



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*La prise en charge du patient âgé chuteur en hôpital de jour gériatrique en France*

**Présentée et soutenue publiquement le 3 septembre 2013 à 16h au pôle formation de  
la Faculté de Médecine Henri Warembourg à Lille  
Par Pierre ROBINET**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur André THEVENON**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur François PUISIEUX  
Madame le Professeur Hélène BULCKAEN  
Madame le Docteur Vinciane PARDESSUS**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

## Table des matières

I.	Introduction.....	7
II.	Objectifs et méthodes .....	10
II.1.1	Objectifs :.....	10
II.1.2	Population : .....	10
II.1.3	Questionnaire :.....	11
II.1.4	Recueil des données :.....	11
II.1.5	Analyse statistique : .....	11
III.	Résultats .....	13
III.1.1	Hôpitaux de jour : activité MCO ou SSR ? .....	13
III.1.2	Activité hôpital de jour - MCO.....	13
III.1.3	Activité hôpital de jour - SSR. ....	18
IV.	Discussion .....	22
V.	Conclusion .....	28
VI.	Références.....	30
VII.	Annexes .....	36

# **La prise en charge du patient âgé chuteur en hôpital de jour gériatrique en France.**

## **I. Introduction**

En 2012, la France comptait 65 350 000 habitants, parmi lesquels 17.3% ont plus de 65 ans (1). En 2060, les personnes âgées de plus de 60 ans passeront de 21% de la population totale à presque un tiers (2). Quant aux personnes de plus de 75 ans qui constituaient 8,9% de la population en 2007, elles représenteront 16,2% de la population totale. Les 85 ans et plus seront eux quatre fois plus nombreux qu'aujourd'hui. Le vieillissement de la population implique une mutation en profondeur de la demande de soins. L'isolement, la iatrogénie, les maladies cardiovasculaires, les troubles neuro-cognitifs ou encore les chutes et leurs conséquences viennent grever le "bien être bio-psycho-social" de ces personnes qui vieillissent.

La chute du sujet âgé est un problème majeur de santé publique. Elle est un syndrome gériatrique. La chute engendre une morbi-mortalité élevée au niveau individuel et des coûts importants au niveau national. Elle représente 80% des causes de décès par accident de la vie courante (3). Un sujet âgé de plus de 65 ans sur trois chute au cours d'une année (4), un sur deux pour les plus de 80 ans (5). 5% d'entre eux présenteront une fracture osseuse suite à leur chute (2,5). La mortalité liée aux chutes s'élève environ à 10000 morts par an. Le risque de décès suite à une chute est lui multiplié par quatre (6). Si la station au sol est d'une durée supérieure à 3h, le risque s'élève alors à 40%.

La chute dans cette population amène un grand nombre de complications: traumatismes, fractures, hématomes sous duraux, durée de station au sol prolongée, régression psychomotrice... Celles-ci sont responsables d'un temps d'hospitalisation prolongé, d'un risque iatrogène majoré, de séquelles physiques ou encore d'un déconditionnement aux activités de la vie quotidienne. L'ensemble de ces facteurs favorise dépendance et institutionnalisation. La chute représente un facteur majeur de la fragilité chez la personne âgée.

La problématique de la chute du sujet concerne fortement les responsables des politiques de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations visant à reconnaître et prendre en charge les patients à risque de chute (7), comme l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) l'avait fait trois ans plus tôt (8). De nombreuses études ont démontré l'importance d'une intervention multidisciplinaire chez le sujet à haut risque afin de réduire le risque de chute (9, 10, 11,12) tout en soulignant certains facteurs limitant son efficacité (12,13).

Les hôpitaux disposent de filières gériatriques à même de réaliser l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes. Les hôpitaux de jour gériatriques peuvent jouer un rôle clé dans la prévention de la chute de la personne âgée. Constitués d'une part d'hôpitaux de jour médecine chirurgie obstétrique (MCO) et d'autre part d'hôpitaux de jour de soins de suite et réadaptation (SSR), ils ont un rôle diagnostique, thérapeutique, psychothérapeutique, de rééducation-réadaptation et de maintien à domicile. Si certaines études ont pu mettre en doute leur légitimité (14,15), d'autres ont prouvé leur intérêt dans la réduction des facteurs de risque de chute (16, 17,18) ainsi que des épisodes de chutes répétées (19), même si leur efficacité vis-à-vis d'une prise en charge conventionnelle est difficile à démontrer (19). La prise en charge en hôpital de jour favorise le contact avec le patient et potentialise l'adhérence de

celui-ci à sa prise en charge. L'éducation du patient chuteur ainsi que son observance sont en effet des facteurs déterminants du risque de récurrence de chute (20).

La prise en charge de la chute du sujet âgé se prête particulièrement à une évaluation multidisciplinaire en hôpital de jour au moyen de tests standardisés (21).

L'Association pour la Promotion des Hôpitaux de jour pour Personnes Agées (APHJPA) a recensé environ 190 hôpitaux de jours gériatriques en France, qu'ils soient MCO, SSR ou psychogériatriques. Elle a de plus établi un état des lieux général des hôpitaux de jour MCO et SSR. (32, 44) De par la population qu'ils concernent, leur localisation, leur rattachement ou non à un centre hospitalier ou encore leur budget alloué, ces hôpitaux ont tous une activité qui leur est propre. Mais dans un cadre national, aucune étude statistique n'a à ce jour évalué ce que représente aujourd'hui la prise en charge du sujet âgé chuteur en hôpital de jour gériatrique en France. Nous avons donc décidé d'étudier les moyens mis en œuvre au sein des hôpitaux de jour français pour la prise en charge de la personne âgée ayant chuté.

## **II. Objectifs et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur l'activité de chute des hôpitaux de jour gériatriques en janvier 2012.

### **II.1.1 Objectifs :**

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux de la prise en charge des patients âgés chuteurs en hôpital de jour gériatrique au sein des différents hôpitaux de jour français.

Nous avons pour cela dissocié les activités Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et Soins de Suite et Réadaptation (SSR). L'étude s'est intéressée à la place de la chute dans l'activité totale des services, aux différentes personnes réalisant les demandes d'hospitalisation de jour, aux professionnels intervenant de façon systématique ou occasionnelle dans la prise en charge du patient ainsi qu'aux examens para-cliniques réalisés. Nous avons de plus cherché évalué les différentes modalités de prise en charge, la place des dossiers patients standardisés et/ou informatisés, la mise en œuvre d'une démarche d'éducation du patient et enfin l'existence d'une consultation de contrôle systématique à distance.

### **II.1.2 Population :**

Avec l'aide de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de jour pour Personnes Agées (APHJPA), nous avons obtenu une liste des courriels des chefs de service/responsables de services d'hôpitaux de jour gériatriques recensés en France. Cette liste était dressée via une déclaration émanant des services eux-mêmes. Elle se composait initialement de 193 hôpitaux de jour. Cette liste n'étant pas été exhaustivement complétée, les données manquantes ou erronées ont été récupérées par appel téléphonique dans les secrétariats des services. Après mise à jour des différents renseignements, nous avons écarté les hôpitaux de jour n'existant plus ou

ayant fusionnés avec d'autres, les hôpitaux de jour dont l'activité était entièrement axée sur la prise en charge psychogériatrique, ainsi que ceux dont l'adresse électronique n'existait pas et pour lesquels aucun contact téléphonique n'a pu être obtenu. Nous avons ainsi pu établir une liste cohérente des hôpitaux de jour existants, se portant alors à 162.

### II.1.3 Questionnaire :

Le questionnaire a été réalisé grâce au site statistique GroupSurveys, permettant de mettre en forme un questionnaire constitué de questions à choix multiples, uniques ou à réponse ouverte. Celui-ci pouvait alors être rempli directement sur internet via un lien fourni dans les courriels envoyés. Ce questionnaire se composait de 39 items divisés en 3 sections : la première recensant les activités MCO et SSR, les deux autres respectivement dédiée à l'activité MCO dans une partie A, SSR dans une partie B.

### II.1.4 Recueil des données :

Le questionnaire a été envoyé par courriel au début du mois de janvier 2012 aux médecins responsables des services d'hôpitaux de jour avec un texte expliquant l'objectif de l'étude. Les réponses étaient automatiquement intégrées par le logiciel d'analyse GroupSurveys. Un nouveau courriel a été envoyé 4 semaines après aux responsables n'ayant pas initialement répondu. Enfin les personnes n'ayant pas répondu après cette deuxième relance ont été contactées directement par téléphone, le questionnaire étant alors directement rempli par l'investigateur. 162 questionnaires ont été envoyés, 135 réponses nous sont parvenues après ces phases de recueil, soit un taux de réponse de 82,3%, à la date du 29/05/2012.

### II.1.5 Analyse statistique :

Les résultats des questions à choix unique ou multiples ont été définis par un rapport du nombre de répondeurs par choix de réponse sur le nombre de répondeurs total. Le nombre de

réponses était variable selon les items. Chaque résultat était basé sur le nombre de répondants à un item donné.

### III. Résultats

#### III.1.1 Hôpitaux de jour : activité MCO ou SSR ?

Parmi les 162 responsables dont les noms apparaissent sur la liste de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de jour pour Personnes Agées (APHJPA), 135 ont répondu à la première partie du questionnaire. 84 (62,2%) d'entre eux déclaraient une activité hôpital de jour - MCO, et 41 (30,4%) une activité hôpital de jour - SSR. (Figure 1)

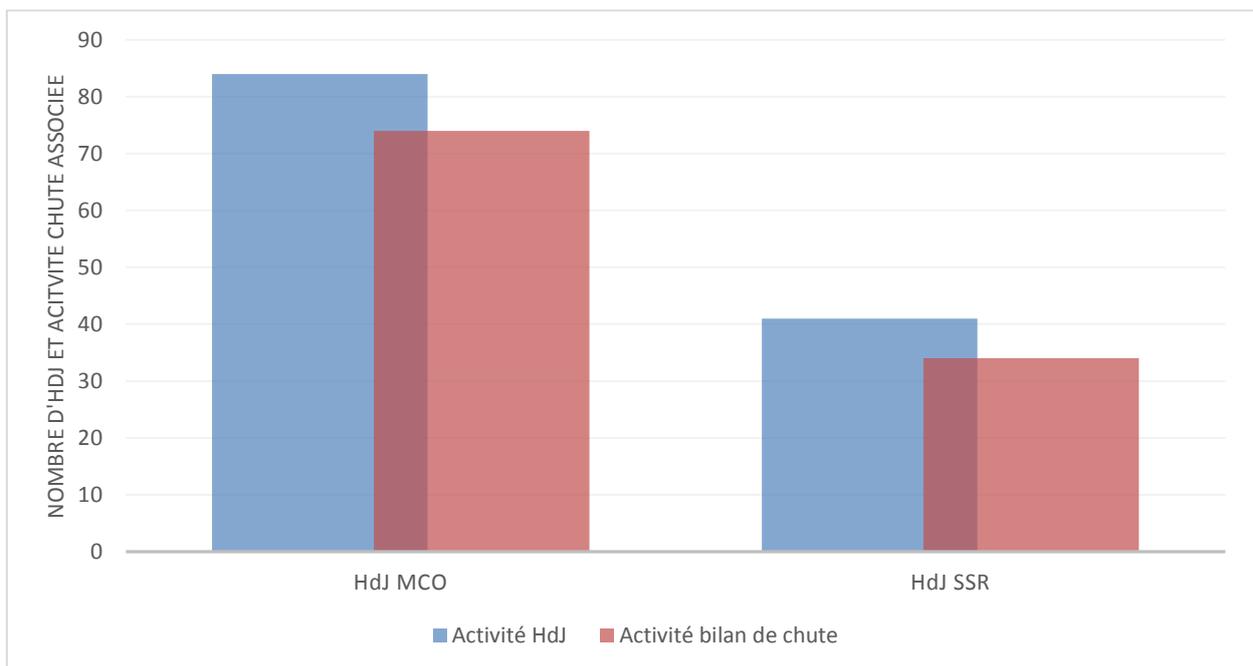


Figure 1. Nombre d' HdJ – MCO et SSR et activité de prise en charge du patient ayant chuté

#### III.1.2 Activité hôpital de jour - MCO.

Soixante-quatorze [74 (88%)] hôpitaux de jour - MCO effectuent une prise en charge du patient âgé ayant chuté (figure 1). Leur activité représente moins de 50 patients par an pour 34 services (60,8%) (Figure 2). 8 (14,3%) reçoivent plus de 150 patients annuels.

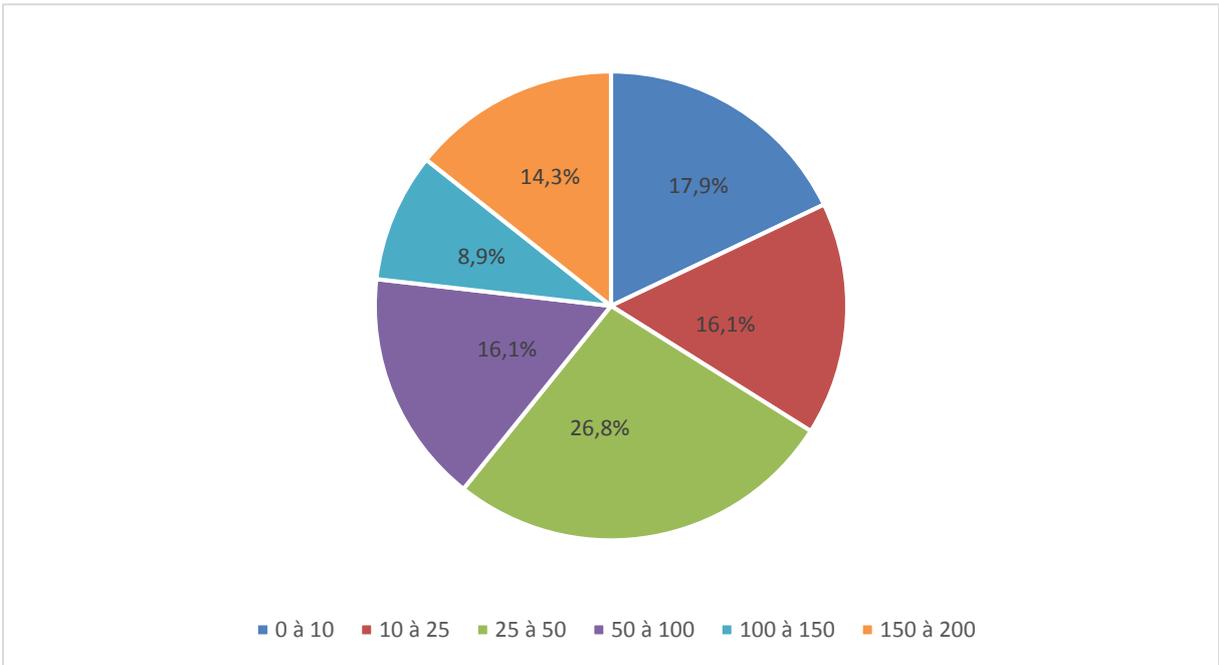


Figure 2. Nombre de patients par année en HdJ - MCO

Rapportée à l'activité totale des services d'hôpitaux de jour - MCO, l'activité chute représente moins de 20% de l'activité totale pour 45 (83,3%) d'entre eux.

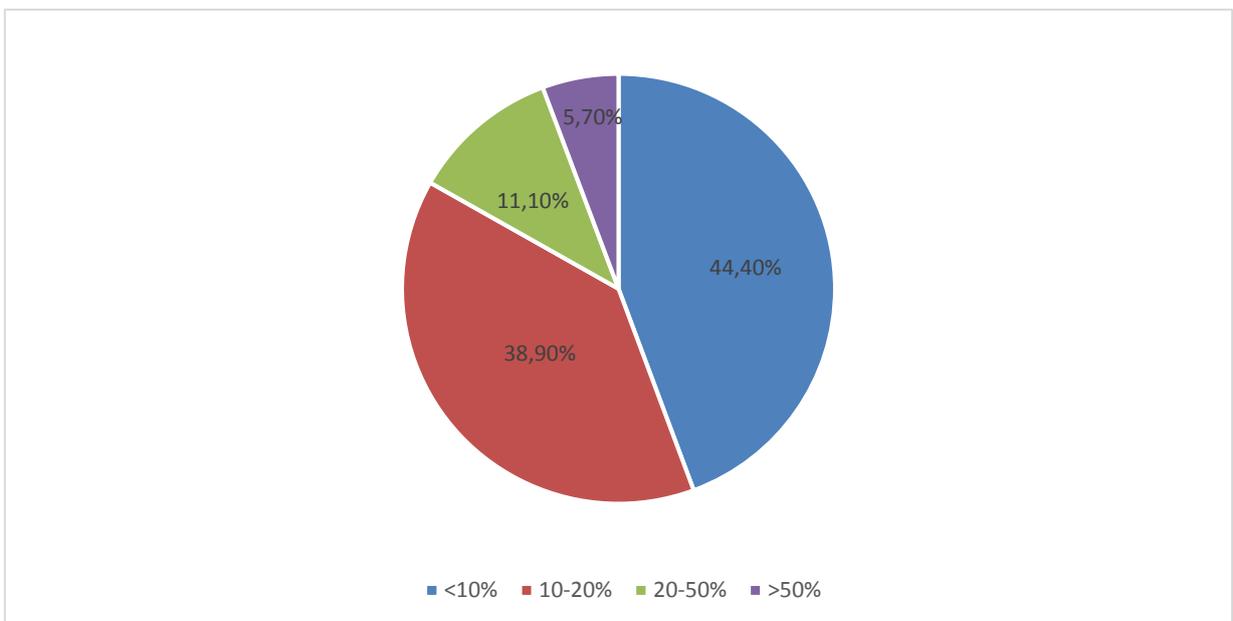


Figure 3. Activité de prise en charge de la chute par rapport à l'activité totale des services d'HdJ - MCO

D'après les services répondeurs, les patients sont majoritairement adressés par leur médecin traitant (50,7%), puis par les médecins gériatres de la filière rattachée à l'hôpital de jour (22,2%), à un moindre degré par les médecins spécialistes hospitaliers (9,5%), les membres de la famille du patient (9,5%) et enfin les médecins spécialistes libéraux (7,9%). (Figure 4)

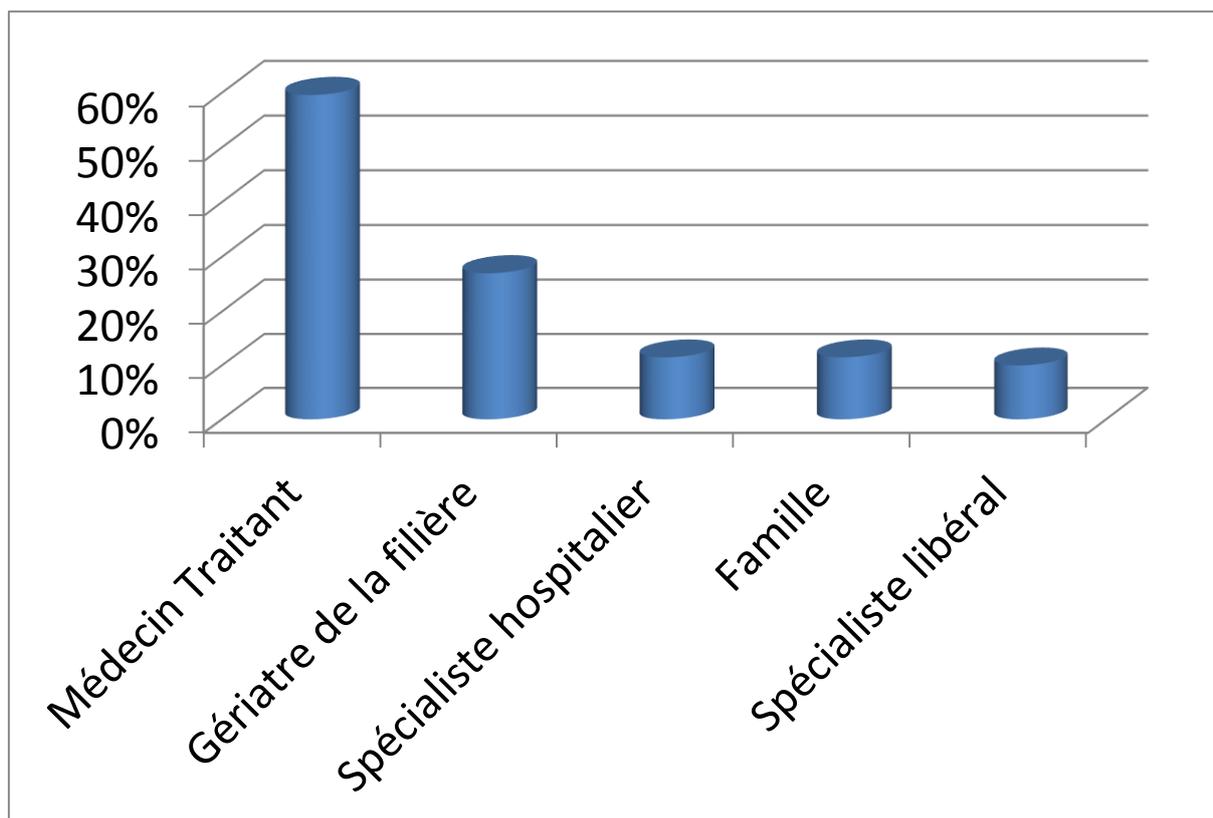


Figure 4 Orientation vers l'hôpital de jour – MCO

Vingt-et-un [21 (40,4%)] hôpitaux de jour-MCO réalisent une consultation préalable à l'hospitalisation.

Tous les services proposent une prise en charge multidisciplinaire. Parmi les professionnels intervenant à titre systématique, on retrouve tout d'abord le médecin gériatre [52 (98%)], puis l'infirmière diplômée d'état [48 (90,5%)], le kinésithérapeute [43 (81,1%)], l'aide-soignante [33

(62,3%), le neuropsychologue et l'ergothérapeute [23 (43,4%)] ou encore l'assistante sociale [15 (28%)]. (Figure 5)

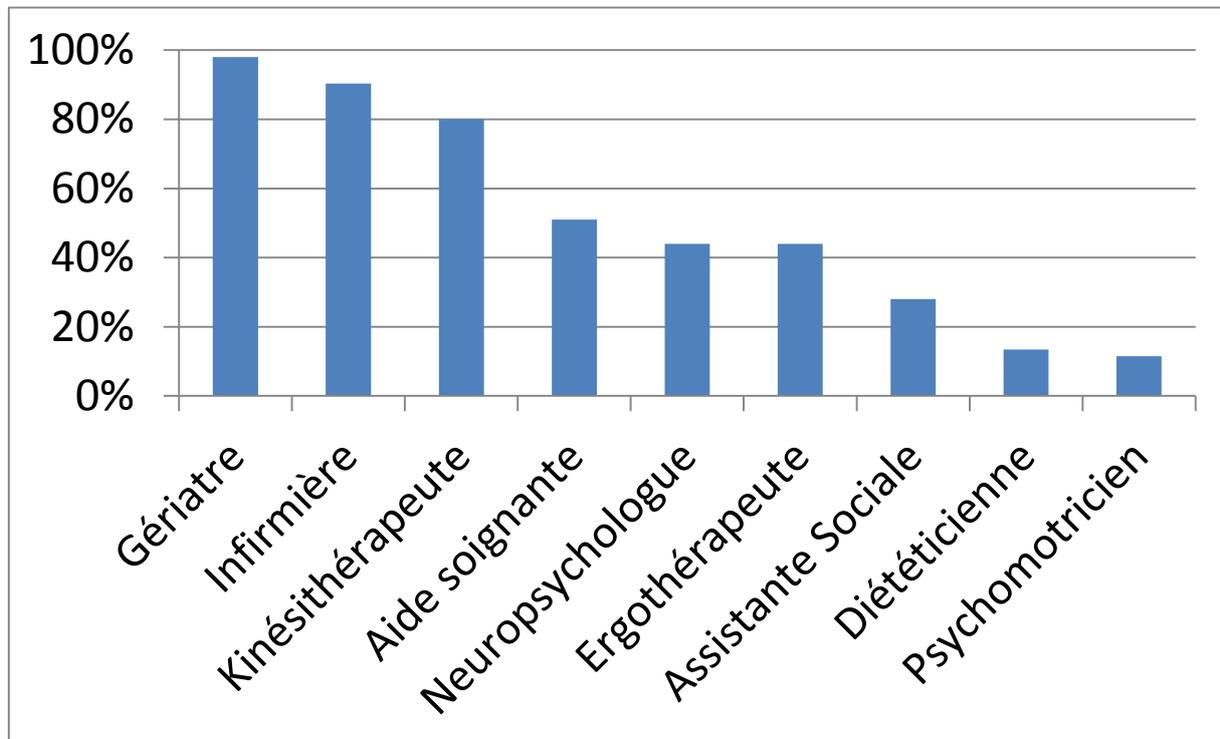


Figure 5 Disciplines médicales et para-médicales intervenant à titre systématique

Les autres professionnels, s'ils sont parfois présents de façon systématique, interviennent plus habituellement à titre occasionnel. Parmi ceux-ci, les médecins neurologues [32 (64%)], cardiologues [26 (52%)], ophtalmologues [22 (44%)], médecins de rééducation et réadaptation et rhumatologue [16 (32%)], ainsi que les professionnels non médecins, au sein desquels on retrouve la diététicienne [28 (56%)], l'assistante sociale [24 (48%)], le neuropsychologue [20 (40%)], l'ergothérapeute [16 (32%)] ou le podologue [13 (26%)].

47 (87%) des hôpitaux de jour - MCO réalisent des examens paracliniques à titre systématique. Le plus fréquemment cité est l'électrocardiogramme [45(93,75%)], suivi du bilan sanguin standard [43(89,6%)] associé ou non au dosage de la vitamine D [39(81,3%)]. Dans une

proportion moindre, certains services réalisent une radiographie standard [13 (27%)], voire une ostéodensitométrie osseuse [1(2,1%)]. (Figure 6)

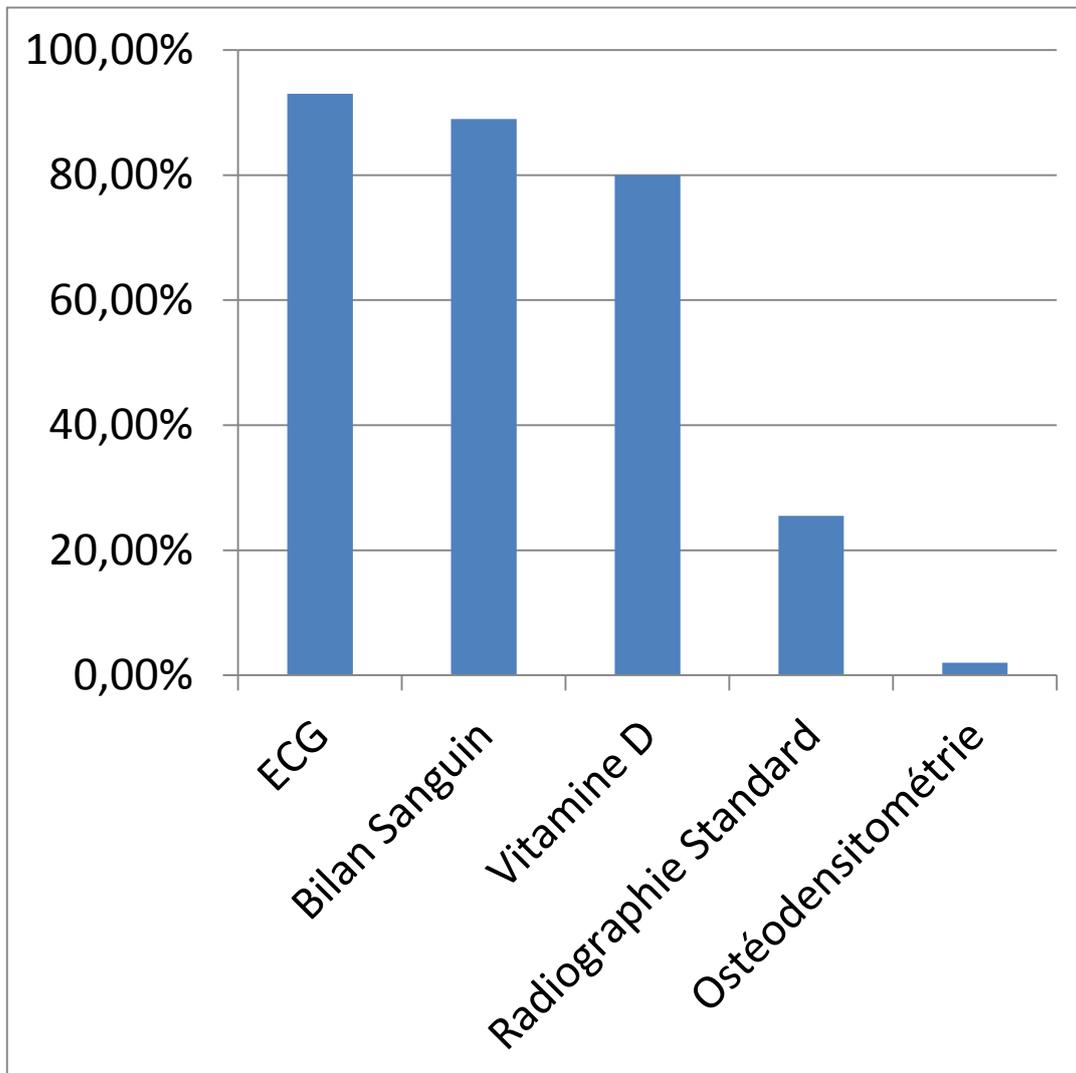


Figure 6 Examens para-cliniques réalisés de façon systématique en HdJ – MCO

17 services (31,5%) accompagnent le bilan du sujet âgé ayant chuté d'une visite au domicile par un ergothérapeute afin de repérer les facteurs environnementaux, 1 seul (2,1%) dispose d'un appartement thérapeutique. Une visite de contrôle à distance est proposée de façon systématique par 24 (44,4%) d'entre eux.

La gestion des données du patient s'effectue via un dossier standardisé dans 36 (64,3%) hôpitaux de jour - MCO. Dix-sept [17 (30,4%)] disposent d'un dossier patient informatisé.

### III.1.3 Activité hôpital de jour - SSR.

Quarante-et-un [41 (30.4%)] des 135 services réponders ont une activité d'hôpital de jour SSR, dont 34(82,9%) réalisent une prise en charge spécifique des patients âgés chuteurs (figure 1). Cette prise en charge représente moins de 50% de l'activité totale du service pour 16 (84,2%) d'entre eux, avec un nombre de patients par an inférieur à 50 pour 9 (52,9%) d'entre eux, supérieur à 100 pour 3 (17,7%) services ayant répondu. (Figure 8)

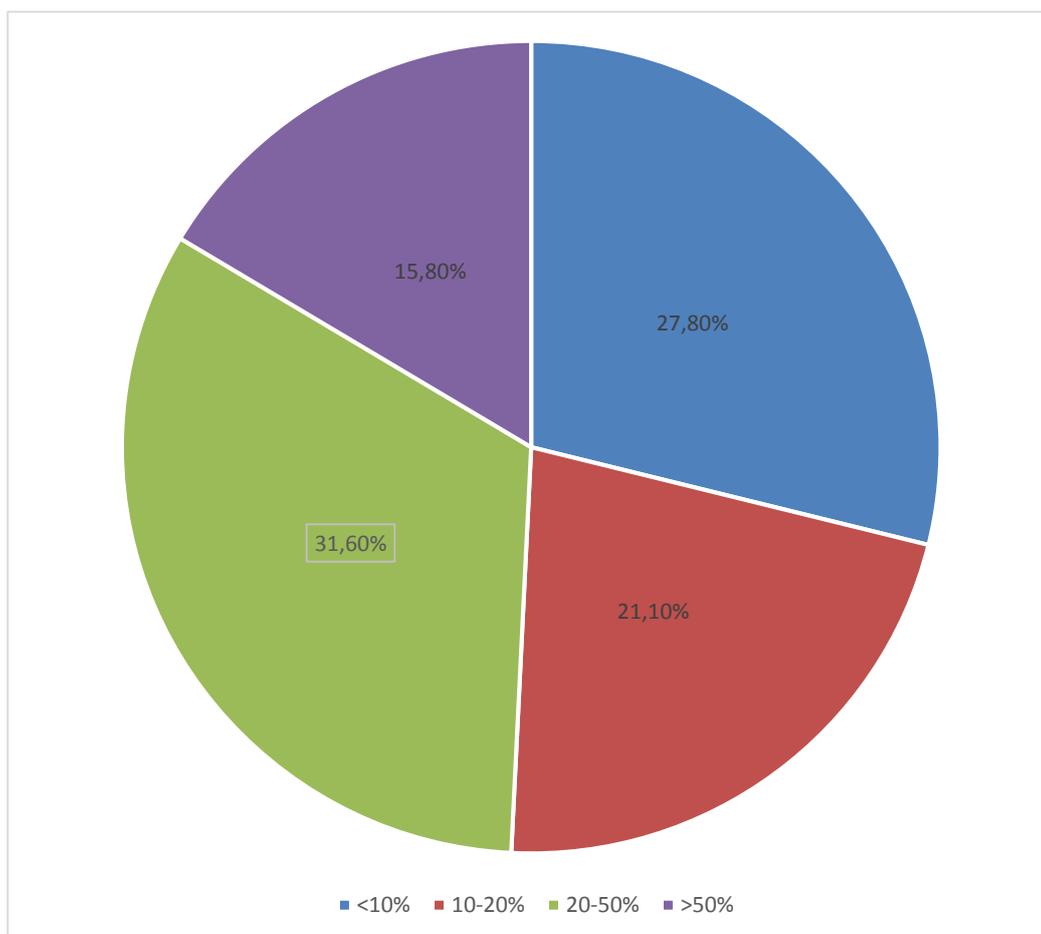


Figure 7 Activité de prise en charge de la chute par rapport à l'activité totale des services d'HdJ - SSR

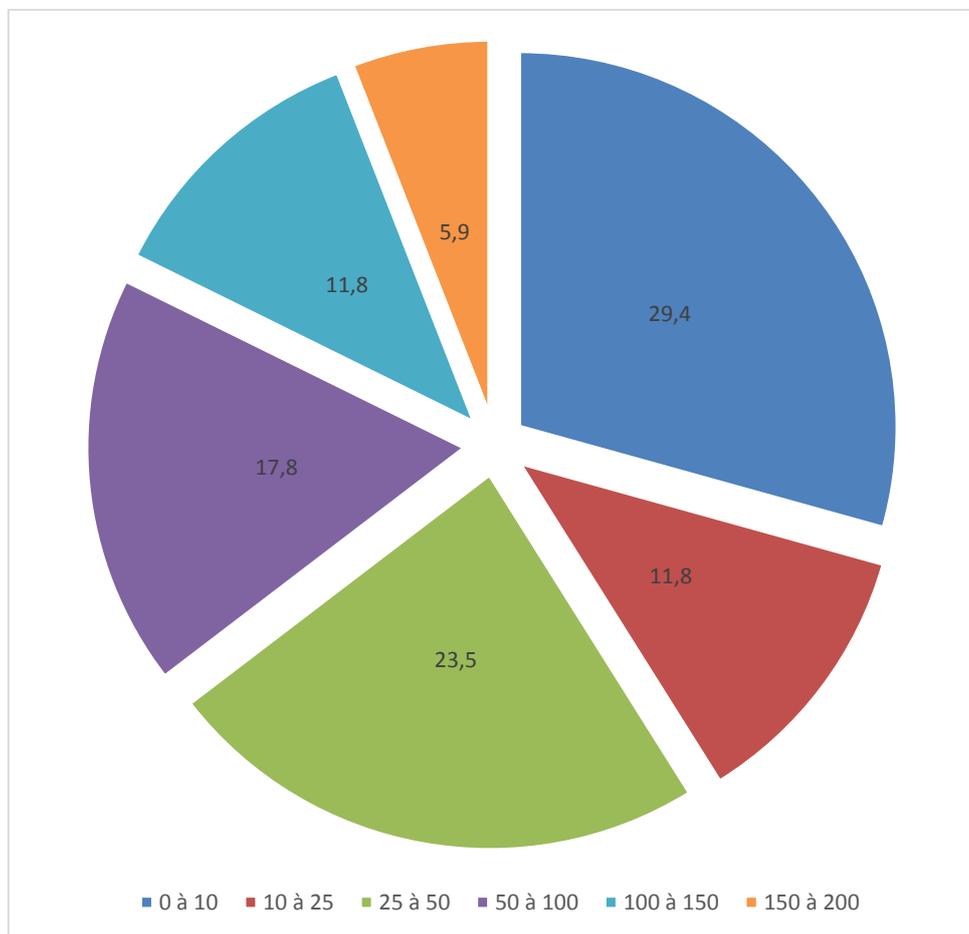


Figure 8 Nombre de patients par année en HdJ - SSR

Les patients sont adressés en premier lieu par le médecin traitant (11[55%]) suivi des médecins appartenant à la filière gériatrique (5[25%]) et des médecins spécialistes hospitaliers et libéraux (2[10%]). Cette prise en charge du patient âgé ayant chuté est précédée d'une consultation préalable dans 14 (73,7%) des hôpitaux de jour SSR. Elle est multidisciplinaire dans l'intégralité des services, faisant intervenir à titre systématique médecin gériatre (19 [10%]), infirmière (18 [94,8%]), kinésithérapeute (17[89,5%]), aide-soignante (14[73,7%]), ergothérapeute (9[47,3%]), psychomotricien (8[42%]) etc. Les professionnels les plus disponibles à titre

occasionnel sont la diététicienne (10[62,5%]), l'ergothérapeute (8[50%]), l'assistante sociale (8[50%]), les médecins spécialistes en cardiologie (7[43,5%]), ophtalmologie (7[43,5%]) et neurologie (6[37,5%]).

Dix [10 (55,6%)] des services ayant répondu réalisent des examens complémentaires à titre systématique, parmi lesquels on compte l'électrocardiogramme (13[92,9%]), un bilan sanguin standard (12[85,7%]), le dosage de la vitamine D (9[64,2%]) ou encore une radiographie standard (4[28,6%]).

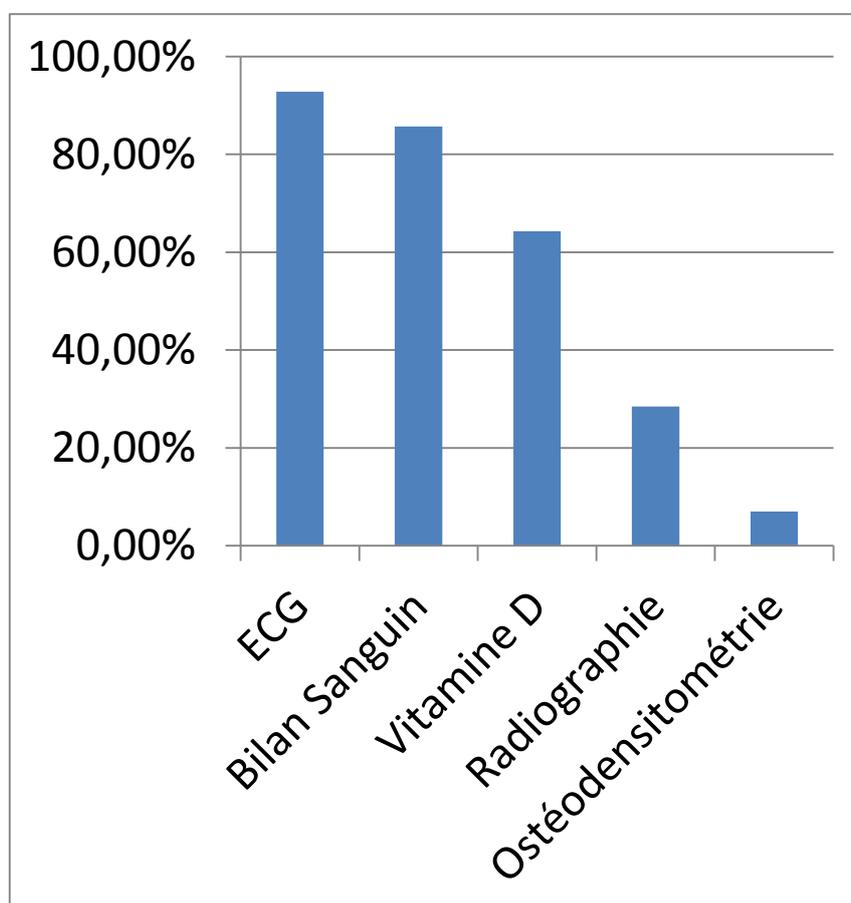


Figure 9 Examens para-cliniques réalisés de façon systématique en HdJ – SSR

Une visite au domicile précédant l'hospitalisation est proposée par 9(45,5%) services.

La prise en charge en rééducation est systématique dans tous les services et se réalise de façon mixte (individuelle et en groupe) dans 17 (85%) d'entre eux, celle-ci s'étalant presque exclusivement sur plusieurs séances [19 (95%)], à un rythme oscillant entre 1 à 2 séances hebdomadaires (17[89,5%]). Un ou des ateliers d'éducation du patient chuteur sont proposés dans 15 (75%)] services.

11 (55%) hôpitaux de jour utilisent un questionnaire d'évaluation standardisé, 6 (30%) disposent d'un dossier patient informatisé.

Enfin, 11 (55%) services programment une consultation de contrôle à distance, pour des délais variables allant de 3 (4 [36,4%]) à 6 (4 [36,4%]) ou 12 mois (2 [18%]).

#### **IV. Discussion**

L'hôpital de jour gériatrique est une entité « jeune » et en expansion (44) au sein des structures hospitalières (22), originale dans son organisation et ses missions. La mise en place d'une hospitalisation de jour répond à des critères aussi précis que nombreux (23), qu'elle se fasse en hôpital de jour MCO ou hôpital de jour SSR.

Elle peut proposer entre autre la réalisation d'une évaluation du patient âgé chuteur (rôle préférentiel de l'hôpital de jour MCO) et sa prise en charge (rôle préférentiel de l'hôpital de jour SSR). Des recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2009 définissent une approche du patient âgé chuteur, axée sur le dépistage des facteurs de risque, des signes de gravité liés aux chutes etc. Elles esquissent aussi un bilan médical et para-médical réalisant une approche globale en cas de chutes répétées (7). Elargi au grand nombre d'étiologies responsables et de ce fait étendu, il est difficilement réalisable dans son ensemble en consultation. L'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle et permet la réalisation programmée, à distance de l'épisode de chute, d'une évaluation clinique complète permettant d'orienter la prise en charge du patient âgé chuteur et de limiter le risque de récurrence des chutes (16, 24, 19, 14, 25, 26, 27,28). Le développement des services d'hôpitaux de jour relève d'une initiative de l'hôpital et implique un investissement aussi bien financier qu'humain (23). Plusieurs études s'accordent à montrer l'efficacité de la prise en charge du patient âgé chuteur en hôpital de jour sur le risque de chute ou de chutes multiples (26,29), voire sur les facteurs de risque de chute eux-mêmes (30). Les données sont moins claires en ce qui concerne la diminution du nombre de chuteurs (risque de chuter) et des chutes graves D'autres études, moins nombreuses n'ont pu conclure à un rapport coût/efficacité favorable aux hôpitaux de jour (31). De même, les données sont contradictoires quant à la diminution de la prévalence des chutes suite à une hospitalisation de jour comparée à une hospitalisation conventionnelle en court séjour ou SSR (19).

Notre étude permet de définir plus précisément les ressources mises à disposition par les hôpitaux de jour gériatriques français réalisant une activité de prise en charge du patient âgé chuteur.

Elle présente cependant quelques limites : les personnes ayant répondu au questionnaire étaient les responsables du service, les réponses contiennent donc une part de subjectivité. Les ressources déclarées des services n'ont pas été pondérées à l'importance de leur activité. Cette étude propose une vision globale des activités d'hôpital de jour en France mais ne saurait en faire ressortir les disparités. Malgré un nombre satisfaisant de réponses, la majorité des répondants n'ont pas complété la totalité du questionnaire, diminuant ainsi la représentativité des chiffres décrits.

Les résultats obtenus nous aident tout d'abord à définir globalement les différentes activités des hôpitaux de jour gériatriques français, qu'ils soient MCO, SSR ou, le cas échéant, psychogériatrique. Si parmi les services ayant répondu aux questionnaires on observe 84 hôpitaux de jour MCO et 41 hôpitaux de jour SSR, nous n'avons pas cherché à évaluer la répartition géographique ou d'éventuels regroupements MCO-SSR.

Nous nous sommes plus particulièrement orientés sur la prise en charge du patient âgé chuteur dans ces hôpitaux de jour. Les différentes réponses indiquent que la prise en charge du patient âgé chuteur représente une activité fréquemment proposée dans les services mais ne s'inscrit néanmoins pas comme activité principale (44). Si l'hôpital de jour n'est peut-être pas encore un lieu « réflexe » pour les professionnels de santé vers où orienter un patient âgé chuteur, notre étude montre que ce sont surtout les médecins généralistes qui sont demandeurs de l'hospitalisation de jour, avant les gériatres de la filière. Les familles et surtout les spécialistes libéraux n'ont qu'un faible impact sur l'orientation en hôpital de jour, peut-être par manque

d'information concernant ces structures, mais aussi et surtout car n'ayant pas la responsabilité première d'orienter ces patients suite à une chute.

Conformément à ce que supposent les recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge du patient présentant des chutes répétées (7), l'intervention auprès du patient proposée par les hôpitaux de jour est multidisciplinaire, centrée sur le patient, et secondairement déterminée par l'évaluation première et les facteurs de risque repérés. Le noyau de professionnels de santé présents à titre systématique au cours de l'hospitalisation de jour se compose d'un médecin gériatre et d'une infirmière, d'un kinésithérapeute ainsi que d'une aide-soignante dans une majorité des services. On note par ailleurs qu'un certain nombre de services ne disposent pas de certains de ces professionnels, que cela soit à titre systématique ou occasionnel. On pourrait rapporter cela à la place qu'occupent les hôpitaux de jour au sein de leurs structures hospitalières respectives et aux budgets alloués, aux nombre de lits à disposition, aux nombres d'équivalents temps plein autorisés...(32,33). Cependant certains hôpitaux disposent d'un grand nombre de professionnels, spécialistes médicaux ou paramédicaux.

A ce jour aucune publication française ou internationale (20) n'établit de véritable référentiel de pratique de la prise en charge du patient âgé ayant chuté en hôpital de jour. Si les différents travaux menés mettent en exergue la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire (9,10,11,21,5,34,12,35,36,29,30,37,38,39), et d'une intervention centrée sur le patient et la l'utilisation des tests standardisés (21), chaque pratique est dépendante du centre hospitalier où elle est réalisée. Avec une grande disparité dans les moyens mis en œuvre d'un hôpital à l'autre.

Malgré ces disparités, la prise en charge du patient âgé ayant chuté est toujours pluridisciplinaires. Si l'hôpital de jour se doit légalement de disposer d'un équivalent temps plein médecin gériatre et d'un équivalent temps plein infirmière, la place centrale occupée par les

autres professionnels de santé, médicaux et para-médicaux varie d'un hôpital à un autre ? On peut se demander cependant si on peut réaliser une prise en charge complète d'un patient ayant chuté sans kinésithérapeute, sans ergothérapeute, sans pédicure, podologue ou sans diététicienne. Ces interventions, non disponibles dans certains hôpitaux de jour sont-elles proposées en externe aux patients afin de parfaire l'évaluation globale de leur risque de chute ?

Il y a ici un vide qu'il serait intéressant de combler afin de renforcer l'efficacité de la prise en charge et améliorer les liens inter-professionnels. Un référentiel de pratique (qu'il concerne une présence systématique de professionnels, la réalisation inconditionnelle d'un certain nombre d'examens cliniques et paracliniques ou un suivi prédéfini) serait la possibilité d'un accompagnement global ouvrant la possibilité d'une pratique nationale plus homogène, permettant une meilleure évaluation.

Certains services mettent déjà en avant l'importance d'une prise en charge standardisée en utilisant par exemple des questionnaires/dossiers identiques pour tous les patients ou encore en disposant d'un dossier patient informatisé. Ce n'est cependant pas une pratique générale et on pourrait lui reprocher son coût en temps sur une hospitalisation courte d'une seule journée, ou encore son orientation trop peu personnalisée. Ces pratiques peuvent toutefois représenter un mode d'entrée intéressant dans la mise en place d'un modèle de pratique commun à tous les hôpitaux de jour.

Une question portait sur la réalisation d'une consultation préalable à l'hospitalisation de jour, dans une optique d'évaluation et d'orientation de la personne chuteuse. Environ 40% des services d'hôpitaux de jour - MCO et 45% des hôpitaux de jour - SSR répondent affirmativement. On peut trouver en cela une alternative à la standardisation des pratiques de l'évaluation gériatrique globale, ce moment précédant l'hospitalisation pouvant se justifier comme un moment d'échange permettant de jauger le patient et de définir une prise en charge

personnalisée lors de son hospitalisation en hôpital de jour. Cela relèverait ici encore de l'existence d'un référentiel d'évaluation, et l'on pourrait lui reprocher la nécessité d'une double évaluation, impliquant la disponibilité du patient et du médecin gériatre.

31,5% des hôpitaux de jour - MCO proposent une visite au domicile par un ergothérapeute afin de repérer les facteurs environnementaux, tandis que ces mêmes hôpitaux affirment disposer d'un ergothérapeute dans 43.4% à 50% des cas. Une étude réalisée en 1998 (40) mettait en avant l'importante part occupée par l'environnement dans la chute de la personne âgée (environ 2/3 des chutes se produisent en intérieur). Si ces facteurs environnementaux ne suffisent pas seuls à causer la chute de la personne (40), cette évaluation semble indispensable à la prise en charge globale du patient âgé chuteur (34,41).

L'évaluation pluri-disciplinaire du patient âgé ayant chuté présente un intérêt diagnostique mais avant tout préventif. La prévention du risque de chute, de chutes multiples ou des complications liées aux chutes est avant tout déterminée par l'éducation du patient, et surtout son adhésion aux différentes recommandations effectuées (26,42,43 ). Celle-ci doit être mise en avant par une prise en charge personnalisée du patient, une éducation adaptée et une intégration de celui-ci à sa propre prise en charge. Une proportion importante d'hôpitaux de jour SSR propose dans cette optique des ateliers thérapeutiques et éducatifs destinés aux patients ayant chuté. Il serait intéressant de définir en quoi consistent ces ateliers, leurs thèmes et leurs fréquences ainsi que leur impact sur les changements de comportement des participants et sur la récurrence des chutes. En effet notre étude ne permet pas de dire si cette prise en charge est une véritable éducation active ou une simple information au patient

Une consultation de contrôle à distance du bilan initial n'est prévue dans les hôpitaux de jour MCO et SSR que dans respectivement 55 et 44.4% des cas. Ce chiffre peut surprendre car comment évaluer l'efficacité de l'intervention et l'adhésion du patient aux recommandations

sans revoir le patient à distance ? Ces chiffres concernent une consultation « systématique », on peut donc s'interroger sur une éventuelle consultation à la carte, initiée par le médecin gériatre en fonction des résultats obtenus à la fin de la prise en charge.

## V. Conclusion

Notre étude est la première étude française établissant un état des lieux de la prise en charge du chuteur en hospitalisation de jour gériatrique. A défaut d'être exhaustive, celle-ci a concerné une majorité des hôpitaux de jour gériatriques français et propose un vue d'ensemble de ce que proposent aujourd'hui ces structures, qu'ils soient MCO ou SSR. Un grand nombre d'hôpitaux de jour réalisent une évaluation de la personne âgée ayant chuté, mais celle-ci ne semble pas représenter, sauf exception, la majeure partie de l'activité de ces hôpitaux de jour. Le médecin traitant reste un acteur indispensable à l'orientation des patients. Il demeure à ce titre le principal pourvoyeur de demande d'hospitalisation de jour dans le cadre du bilan de chute. Les différents services interrogés font preuve d'une grande hétérogénéité, et dans leur organisation et dans les moyens investis. Le nombre de professionnels présents à titre systématique est variable, les plus représentés étant le médecin gériatre, l'infirmière et le kinésithérapeute. Peuvent intervenir de façon occasionnelle un grand nombre de professionnels, para-médicaux ou médecins spécialistes hospitaliers. La prise en charge est multi-disciplinaire dans l'ensemble des hôpitaux de jour gériatriques. La réalisation d'au moins un ECG et un bilan sanguin standard au cours du bilan est la règle. Peu d'hôpitaux proposent un bilan de l'environnement du patient par un ergothérapeute quand celui-ci constitue un élément important d'une prise en charge globale. Une consultation de contrôle à distance n'est pas prévue de façon systématique. La rééducation occupe une importante part dans la prise en charge du sujet âgé ayant chuté en hôpital de jour SSR. Celle-ci se fait globalement sur plusieurs séances et est personnalisée. Des ateliers d'éducation thérapeutiques ont été mis en place dans certains hôpitaux de jour. Enfin, si deux tiers des hôpitaux de jour ont mis en place un système de dossier standardisé, seuls quelques-uns disposent d'un dossier patient informatisé. Cette étude ouvre donc la voie à de nouveaux échanges entre hôpitaux de jour. Elle peut ainsi permettre d'améliorer les pratiques, de développer les activités et de standardiser sur le plan national la

prise en charge du sujet âgé chuteur. Cela devra s'inscrire dans une continuité avec ce qui est actuellement le leitmotiv de l'hôpital de jour: une prise en charge multidisciplinaire et personnalisée.

## VI. Références

(1) Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2013, France hors Mayotte – INSEE  
[http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age2b.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm)

(2) Dargent-Molina P., Breart G. ; Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. 1995; 43:72-83

(3) L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011 [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat\\_sante-population\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf)

(4) Prudham D, Evans JG: Factors associated with falls in the elderly: a community study. Age Ageing 1981; 10:141-6

(5) Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF, R.N. Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community N Engl J Med 1988; 319:1701-1707

(6) Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandations Haute Autorité de Santé – Novembre 2005

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee)

(7) Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées Avril 2009

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf)

(8) Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile – INPES ; 13506013DE

- (9) Hendriks MR, Bleijlevens MH, Van Haastregt JC. A Multidisciplinary Fall Prevention Program for Elderly Persons: A Feasibility Study. *Geriatric Nursing*, 2008;29(3):186-196
- (10) Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of Falls in the Elderly Trial (PROFET): A randomised controlled trial. *Lancet*. 1999 Jan 9;353(9147):93-7.
- (11) Hauer K, Rost B, Rutschle K, et al. Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatr Soc*. Jan 2001;49(1):10-20.
- (12) Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4).DOI: 10.1002/14651858.CD000340.
- (13) Bleijlevens MH, Hendriks MR, van Haastregt JC, van Rossum E, et al. Process factors explaining the ineffectiveness of a multidisciplinary fall prevention programme: a process evaluation. *BMC Public Health* 2008; 8:332. DOI: 10.1186/1471-2458-8-332
- (14) Conroy S, Kendrick D, Harwood R and al. A multicentre randomised controlled trial of day hospital-based falls prevention programme for a screened population of community-dwelling older people at high risk of falls. *Age Ageing* 2010; 39(6):704-710
- (15) Siu AL, Morishita L, Blaustein J. Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:1994-9.
- (16) Hershkovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y and Shai Brill. Programme evaluation of a geriatric rehabilitation day hospital. *Age Ageing* 2003; 32(7):750 DOI: 10.1191/0269215503cr673oa
- (17) Manckoundia P, Gerbault N, Mourey F, et al. Multidisciplinary management in geriatric day-hospital is beneficial for elderly fallers: A prospective study of 28 cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2007;44 (1):61-70

- (18) Masud T, Coupland C, Drummond A and al, Multifactorial day hospital intervention to reduce falls in high risk older people in primary care: a multi-centre randomised controlled trial. *Trials* 2006;7:5 doi: 10.1186/1745-6215-7-5
- (19) Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008 Oct 8;(4):CD001730. doi: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.
- (20) Black DA. The geriatric day hospital. *Age Ageing* 2005;34:427-9.
- (21) Thomas J, Lane J. A pilot study to explore the predictive validity of 4 measures of falls risk in frail elderly patients, *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1636-1640
- (22) Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al.: A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community; *N Eng J Med* 1994,331:821-7
- (23) Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
- (24) Lökk J, Arnetz B, Theorell T. Mortality and morbidity rates of discharged elderly day care patients. A one-year follow-up of an experimental day care programme. *Scand J Prim Health Care.* 1991 Jun;9(2):79-82
- (25) Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of dayhospital care for older people. *BMJ* 1999; 318: 837–41.
- (26) Hill KD, Moore KJ, Dorevitch MI, and al. Effectiveness of Falls Clinics: An Evaluation of Outcomes and Client Adherence to Recommended Interventions *D J Am Geriatr Soc.* 2008;56(4):600-608.
- (27) Hill KD, Smith R, Schwarz J. Falls Clinics in Australia: a survey of current practice, and recommendations for future development *Australian Health Review* 2001;24(4):163–174

- (28) Houghton S, Birks V, Whitehead CH, and al. Experience of a falls and injuries risk assessment clinic. *Australian Health Review* 2004 ;28(3):374-381
- (29) Puisieux F, Pollez B, Deplanque D and al. Successes and setbacks of the falls consultation: report on the first 150 patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001 Dec;80(12):909-15.
- (30) Lord SR, Tiedemann A, Chapman K et al. The effect of an individualized fall prevention program on fall risk and falls in older people: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1296–1304.
- (31) Irvine L, Conroy SP, Sach T and al. Cost-effectiveness of a day hospital falls prevention programme for screened community-dwelling older people at high risk of falls. *Age Ageing.* 2010 Nov;39(6):710-6
- (32) Durand-Gasselín B, Pellerin J, Kruczek E et al. Description and characteristics of geriatrics day-care hospitals in France. *Revue de gériatrie* 2002 ; 27:319-22.
- (33) B. Durand-Gasselín B. Les Hôpitaux de Jour en France. Description et typologie. *Rev Gériatrie* 2002;27:319-322
- (34) Stevens M, Holman CD, Bennett N. Preventing falls in older people: impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Nov;49(11):1442-7
- (35) Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical Trials. *BMJ* 2004;328:680.
- (36) Robert G, Ivers R, Clemson L et al. Improving Vision to Prevent Falls in Frail Older People: A Randomized Journal of the Am Geriatrics Soc 2007 feb; 55(2):175–181, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01046

- (37) Hershkovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y, Brill S. Programme evaluation of a geriatric rehabilitation day hospital. *Clin Rehabil* 2003 ;17:750-5.
- (38) Spilg, EG, Martin B, Mitchell M Falls Risk Following Discharge From a Geriatric Day Hospital *Clinical Rehabilitation*, 2003 may;17(3):334-340
- (39) Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD and al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Jan 20;(1):CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- (40) Sattin, RW, Rodriguez JG, DeVito CA and al. «Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons. Study to Assess Falls among the Elderly (SAFE) Group *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jun;46(6):669-76
- (41) Hill KD, Dwyer JM, Schwarz JA, Helme RD A falls and balance clinic for the elderly. *Physiother Can.* 1994 Winter;46(1):20-7
- (42) Lagardère P , Pardessus V, Beghin V, Puisieux F, Introduire une démarche éducative dans la prise en soin du sujet âgé chuteur. *LA REVUE DE GERIATRIE*, 2013 janv ;38 :47-57
- (43) Yardley L, Bishop FL, Beyer N, Hauer K, Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *Gerontologist.* 2006 Oct;46(5):650-60.
- (44). Durand-Gasselín B., Bonte F., Portron PL et al. Les hôpitaux de jour de soins de suite et réadaptation gériatriques en France : enquête descriptive et état des lieux. *La Revue de Gériatrie*, 2013;38:429-434

Index des abréviations :

HdJ : Hôpital de jour

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

SSR : Soins de Suite et Rééducation

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

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

## VII. Annexes

### Questionnaire

Question 1

Nom et localité de l'hôpital où vous exercez

Question 2

Disposez-vous d'un hôpital de jour gériatrique médecine ?

Question 3

Si oui, y réalisez-vous des bilans de chute?

Question 4

Disposez-vous d'un hôpital de jour SSR gériatrique?

Question 5

Si oui, y proposez-vous des prises en charge spécifiques pour les patients âgés chuteurs ?

### Activité MCO

Question 6

Combien de bilans « chute » réalisez-vous par an en HdJ ?

Question 7

Que représente cette activité en pourcentage par rapport à l'activité totale de votre HdJ ?

Question 8

Pour cette activité, les patients vous sont principalement adressés par : le médecin traitant ?

les médecins spécialistes libéraux ? les médecins spécialistes hospitaliers ? les gériatres de

votre filière ? la famille du patient ?

Question 9

Les HdJ pour bilan « chute » sont-elles précédées d'une consultation préalable ?

Question 10

Les bilans « chutes » font-ils intervenir plusieurs professionnels ?

Question 11

Si Oui, quels professionnels interviennent à titre systématique ?

Question 12

Si Oui, quels professionnels interviennent à titre occasionnel (en fonction des besoins des patients) ?

Question 13

Le bilan comporte-t-il une visite à domicile pour repérer les facteurs environnementaux ?

Question 14

Le bilan comporte-t-il une évaluation en appartement thérapeutique pour repérer les facteurs environnementaux ?

Question 15

Des examens complémentaires sont-ils réalisés à titre systématique ?

Question 16

Si oui, lesquels ?

Question 17

Utilisez-vous un dossier/cahier/questionnaire standardisé pour chaque patient ?

Question 18

Le dossier patient est-il informatisé ?

Question 19

Une visite de contrôle est-elle systématiquement programmée ?

Question 20

Si oui, combien de temps après le bilan « chute »

### **Activité SSR**

Question 21

Combien de patients recevez-vous chaque année pour cette activité « chute » ?

Question 22

Que représente cette activité en pourcentage par rapport à l'activité totale de votre HdJ SSR?

Question 23

Pour cette activité, les patients vous sont principalement adressés par : le médecin traitant ?  
les médecins spécialistes libéraux ? les médecins spécialistes hospitaliers ? les gériatres de  
votre filière ? la famille du patient ?

Question 24

La prise en charge « chute » est-elle précédée d'une consultation préalable ?

Question 25

La prise en charge « chute » fait-elle intervenir plusieurs professionnels ?

Question 26

Si Oui, quels professionnels interviennent à titre systématique ?

Question 27

Si Oui, quels professionnels interviennent à titre occasionnel (en fonction des besoins des  
patients) ?

Question 28

Une visite à domicile pour repérer les facteurs environnementaux est-elle réalisée ?

Question 29

Des examens complémentaires sont-ils réalisés à titre systématique ?

Question 30

Si oui, lesquels?

Question 31

La prise en charge est-elle individuelle ? en groupe ? les deux ?

Question 32

La prise en charge est-elle étalée sur plusieurs séances ?

Question 33

Si oui, précisez le nombre et le rythme des séances

Question 34

La prise en charge comporte-t-elle un travail physique avec l'équipe de rééducation ?

Question 35

La prise en charge comporte-t-elle des ateliers d'éducation du patient chuteur ?

Question 36

Utilisez-vous un dossier/cahier/questionnaire standardisé pour chaque patient?

Question 37

Le dossier patient est-il informatisé?

Question 38

Une visite de contrôle est-elle systématiquement programmée ?

Question 39

Si oui, combien de temps après le bilan la prise en charge en HdJ SSR ?

**AUTEUR : Nom : ROBINET**

**Prénom : Pierre**

**Date de Soutenance : 03/09/2013**

**Titre de la Thèse : La prise en charge du patient âgé chuteur en hôpital de jour gériatrique en France**

**Thèse - Médecine - Lille 2013**

**Cadre de classement : *DES Médecine Générale***

**Mots-clés : Hôpital de Jour – Gériatrie – Chute**

**Résumé :**

**Introduction:** La chute du sujet âgé est la cause d'une morbi-mortalité importante et un facteur de fragilité. Les hôpitaux de jour gériatriques ont un rôle clé dans sa prise en charge et sa prévention. L'objectif de cette étude était d'observer les moyens développés au sein des hôpitaux de jour gériatriques français dans l'évaluation et la prise en charge de la chute du sujet âgé, en différenciant les activités hôpital de jour MCO et hôpital de jour SSR.

**Méthode :** 162 responsables de service d'hôpital de jour gériatrique ont répondu à un questionnaire de 39 questions sur internet, subdivisé en activité hôpital de jour MCO et hôpital de jour SSR

**Résultats :** 135 hôpitaux de jour ont répondu. 84 (62.2%) ont une activité hôpital de jour MCO, 41 (30.4%) hôpital de jour SSR dont respectivement 74 (88%) et 34 (82.9%) effectuent des bilans de chute. Le médecin traitant est le principal demandeur d'hospitalisation de jour. La prise en charge du patient âgé chuteur est multidisciplinaire pour l'ensemble des hôpitaux de jour.

En MCO, le bilan de chute représente moins de 20% de l'activité totale pour 45 (83%) d'entre eux et implique de nombreux intervenants médicaux et paramédicaux systématiques ou occasionnels. 47 (86%) réalisent des examens paracliniques à titre systématique, 36 (64.3%) ont un dossier patient standardisé et 17 (30,4%) un dossier informatisé. 24 (44.4%) services programment une visite à domicile.

Pour 34 (82.9%) des hôpitaux de jour SSR le bilan de chute représente moins de 50% de l'activité du service. L'hospitalisation de jour relève d'une consultation préalable pour 14 services (73.7%) et implique des examens complémentaires systématiques pour 10 (55.6%) d'entre eux. Dans 17 (85%) hôpitaux de jour SSR la prise en charge est personnalisée, étalée sur plusieurs séances [19 (94,7%)]. Tous les patients bénéficient d'un travail de rééducation et 15 structures (75%) offrent des ateliers d'éducation du patient chuteur. 11 (55%) utilisent un dossier standardisé, 6 (30%) ont un fichier patient informatisé. Parmi eux 11(55%) proposent une visite de contrôle à distance.

**Conclusion :** Les hôpitaux de jour gériatriques mettent à disposition des moyens permettant d'évaluer et de prendre en charge de façon multidisciplinaire et personnalisée les personnes âgées chuteuses.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur André THEVENON**

**Assesseurs :**

**Professeur François PUISIEUX**

**Professeur Hélène BULCKAEN**

**Docteur Vinciane PARDESSUS**