement, toutes les études s'accordent à dire que les dépenses de santé vont augmenter, mais cette tendance sera davantage liée au changement des comportements et des pratiques qu'à l'augmentation de la population et au vieillissement proprement dit.

V/ CARACTERISATIONS DE LA POPULATION DANS LE MEDOC (18)

1- Conditions de vie

La majorité des personnes âgées habitent en famille, un tiers vivent seules. Ces données sont similaires dans toute la France. Il existe peu de mouvement migratoire pour la retraite

	Pays Médoc		Gironde	Aquitaine	France métro.
	Nombre	%	%	%	%
Répartition de la population âgée de 75 ans ou plus selon le mode de cohabitation					
Vit seul	2 955	34,7	38,2	36	38,7
Vit en famille	4 264	50,0	47,1	47,7	46,7
Vit en établissement	720	8,5	8,5	9,0	9,5
Autres	579	6,8	6,2	7,3	5,1
Total	8 518	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Insee (RP 2010)

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014.P5.

2- La dépendance

	APA à domicile		APA en établissement**	
	Nombre	%	Nombre	%
Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le GIR au 30 septembre 2013 dans le territoire de proximité du Médoc*				
GIR 1	15	0,9	55	8,4
GIR 2	242	14,6	281	43,0
GIR 3	391	23,7	129	19,7
GIR 4	1 005	60,8	189	28,9
TOTAL	1 653	100,0	654	100,0

Source : Conseil général 33

* Par rapport au territoire de proximité du Médoc, le Pays Médoc regroupe 3 communes de plus : Ludon-Médoc, Macau et Le Pian-Médoc (soit plus de 2 380 personnes âgées de 60 ans ou plus).

** Le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement est sous estimé en raison du paiement des établissements en dotation globale

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

Au sein du Pays Médoc, 1 653 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile au 30 septembre 2013, dont 61 % en GIR 4 et 24 % en GIR 3. En établissement, l'APA est versée à 654 personnes dont 43 % en GIR 2, 20 % en GIR 3 et 29 % en GIR 4.

On remarque que le conseil général verse plus d'APA pour les établissements lorsque les personnes âgées sont dépendantes (en GIR1) à hauteur de 8% contre 0,9% au domicile ; a contrario, 60% des aides des GIR4 sont versées pour les personnes restant au domicile contre 28% en établissement.

3- Etat de santé

	65-74 ans		75-84 ans		85 ans ou plus		65 ans ou plus	
	Nombre annuel moyen	%	Nombre annuel moyen	%	Nombre annuel moyen	%	Nombre annuel moyen	%
Principaux motifs d'admission en ALD des personnes âgées de 65 ans ou plus du Pays Médoc par classe d'âge (2009-2011)								
Nombre de personnes admises en ALD	473	100,0	469	100,0	228	100,0	1 170	100,0
dont cancers	123	26,0	94	20,0	34	14,9	252	21,5
maladies cardiovasculaires	194	41,0	201	42,9	112	49,1	507	43,3
maladie d'Alzheimer	13	2,7	40	8,5	41	18,0	94	8,0
affections psychiatriques	13	2,7	13	2,8	8	3,5	33	2,8
diabète	81	17,1	62	13,2	14	6,1	157	13,4

Sources : CNAM-TS, CCMSA, RSI

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

	Pays Médoc	Gironde	Aquitaine
Nombre estimé de personnes âgées de 75 ou plus atteintes de démence (cohorte Paquid et projections de population)			
2010	1 400	22 500	58 800
2020	1 900	28 300	74 200
2030	2 500	35 800	92 100

Sources : Résultats Paquid (mise à jour janvier 2004), Insee

Source : Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. « Pays Médoc éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées ». www.ors-aquitaine.org. Mars 2014. P7.

La démence reste un facteur de dépendance important, facteur qui augmentera au cours des années à venir. Les personnes âgées atteintes de démence nécessitent une prise en charge spécifique. Dans le pays Médoc, il est estimé en 2010 que 1 400 personnes de 75 ans ou plus seraient atteintes de démence. Elles devraient être environ 1 900 en 2020 et 2 500 en 2030

Au total : au 1er Janvier 2015, environ 20% de la population française est âgée de plus de 65 ans avec une espérance de vie moyenne de 81,7 ans et une tendance à l'augmentation d'ici les 30 prochaines années. L'autonomie de la personne vieillissante s'altère avec l'âge et des échelles ont été mises en place afin d'évaluer la dépendance (PATHOS, AGGIR, ADL, iADL), et organiser les aides sociales.

Un tiers de la population médocaine vit isolé et la majorité des patients en ALD le sont pour une maladie cardiovasculaire. La pathologie démentielle est un facteur de dépendance important et sa prévalence doublerait d'ici 2030.

PARTIE 2 : OFFRE DE SOINS GERIATRIQUES

I / FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

1- Les textes

Comme nous l'avons vu, le vieillissement de la population est un véritable problème de santé publique dont l'impact financier est important. Il est donc au centre des préoccupations du Ministère de la Santé afin de trouver des solutions adaptées pour atténuer l'impact de ce choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux.

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 propose ainsi des mesures visant à l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes âgées en développant le système de « filière gériatrique » (19).

Le principe de la filière de soins gériatriques est de permettre aux personnes âgées d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée selon les besoins et d'accéder à un plateau technique.

Au sein de cette filière, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- D'une prise en charge spécifique en gériatrie, prise en charge assurée en consultation, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue selon la situation clinique.
- D'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé.
- D'un accès au plateau technique dans les délais requis par son état pour éviter toute perte de chance.
- D'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation pour éviter le risque de réhospitalisation.

Il est donc prévu par les textes que cette filière intègre plusieurs maillons :

- Le court séjour gériatrique équivalent au service de gériatrie aiguë ,
- L'équipe mobile de gériatrie,
- Le pôle d'évaluation gériatrique, comprenant une unité de consultations, de consultations mémoire et d'hospitalisation de jour gériatrique,
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, dotés des moyens nécessaires à la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile.
- Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

Ainsi, le rapport d'avril 2006 « Un programme pour la Gériatrie », commandé par Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé et des Solidarités, détermine 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour faciliter la prise en charge globale des personnes âgées (20).

Parmi ces recommandations, l'une d'entre elles est de mettre en conformité les unités de soins de longue durée dans les établissements partenaires de la filière gériatrique. Il est maintenant reconnu que de nombreux patients âgés nécessitent leur maintien ou leur intégration dans des structures hospitalières permettant d'offrir au long cours une prise en charge médicale continue, indépendamment des soins consécutifs à leur dépendance lourde.

L'objectif est d'accueillir et de soigner les personnes âgées de 60 ans et plus ayant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner un handicap psychique et/ou physique durable. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence médicale et une présence infirmière continue, et peuvent requérir l'accès à un plateau technique.

Les mesures générales des unités de long séjour sont :

- Généraliser le recours à l'outil PATHOS pour évaluer la charge en soins. (8)(9)
- Adapter les moyens en personnel médical et non médical à la charge en soins évaluée par PATHOS. (8)(9)
- Planifier à moyen terme un forfait soins s'appuyant sur une tarification à l'activité prenant en compte les indicateurs PATHOS et AGGIR.
- Créer au sein des USLD des unités de soins spécifiques permettant la prise en charge des patients atteints d'affections démentielles avec troubles psycho-comportementaux. (21)
- Assurer des soins palliatifs et d'accompagnement de qualité grâce à des moyens spécifiques et à une professionnalisation du personnel soignant.

2- Le court séjour gériatrique

Selon la Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques . (22)

Mission :

- Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences,
- Effectuer une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique (médico- psychosociale),
- Etablir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire,
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées,
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et organiser le retour au domicile,
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Mode d'entrée :

Le court séjour est le noyau de la filière. L'admission directe (sans passage par les urgences) est à privilégier et donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du service. L'admission peut être également programmée ou effectuée par le biais des urgences.

Mode de sortie :

Le plus tôt possible en collaboration avec les différentes structures de soins de la filière et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

Le fonctionnement :

- 25 lits de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.
- L'implantation se fait dans un établissement de santé disposant d'une structure d'urgence ou

ayant conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure.

3- L'équipe mobile de gériatrie (EMG)

Selon la Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (22)

Missions: Elle intervient à la demande dans l'ensemble des services de l'établissement de santé pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribuer à l'élaboration du projet de soins gériatriques et du projet de vie des patients gériatriques,
- les orienter dans la filière de soins gériatriques,
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien au domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé «personnes âgées»),
- conseiller, informer, former les équipes soignantes.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'EMG :

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux,
- intervienne au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande des médecins traitants au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans un dispositif de soutien à domicile,
- participe à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

4- Hospitalisation de jour gériatrique

Selon la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. (22)

Missions:

- Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée,
- Etre un recours pour le médecin traitant,
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et une prise en charge spécialisée,
- Proposer des bilans et des traitements programmés sur une courte durée,
- Réaliser des traitements impossibles à dispenser au domicile, surveiller et ajuster les thérapeutiques,
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient, être en lien avec les acteurs participant à la prise en charge ambulatoire, les professionnels libéraux et l'accueil de jour,
- Participer à l'organisation du soutien au domicile,
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

5- Le SSR

Selon la Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. (22)

Définition

Les services de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR) prennent en charge les patients de plus 75 ans. L'accueil des patients dans le service se fait à la suite d'une hospitalisation en médecine, chirurgie, aux urgences ou exceptionnellement, directement depuis chez eux. Ils ont alors séjourné dans un service se concentrant majoritairement sur une pathologie (digestive, locomotrice, neurologique...). La force des SSR est de soigner le patient dans sa globalité : médicale, sociale et psychologique.

La polyopathie du patient et, souvent, sa poly-médication nécessitent une prise en charge spécifique. Le but étant de retrouver une autonomie maximale permettant le retour à domicile du patient. Cette autonomie passe par un traitement médical mais aussi les aides médico-sociales. Un véritable projet de sortie se construit avec l'équipe médico-sociale et le patient ou sa famille.

Généralités

La vaste couverture des champs d'action d'un SSR se retrouve dans la définition présentée par le ministère de la santé (23):

Les soins de suite et de réadaptation ont pour objet de "prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion".

L'objectif des SSR est donc multiple. Le passage dans ce service permet au patient d'être pris en charge pour sa pathologie médicale principale mais également pour tout ce qui ne relève pas de la médecine au sens strict mais de problèmes sociaux et économiques. Ainsi, le médecin en quelque sorte chef d'orchestre au milieu des intervenants : infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, assistante sociale et autres... Le passage au SSR est capital pour les patients ayant des pathologies multiples ou lourdes.

Annexe 16

En pratique

La convalescence est souvent émaillée d'épisodes aigus qui exposent à nouveau à la perte d'autonomie fonctionnelle et à une symptomatologie en cascade. Cette période n'est pas toujours linéaire, car des patients sont «chroniquement aigus» (cystites à répétition sur rétention d'urine incomplète, escarre du talon compliquant une ischémie d'un membre) ou victimes de nombreuses rechutes (chutes à répétition, pneumopathie de déglutition). Le patient âgé est parfois victime de pathologies non revendiquées par la médecine de spécialité (véritables pathologies orphelines) comme la cachexie, l'état grabataire, les escarres, les chutes à répétition, la désorientation.

La fréquence de la polypathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la polypathologie et des comorbidités et la gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale. L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (ne pas nuire) et la prévention de la maltraitance.

La rééducation a pour objectif de maintenir ou de redonner de l'autonomie, l'objectif ultime étant la restitution ad integrum de l'organe lésé ou le retour optimal à la fonction.

La réadaptation vise à aider le patient à s'adapter aux limitations de ses capacités lorsqu'elles deviennent stabilisées ou persistantes. L'étape thérapeutique doit dépasser le concept réductionniste de guérison pour déboucher sur une médecine adaptative.

Les caractéristiques spécifiques de la personne âgée appellent à une compétence adéquate : après une pathologie aiguë, le temps de récupération motrice et fonctionnelle est trois fois plus long chez le sujet âgé fragile que chez l'adulte jeune. La convalescence elle-même est souvent émaillée d'épisodes aigus. Le retard pour mettre en place des mesures de réadaptation est probablement l'effet le plus délétère pour le devenir des patients âgés.

Le retour à domicile est l'objectif de toute prise en charge en SSR. Il doit s'envisager en concertation avec la famille, le patient, l'environnement social et médical. La mise en oeuvre de cette mission doit s'appuyer sur des méthodes qui ont fait l'objet de référentiels validés au niveau national.(24)

Différents moyens d'accompagnement de sortie peuvent être proposés :

- Les visites du domicile effectuées conjointement par ergothérapeute-famille-malade,
- Les sorties thérapeutiques permettant de déterminer les besoins techniques et aides humaines et le seuil de tolérance des aidants,
- L'organisation d'une prise en charge dans un réseau ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les unités de SSR occupent une place essentielle au sein de la filière gériatrique. Elles ne doivent pas être considérées uniquement pour leur rôle « successif » du court séjour gériatrique mais surtout pour leur rôle complémentaire. Elles constituent une interface obligatoire avec les différents éléments de la filière gériatrique, mais aussi les autres services médicaux et chirurgicaux, les réseaux gérontologiques, les USLD, les EHPAD, le domicile.

6- Unité de soins de longue durée

Aux termes de la loi hospitalière du 13/12/70 (25), l'unité de long séjour a pour mission :

"d'assurer l'hébergement des personnes ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien", mission donc à la fois sociale et sanitaire.

La loi hospitalière du 31/07/91 (25) ne modifie pas cette définition, mais change le terme de Long Séjour en Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

« Les unités de soins de longue durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale et une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (fluides médicaux, appareil ECG, accès à un laboratoire d'analyses médicales et à un centre d'imagerie médicale par convention) (26)».

Cette nouvelle définition repose sur des acteurs identifiés et sur un processus de mise en œuvre. La circulaire du 15 mai 2006 rappelle le dispositif mis en place pour la partition et la transformation des USLD. (27)

En USLD seront donc accueillis uniquement les patients dits « hospitalo-requérants », afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance (27). A l'inverse, les patients ne nécessitant que des soins courants, dont l'état est stabilisé, seront accueillis en EHPAD. (28)

Les missions des USLD sont (29) :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR. (30)

Les USLD participent au fonctionnement des filières gériatriques.

Les USLD peuvent être situées dans le centre hospitalier support de la filière et disposant du court séjour gériatrique ou dans tout autre établissement de santé faisant partie du territoire d'implantation de la filière.

L'articulation des USLD avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées par voie de convention.

Mode d'entrée des patients :

Le médecin traitant, ou le médecin d'un service, après concertation avec le patient et ses proches, formule une demande d'admission. L'admission s'opère après accord du médecin chargé de l'unité de soins de longue durée après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale comprenant une évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques nécessaires, qui peut notamment être réalisée par l'équipe mobile de gériatrie ou l'unité de consultation (hôpital de jour) et d'hospitalisation gériatriques. Dans le cas d'un patient en provenance d'un établissement médico-social l'admission est prononcée en concertation avec le médecin coordonnateur.

Recours à des avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie. Les troubles psychiatriques des patients d'USLD doivent être pris en charge in situ par les médecins des USLD en collaboration avec le secteur de psychiatrie ou, selon la gravité des troubles, par les équipes mobiles composées de professionnels de la psychiatrie (psychiatre, infirmier) susceptibles d'intervenir à la demande des USLD.

Mode de sortie :

Si une amélioration suffisante de l'état de santé du patient se produit et que la surveillance pluri-quotidienne n'apparaît plus nécessaire, le patient peut être dirigé sur un établissement médico-social ou à domicile.

Personnel médical et non médical (31):

« Une présence infirmière et aide-soignante doit être assurée 24 heures sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée. Les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins. En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit recouvrant :

- 0,5 équivalent temps plein de personnel médical pour environ 30 lits,

- 0,8 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier) par lit,
- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques ».

Coordination de la prise en charge : « Elle est assurée par un médecin formé en gériatrie ».

II/ CONTRAT LOCAL DE SANTE (32)

Les contrats locaux de santé constituent un dispositif permettant d'améliorer l'état de santé de la population en coordonnant au mieux les politiques publiques menées par l'Agence Régionale de Santé, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale . Il a été signé le 4 novembre 2013 pour la clinique mutualiste du médoc.

Ce contrat démontre :

- Un risque de désertification médicale,
- Un accroissement de la demande de soins lié à la venue de nouveaux habitants et au vieillissement de la population,
- L'existence de fortes inégalités sociales et de situations d'exclusion,
- Une prégnance des problèmes de santé liés aux addictions,
- L'épuisement de certains acteurs locaux lié à des conditions d'exercice difficiles mais aussi à l'étendue du territoire qui accentue le sentiment d'isolement,
- Une problématique des transports,
- Un déficit de communication entre professionnels (institutions sanitaires et médico-sociales-professionnels libéraux et travailleurs sociaux).

Les objectifs de ce contrat local sont donc de :

- Développer la filière gérontologique pour une meilleure prise en charge du parcours de vieillissement,
- Développer la politique de santé mentale et des prises en charge psychiatriques,
- Développer des politiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé,
- Améliorer la coordination des acteurs afin de faciliter l'accès aux soins,
- Renforcer l'attractivité professionnelle et les compétences des acteurs du territoire

III/ L'OFFRE DE SOINS GERIATRIQUE DANS LE MEDOC

1- La filière gériatrique au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc

La Clinique Mutualiste du Médoc est le seul établissement de soins hospitaliers du territoire Médocain. Cette structure a subi de nombreux réaménagements au cours de ces dernières années afin de répondre aux besoins par rapport à la population.

La clinique disposait en 2014 de 25 lits d'hospitalisation dédiés à la chirurgie (digestive, orthopédique...), 22 lits de chirurgie ambulatoire, 26 lits attribués à la médecine (médecin interne, plaies et cicatrisation), 17 lits de soins de suite et réadaptation, 11 lits de maternité, 6 en service de soins continus, un service d'urgence intégrant une équipe SMUR.

Il existe un EHPAD à proximité de la clinique.

Le projet d'une filière gériatrique se développe peu à peu au sein de la clinique depuis quelques années par la création de services spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée :

- service de gériatrie aiguë ou court séjour gériatrique : il se compose de 12 lits d'hospitalisation depuis septembre 2016. Le mode d'entrée direct à la demande des médecins traitants est privilégié mais au vu de sa récente création, l'entrée par les urgences reste majoritaire actuellement. Le service dispose d'une équipe paramédicale comprenant un temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, de psychologue et d'assistante sociale.
- service de soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique : il se compose de 30 lits d'hospitalisation depuis mai 2016. Les patients bénéficient d'une prise en charge complète par l'intervention d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une orthophoniste, d'un podologue, d'une assistante sociale.
- consultation mémoire depuis janvier 2017
- un hôpital de jour gériatrique composé de 4 lits depuis mars 2017
- une équipe mobile gériatrique et une unité de soins de longue durée restent encore à développer

2- Le réseau de soins autour de la clinique

a) MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzhzeimer) et le réseau Santé Autonomie Médoc (SAM)

La MAIA fonctionne par une méthode qui associe tous les acteurs permettant l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à l'intégration des services d'aides et de soins afin d'apporter une réponse à leurs problèmes. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008.

Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse (33).

Le réseau **Santé Autonomie Médoc** fonctionne selon la méthode MAIA, leur siège se situe au sein de la Clinique Mutualiste du Médoc.

Les objectifs sont :

- D'organiser les soins à domicile pour les personnes vulnérables sur le territoire de recours de Lesparre (patients de plus de 60 ans dans un premier temps et handicapés dans un deuxième temps),
- De favoriser la communication entre les professionnels de santé,
- D'organiser des actions de prévention et de formation,
- Être un observatoire de la santé.

Depuis les premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3ème plan Alzheimer et la généralisation en 2011, 302 dispositifs MAIA sont en fonctionnement (décembre 2015), soit plus de 6 communes sur 10 couvertes. Le déploiement se poursuit à un rythme régulier.

Fin 2015, 35 % des dispositifs MAIA (soit 110 dispositifs) sont portés par des conseils départementaux, 20 % par des acteurs de la coordination (CLIC, réseaux de santé), 12 % par des établissements de santé.

En 2015, 50 nouveaux dispositifs ont été déployés et 50 supplémentaires le seront en 2016 pour couvrir l'ensemble du territoire national.

b) AAPAM (Association d'Aide pour les Personnes Agées en Médoc)

L'AAPAM se répartit en 3 secteurs :

- **Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**, il est composé :

- d'aides soignantes qui assurent des soins d'hygiène corporelle et de confort sur prescription médicale à toute personne habitant sur les communes des cantons de Lesparre, Saint-Vivien et Pauillac. Le service reste souvent saturé avec incapacité de répondre favorablement à toutes les demandes.

- d'une équipe mobile Alzheimer (ESA) qui fait partie intégrante du SSIAD : cette équipe prend en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés après le diagnostic et durant la maladie afin de développer ou préserver l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne et favoriser son maintien au domicile. Elle propose une stimulation cognitive par des activités spécifiques mobilisant des capacités de mémoire, d'attention et de communication.

- **Service d'aides à domicile avec auxiliaires de vie et aides ménagères (SAAD) :**

- L'aide à domicile aide dans l'accomplissement des tâches ordinaires de la vie courante (accompagnement dans les activités domestiques, dans les activités de loisirs et de la vie sociale, assistance administrative, aide aux courses, à l'entretien du linge, préparation des repas, aide à la prise des repas...)

- Service de Prévention avec différents ateliers d'information et de prévention organisés.

- **Réseau Santé Autonomie Médoc** : qui reste juridiquement lié à l'AAPAM mais leur fonctionnement et leur action restent indépendants.

D'autres prestataires de service existent dans le Médoc : Confiez-nous, ASAP domicile (Accompagnement soins et services à la personne)

c) Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)

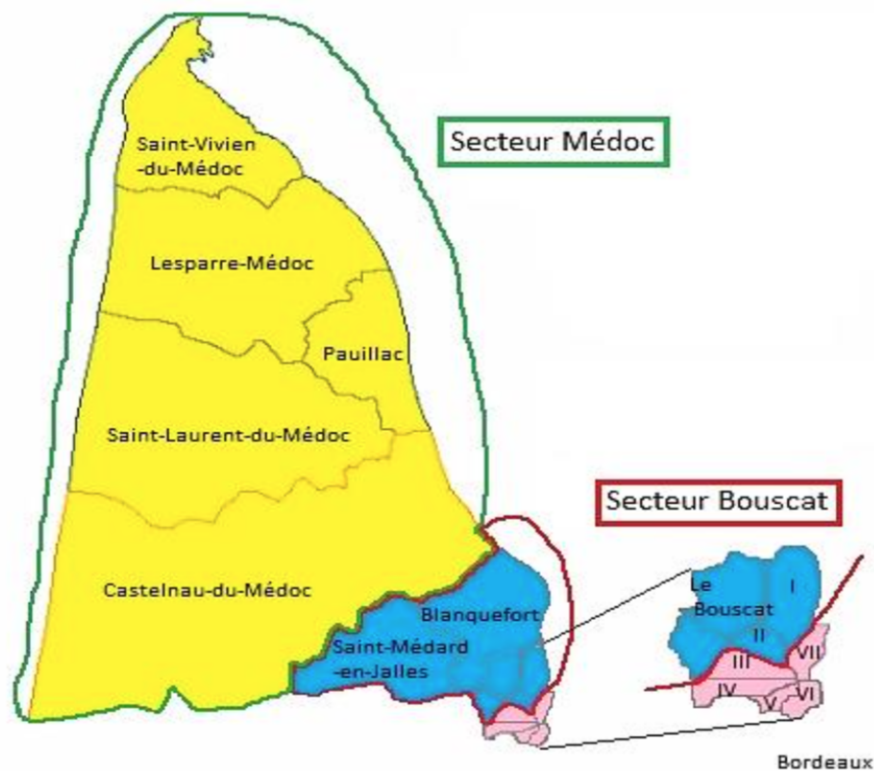
En cours de mise en route actuellement dans le Médoc. Il s'adresse à l'ensemble des seniors, des

personnes handicapées et de leur entourage (familles, professionnels, élus...) afin de coordonner l'action gérontologique sur le Médoc pour apporter une réponse adaptée aux différentes situations.

C'est un outil qui soutient une dynamique du bien vieillir en Médoc. Ce centre accueille, informe, évalue les besoins, soutient les familles, assure le suivi des plans d'aides établis selon les souhaits de chaque personne âgée en lien avec les professionnels du secteur. Un espace sera dédié à la coordination en organisant une prise en charge globale et articulée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants pour une réponse aux besoins constatés et recensés.

d) HAD ou l'Hospitalisation A Domicile

L'HAD est l'alternative à l'hospitalisation traditionnelle, elle ajoute à la sécurité des soins le confort psychologique et physique du domicile. La couverture de l'HAD en Aquitaine est inégale selon les territoires. L'Aquitaine compte 15 structures d'HAD dont 4 sont situées en Gironde .(34)



Actuellement aucune structure HAD n'est implantée dans le Médoc. Cependant l'HAD du Bouscat étend son activité dans ce secteur. Créé en 2002, le service HAD de l'Hôpital Suburbain du Bouscat permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés entre le service hospitalier et le médecin traitant. L'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes de tout âge, atteintes de pathologies en phase aiguë. Elle permet une prise en charge globale et coordonnée afin d'assurer des soins ponctuels ou continus, ou la combinaison de plusieurs types de soins par une intervention médicale, sociale, psychologique et logistique. La prise en charge au domicile est assurée par une équipe pluridisciplinaire sur la base d'un projet thérapeutique. Il dispose au total 60 lits.

e) Association « Aide aux Aidants »

L'association Aides aux Aidants de la clinique est une association de loi 1901, créée en 2008, qui a choisi d'offrir à des aidants partageant le quotidien d'un proche diagnostiqué malade d'Alzheimer ou apparenté, Parkinson ou affecté par un handicap, un temps de répit, grâce à des visites régulières à leurs domiciles, de bénévoles formés. Ces visites viennent en complément des différentes possibilités d'aides assurées par des professionnels.

Leur action est d'assurer aux aidants un «répit» pour contribuer à prévenir leur épuisement, répondre aux demandes et attentes d'aidants désireux de rompre leur isolement géographique, relationnel et leur permettre de «souffler» quelques heures par semaine chez eux ou hors de leur domicile.

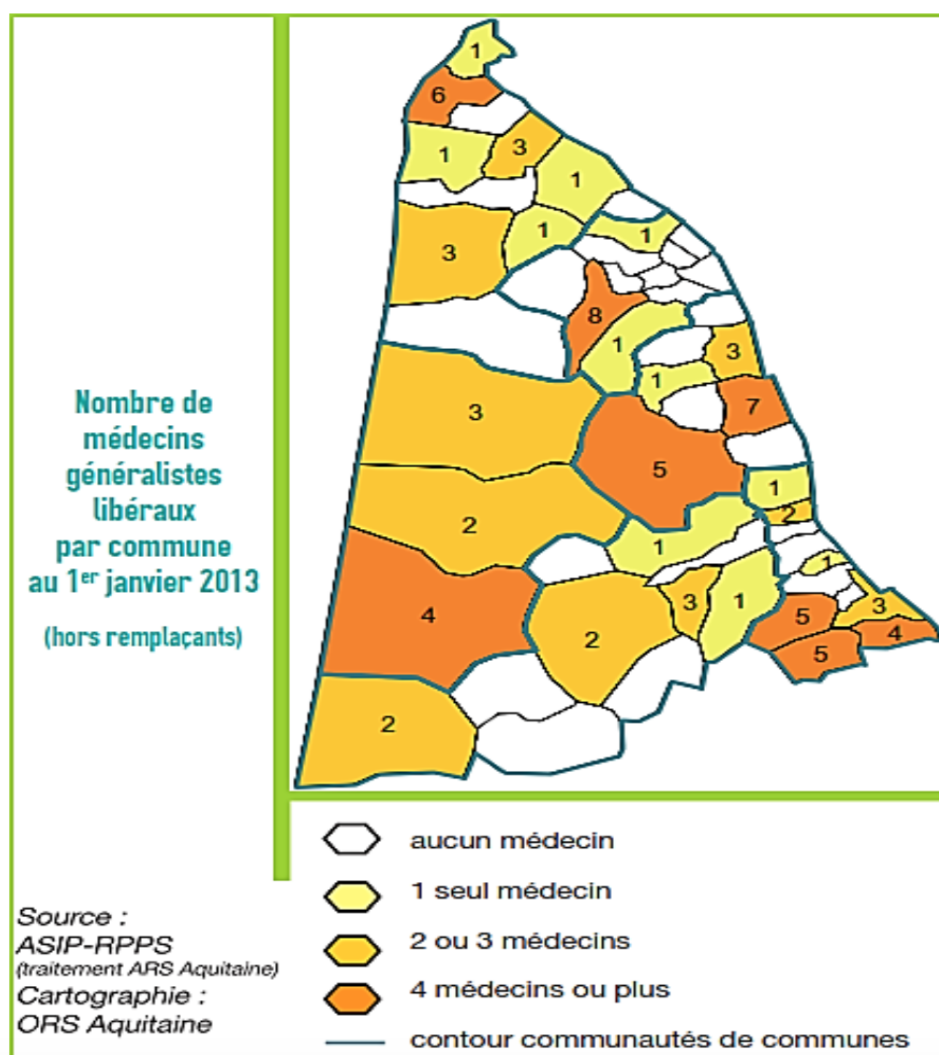
f) Le centre Médico-psychologique (CMP)

Le CMP se situe à Lesparre et permet l'évaluation, l'orientation et le suivi des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique. L'équipe mobile géronto-psychiatrique (EMGP) dispose d'une antenne relais au sein du CMP. Elle offre une prise en charge spécifique pour les personnes âgées présentant une souffrance psychologique ou des troubles psychiatriques afin de dispenser un avis psychiatrique spécialisé en gérontologie, un avis diagnostique et thérapeutique. Elle intervient au domicile du patient ou en établissement à la demande des médecins traitants ou médecins hospitaliers lorsque le patient ne peut se déplacer.

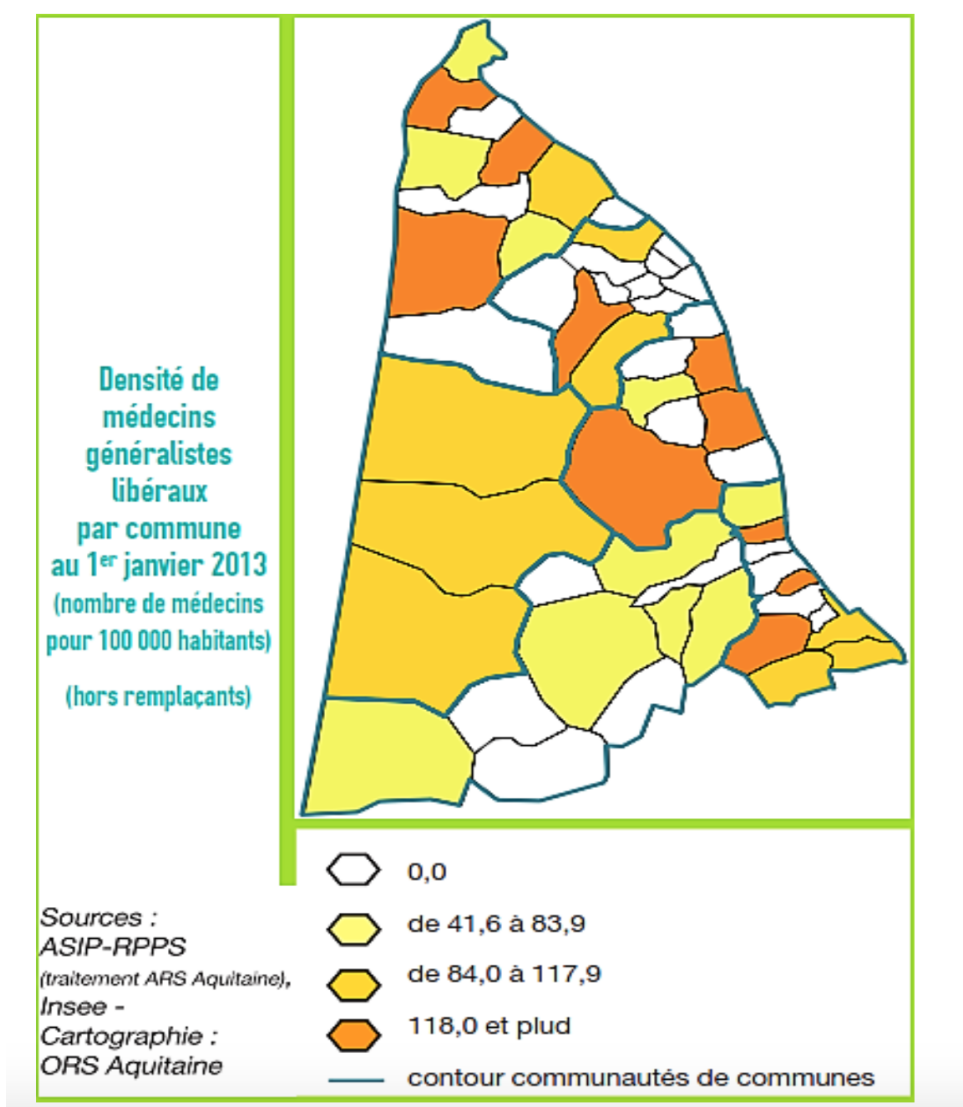
3- Les professionnels libéraux (35)

a) Les médecins généralistes

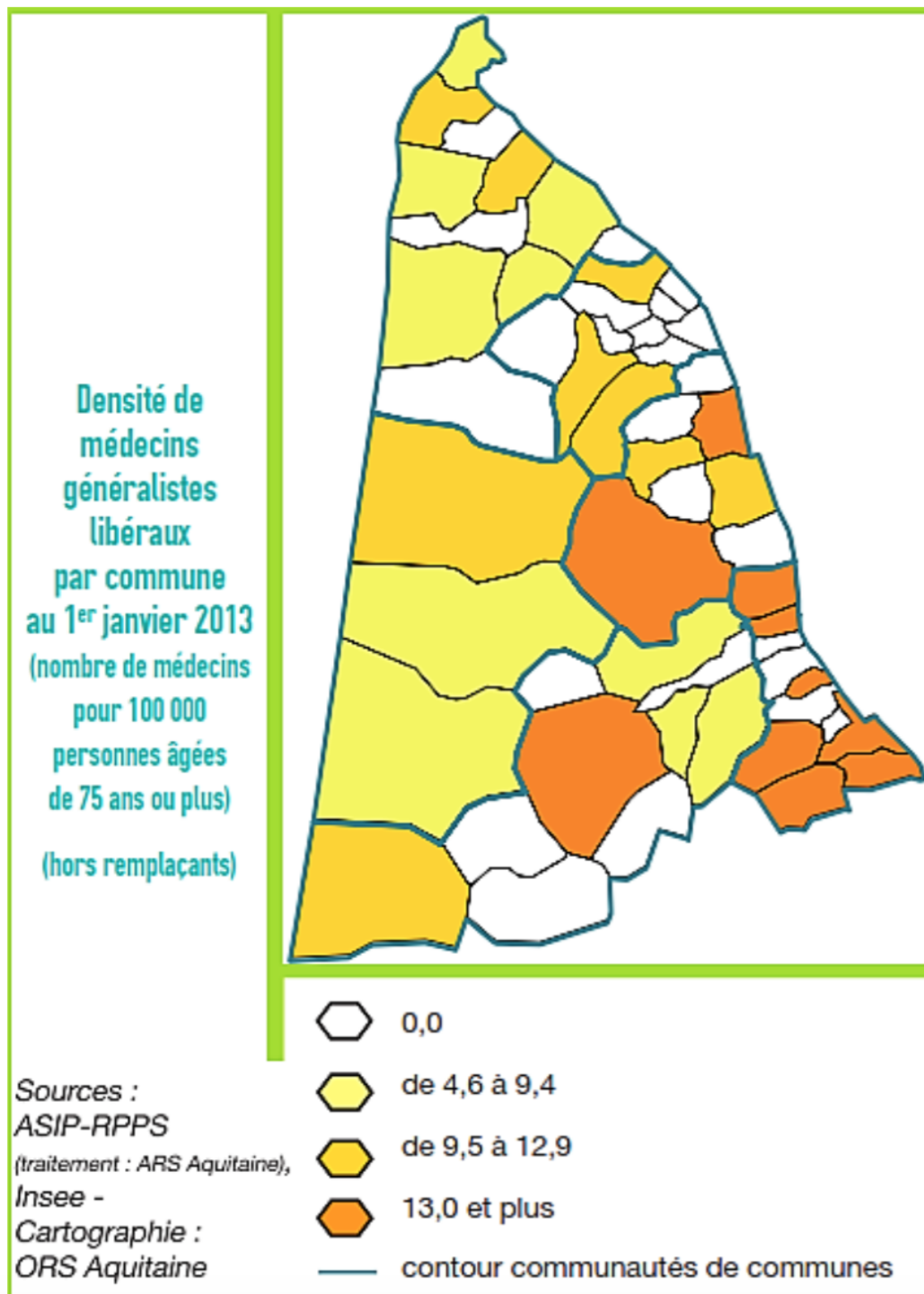
Le nombre de médecins généralistes libéraux se chiffre à 90 au 1er janvier 2013 soit 94 médecins pour 100000 habitants, équivalent à la moyenne nationale mais inférieur par rapport au département et à la région. La densité de médecins est plus élevée dans les communes de Soulac sur Mer, Lesparre Médoc et Saint Laurent de Médoc. La densité est moins élevée dans la communauté de commune Médulienne et dans le Cœur Médoc. La densité de médecins généralistes libéraux par rapport au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est plus faible en général dans les communes à proximité de la clinique Mutualiste de Lesparre Médoc, seule structure hospitalière sur le territoire.



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé.* Mars 2014. p7.



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Éléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p7.*



Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Éléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. P8.*

La moitié des médecins généralistes a plus de 55 ans en 2013, constat similaire au niveau national qui projette un manque de médecins généralistes dans les années à venir, manque majoré par la répartition inégale au sein du territoire.

Part des professionnels de santé libéraux âgés de 55 ans ou plus

	Pays Médoc		Gironde	Aquitaine	France métr.
	Nombre	%	%	%	%
Professionnels de santé libéraux âgés de 55 ans ou plus (au 1 ^{er} janvier 2013) - hors remplaçants					
Médecins généralistes	49	54,4	50,2	51,1	53,5
Infirmiers	55	29,3	27,1	26,6	23,0
Masseurs-kinésithérapeutes	21	20,6	19,3	19,8	22,6
Dentistes	15	28,8	35,8	38,9	38,8
Sages-femmes	2	50,0	24,0	21,7	23,9

Sources : Drees-Adeli, traitement ARS Aquitaine ; ASIP-RPPS, traitement ARS Aquitaine

Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p3*

b) Les médecins spécialistes (35)

Au 1er janvier 2013, 21 spécialistes libéraux et 13 médecins spécialistes salariés ou mixtes exercent dans le Médoc. La densité est très inférieure à celle observée au niveau départemental, régional ou national.

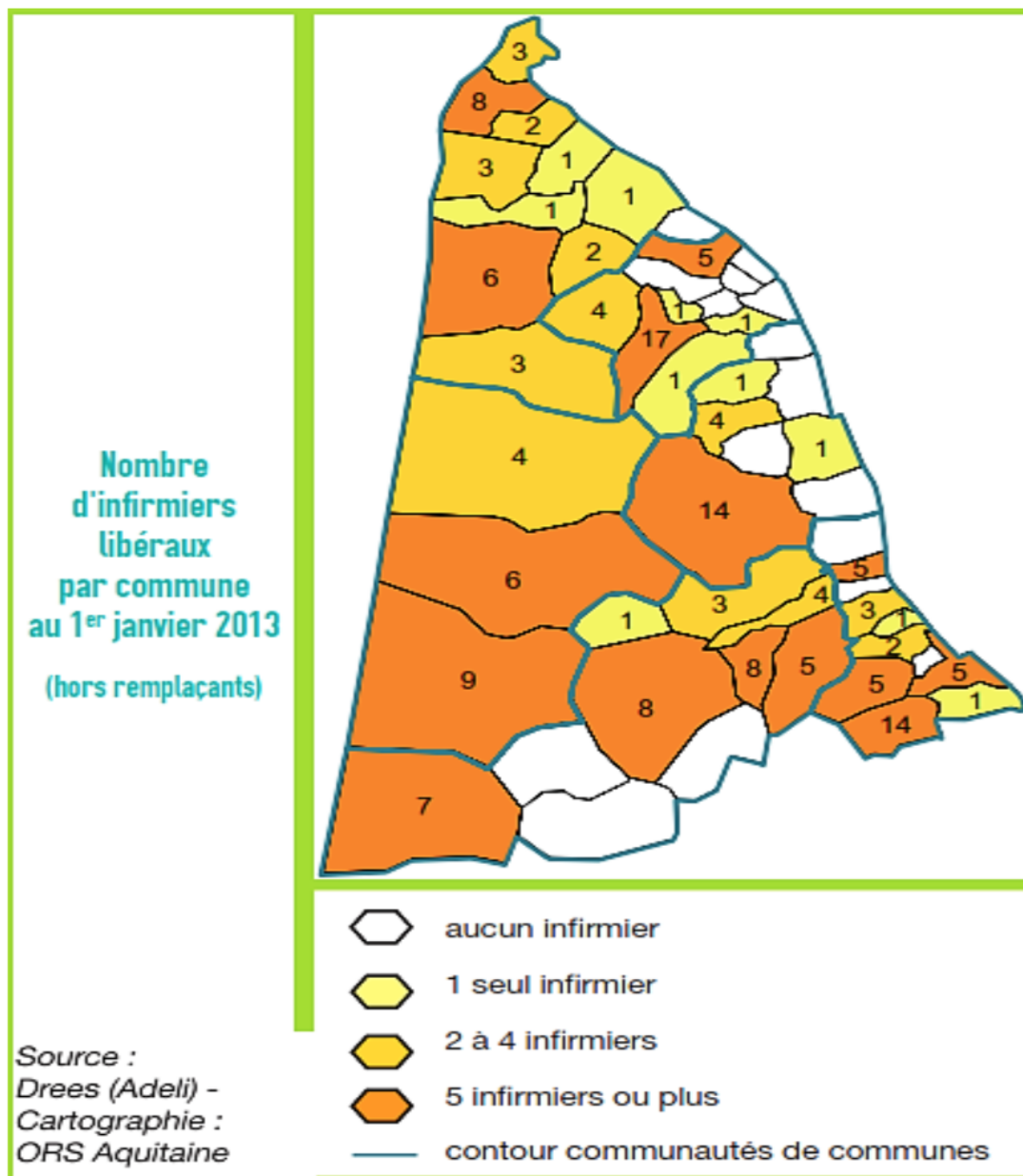
	Pays Médoc		Gironde	Aquitaine	France métro.
	Nombre	densité*	densité*	densité*	densité*
Principales spécialités (spécialistes libéraux) au 1 ^{er} janvier 2013 - hors remplaçants					
Anatomie et cytologie pathologiques	-	-	1,4	1,3	1,0
Anesthésie-réanimation	-	-	7,8	6,9	5,3
Biologie médicale	1	1,0	1,9	2,2	1,7
Cardiologie et maladies vasculaires	3	3,1	8,0	7,3	6,0
Chirurgie générale	-	-	2,4	2,2	2,0
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	-	-	1,3	1,4	1,5
Chirurgie orthopédique et traumatologie	1	1,0	3,9	3,3	2,9
Chirurgie urologique	-	-	1,7	1,4	1,1
Dermatologie et vénéréologie	1	1,0	6,8	5,7	4,6
Endocrinologie et métabolisme	-	-	1,5	1,2	1,1
Pharmacies	35	36,5	39,2	39,0	35,6
Gynécologie médicale	2	5,0	18,2	13,9	10,0
Gynécologie-obstétrique	-	-	8,4	5,7	6,9
Gastro-entérologie et hépatologie	1	1,0	3,0	2,9	2,8
Médecine physique et réadaptation	-	-	2,3	1,5	0,7
Neurologie	-	-	1,4	1,3	1,1
O.R.L et chirurgie cervico-faciale	1	1,0	4,1	3,4	3,0
Ophthalmologie	5	5,2	8,8	8,1	6,8
Pédiatrie	1	5,5	21,5	18,9	41,9
Pneumologie	1	1,0	1,7	1,9	1,5
Psychiatrie	1	1,0	18,4	11,7	8,8
Radiodiagnostic	3	3,1	11,5	9,8	7,7
Rhumatologie	-	-	2,0	2,2	2,5

Sources : ASIP-RPPS, traitement ARS Aquitaine

Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. p4.*

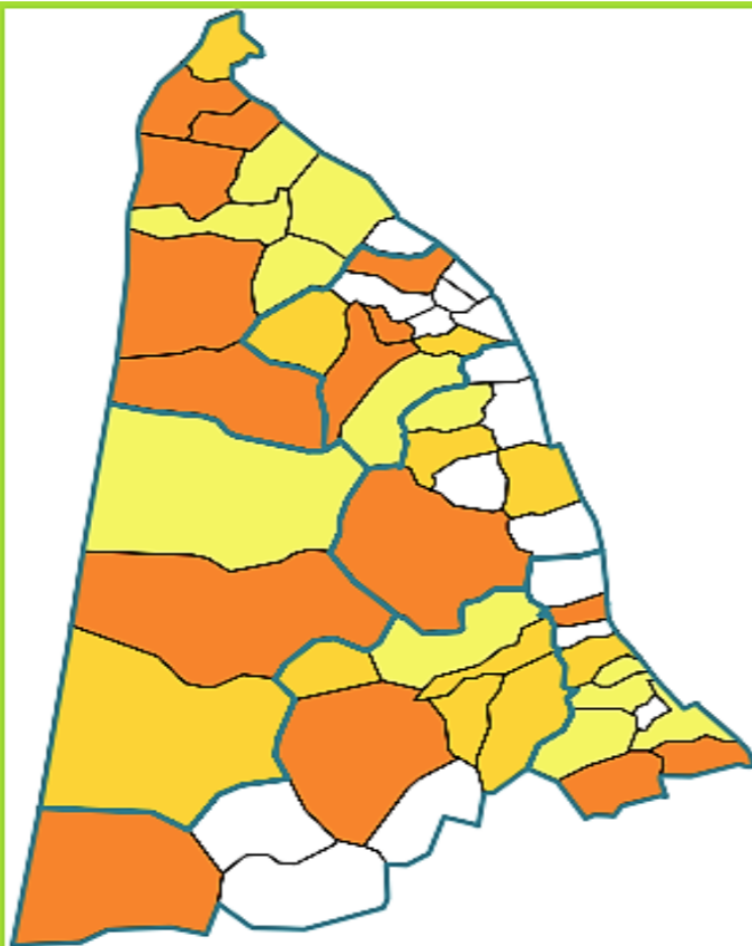
c) Les infirmiers et kinésithérapeutes (35)

Au 1er janvier 2013 ils sont 190 infirmiers, 100 masseurs-kinésithérapeutes, 50 chirurgiens-dentistes et 4 sages-femmes exerçant sur le territoire Médocain, ce qui reste équivalent à la moyenne nationale mais la répartition est inégale au sein du territoire. Les inégalités géographiques s'accroissent si l'on considère les densités des professionnels pour 1 000 personnes âgées de 75 ou plus.

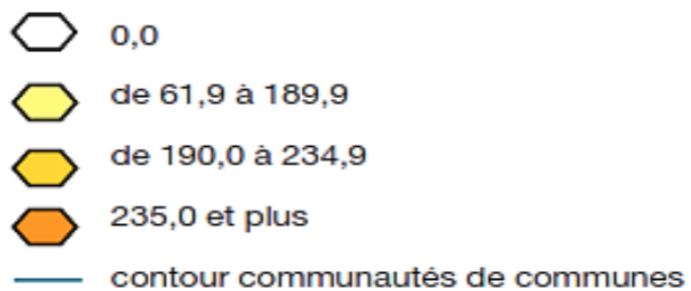


Source : ORS Aquitaine, Pays Médoc. *Eléments de cadrage complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014. P6.*

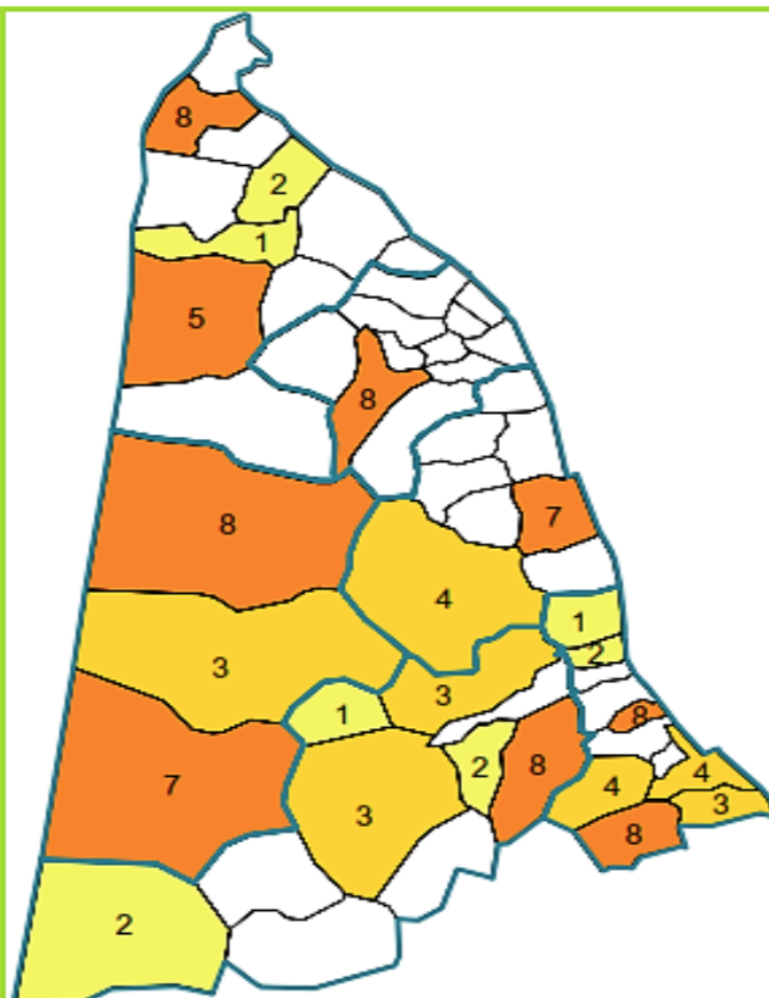
**Densité
d'infirmiers
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013**
(nombre d'infirmiers
pour 100 000 habitants)
(hors remplaçants)








Sources : Drees
(Adeli), Insee -
Cartographie :
ORS Aquitaine



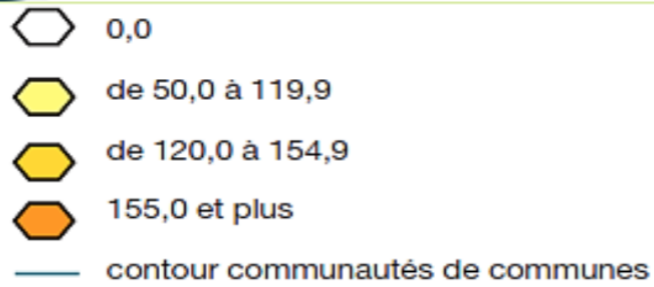
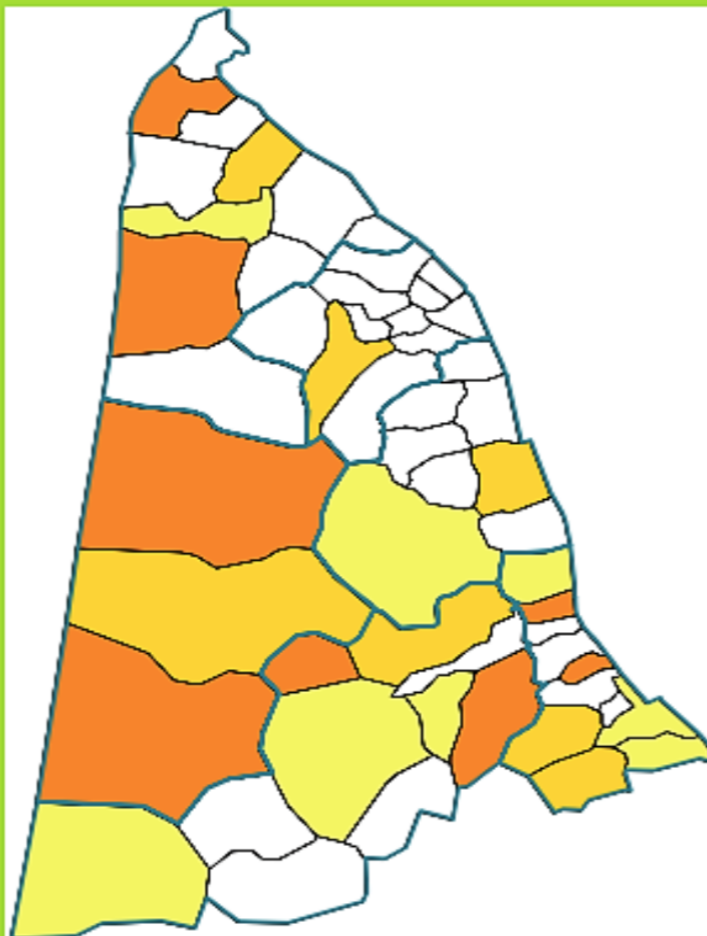
**Nombre
de masseurs-
kinésithérapeutes
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013**
(hors remplaçants)



-  aucun masseur-kinésithérapeute
-  1 ou 2 masseurs-kinésithérapeutes
-  3 ou 4 masseurs-kinésithérapeutes
-  5 masseurs-kinésithérapeutes ou plus
-  contour communautés de communes

Source :
Drees (Adeli) -
Cartographie :
ORS Aquitaine

**Densité
de masseurs-
kinésithérapeutes
libéraux
par commune
au 1^{er} janvier 2013**
(nombre de masseurs-
kinésithérapeutes pour
100 000 habitants)
(hors remplaçants)



Sources : Drees
(Adeli), Insee -
Cartographie :
ORS Aquitaine

4- Les établissements pour personnes âgées (36)

	Pays Médoc	Gironde
Établissements pour personnes âgées (capacité installée mi 2013)		
Logements-foyers		
capacité (nombre de logements en 2012)	306	4 195
taux d'équipement (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus)	35,9	32,4
Ehpad et unités de soins de longue durée		
Ehpad - hébergement permanent	871	12 449
USLD - hébergement permanent	0	344
Total - hébergement permanent	871	12 793
taux d'équipement (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus)	102,3	98,8
hébergement temporaire	14	306
accueil de jour	12	261
Capacité spécifique « Alzheimer »		
hébergement permanent	88	851
hébergement temporaire	1	86
accueil de jour	6	153
Accueillants familiaux		
capacité d'accueil	40	502
dont accueil pour personnes âgées	28	334
dont accueil pour adultes handicapés	0	58
dont accueil mixte	12	110

Sources : ARS, CG33

Le taux d'équipement pour les personnes âgées est globalement équivalent à la moyenne départementale. Cependant le Médoc reste encore un territoire sous doté en hébergements temporaires (moins de 1% des structures présentes en Gironde) ainsi que les accueils de jour (moins de 4%) pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

On constate une absence totale d'unité de soins de longue durée (USLD) sur le Médoc.

Il existe 5 USLD en Gironde :

- Podensac,
- Blaye,
- La Teste de Buch,
- Sainte Foy la Grande,
- Pessac (Xavier Arnozan)

Ces dernières années, le Médoc développe une prise en charge plus adaptée aux personnes âgées grâce aux financements publics permettant la subvention de plusieurs projets avec notamment le développement des hébergements temporaires.

En Aquitaine

Au 1er janvier 2008 (date de référence de l'enquête EHPA 2007) (37), l'Aquitaine comptait près de 40 000 places en établissement pour personnes âgées : les trois quarts des places offertes sont en maison de retraite, 20% en logement-foyer et 5% en unités de soins de longue durée. (Annexe 17)

Les Landes se distinguent par un taux élevé d'équipement en USLD à l'inverse de la Gironde. Ces deux départements sont, par ailleurs, plus équipés en logements-foyers qu'en moyenne dans la région. (Annexe 18)

Au 1er janvier 2008, l'Aquitaine comptait 2 500 places en USLD. L'enquête EHPA a permis de décrire plus de 80 % des patients de ces établissements, soit près de 2 000 personnes. Selon le département, le taux de couverture de l'enquête EHPA varie de façon très significative (Annexe 19).

Environ 70% des personnes accueillies en USLD sont des femmes. Selon le département, cette surreprésentation des femmes est plus ou moins marquée (de 58% en Dordogne à 75% dans les Landes). L'âge moyen des patients des USLD est de près de 83 ans, avec un écart qui reste important entre les sexes : 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. (Annexe 20)

Les personnes très âgées, 90 ans et plus, représentent le quart du public des USLD.

La grande majorité des résidents sont des personnes seules, 80% (68% des hommes et 85% des femmes), proportion qui est toutefois inférieure à celle que l'on peut observer en maison de retraite ou en logement-foyer. Il apparaît donc clairement que c'est l'état de santé qui est l'élément déterminant pour intégrer une USLD alors que pour les autres catégories d'établissement pour personnes âgées, c'est la solitude, suite au décès du conjoint, qui semble déterminante.

En Aquitaine, plus de 40% des patients des USLD bénéficient d'une mesure de protection (sauvegarde, curatelle, tutelle). Les écarts entre les départements sont importants (un tiers dans les Landes, près de 60% en Dordogne).

Plus de la moitié des patients des USLD proviennent d'un service sanitaire (le plus souvent d'un service de soins de suite et de réadaptation).

L'autonomie des résidents dans les actes essentiels de la vie quotidienne a été estimée avec la grille AGGIR qui permet, à l'aide de 10 variables, de regrouper les malades en six groupes "iso-

ressources" détaillés plus haut.

La très grande majorité des patients des USLD sont en situation de très grande dépendance, 86% d'entre eux ayant été évalués en GIR 1 et 2. (Annexe 21)

En 2007, une forte proportion (46%) du public reçu en USLD s'est renouvelée. Selon le département, ces flux ont été plus ou moins fournis mais restent néanmoins à un niveau très important (le plus important de toutes les catégories d'établissements pour personnes âgées).

Près de 80% des sorties des USLD s'expliquent par un décès qui survient en moyenne à 86 ans, avec toujours un écart entre les sexes : 82 ans et demi pour les hommes, 87 ans et demi pour les femmes.

Au total : le vieillissement de la population est un véritable problème de santé publique de telle sorte qu'une filière de soins gériatrique s'est développée dans la plupart de nos régions.

Elle se compose de plusieurs maillons : le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, une consultation mémoire et un hôpital de jour, un service de soins de suite et de réadaptation et une unité de soins de longue durée afin de mieux prendre en charge la personne âgée.

Cette filière est en pleine extension à la clinique mutualiste du médoc, des réseaux de soins se sont même développés autour (MAIA, SAM, APAM, CLIC, HAD...) et elle fonctionne grâce à sa coordination avec les professionnels de santé (médecins généralistes libéraux, médecins spécialistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes).

Cependant, malgré un nombre d'établissements pour personnes âgées globalement satisfaisant, il n'existe aucune structure d'unité de soins de longue durée.

PARTIE 3 : L'ETUDE

I/ MATERIEL ET METHODE

1- Définition de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et monocentrique sur 264 patients hospitalisés du 1er janvier au 31 décembre 2014 au sein du service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de la Clinique Mutualiste de Lesparre Médoc.

2- Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les parts respectives des variables médicales (morbidités, motifs d'hospitalisations, autonomie) et sociales (habitats) caractérisant la nécessité d'une prise en charge en long séjour gériatrique.

3- Matériel

Le service de SSR dépend du pôle gériatrique dirigé à cette époque par le Docteur Henaoui et le Docteur Bah et comprenant 17 lits.

4- Population

a)Incluse

Toutes les personnes présentes dans le service lors de la période de l'étude ont été incluses dans l'étude et elles ont été suivies jusqu'à leur sortie.

Pour les patients encore présents et non sortants le 31 décembre, leurs dossiers ont été suivis jusqu'à la fin de leur hospitalisation.

b) Excluse

Deux patients hébergés dans le service de SSR pour le service de médecine dans un problème de place ont été exclus de notre étude.

5- Déroulement de l'étude

a) Recueil des données

Tous les patients hospitalisés entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2014 soit 264 patients ont été considérés.

b) Les outils

- **Compte rendu d'hospitalisation (CRH) ou courrier de sorti adressé au médecin traitant du patient.** Ces résumés informatisés sont accessibles via un serveur intra-hospitalier (Sanocom). Leur consultation s'avère plus rapide que celle des dossiers médicaux originaux. Ils permettent de préciser le contexte de vie du patient (lieu de vie, présence d'aides, entourage.), le motif d'hospitalisation, la provenance du patient ainsi que sa destination après l'hospitalisation (retour à domicile, maison de retraite...) et sa durée de séjour,
- **Les macrocibles d'entrée et de sortie**, rédigées par les infirmières en charge du patient,
- **L'observation médicale** suivant l'évolution du patient au cours de son séjour, rempli de manière quotidienne,
- **L'ordonnance médicale de sortie**,
- **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)(38)(39)**, grâce auquel nous avons pu récupérer une grille de dépendance remplie par les infirmières au niveau du résumé homogène de séjour (RHS),
- **La grille AGGIR (26) et L'échelle de Katz (Activities of daily living, ou ADL), (5)(40)**, non réalisés lors du séjour des patients, mais que nous avons calculées, a posteriori, grâce aux courriers de sorties et aux macrocibles infirmières de sortie.

c) Les variables

- **la durée de séjour, retrouvée via le courrier de sortie,**
- **les variables sociodémographiques, retrouvées dans les macrocibles infirmières d'entrée**
 1. L'âge et le sexe
 2. Lieu de vie avant l'hospitalisation : domicile (RPA comprise) , maison de retraite, structure de soins de longue durée.
 3. Mode de vie : seul ou accompagné (époux, enfant, autre), présence d'aidant ou non, support social (infirmières à domicile, auxiliaires de vie ou aides ménagères) retrouvé dans le recueil de données réalisé par les infirmières.
 4. Problème social : notification dans le CRH d'une problématique interagissant avec la prise en charge du patient : intervention concernant un nouveau type d'hébergement, problème de la famille, problème d'habitat non adapté.
- **les variables médicales, comorbidités, antécédents et motifs d'hospitalisation, retrouvés sur le courrier de sortie ou à défaut dans l'observation médicale.**
- **les variables liées à la dépendance selon le RHS**, la dépendance est évaluée et codée par l'équipe paramédicale chaque semaine sous forme d'items de dépendance en 4 classes. Le niveau de dépendance du patient est évalué par rapport aux six variables d'activité de la vie quotidienne que sont l'habillement, la locomotion-déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, le relationnel. Chaque variable est cotée selon un gradient allant de l'autonomie complète (classe 1) à la dépendance totale (classe 4) :
 1. niveau 1 : autonomie complète ;
 2. niveau 2 : aide légère ;
 3. niveau 3 : aide importante ;
 4. niveau 4 : dépendance totale.

La dépendance physique est mesurée par les scores des 4 dimensions « habillement, déplacement-locomotion, alimentation, continence ». Un cumul de 4 points implique une autonomie complète, compris entre 5 et 8 points une dépendance faible, entre 9 et 12 points une dépendance moyenne et entre 13 et 16 points une dépendance forte ou complète.

La dépendance cognitive est mesurée par les scores des dimensions « comportement, relation-communication ». Elle cumule les scores de 4 dimensions : un cumul de 2 points implique une autonomie complète, de 3 ou 4 points une dépendance faible, de 5 ou 6 points une dépendance moyenne et de 7 ou 8 points une dépendance forte ou complète

- **les variables des filières de soins**

1. mode d'entrée : entrée directe du domicile sur demande du médecin traitant, entrée des urgences, du service de médecine interne, de la chirurgie ou admission d'un service extérieur à la clinique retrouvé dans le compte rendu d'hospitalisation au niveau de l'entête du courrier.

2. mode de sortie :

- ✓ le retour à domicile concerne les personnes ayant regagné leur domicile, celui d'un proche, leur RPA ou EHPAD retrouvé dans les macrocibles de sorties ou les comptes rendus d'hospitalisations.

- ✓ l'institutionnalisation a été définie comme l'entrée dans un établissement social, médico-social temporaire différent du domicile initial.

- ✓ décès lors du séjour dans le service.

- **ré-hospitalisation dans le service** : tous les dossiers des patients se représentant dans l'année dans le service ont été étudiés.

II / RESULTATS

1- Description de la population

- 264 patients ont été hospitalisés dans la période du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014 dans le service de SSR,
- la population féminine prédomine à 59%,
- l'âge moyen est de 83,7 ans (56-100), avec 84 ans pour les femmes et 83,4 ans pour les hommes. 14 % des patients ont moins de 75 ans, 1% moins de 60 ans, 85% ont plus de 75 ans

Tableau 1 et Figure 1

	Femmes	Hommes	Total
âge moyen (ans)	84	83,4	83,7
pourcentage	59 %	41 %	100 %
nombre	156	108	264

Tableau 1 : répartition par sexe

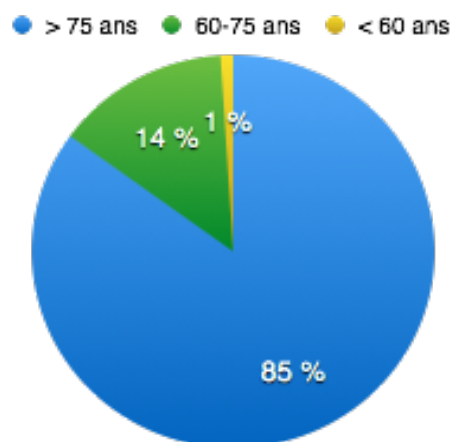


Figure 1 : répartition par âge

2- Mode de vie

Avant l'hospitalisation 95% des patients vivaient à domicile et seulement 5% des patients étaient institutionnalisés :

- 68% des patients vivaient seul,
- 65% bénéficiaient d'aides avant l'hospitalisation

3- Motifs d'hospitalisation

Les diagnostics principaux sont dominés par la pathologie traumatologique avec 23% des motifs d'hospitalisations puis viennent les chutes et troubles de la marche (13,3%), les décompensations cardio-respiratoire (10,6%) , et les prises en charge palliatives (8%).

Les pathologies démentielles et cérébro-vasculaires représentent respectivement 2,7% et 7,8% des motifs d'hospitalisations.

Les 34,6 % restants regroupent principalement les altérations de l'état général et la perte d'autonomie ainsi que les syndromes de glissement (7,2% et 1,9%), les sepsis pulmonaires et urinaires (6,1%) ,les chirurgies abdominales (4,9%), l'arthrose ou tassements vertébraux (3%), les problèmes de maintien au domicile (1,5%), les prises en charge de néoplasie (1,9%) ainsi que les hématomes sous anticoagulants (1,9%).

Tableau 2

diagnostics principaux	%	nombre de patients par diagnostic	% décès par diagnostic	% décès	nombre de patients décédés
traumatologies	23	61	15,8	0,76	2
chutes/tb marche	13,3	35	2,9	0,38	1
décompensation cardio-respiratoire	10,6	28	7,1	0,76	2
soins palliatifs	8	21	28,8	2,27	6
accidents vasculaires cérébraux	7,8	20	25	1,89	5
alteration de l'état général/ perte autonomie	7,2	19	21	1,5	4
sepsis	6,1	16	0	0	0
chirurgie abdominale	4,9	13	7,7	0,38	1
arthrose/ tassement vertébral	3	8	0	0	0
troubles cognitifs	2,7	7	0	0	0
syndrome de glissement	1,9	5	20	0,38	1
neoplasie	1,9	5	20	0,38	1
hématome sous AVK	1,9	5	20	0,38	1
Infarctus du myocarde	1,9	5	0	0	0
problème social	1,5	4	25	0,38	1
deshydratation	1,5	4	25	0,38	1
plaies (escarres et ulcères)	1,2	4	0	0	0
surdosage médicament	0,4	1	0	0	0
decompensation psychiatrique	0,4	1	0	0	0
Intoxication alcoolique	0,4	1	0	0	0
maladie neurologique	0,4	1	0	0	0
TOTAL	100	264		9,84	26

Tableau 2 : Motifs d'hospitalisations

4- Co-morbidités

56,8% des patients hospitalisés présentaient une Hypertension artérielle secondaire, 36% étaient suivis pour une fibrillation auriculaire sous anticoagulant, 24,3% étaient traités dans le cadre d'un diabète non insulino-dépendant, 18,6% patients étaient pris en charge pour une néoplasie qu'elle soit colique, pulmonaire ou mammaire principalement, 17,4% présentaient une cardiopathie (dont 85,2% d'entre eux une cardiopathie ischémique et 10,2% une insuffisance cardiaque), 14,8% étaient sous hypocholestérolémiant, 13,3% étaient chuteurs, 12,9% avaient un syndrome dépressif majeur, 14% des antécédents de prothèses du genou ou de la hanche, 6,4% étaient des éthyliques chroniques

Antécédents	%	nombre de patients
hypertension artérielle	56,8	150
fibrillation auriculaire	36	95
diabète	24,3	64
troubles cognitifs	19,3	51
néoplasie	18,6	49
cardiopathie	17,4	46
hypercholestérolémie	14,8	39
prothèses genou et/ou hanche	14	37
chutes à répétitions	13,3	35
épisodes dépressifs	12,9	34
insuffisance cardiaque	10,2	27
pacemaker	9	24
IDM	9	24
artériopathie oblitérantes des MI	8,7	23
insuffisance rénale chronique	6,8	18
éthylisme chronique	6,4	17
AVC	6,4	17
stents	5,7	15
embolie pulmonaire	5,7	15
arthrose	5,3	14
syndrome parkinsonnien	4,2	11
BPCO	7,2	10
ulcères veineux ou artériels	3,4	9
thrombose veineuse profonde	3	8
obésité morbide	1,5	4
escarre	0,8	2

Tableau 3 : Co-morbidités notables

5- Dépendances

a) score de dépendance physique à l'admission

- 0,4% des patients hospitalisés étaient complètement autonomes,
- 75,5 % des patients étaient modérément dépendants et nécessitaient une aide partielle pour la toilette, l'habillage, la marche et l'alimentation et présentaient une incontinence vésicale ou fécale. 11,4% d'entre eux ont un score entre 5 et 8 et 64,1% un score entre 9 et 12,
- 24,2% des patients étaient complètement dépendants

Le score de dépendance physique moyen à l'admission était de 11,6

Tableau 4

Score de dépendance physique	Pourcentage
0-4	0,4
5-8	11,4
9-12	64,1
13-16	24,2

Tableau 4 Score de dépendance physique à l'admission

b) score de dépendance cognitive à l'entrée

- 8,9% des patients ne présentaient aucun trouble cognitif,
- 56,6% des patients avaient des troubles cognitifs légers,
- 22,1 % d'entre eux des troubles cognitifs modérés,
- 12,5% des troubles cognitifs sévères.

Soit un score moyen à l'admission de 4,6.

Tableau 5

Score de dépendance cognitive	Pourcentage
0-2	8,9
3-4	56,6
5-6	22,1
7-8	12,5

Tableau 5 : Score de dépendance cognitive à l'admission

c) Score de dépendance physique à la sortie

- 0,4% des patients étaient complètement autonomes,
- 81,8% des patients à la sortie de leur hospitalisation nécessitaient une aide partielle pour les activités de la vie quotidienne et présentaient une dépendance à un tiers modérée. 22,3% ont un score entre 5 et 8 soit 10,9% de plus qu'à l'admission, et 59,5% un score entre 9 et 12, soit une amélioration de 4,6%,
- 17,8% étaient complètement dépendants malgré la tentative de ré-autonomisation soit tout de même 6,4% d'amélioration.

Le score de dépendance physique moyen a la sortie était de 10,9.

Score de dépendance physique	Pourcentage
0-4	0,4
5-8	22,3
9-12	59,5
13-16	17,8

Tableau 6 : Score de dépendance physique à la sortie

d) score de dépendance cognitive à la sortie

- 9,7% des patients ne présentaient aucun trouble cognitif,

- 64,7% des patients avaient des troubles cognitifs légers,
- 16,4% d'entre eux des troubles cognitifs modérés,
- 9,3% des troubles cognitifs sévères

Soit un score moyen de dépendance cognitive à la sortie de 4,4

Score de dépendance cognitive	Pourcentage
0-2	9,7
3-4	64,7
5-6	16,4
7-8	9,3

Tableau 7 : Score de dépendance cognitive à la sortie

50% des patients présentant des troubles cognitifs modérés à sévère à la sortie n'ont pas été institutionnalisés et sont retournés à leur domicile.

6- Filière de soins

a) *Provenance des patients*

- la très grande majorité des 264 patients est adressée par les autres services de la clinique (75,7%) dont 36% des patients proviennent du service de médecine interne, 25,3% du service de chirurgie, 8,3% des urgences et 6,1% des soins continus.
- 13,3% arrivent de leur domicile et ont été adressé par leur médecin traitant.
- 11% des hospitalisés proviennent des hôpitaux extérieurs (CHU, Bordeaux Nord, Bagatelle, Bel Air..)

Figure 2

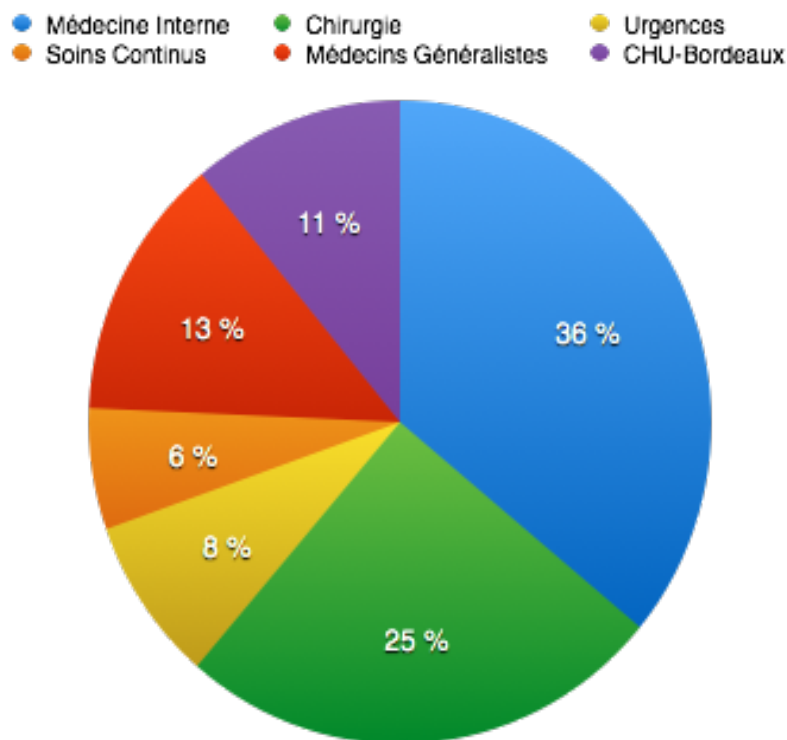


Figure 2 : Provenance des patients

b) Devenir des patients

A l'issue du séjour, 61% (161 patients) regagnent leur domicile, 35,2% (56 patients) d'entre eux ont bénéficié d'une augmentation des aides:

- 17,9% soit 10 patients ont bénéficié d'aides mécaniques avec réadaptation de leur domicile suite à une visite à domicile réalisé epar notre ergotherapeute,
- 19,6% sont rentrés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile soit 11 patients,
- 62,5% soit 35 patients ont bénéficié d'aides humaines par le biais de l'AAPAM.

Figure 3

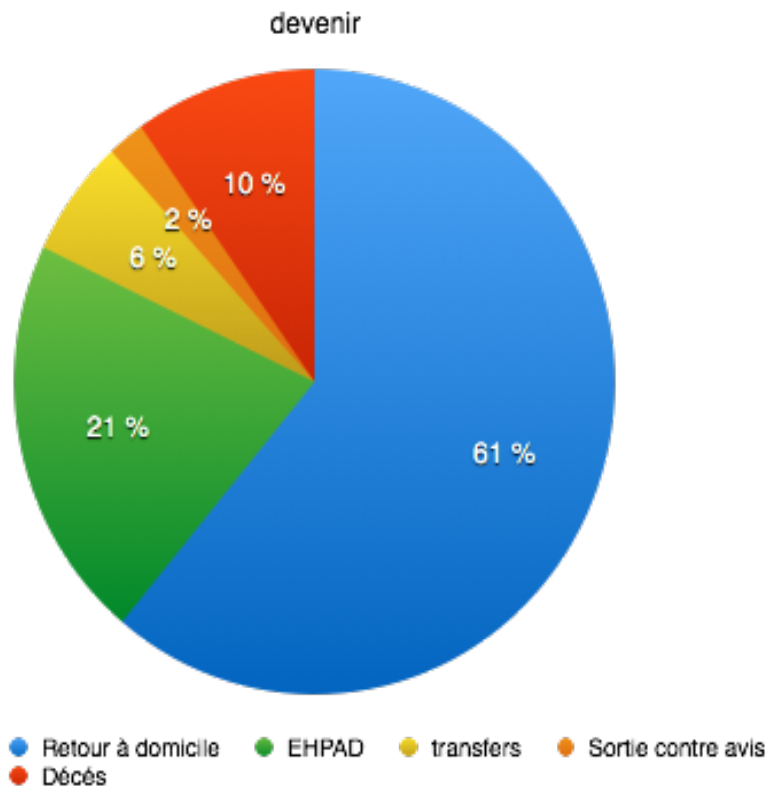


Figure 3 : Devenir des patients

7- La mortalité

Elle est de 9,8%.

26 patients sont décédés en cours d'hospitalisation dont 13 femmes et 13 hommes avec une moyenne d'âge de 83,1 ans et une durée moyenne de séjour de 10,3 jours (minimum 1 jour - maximum 28 jours).

23% des décès étaient «attendus» et relevaient d'une prise en charge palliative, 19% sur des complications post accident vasculaire cérébral, 15,4% sur une altération de l'état générale, une perte d'autonomie ou un syndrome de glissement, 7,7% des décès sont survenus au décours de la pose d'une prothèse de genou ou de hanche. Le reste des décès est survenu sur des causes diverses.

8- Durée de séjour

- la durée moyenne de séjour est de 18,6 jours avec une durée maximale de 54 jours.
- 43,9 % des patients ont séjourné plus de 21 jours soit 26,5% des femmes et 17,5 des hommes, avec un âge moyen de 84,8 ans et une durée moyenne de séjour de 26,6 jours.

9- DMS supérieur à 21 jours

43,9 %, soit 116 patients sont restés hospitalisés plus de 21 jours.

a) Devenir

- 62,1 % d'entre eux ont regagné leur domicile (72 patients) dont 9,5% étiquetés « soins palliatifs »,
- 2,1% sont rentrés en hospitalisation à domicile,
- 25,2% ont été institutionnalisés (25 patients) et 3,2% ont refusé l'EHPAD,
- 3,2% sont décédés (4 patients),
- le reste des patients a été transféré vers un autre établissement.

b) Motifs d'hospitalisation principaux

- 15,8% des patients ont été hospitalisés pour une rééducation/ré-autonomisation après la pose de prothèse de hanche secondairement à une fracture du col fémoral ou une coxarthrose, et 9,5% pour une fracture diverse (ischio-pubienne principalement),
- 13,7% ont été pris en charge pour une décompensation cardiaque,
- 12,6% sont pris en charge dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral et autant pour des troubles de la marche ou des chutes,
- 10,5% sont en prise en charge palliative d'une néoplasie.

c) Causes des durées de séjours prolongées

Les principales causes retrouvées à ces DMS longues ont été :

- un domicile inadapté, sur une autonomie moins bonne que ce qu'elle n'était avant l'hospitalisation, chez 43 patients,

- un état clinique instable pour permettre un retour à domicile rapide (22 patients),
- un événement aigu tel que les infections nosocomiales, les complications ou les décompensations (14 patients) .

10- Ré-hospitalisations dans le service

6,8% soit 18 patients sont revenus au cours de l'année 2014 dans le service de SSR, et 0,4% à de multiples reprises et 1 patient est décédé lors de son deuxième séjour.

Les motifs d'hospitalisations principaux étaient le repit familial, les soins d'accompagnement (dans le cadre d'une prise en charge palliative), une aggravation des troubles cognitifs ou des décompensations cardiaques dans le cadre d'insuffisance cardiaque terminale.

11- Echelle ADL

Parmis nos 264 patients hospitalisés, 217 d'entre eux ont pu regagner leur lieu de vie (domicile ou EHPA), 21 ont été transférés ou sont sortis contre avis médical, et 26 sont décédés.

Leur dépendance a été calculée selon l'échelle ADL (Annexe 7):

- 26,8% (64 patients) ont un score entre 5 et 6,
- 30,6% (73 patients) ont un score entre 3 et 4,
- 22,6% (54 patient) ont un score entre 1 et 2,
- 4,3% (10 patients) ont un score de 0.

Tableau 8

score ADL	Pourcentage	Nombre de patients	retour à domicile en nombre de patients	EHPAD en nombre de patients	Transfert ou sortie contre avis en nombre de patients
6	8,4	20	18	1	1
5,5	4,2	10	7	2	1
5	14,2	34	30	4	0
4,5	8,8	21	16	3	2
4	17,6	42	28	10	4
3,5	4,2	10	6	2	2
3	8,8	21	11	8	2
2,5	2,1	5	5	0	0
2	8	19	11	8	0
1,5	10,1	24	11	9	4
1	4,6	11	6	3	2
0,5	4,6	11	5	3	3
0	4,2	10	7	3	0
TOTAL	100	238	161	56	21

Tableau 8 : Score de dépendance selon échelle ADL

12- Grille AGGIR

- 8,4% soit 20 patients sont classés GIR 6,
- 4,2% soit 10 patients sont classés GIR 5,
- 40,3% soit 96 patients sont classés GIR 4,
- 13% soit 31 patients sont classés GIR 3,
- 23,1% soit 55 patients sont classés GIR 2,
- 10,9% soit 26 patients sont classés GIR 1.

Tableau 9

GIR	Pourcentage	nombre de patients	retour au domicile en nombre de patients	EHPAD en nombre de patients	autre
6	8,4	20	18	1	1
5	4,2	10	7	2	1
4	40,3	96	74	16	6
3	13	31	17	11	5
2	23	55	31	17	7
1	10,9	26	14	11	1
TOTAL	100	238	161	56	21

Tableau 9 : Score de dépendance selon la grille AGGIR

13- Médicaments

Nous avons retrouvé une ordonnance de sortie avec 8 médicaments en moyenne par patient.

Notre étude se porte sur 264 patients hospitalisés dans le service de SSR en 2014, l'âge moyen est de 83,7 ans avec une prédominance de femmes, la majorité vit seule à domicile, la pathologie traumatologique est la principale cause d'hospitalisation retrouvée et l'hypertension artérielle la co-morbidité la plus fréquente.

La plupart de nos patients proviennent du service de médecine interne ou de chirurgie, puis après une durée moyenne de séjour de 18,6 jours la majorité regagnera son domicile, et pour 8% d'entre eux complètement autonomes. Environ 10% des patients sont décédés.

III/ DISCUSSION

1- Analyse des résultats

a) Age et sexe

L'âge moyen de la population hospitalisée durant notre étude est de 83,7 ans avec 85% des patients âgés de plus de 75 ans, et une composante plus importante de femmes, environ deux tiers de la population étudiée correspondant bien aux caractéristiques sociodémographiques actuelles.

En France les femmes de 75 ans sont 1,8 fois plus nombreuses que les hommes et 90% des patients âgés de plus de 75 ans vivent au domicile (42).

Au décours de l'hospitalisation seulement 21% des patients seront institutionnalisés en EHPAD.

b) Conditions d'hospitalisation

Une part plus importante des patients provenait du service de médecine interne de la clinique, avec souvent comme problème principal celui posé par le retour à domicile même si le motif d'hospitalisation était somatique. Le motif social n'était présent que dans 1,5% des cas des patients hospitalisés.

Un quart des patients était adressé par le service de chirurgie orthopédique secondairement à la mise en place d'une prothèse de hanche, de genou ou d'épaule sur une arthrose évoluée ou sur une fracture entravant l'autonomie de nos patients âgés.

Seulement 13% soit 34 patients étaient adressés directement par leur médecin traitant après accord avec le service. Ce chiffre ne correspond pas réellement à la demande d'hospitalisation des médecins traitants. En effet, beaucoup "passent" par les urgences faute d'avoir pu obtenir une place en s'adressant directement au service. Les places disponibles sont limitées et si l'état du patient ne permet pas d'attendre, ce qui est souvent le cas, la solution la plus fréquemment utilisée reste le passage par les urgences.

c) Le décès

Environ 10% des patients hospitalisés sont décédés au cours de l'année 2014, ce pourcentage devrait s'accroître devant l'augmentation de l'espérance de vie, et des polyopathologies.

Enfin, la mentalité autour de la mort évolue. De plus en plus de familles ne souhaitent plus voir leur

proche mourir à domicile.

d) Durée moyenne de séjour

Il ne semble pas y avoir d'étude relatant la durée moyenne de séjour dans les services de SSR gériatrique mais uniquement pour les services de médecine, chirurgie et obstétrique. (43)(44)(45)(46)

Cependant une bonne rotation des lits permet d'accueillir plus de patients dans un temps donné plus court. C'est également un enjeu économique important découlant de cette rotation : plus il y a de soins réalisés, plus il y a d'actes et donc de bénéficiaires.

L'intérêt porté à ce sujet pour les SSR gériatriques est nouveau car ces services ont été exclus, en France, de la rémunération à l'acte. Le manque de possibilité de comparaison de cette étude avec d'autres indique que l'intérêt actuel se porte surtout sur les services de soins aigus.

e) Motifs d'hospitalisation

Selon une étude réalisée par la Dress en 2008 (47) :

- De 70 à 79 ans, les maladies du système ostéoarticulaire et lésions traumatiques prédominent (25 % des cas) avec, notamment, la gonarthrose, la coxarthrose et les prothèses. Suivent les affections cardiovasculaires (14 %), notamment celles autres que les cardiopathies ischémiques (7 %), et les tumeurs malignes (9 %). Les symptômes divers commencent à apparaître (8%), anomalie de la marche et malaises ou fatigue.
- Les séjours des patients de plus de 80 ans sont motivés par des lésions traumatiques (20 %) et par les affections cardiovasculaires (16 %), notamment celles autres que les cardiopathies ischémiques (9 %), puis par des symptômes divers (14 %), principalement les anomalies de la démarche (6 %), et par les démences, y compris celle d'Alzheimer (5 %).

Dans notre étude nous retrouvons 26% des motifs d'hospitalisations en rapport avec une maladie du système ostéo-articulaire regroupant les fractures avec ou sans prise en charge chirurgicale et mise en place d'une prothèse et les affections arthrosiques, chiffre que nous avons pu retrouver dans différentes études notamment celle de la Dress.

13% des motifs d'hospitalisations sont liés à des troubles de la marche ou des chutes à répétitions.

Environ 20% de nos patients ont été hospitalisés secondairement à une affection cardiovasculaire

(décompensations cardiaque, AVC, cardiopathies ischémiques).

10% des patients étaient dans le service pour une prise en charge d'une néoplasie dont 8% en soins palliatifs.

Concernant les troubles cognitifs, ce motif d'hospitalisation était présent chez environ 3% de nos patients, chiffre légèrement inférieur à celui retrouvé dans d'autres études car ce motif n'était pas toujours signalé dans les données que nous avons récupéré.

Globalement les pathologies principales des patients hospitalisés dans notre service de SSR correspondent à celles retrouvées dans les études présentes dans la littérature.

f) Co-morbidités

56,8 % de nos patients avaient une hypertension artérielle et 24,3 % un diabète comme dans la population générale (48)(49). La proportion de patients avec une fibrillation auriculaire (36 %) était beaucoup plus importante que dans la population générale (0,4 à 1 %). Elle augmente avec l'âge pour atteindre un taux autour de 8 % après 80 ans (50). De la même façon, la proportion de patients avec un antécédent d'AVC (6,4%) était moins élevée que dans la population générale où 9.5 % des patients âgés de plus de 85 ans ont eu un AVC en 2009 (51).

4,2 % des patients étaient atteints de syndrome parkinsonien. La prévalence moyenne de la maladie de Parkinson en France a été estimée à 827,5 pour 100 000 habitants. La maladie de Parkinson est la cause la plus fréquente de syndrome parkinsonien, la seconde maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer et la seconde cause de handicap moteur d'origine neurologique chez le sujet âgé après les accidents vasculaires cérébraux (52).

Le nombre de patients dépressifs (12,9 %) est identique à celui de la population ambulatoire d'Aquitaine (53). Loo et al. rapportent une prévalence entre 15 à 43 % de patients dépressifs parmi les sujets âgés hospitalisés (54).

La proportion des patients présentant des troubles cognitifs (19,3%) est légèrement supérieure à la prévalence de la population d'Aquitaine (17,8%) (55).

La notion de chutes à répétition était présente chez 13% de nos patients. Dans la population générale un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans fait au moins une chute dans l'année (56).

Presque 100% des patients présentent une poly-pathologie, avec une moyenne d'environ 3 pathologies par patient.

g) Dépendances

Selon notre étude, environ 80 patients étaient dépendants à la sortie d'hospitalisation avec une échelle ADL comprise entre 0 et 2,5 sur 6 et un GIR à 1 et 2. Parmi ces patients, 28 ont intégré un EHPAD et 45 sont retournés à leur domicile dont 11 d'entre eux avec l'HAD dans le cadre d'une prise en charge palliative.

Nous avons donc au moins 34% des patients sortants du service de SSR regagnant un lieu de vie inadapté à leur état clinique.

Les patients en GIR 3 présentent également une forte dépendance soit 31 patients supplémentaires

Selon une étude parue en 2002 (57), dans les USLD, 77% des personnes présentent un niveau de dépendance très élevé coté en GIR 1 et 2. Les 23% restant ont un GIR compris entre 3 et 6.

20 patients étaient a contrario complètement autonomes.

h) Médications

Il existait une poly-médication, soit plus de 5 médicaments par jour, chez tous nos patients hospitalisés.

i) Caractéristiques des patients hospitalisés en USLD

Caractéristiques de la population des USLD selon un rapport de l'IGAS

Selon un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), une typologie de patients susceptibles de requérir de soins de longue durée en visant quatre population a été décrite :

- «les personnes souffrant de séquelles d'AVC ou d'autre type de cérébro-lésion, maintenues en réanimation, en médecine ou en SSR car le besoin de médicalisation constitue un frein à leur admission en établissement médico-social » ;
- « les personnes atteintes de pathologies neurologiques évolutives (Alzheimer notamment) ou de séquelles neurologiques liées à des pathologies comme la maladie de Korsakoff ou le VIH5, associées parfois à de la précarité sociale, ne permettant pas une orientation en

structure médico-sociale » ;

- « les personnes atteintes de maladie psychiatrique, ne relevant plus des services de psychiatrie mais non admises en établissement médico-social en raison de leurs troubles » ;
- « les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes en situation de "long mourir", nécessitant des soins sur une longue période. Depuis la restructuration du secteur SSR en 2008 qui a concentré ses missions sur la rééducation et réadaptation, les unités de soins palliatifs de médecine et les autres services hospitaliers sont confrontés à l'absence de structures d'aval telles qu'elles existaient auparavant (soins de suite, convalescence) pour prendre en charge ces personnes ».

Concernant les patients d'USLD présentant des troubles du comportement, ils ont été classés en plusieurs catégories :

- La première catégorie comprend des personnes qui présentent, outre une polypathologie somatique, des troubles cognitifs et des troubles du comportement relativement modérés, d'origine variée mais souvent corrélés au grand âge, qui ne perturbent que faiblement la vie de l'unité et auxquels les équipes soignantes peuvent faire face sans difficulté particulière.
- La seconde catégorie comprend les patients d'USLD présentant des troubles du comportement sévères, potentiellement beaucoup plus difficiles à prendre en charge. Au sein de cette catégorie, on peut distinguer différents profils de personnes en retenant cette fois le critère de l'origine des troubles ; il est notamment possible de regrouper :
 1. des personnes qui sont atteintes de démences et, notamment, celles qui souffrent de maladies neurodégénératives : elles présentent des troubles du comportement qui sont d'intensité variable ; dans les formes les plus sévères, les manifestations sont constamment perturbantes et la mise en danger de soi comme d'autrui est réelle ;
 2. des personnes cérébro-lésées, parmi lesquelles celles qui ont eu un accident vasculaire cérébral, les traumatisés crâniens ou encore les blessés médullaires. Pour ces personnes, les troubles du comportement sont fréquemment associés à d'autres déficiences, notamment au plan somatique (perte d'autonomie par exemple) ;
 3. des personnes qui ont été admises en USLD à l'issue d'une prise en charge de nature psychiatrique ; Sauf exception, ces personnes ne présentent pas *a priori* de perte d'autonomie, surtout lorsqu'elles sont encore relativement jeunes, ce qui peut rendre la prise en charge de leurs troubles comportementaux d'autant plus difficile ;
 4. des personnes présentant un syndrome de Korsakoff.

Naturellement, ces quelques catégories ne retracent que très grossièrement les principaux profils des personnes prises en charge en USLD. Par ailleurs, pour une même pathologie, chaque personne concernée va présenter un tableau particulier, avec des troubles du comportement de différents niveaux d'intensité. De surcroît, les pathologies somatiques et psychiques sont souvent intriquées ; or les manifestations violentes et très perturbatrices qui vont accompagner la démence chez une personne valide peuvent se trouver en quelque sorte « éteintes » chez un patient pour lequel la maladie somatique prend le dessus et provoque une très grande faiblesse.

Il en est également ressorti que « les soins palliatifs doivent être mis en œuvre dans les USLD afin de répondre aux besoins des personnes âgées » et peuvent être identifiés « Lits identifiés de Soins Palliatifs LISP » (59).

Comparatif avec USLD Les Arbousiers à la Teste de Buch

Nous avons récupéré parallèlement les patients présents au sein de l'USLD Les Arbousiers de la Teste de Buch sur l'année 2014 grâce au PSMI, à titre informatif étant donné qu'il s'agit d'une USLD dans la même région que la clinique mutualiste du Médoc.

Au quatrième trimestre il y avait 85 patients hospitalisés dont 62 femmes, soit un peu plus des 2/3 des patients, et 23 hommes dont 10 patients non résidents sur la Gironde.

La moyenne d'âge était de 82,8 ans avec 84,2 ans pour les femmes et 81,4 ans pour les hommes, le plus jeune avait 63 ans et le plus âgé 100 ans.

77 patients (soit 90%) avaient un GIR à 1 ou 2, 31 en GIR 1 et 46 en GIR 2, 3 patients avaient un GIR 3 et pour finir 5 patients avaient un GIR à 5

Concernant les pathologies principales d'hospitalisation, les démences, les accidents vasculaires, les polyopathologies et les néoplasies en prise en charge palliative dominent nettement.

Pour ce qui est des antécédents nous retrouvons principalement l'HTA, le diabète, la fibrillation auriculaire, les troubles cognitifs ainsi que les insuffisances cardiaques.

Si nous comparons les patients présents dans notre étude aux patients hospitalisés à l'USLD Les Arbousiers nous pouvons remarquer une certaine correspondance. En effet au moins 80 patients en dépendance totale pour toutes les activités de la vie quotidienne et aux lourdes pathologies sont retournés à leur domicile alors qu'une place en USLD aurait pu leur être proposée si un tel service existait dans le Médoc.

2- Problèmes rencontrés lors de l'étude

Concernant les comptes rendus d'hospitalisation et les PMSI, il se pourrait qu'il existe quelques erreurs notamment sur le fait que les courriers de sorties et les observations ne soient pas toujours fait par le même médecin. En effet, à cette période 2 médecins s'occupaient du service de SSR, et lors de leurs périodes de vacances il y avait des médecins remplaçants. Chacun avait sa méthode pour remplir les observations médicales et faire les comptes rendus d'hospitalisation donc certaines informations n'étaient pas obligatoirement disponibles d'un dossier à l'autre et il a donc fallu aller les chercher ailleurs.

Il existait des discordances entre les dépendances retrouvées dans le PMSI codées par les infirmières au niveau du RHS et les échelles ADL et AGGIR probablement en rapport avec une mauvaise information initiale notamment sur le 1 : autonome et 4 : dépendance qui ont été inversés dans plusieurs dossiers.

Le PMSI présente des avantages: exhaustivité, standardisation et informatisation des données. La qualité des données du PMSI retentit forcément sur la qualité des mesures de notre étude.

Il existe un biais de codage dû aux erreurs mais aussi aux habitudes de codage. Ainsi il est possible que dans certains cas les données devant être renseignées de façon hebdomadaire pendant tout le séjour du patient aient été recopiées à l'identique pendant tout le séjour. Cette distorsion dans le recueil des données, n'est actuellement pas chiffrable.

Une des caractéristiques du PMSI est sa lourdeur et son caractère chronophage.

Cette « lourdeur » ressentie est liée à plusieurs éléments, notamment :

- les différences entre les outils du PMSI (CIM10, grille de dépendance, activités de rééducation réadaptation) et ceux déjà utilisés par les gériatres : le PMSI est perçu alors comme une contrainte et non comme une opportunité,
- le caractère répétitif du recueil hebdomadaire,
- le temps nécessaire pour le codage.

Les grilles AGGIR ainsi que les échelles ADL n'avaient pas été réalisées, nous avons donc du les faire pour chaque patient hospitalisé grâce aux informations laissées dans l'observation médicale et au moment de la sortie du patient, ce qui a sûrement entraîné quelques erreurs puisque que nous n'avons ni de recul ni de connaissances sur le patient.

La coupe Pathos n'a pas pu être réalisée car nous ne sommes pas équipés actuellement du logiciel

permettant de le calculer (GALAAD).

Notre étude comprend la mesure du score de dépendance physique utilisé dans le PMSI-SSR. L'échelle de dépendance utilisée est dérivée des Activity of Daily Living (ADL), cet outil étant une référence consensuelle dans le milieu gériatrique. Elle correspond d'avantage à une grille d'évaluation de la charge en soins en rapport avec la prise en charge de la dépendance qu'à un outil de suivi de l'autonomie fonctionnelle, tel que l'échelle MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) utilisée par les services de rééducation. Il est ainsi possible que cet outil de mesure soit moins sensible pour mesurer l'évolution fonctionnelle durant un séjour hospitalier.

3- Points forts de l'étude

Il n'existe pas d'étude similaire à la nôtre.

Le grand nombre de patients et la diversité des patients analysés sont un point fort de notre étude car ils permettent d'obtenir une vision globale de la population médocaine hospitalisée.

Le nombre d'outils utilisés, les comptes rendus d'hospitalisations, les observations médicales, le PMSI, les transmissions infirmières et les macrocibles d'entrées et de sorties, sont également un point fort car les informations nécessaires à notre étude ont pu être retrouvées à titre systématique.

Le point fort majeur reste l'appui qu'apportera cette étude à la direction de la clinique auprès de l'Agence Régionale de Santé afin d'obtenir les autorisations des Tutelles pour l'ouverture de l'USLD.

La création d'une USLD permettrait de développer l'offre de soins dans le médoc et améliorer la prise en charge de nos patients âgés en proposant des alternatives au retour à domicile, tout en favorisant le confort.

PARTIE 4 : CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION AU SEIN DE LA CLINIQUE MUTUALISTE

I/ CONCLUSION

L'année 2014 s'est soldée par 4910 journées d'hospitalisation pour le service de SSR de la clinique, 264 patients hospitalisés, et une durée moyenne d'hospitalisation de 18,6 jours .

Avec l'ouverture de lits supplémentaires de SSR sur l'année 2015 nous avons pu voir l'augmentation du nombre d'hospitalisations des personnes âgées avec un total de 350 patients et une durée moyenne de séjour de 21jours pour une moyenne d'âge de 81.6 ans.

La fréquence de la poly pathologie justifie une approche globale et intégrée de la personne âgée. Elle repose sur la gestion de la poly pathologie et des comorbidités ainsi que de la complexité médico-psycho-sociale et environnementale.

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être adaptée au caractère évolutif des besoins des patients atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive. Elles sont source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages aggravés par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes.

La filière hospitalière de soins gériatriques constitue ainsi une modalité d'organisation cohérente et graduée de soins gériatriques sur un territoire donné. Elle a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique.

II/ PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Ce travail de thèse va permettre d'appuyer la demande d'autorisation d'ouverture d'une USLD à la clinique mutualiste de médoc auprès des Tutelles. Ci-après se trouve le texte du projet médical, en cours d'élaboration par le Docteur Henaoui.

Les caractéristiques de notre population et la situation géographique de la clinique dans le médoc nécessitent la création d'un service d'unité de soins longue durée qui viendrait compléter la filière gériatrique mis en place depuis 2009, celle-ci ne cesse d'ailleurs de se développer depuis.

Le projet est actuellement intégré dans le contrat local de santé (CLS), il est devenu une priorité de l'établissement dans le cadre des contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Une contractualisation va mettre l'accent sur la mise en œuvre du Projet Médical et Architectural.

Nous ne reviendrons pas sur les données épidémiologiques et les caractéristiques sanitaires du Médoc ainsi que la filière gériatrique que nous avons vues plus haut.

Consciente des attentes de la population médocaine, la direction générale du pavillon de la mutualité inscrit ce projet dans un choix stratégique, elle encourage les différents acteurs à établir et pérenniser la création d'une USLD.

Pour ce faire, un groupe de travail rattaché à l'ARS a été constitué au moyen d'un outil de planification de régulation de la politique de santé, le projet régional de santé (PRS). Son ambition est d'apporter une réponse globale, transversale, évolutive et efficiente aux problématiques de santé observées sur le territoire. Les modalités du PRS obéissent à une logique d'offre, à des problèmes économiques et sociaux, à la raréfaction des ressources financières et médicales et aux inégalités d'implantations territoriales.

Dans la même logique, la direction de la clinique mutualiste a établi des relations et des actions avec les différents élus locaux et régionaux (Maires, Députés, Sénateurs..) avec pour objectif de mutualiser les ressources.

Ainsi un diagnostic régional et local est en cours avec en parallèle un projet médical et architectural.

- *Projet architectural : le groupe de travail est composé des cadres de santé, de médecins, d'infirmières et aides soignantes, de l'ergothérapeute, des responsables administratifs et qualité ainsi que des responsables travaux.*
- *Projet médical : il est conduit par les médecins.*

Projet Médical de l'USLD

L'USLD est un hébergement et un accompagnement constant à long terme en soins médicaux et infirmiers associé à un projet de vie. Il s'agit d'une unité de soins rattachée à un établissement sanitaire. Elle est spécifiquement adaptée et destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie et dont l'état de santé nécessite des soins quotidiens, une surveillance constante, des soins médicaux spécialisés, un hébergement en pension complète ainsi que des animations.

L'état de dépendance et le nombre de soins médicaux permettent de différencier les EHPAD et USLD selon le code de la santé publique (article L711-2).

Les USLD accueillent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une pathologie susceptible d'épisodes répétés de décompensation pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

Ses missions sont :

- *d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux, technique et relationnels,*
- *de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,*
- *d'élaborer un projet de vie pour chaque patient à titre individuel dans le souci de sa qualité de vie.*

Les USLD remplissent un rôle d'aval au sein de la filière gériatrique.

Mode d'entrée :

Les patients sont adressés en premier lieu par le SSR puis par les établissements médico-sociaux (EHPAD principalement), il existe également un certain nombre de patients qui vient des services hospitalier (court séjour gériatrique, médecine interne, unités de soins palliatifs), et un petit pourcentage du domicile.

Les personnes hospitalisées dans les services de longue durée présentent des pathologies lourdes, principalement :

- *les pathologies neurodégénératives : tout type de démences, syndromes parkinsoniens, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique,*
- *les pathologies cardio-respiratoires,*
- *les pathologies cancéreuses,*
- *les pathologies rhumatismales évolutives,*
- *les fins de vie.*

La durée moyenne de séjour est comprise entre 6 mois à 3 ans voire plus, la DMS nationale étant de 20 mois.

Mode de sortie :

Compte tenu des pathologies et de l'âge des patients les décès sont nombreux.

Devant l'amélioration de l'état clinique des patients une orientation vers les établissements médico-sociaux est souvent proposée et exceptionnellement il peut y avoir un retour au domicile.

Moyen de fonctionnement :

- *Capacité : il est recommandé qu'une USLD comporte au minimum 25 lits.*
- *Personnel Médical et Para-Médical : pour 30 lits*
 1. *0,5 ETP (équivalent temps plein) Médecin,*
 2. *1 ETP IDE/AS,*
 3. *0,8 ETP Assistante Sociale,*
 4. *1 ETP ASH,*
 5. *0,4 ETP Secrétaire,*
 6. *temps psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététicienne et podologue non défini pour le moment*
- *Présence IDE/AS 24 heures sur 24*
- *Permanence médicale par garde ou astreinte 24 heures sur 24*
- *Continuité des soins et suivi médical rapproché*
- *Actes techniques nécessitant un accès à un plateau technique avec radiologie et laboratoire d'analyses*
- *Equipe pluridisciplinaire spécialisée formée aux USLD et faisant partie de la filière gériatrique*
- *Equipe efficace, fonctionnelle, garante des bonnes pratiques gériatrique et capable de travailler en équipe avec intégration des acteurs socioprofessionnels.*

Socle des Prestations :

- *Prestation de restauration,*
- *Prestation de blanchissage, fournitures et renouvellement avec entretien*
- *Prestation d'animation et de vie sociale avec un accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités en extérieur.*

Ce projet ne reste réalisable qu'à la seule condition que nous obtenions les autorisations des Tutelles.

Il est donc nécessaire de créer une telle unité à la clinique mutualiste de Lesparre Médoc afin de répondre à ces problématiques.

L'objet de cette thèse est bien évidemment de mettre en avant les besoins de notre population dans le médoc, notamment de la population la plus âgée en mettant en exergue les efforts développés par la clinique mutualiste de Lesparre Médoc tant au niveau accueil (lits) qu'au niveau du personnel, soignants et encadrants, et la nécessité absolue d'un projet d'USLD qui verra le jour dans les mois à venir.

ANNEXES

Annexe 1 : Estimation de la population en 2015

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)					Proportion (en %)			
	Moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 64 ans	65 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Moins de 20 ans	de 20 à 64 ans	65 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
1996	15 626	31 974	2 907	8 980	3 752	26,3	58,6	15,1	6,3
2006	15 888	34 136	2 828	10 334	5 159	25,1	58,5	16,4	8,2
2010	16 011	33 997	3 874	10 732	5 660	24,8	58,6	16,6	8,8
2011	16 038	33 920	4 106	10 869	5 757	24,7	58,6	16,7	8,9
2012	16 047	33 891	4 121	11 182	5 844	24,6	58,3	17,1	9,0
2013	16 096	33 831	4 120	11 518	5 915	24,5	57,9	17,6	9,0
2014 (p) hors Mayotte	16 166	33 745	4 086	11 857	5 984	24,5	57,5	18,0	9,1
2014 (p) y c. Mayotte	16 286	33 836	4 089	11 863	5 986	24,6	57,4	18,0	9,1
2015 (p) y c. Mayotte	16 359	33 741	4 074	12 206	6 063	24,6	57,0	18,4	9,1
2016 (p) y c. Mayotte	16 396	33 668	4 044	12 520	6 081	24,6	56,6	18,8	9,1

(p) résultats provisoires à fin 2015.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014.

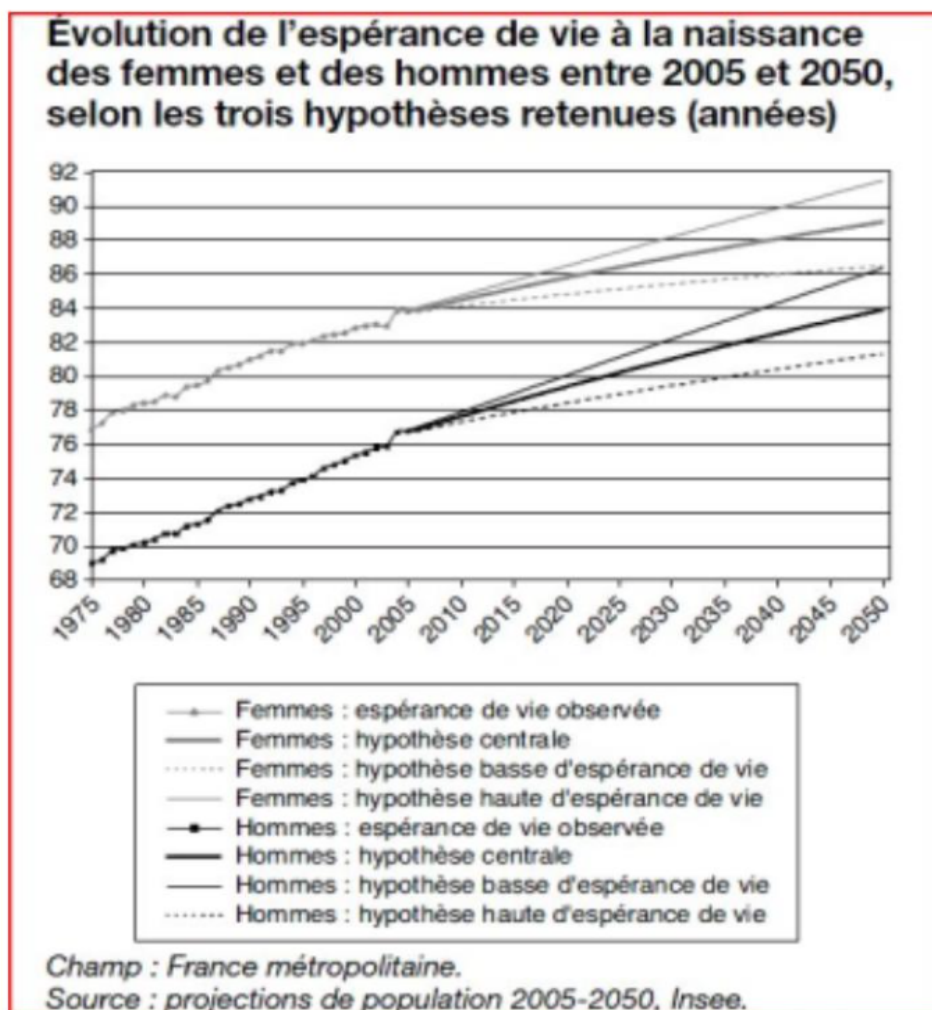
Source : Insee, estimations de population.

Annexe 2 : Espérance de vie en 2005 et 2050

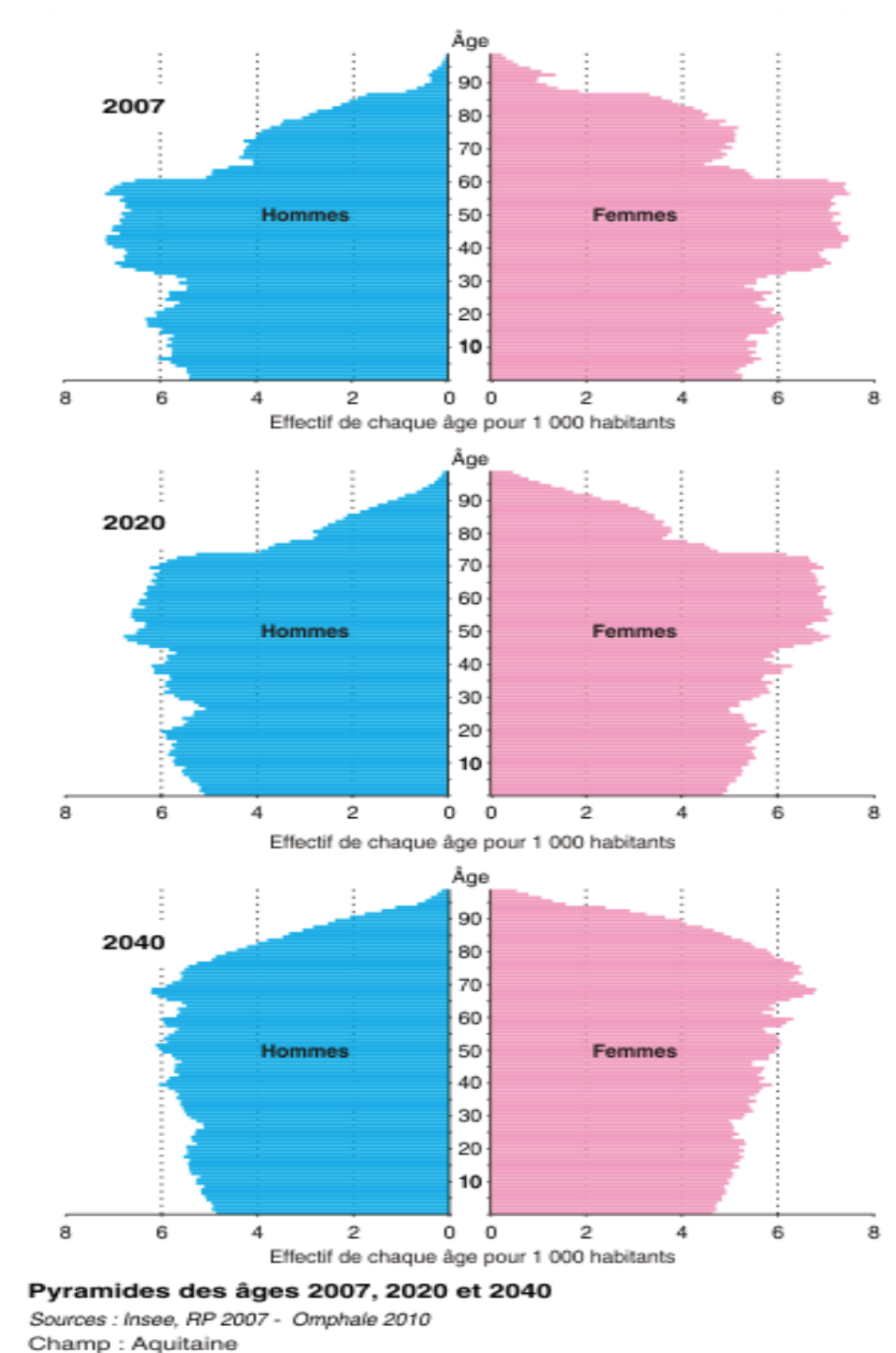
Espérances de vie à la naissance, en 2005 et en 2050 (années)						
Hypothèse de mortalité	2005			2050		
	Femmes	Hommes	Différence	Femmes	Hommes	Différence
Centrale (tendancielle)				89,0	83,8	5,2
« Espérance de vie basse »	83,8	76,9	7,1	86,5	81,3	5,2
« Espérance de vie haute »				91,5	86,3	5,2

Champ : France métropolitaine.
Source : projections de population 2005-2050, Insee.

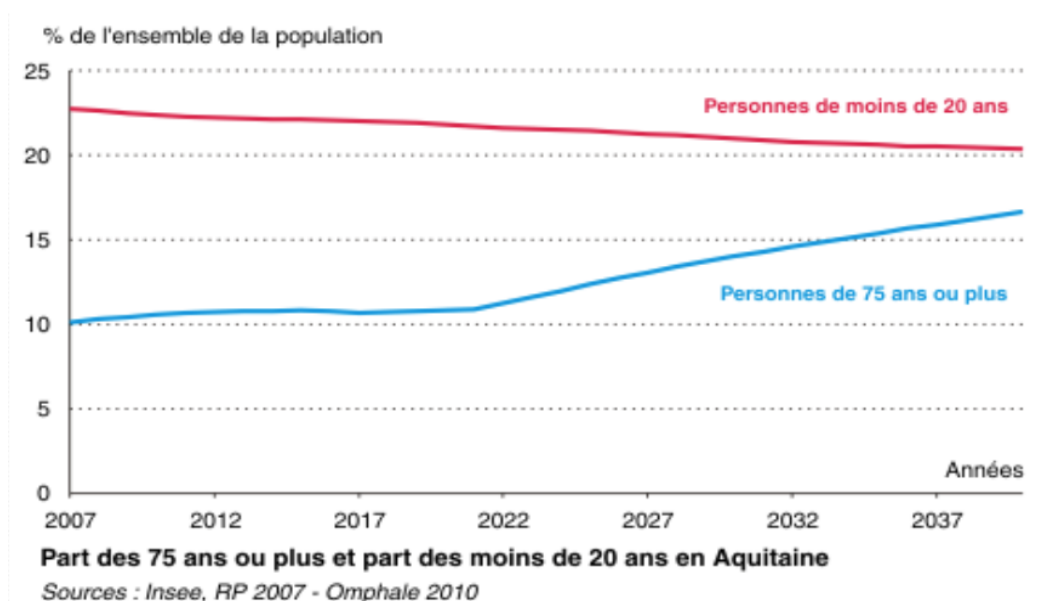
Annexe 3 : Evolution de l'espérance de vie entre 2005 et 2050



Annexe 4 : Pyramides des âges



Annexe 5 : Part des 75 ans et plus et part des moins de 20 ans en Aquitaine



Annexe 6 : Grille AGGIR

Grille AGGIR

GIR 1	Comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	Concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	Réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
GIR 4	Intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
GIR 5	Comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Annexe 7 : Echelle ADL

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 8 : Echelle iADL

Merci d'entourer le chiffre correspondant à la situation actuelle de votre état de santé.

- **Capacités à utiliser le téléphone :**
 - 1. j'utilise le téléphone et compose les numéros seul ;
 - 0. je ne me sers pas du téléphone ;
- **Faire les courses :**
 - 1. je fais les courses seul ;
 - 0. je suis toujours accompagné ou ne fais pas mes courses ;
- **Préparation des repas :**
 - 1. je prévois, prépare et sers les repas ;
 - 0. j'ai besoin qu'on me prépare et me serve mes repas ;
- **Entretien de la maison :**
 - 1. j'entretiens seul la maison ou avec une aide occasionnelle (gros travaux) ;
 - 0. je ne participe pas à l'entretien de la maison ;
- **Lessive :**
 - 1. je fais toute ma lessive personnelle ;
 - 0. toute la lessive doit être faite par d'autres ;
- **Moyens de transport :**
 - 1. je voyage de façon indépendante par transport public, véhicule particulier ou organise mes déplacements en taxi ;
 - 0. je ne me déplace pas du tout ;
- **Responsabilité pour la prise des médicaments :**
 - 1. je prépare et prends mes médicaments seul au dosage et à l'heure correcte ;
 - 0. je ne prends pas mes médicaments seul ;
- **Capacités à gérer son budget :**
 - 1. je gère mes finances (budget, chèques, factures, loyer, opération de banque) ;
 - 0. je suis incapable de manipuler l'argent.

TOTAL :



Enquête personnes âgées hospitalisées en Bretagne 2002

FICHE INDIVIDUELLE Annexe

Échelon local

IDENTIFICATION

Nom

Prénom

Étude

Numéro

Définis par le système informatique

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

ÉTATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

- 01 Insuffisance cardiaque
- 02 Coronaropathie
- 03 Hypertension artérielle
- 04 Troubles du rythme
- 05 Phlébites
- 06 Embolie et thrombose artérielle, amputation
- 07 Artériopathies chroniques
- 08 Hypotension orthostatique

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

- 09 Malaises, vertiges, P d C, chutes
- 10 Accidents vasculaires cérébraux
- 11 Comitialité focale et généralisée
- 12 Syndrome parkinsonien
- 13 Syndrome confusionnel aigu

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 14 Troubles chroniques du comportement
- 15 Etats dépressifs
- 16 Etats anxieux
- 17 Psychose, délires, hallucinations
- 18 Syndrome démentiel

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

- 19 Broncho-pleuro-pneumopathies
- 20 Insuffisance respiratoire
- 21 Embolies pulmonaires

T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
24	Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections dermatologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escarres								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26	Autres lésions cutanées							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Affections ostéo-articulaires		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections gastro-entérologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Dénutrition	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections endocriniennes		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		
37	Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38	Troubles de l'hydratation	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Affections uro-néphrologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres domaines		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42	Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Etat grabataire					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48	Etat terminal									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
49	Autres pathologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En clair												
50	Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>

Annexe 10 : Cotation du PATHOS

T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
T2	Équilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
M1	Etat terminal soins psychothérapiques et/ou techniques lourds
M2	Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

Annexe 11 : Nombre moyen d'aidants potentiels

Figure 5 - Nombre moyen d'aidants potentiels (2000-2040)

Année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble
2000	3,0	2,6	2,8	2,7	1,9	2,2
2020	2,7	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2
2040	2,3	2,3	2,3	2,3	2,0	2,0

Sources : Insee, *Destinie (scénario central)* et enquêtes HID 1998-2001.

Annexe 12 : Répartition par GIR en France en 2010

	Domicile		Établissement*		Ensemble	
	Nombre en milliers	En %	Nombre en milliers	En %	Nombre en milliers	En %
GIR 1	18	2,4	93	19,5	111	9,3
GIR 2	126	17,5	194	40,5	320	26,7
GIR 3	157	21,8	82	17,1	239	19,9
GIR 4	420	58,3	109	22,9	529	44,1
Ensemble	721	100,0	478	100,0	1 199	100,0

* La répartition par GIR des personnes hébergées en établissement est estimée. Cette estimation est fondée sur la structure observée dans les établissements ne pratiquant pas la dotation globale et complétée par celle des établissements sous dotation globale observée en 2010 via l'enquête annuelle auprès des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Champ • Métropole et DOM, extrapolation à partir de 86 départements répondants.

Sources • DREES, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux.

Annexe 13 : Montant moyen des aides sociales en fonction du GIR

A - Montant mensuel à domicile

	Montant moyen du plan d'aide	Montant moyen en % du barème national	Montant payé par les conseils généraux	Participation financière à la charge de la personne âgée	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)	Participation financière des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur
GIR 1	997	79 %	810	187	75	249
GIR 2	783	72 %	620	163	79	207
GIR 3	578	71 %	462	116	78	148
GIR 4	346	64 %	279	67	80	83
Ensemble	489	67 %	392	97	77	123

B - Montant mensuel en établissement d'hébergement pour personnes âgées*

	Montant moyen du tarif dépendance	Montant payé par les conseils généraux	Participation financière à la charge de la personne âgée**
GIR 1 et 2	607	430	177
GIR 3 et 4	382	217	165
Ensemble	517	345	172

* La partie établissement ne concerne que les établissements hébergeant des personnes âgées qui ne sont pas sous dotation globale.

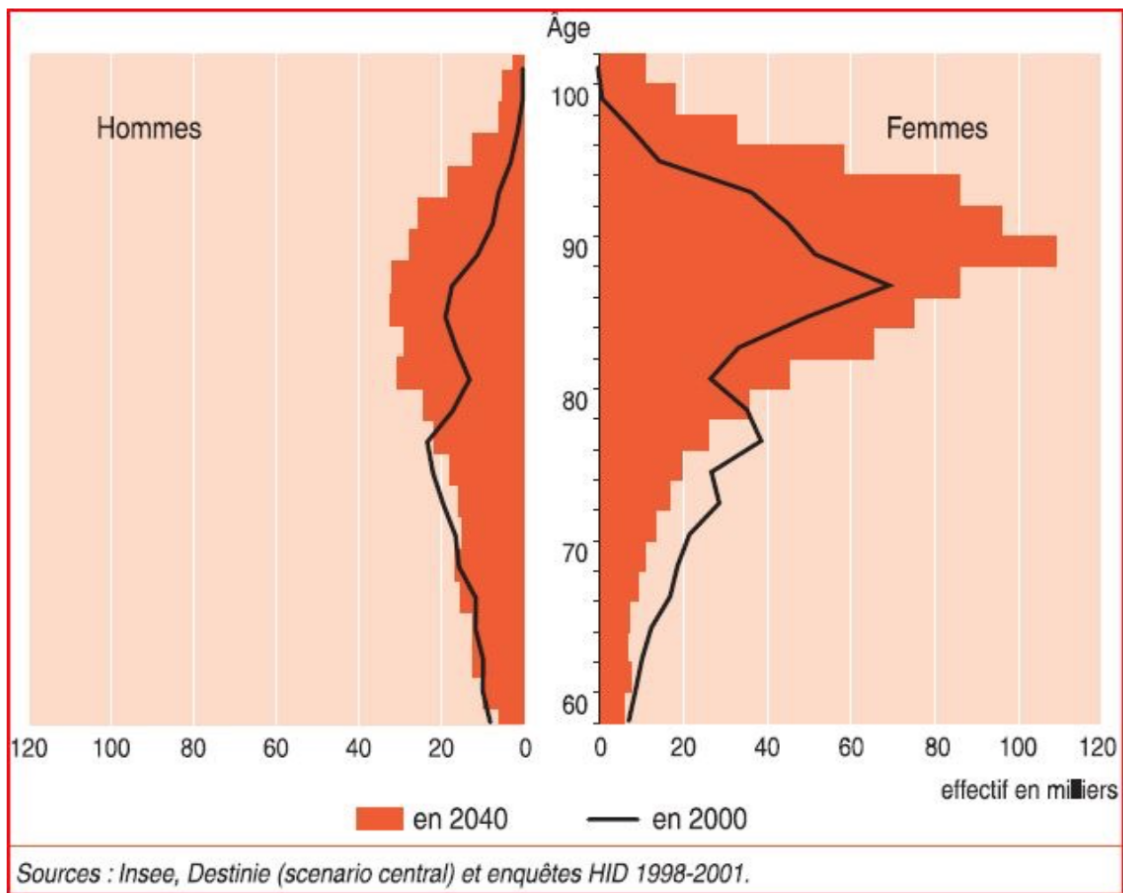
** Y compris tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6.

Champ • Extrapolation France entière à partir des départements répondants.

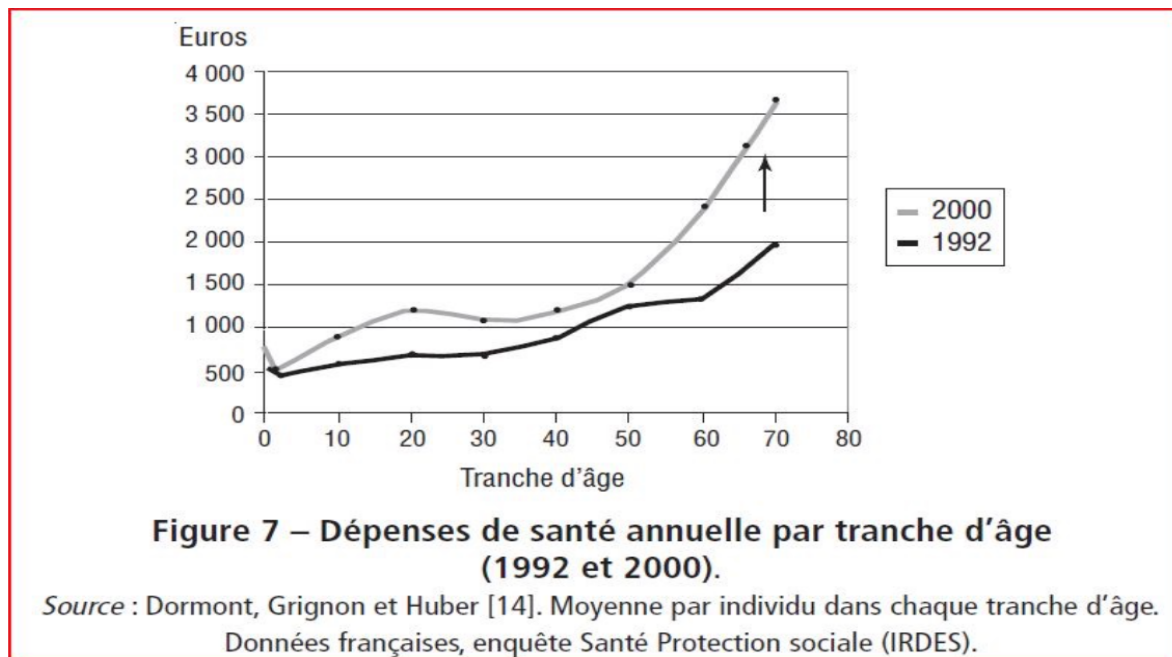
Sources • DREES, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux.

Annexe 14 : Evolution par âge et par sexe des personnes dépendantes en 2000 et 2040

Répartition par âge et par sexe des personnes dépendantes en 2000 et 2040

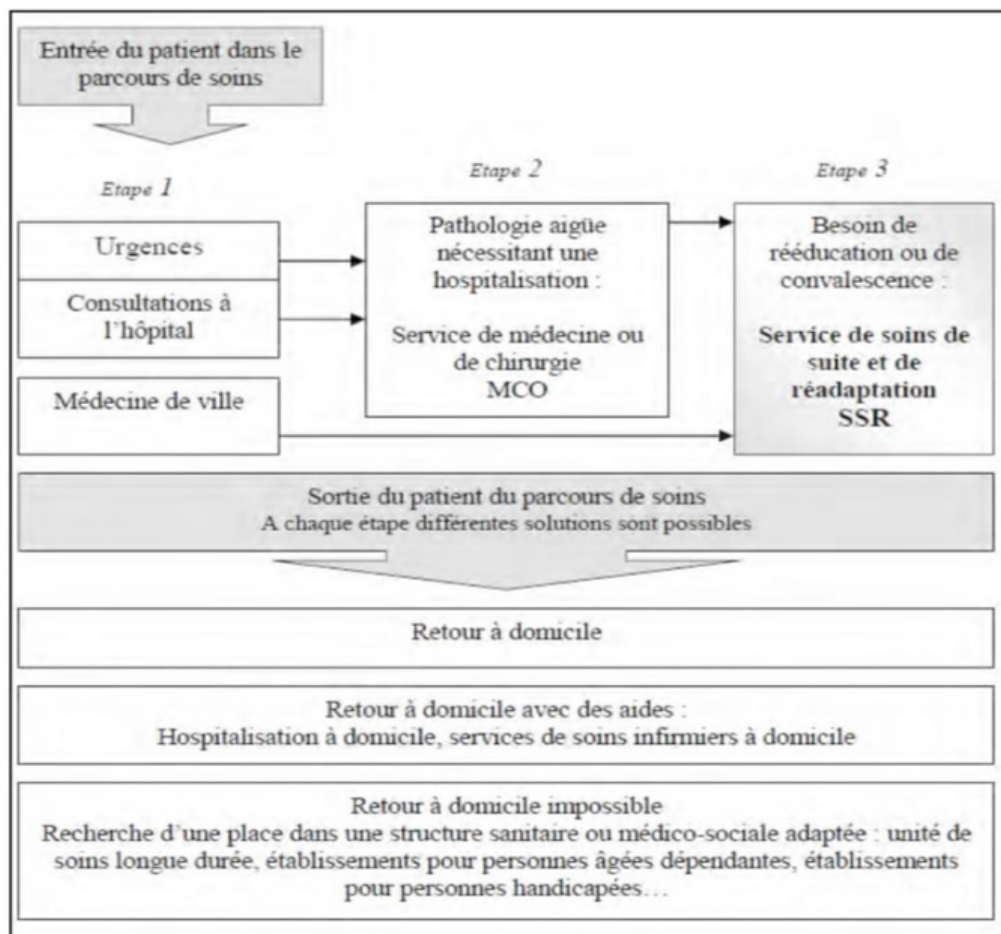


Annexe 15 : dépenses de santé annuelle par tranche d'âge



Annexe 16 : Place du SSR dans le parcours de soins

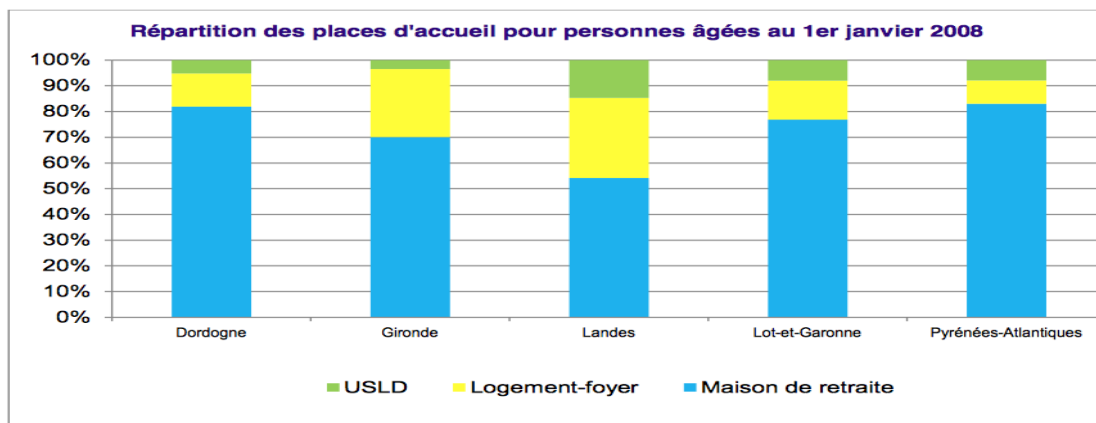
La place des SSR dans le parcours de soins des patients



Commentaire : Le schéma propose ici une version simplifiée du parcours de soins du patient. Des allers retours entre les différents services et établissements sont toujours possibles notamment en cas de dégradation de son état général.

Source : Cour des comptes

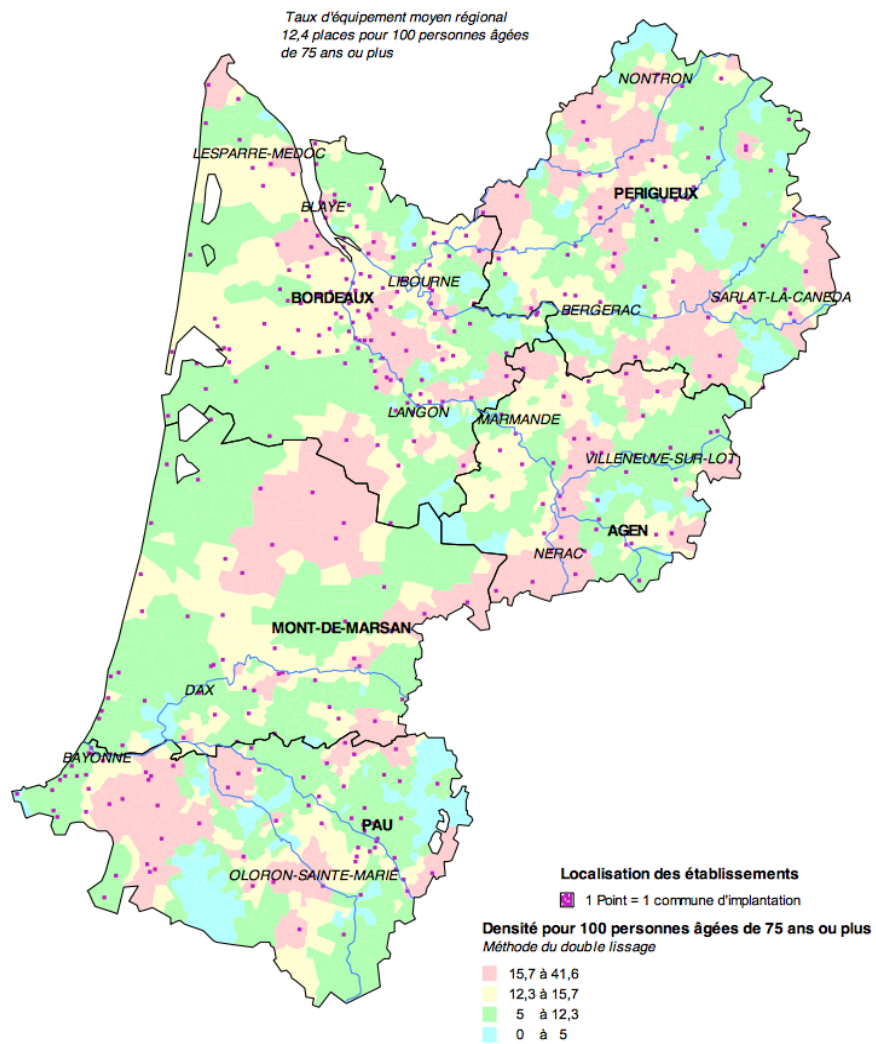
Annexe 17 : Répartition des places d'accueil pour les personnes âgées en 2008



Sources : INSEE RP 2006 – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Annexe 18 : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées sur le département

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées Taux d'équipement par commune



Source : FINISS - avril 2010
INSEE - Recensement de la population 2006
Cartographie : ARS Aquitaine - Service Etudes et Statistiques

Annexe 19 : Taux de couverture EHPA 2007 pour les USLD

Taux de couverture EHPA 2007 pour les USLD

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Nombre de places	349	552	656	355	624	2 536
Population décrite par EHPA	320	388	622	170	543	2 043
Taux de couverture de EHPA	92%	70%	95%	48%	87%	81%

Sources : EHPA 2007, Statiss 2008 – Exploitation : CREAH I d'Aquitaine

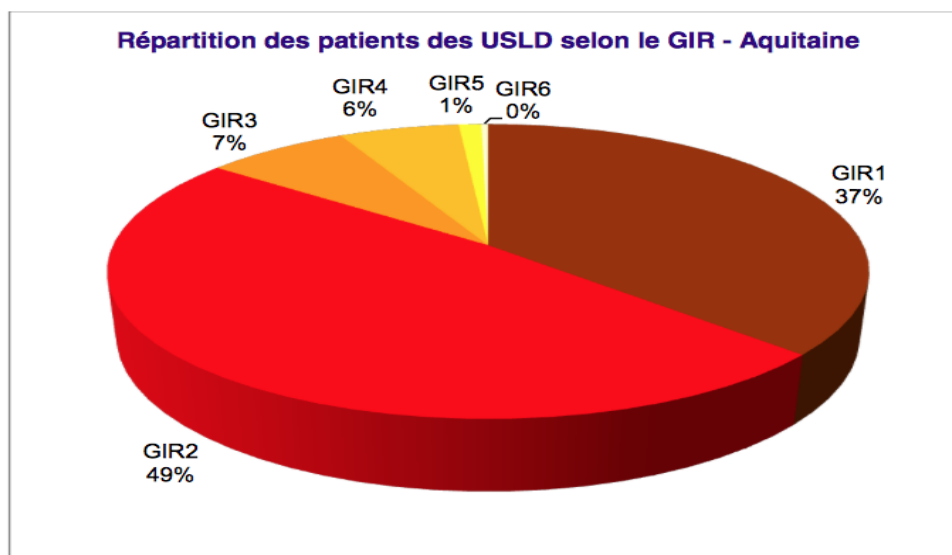
Annexe 20 : Age moyen des patients des USLD

Éléments sur l'âge des patients des USLD

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Age moyen	78,3	81,8	84,0	84,0	84,1	82,8
Moins de 60 ans	9%	2%	2%	3%	1%	3%
90 ans et plus	17%	22%	27%	26%	27%	24%

Sources : EHPA 2007 – Exploitation : CREAH I d'Aquitaine

Annexe 21 : Répartition des patients en USLD selon le GIR



Sources : EHPA 2007 – Exploitation : CREAH I d'Aquitaine

ABREVIATIONS

AAPAM : Association pour Aider Prévenir Accompagner en Médoc

ADL : Activity of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAP : Accompagnement soins et services à la personne

AVQ : Acitivité de la Vie Quotidienne

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

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

GIR : Groupe Iso Ressource : groupe constituant la grille AGGIR pour évaluer la dépendance

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

EMGP : Equipe Mobile Géronto-Psychiatrique

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

IADL : Instrumental Activities of Daily Linving scale

IIDRIS : Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

NPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HID : Handicap, Incapacité, Dépendance

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MND : Maladie Neuro-Dégénérative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de Soins Adaptés

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RHS : Résumé Homogène de Séjour

RPA : Résidence pour Personnes Agées

SSR: Soins de Suite et Réadaptation

SEP: Sclérose en Plaque

SAAD: Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile

SAM : Santé Autonomie Médoc

SNGC : Syndicat National de Gériatrie Clinique

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHR : Unité d'hébergement Renforcé

USLD : unité de soins de longue durée

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Insee « tableau de l'économie française édition 2015»
«15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ?», Insee Première n°1319, octobre 2010.
- (2) Evolution et structure de la population. « Population par groupe d'âge ». Institut national de la statistique et des études économiques. 1er Janvier 2010. <http://www.insee.fr>
- (3) ARS. Signature du contrat local de santé du Médoc. 4 novembre 2013. P3-P4
- (4) AGGIR Autonomie Gérontologie Groupe Iso ressources : Decret n°2008-821 du aout du CASF (code de l'action sociale et des familles)
- (5) KATZ S, DOWN TD, CASH HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20–30.
- (6) LAWTON, E.M. Brody Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living *Gerontologist* 1969;9:179-186
- (7) CNAMTS et SNGC. DUCOUDRAY J-M, LEROUX R, PREVOST P, VETEL J-M, VUILLEMIN C, *Le modèle PATHOS*, Janvier 2007.
- (8) PREVOST P., VUILLEMIN C., FENDER P. Etude PATHOS sur l'échantillon ERNEST 2001, CNAMTS et DSM, *Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*,. 27 février 2003
- (9) COLIN Christelle, KERJOSSE Jocelyne. Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, juillet 2001, 310p.
- (10) BONTOUT O. "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" *Études et résultats* - 2002;N° 160.
- (11) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 décembre 2011. Principaux résultats de l'enquête trimestrielle réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, DREES, 3p.

- (12) WEBER A. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. Etudes et résultats. 2005;388.
- (13) DUEE Michel, REBILLARD Cyril. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Données sociales. La société française*, 2006, p.613-619.
- (14) ALLONIER Caroline, GUILLAUME Stéphanie, SERMET Catherine. De quoi souffre-t-on? État des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Bulletin d'information en économie de la santé*, Juin 2007, n° 123, 6p.
- (15) Vieillesse et dépenses de santé : accélération de la croissance contenue ou explosive ? FFSA, Direction Etudes Statistiques et Systèmes d'Information, Département Modélisation et Prospective, juillet 2005, 6p.
- (16) GRIGNON Michel. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *Bulletin d'information en économie de la santé*, mars 2003, n° 66, 6p.
- (17) Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Point de conjoncture n° 15, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, juillet 2003, 28p.
- (18) Observatoire régional de la Santé d'Aquitaine, « pays Médoc, éléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre de contrat local de santé des personnes âgées » mars 2014
- (19) Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan Solidarité Grand Age. 27 juin 2006, 39p.
- (20) JEANDEL C, PFITZENMEIR P, VIGOUROUX P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Avril 2006, 14p.
- (21) TOURMENTE David. *Les unités de soins de longue durée : gros plan sur une réforme*, Revue « Droit, Déontologie & Soins » n° 3, volume 7, septembre 2007
- (22) Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 : relative à la filière de soins gériatriques.

(23) Code de la santé publique, article R6123-118 Avril, 2008.

(24) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, préparation de la sortie du patient hospitalisé, (novembre 2001)

(25) AZEMA J. Une nouvelle définition pour les longs séjours. Mensuel de Maisons de Retraite, 2005, 85, pp 4-5

(26) Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46

(27) Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

(28) PETER B. La prise en charge en institution. In : Précis de gériatrie /éd. par G. CUNY - Paris : Ellipses, 1995.- 288 p.

(29) Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée, sante.gouv.fr

(30) BELMIN J., CHASSAGNE P., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P. *Gérontologie pour le praticien*. Paris : Masson, 2003.- 642 p.

(31) Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

(32) ARS Aquitaine. Signature du contrat local de santé du Médoc. 4 novembre 2013.P6-P7.

(33) CNSA. Parcours de vie MAIA, février 1015.

(34) LEPAULT P, GROS G, ARS Aquitaine. Etat des lieux de l'HAD en Aquitaine.28 Mai 2015.

- (35) Observatoire Régionale de la santé Aquitaine. « Professionnels de santé et offre médicosociale ». Pays Médoc. Eléments de cadrages complémentaires réalisés dans le cadre du contrat local de santé. Mars 2014.
- (36) Plateforme de développement sanitaire et social. Volet sanitaire. <http://www.pays-medoc.com>
- (37) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : offre, public accueilli et professionnels, ARS Aquitaine – CREAHI d'Aquitaine , selon les données de l'enquête EHPA (établissement d'hébergement pour personnes âgées) 2007
- (38) HOLSTEIN J, O D, TARIGHT N, LEROUX V. Analyse des données PMSI en SSR- Présentation de OAP SSR. *Gestions hospitalières*. 2002;418:527-33. 76
- (39) SAINT JEAN S. PMSI en SSR. *Revue de Gériatrie*. 1998;23:281-6.
- (40) KEITH RA, GRANGER CV, HAMILTON BB, SHERWIN FS. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil* 1987;1:6–18.
- (41) Syndicat National de Gériatrie Clinique. AGGIR. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes isoressources. *Revue de Geriatrie* 1994;19:249–59.
- (42) Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France. Principales évolutions sociodémographiques. Etat de santé et pathologie. Aides et soins aux personnes âgées. “Les études du réseau des ORS”.
- (43) CHAHED S, DEMIR E, CHASSAULET TJ, MILLARD PH, TOFFA S. Measuring and modelling occupancy time in NHS continuing healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):155.
- (44) MAGUIR PA, TAYLOR IC, STOUT RW. Elderly patients in acute medical wards: factors predicting length of stay in hospital. *Br Med J Clin Res Ed*. 1986;292(6530):1251.
- (45) UNRUHN MA, TRIVEDI AN, GRABOWSKI DC, MOR V. Does Reducing Length of Stay Increase Rehospitalization of Medicare Fee-for-Service Beneficiaries Discharged to Skilled Nursing

Facilities? J Am Geriatr Soc. 2013 Sep;61(9):1443–8.

(46) DENT E, PEREZ-ZEPEDA M. Comparison of five indices for prediction of adverse outcomes in hospitalised Mexican older adults : A cohort study. Arch Gerontol Geriatr. 2014 Sep 28;S0167-4943(14).

(47) ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES

(48) GIREIRD X, MURINO M. Etudes FLASHS : un tableau de bord de l'épidémiologie de l'HTA en France. Le Cardiologue 2007;306:6-9.

(49) RICCI P, BLOTIERE PO, WEILL A, SIMON D, TUPPIN P, RICORDEAU P, ALLEMAND H. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009 ? Bull Epidemiol Hebd 2010; 42-43:425-31.

(50) CHUGH SS, BLACKSHEARD JL, SHEN WK, HAMMILL SC, GERSH BJ. Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: clinical implications. J Am Coll Cardiol 2001; 37(2):371-8.

(51) DE PERETTI C, GRIMAUD O, TUPPIN P, CHIN F, WOIMANT F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire 2012;1:1-12.

(52) HAS. Maladie de Parkinson. Guide du parcours de soins. Février 2012.

(53) FUHRER R, DUFOUIL C, DARTIGUES JF, for the PAQUID Study. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID study. J Am Geriatr Soc 2003;51:1055-63.

(54) LOO H, GALLARDA T. Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris: John Libbey

Eurotext;2000.

(55) RAMAROSON H, HELMER C, BARBERGER-GATEAU P, LETENNEUR L, DARTIGUES JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid. *Rev Neurol* 2003; 159(4):405-11.

(56) INVS.fr, dossiers thématiques : chutes, octobre 2008

(57) DAVID J., PASQUIERS-NAGA F., DI MENZA C. « Les patients actuellement hospitalisés en SLD relèvent-ils du secteur sanitaire ? », *La Revue de Gériatrie*, 2002.

(58) circulaire n° DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008, l'offre de soins palliatifs