

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**

**IMPACT MEDICAL DE LA FILIERE GERIATRIQUE LABELLISEE DES
CENTRES HOSPITALIERS DE SECLIN/CARVIN SUR LEUR
TERRITOIRE DE SANTE.**

**Etude descriptive qualitative menée auprès des médecins généralistes du
secteur de Seclin/Carvin.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 Février 2013

Par Céline ALTOUNIAN

Jury

Président : Monsieur le Professeur F. PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur J.L. SALOMEZ

Monsieur le Professeur R. GLANTENET

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur E. BERNACHON

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	12
INTRODUCTION.....	14
Première Partie :	15
GENERALITES.....	15
1. La création d'une filière gériatrique dans le système de soins en France.....	16
1.1. La nécessité d'une mise en place de filière gériatrique	16
1.1.1. Les causes démographiques	16
1.1.2. Les causes sociales.....	16
1.1.3. Les causes sanitaires.....	17
1.1.4. Les causes économiques.....	20
1.2. Définition de la filière de soins gériatriques.....	21
1.3. Les mesures gouvernementales visant à l'amélioration de la filière gériatrique	23
1.3.1. Sur le plan national.....	23
1.3.2. Les orientations politiques de la prise en charge des personnes âgées sur le plan régional	25
1.3.3. La labellisation des filières gériatriques	26
1.4. Composition d'une filière de soins gériatriques hospitalière.....	26
1.4.1. Le Court Séjour Gériatrique (CSG).....	26
1.4.2. L'hôpital de jour gériatrique.....	27
1.4.3. L'Equipe Mobile de Gériatrie	29
1.4.4. Les consultations gériatriques et de mémoire	29
1.4.5. Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique	30
1.4.6. L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).....	31
1.4.7. Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	32
2. Présentation de la filière gériatrique labellisée du Centre Hospitalier de Seclin/Carvin.....	35
2.1. Composition de la filière gériatrique labellisée du Centre Hospitalier de Seclin/Carvin	35
2.2. Les partenaires extra hospitaliers de la filière gériatrique	40
2.2.1. La médecine de ville : les médecins généralistes	40
2.2.2. les secteurs de psychiatrie	40
2.2.3. le CHRU de Lille et le CH de Loos-Haubourdin	40
2.2.4. Le secteur médico-social :.....	41

2.2.5. Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)	42
2.2.6. Le réseau gérontologique EOLLIS.....	43
2.2.7. Les gestions de cas et les MAIA	44
2.2.8. le réseau régional de la mémoire : réseau MEOTIS.....	46
2.2.9. Schématisation de la filière gériatrique	47
Deuxième Partie :	48
MATERIEL ET METHODE	48
1. Type d'étude et la population étudiée.....	49
2. Méthode.....	49
2.1. Les critères d'inclusion et exclusion	49
2.2. Le recueil de données	50
2.2.1. Le questionnaire destiné aux médecins généralistes (annexe 1)	50
3. Traitement des données	51
Troisième Partie :	52
RESULTATS	52
1. Le CSG.....	53
1.1. L'information de l'ouverture de 20 lits supplémentaires en février 2012	53
1.2. Les modalités d'entrées au CSG.....	54
1.3. Collaboration médicale entre le gériatre et le médecin généraliste	55
1.3.1. L'accessibilité des gériatres :.....	55
1.3.2. Les motifs d'entrées au CSG.....	55
1.4. Evaluation des prestations du CSG	56
1.4.1. Satisfaction des aides sanitaires et sociales mises en place à domicile par le CSG	56
1.5. Suivi des patients dans la filière gériatrique.....	57
2. L'HDJ.....	58
2.1. Collaboration médicale entre les gériatres de l'HDJ et les médecins généralistes	58
2.1.1. Modalités de demande d'un HDJ par les médecins généralistes.....	58
2.1.2. Les motifs de demande d'un HDJ par les médecins généralistes.....	59
2.2. Evaluation des prestations de l'HDJ.....	59
2.3. HDJ et prise en charge du patient.....	60
3. L'EMG.....	60
3.1. Connaissance des médecins généralistes à propos de l'EMG	60

3.2. Satisfaction des médecins généralistes sur la prise en charge des patients par l'EMG dans un service en dehors de la filière gériatrique	60
4. Les consultations gériatriques.....	60
4.1. Collaboration entre les gériatres et les médecins traitants	60
4.2. Evaluation des prestations	61
4.3. Intérêt des consultations gériatriques.....	61
5. Le SSR.....	62
5.1. Evaluation des connaissances des médecins généralistes concernant les spécialisations des SSR du CH de Seclin/Carvin.....	62
5.2. Evaluation des prestations en SSR	63
6. EHPAD, USLD, foyer de vie	64
7. Collaboration entre la filière gériatrique des CH de Seclin/Carvin et le réseau EOLLIS	64
8. Suggestions pour améliorer la prise en charge des patients et/ou la relation entre la filière gériatrique hospitalière et le secteur libéral.....	64
Quatrième Partie :.....	65
DISCUSSION	65
1. Les raisons de cette étude	66
2. Les limites de l'étude.....	66
3. Les points positifs de l'étude	66
4. Discussion de l'étude.....	67
4.1. Evaluation du CSG.....	67
4.1.1. Les modalités d'entrées au CSG.....	67
4.1.2. La collaboration médicale entre les gériatres du CSG et le secteur libéral	68
4.1.3. En ce qui concerne le suivi des patients dans la filière gériatrique	69
4.2. Evaluation de l'HDJ	69
4.2.1. Collaboration médicale entre les gériatres en HDJ et le secteur libéral	69
4.2.2. Evaluation des prestations	70
4.2.3. Intérêt de l'HDJ dans la prise en charge des patients.....	71
4.3. L'EMG	71
4.4. Le SSR.....	71
4.4.1. Connaissances des médecins traitants concernant les spécialisations du SSR	71
4.4.2. L'intérêt d'un séjour en SSR pour un retour à domicile dans de meilleures conditions physiques et/ou sociales.....	72
4.5. La connaissance des médecins généralistes concernant les EHPAD, l'USLD et le foyer de vie.....	72

4.6. La collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS.....	72
4.7. Suggestions pour améliorer les relations entre les gériatres et les médecins généralistes.....	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXE	81

GLOSSAIRE

ADL: Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de la Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CSG : Court Séjour Gériatrique

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

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EOLLIS : Ensemble Organisons du Lien pour Lutter contre l'Isolement et promouvoir la Santé

GDS : Geriatrics Depression Scale

GIR : Groupe Iso Ressource

HDJ : Hôpital de Jour Gériatrique

HID : enquête Handicap, Incapacité, Dépendance

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MEOTIS : Réseau Régional de la Mémoire

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritionnal Assessment

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SROS : Schéma Régional d'Organisation de la Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UVA : Unité de Vie Alzheimer

INTRODUCTION

Au 1er janvier 2012, les personnes de 65 ans et plus représentent en France 17,1% de la population, contre 16% il y a 10 ans. A l'horizon 2050, les projections montrent que l'effectif des 60 ans sera double de celui de 2000, celui des 75 ans triple et celui des 85 ans quintuple.

Le vieillissement de la population est à l'origine d'un accroissement de la demande de soins hospitaliers. En effet, la population vieillit, les pathologies liées à l'âge se développent, notamment à partir de 75 ans. **(1)**

La fréquence de la polyopathie justifie une approche globale et intégrée. Elle repose sur la gestion de la polyopathie et des comorbidités et de la complexité médico-psycho-socio 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.

Cette offre implique une prise en charge pluri professionnelle en interdisciplinarité, organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité et d'une filière hospitalière.

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.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact médical de la filière gériatrique labellisée des Centres Hospitaliers de Seclin/Carvin dans leur territoire de santé, en mettant en évidence les services rendus par les différentes structures composant la filière pour les médecins généralistes du secteur.

Première Partie :

GENERALITES

1. La création d'une filière gériatrique dans le système de soins en France

1.1. La nécessité d'une mise en place de filière gériatrique

1.1.1. Les causes démographiques

En 2050, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus (31.9%) contre 12,6 millions en 2005 (20.8%). Près d'un tiers de la population aura alors plus de 60 ans, contre un cinquième en 2005.

C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement sera le plus fort, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2050, la hausse sera plus modérée.

L'effectif des 75 ans et plus va passer de 4,9 à 10,9 millions entre 2005 et 2050, et celui des 85 ans et plus de 1,1 à 4,2 millions.

Le vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant).

L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accroître son ampleur. L'espérance de vie à la naissance atteindra 89 ans pour les femmes en 2050 et 83,8 ans pour les hommes. Les écarts d'espérance de vie à la naissance entre femmes et hommes se réduira de 7,1 ans en 2005 à 5,2 ans en 2050. **(2, 3,4)**

1.1.2. Les causes sociales

Si l'allongement de la durée de la vie, dans un contexte d'amélioration de la santé, est une bonne nouvelle sur le plan individuel, il a de multiples conséquences collectives. Au premier rang figure l'émergence d'une importante population de personnes âgées dépendantes, polypathologiques, aux besoins sanitaires très spécifiques. C'est la raison pour laquelle l'allongement de la durée de la vie représente un défi pour les systèmes d'aides et de soins. **(5)**

L'incapacité, conséquence de déficiences, se définit comme la difficulté ou l'impossibilité à réaliser certains actes de la vie quotidienne. Selon l'enquête HID, les incapacités pour les actes élémentaires comme se lever, s'habiller, faire sa toilette sont rares avant 80 ans mais s'accroissent fortement avec l'âge.

Selon les activités de la vie quotidienne, la fréquence du besoin d'aide est 3 à 5 fois plus grande pour les personnes âgées de 80 à 89 ans que pour celles âgées de 70 à 79 ans, et elle est encore 2 à 3 fois plus élevée pour les 90 ans ou plus que pour les octogénaires. **(6)**

La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement. Elle est évaluée par la grille AGGIR, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes de 60 ans et plus, qui est utilisée pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et qui classe les patients en six groupes iso ressources selon leur degré de dépendance.

Si les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités. Les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et moins de recours aux soins que les femmes. Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. **(7)**

Le nombre de personnes dépendantes augmentera de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes contre 800 000 actuellement au sens des quatre premiers groupes de la grille AGGIR qui ouvrent droit à l'APA. L'âge moyen des personnes dépendantes augmentera fortement entre 2000 et 2040, passant de 78.5 à 84.5 ans pour les hommes, et de 83 à 88 ans pour les femmes.

Le nombre moyen d'aidants potentiels (conjoint et enfants) tendra à diminuer dans les années à venir (dû à une baisse de la fécondité et une augmentation des ruptures dans les couples): en 40 ans, il passe de 2,8 aidants à 2,3 pour les hommes et de 2,2 aidants à 2,0 pour les femmes.

Le nombre des personnes sans aide familiale, qui devront sans doute recevoir uniquement une aide professionnelle ou résider en institution, passera de 130 000 aujourd'hui à 160 000 en 2040. **(8, 9,10)**

La demande de services institutionnels (aides à domicile ou places en établissement) risque ainsi de s'accroître pour suppléer l'insuffisance prévisible des aidants familiaux non professionnels.

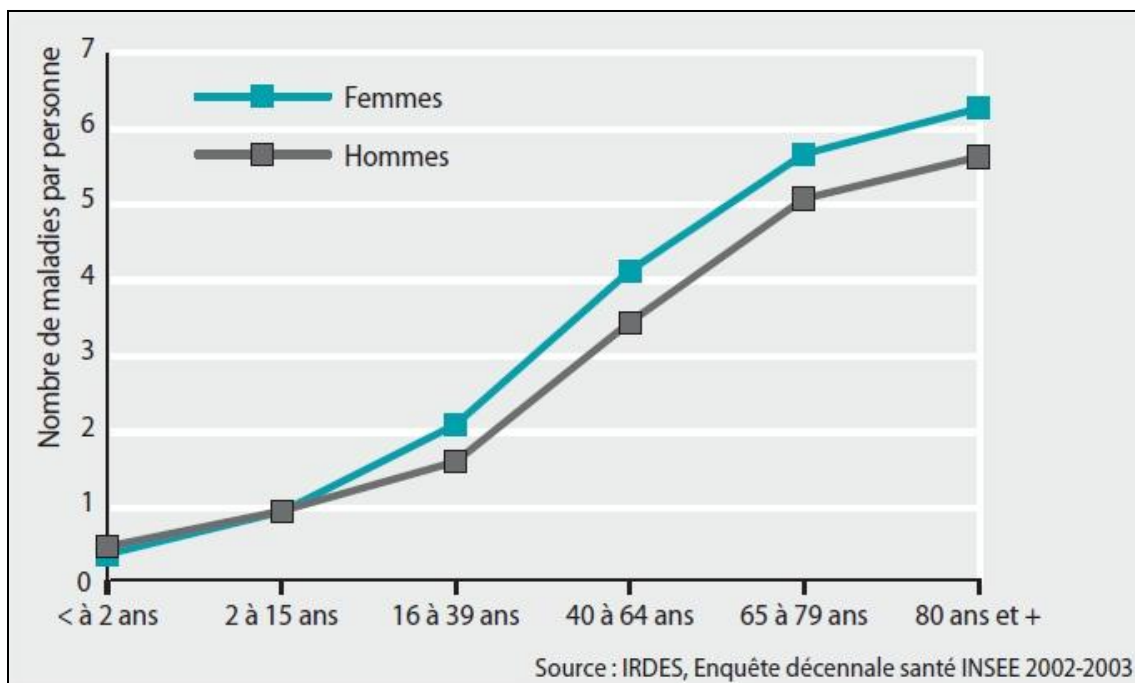
Les déficiences, les incapacités et la dépendance constituent une forme de cascade évolutive à haut risque de perte d'autonomie pour la personne âgée. L'enjeu pronostique de cette perte d'autonomie n'est pas sans conséquence en terme de politique de santé publique. La prévention des pathologies chroniques (notamment cardio-vasculaires) et la prise en charge précoce des déficiences (appareillage auditif, visuel, soins dentaires) ont donc un intérêt certain à tous les âges, pour limiter l'incidence des incapacités et de la dépendance dans notre société vieillissante.

1.1.3. Les causes sanitaires

En même temps que la population vieillit, les pathologies liées à l'âge se développent. A partir de 75 ans le nombre d'affections augmente avec l'âge.

L'enquête santé protection sociale de l'IRDES a permis d'apprécier la prévalence de la morbidité déclarée en population générale. Entre 65 et 79 ans, l'enquête déclare 5.5 affections en moyenne pour les femmes et 5 pour les hommes hors affection des dents et des troubles de la réfraction. Au-delà de 80 ans, il existe en moyenne 6.3 affections pour les femmes et 5.5 pour les hommes.

Courbe représentant le nombre de maladies par personne selon l'âge et le sexe en France (11)



Chez les plus de 65 ans, et en dehors des prothèses dentaires et des troubles de la vue, deux groupes de pathologies prédominent. Le premier est celui des maladies cardio-vasculaires avec les cardiopathies (dont les cardiopathies ischémiques) qui atteignent 16,3 % des personnes de 65 à 79 ans et 29,7 % des personnes de 80 ans et plus. L'hypertension artérielle concerne plus d'une personne âgée sur trois, et les autres maladies de l'appareil circulatoire (dont l'insuffisance veineuse) touchent 18,3 % des personnes âgées de 65 à 79 ans et 24,5 % des personnes de 80 ans et plus.

Le deuxième grand groupe est celui des problèmes ostéo-articulaires. À 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 %. À signaler enfin, chez les plus âgés, la prévalence élevée des troubles de l'audition qui affectent 4 personnes sur 10. **(11)**

Tableau représentant les principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge en pourcentage en 2008 (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale en France) (12) :

Grands groupes de pathologies (CIM10)	< 25 ans			De 25 à 64 ans			65 ans ou plus			Ensemble
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
Maladies ou problèmes oculaires	24,7	31,7	28,1	58,5	71,6	65,4	84,5	92,2	88,9	58,3
Maladies concernant les os et les articulations	4,4	7,0	5,7	30,3	39,6	35,2	52,9	71,8	63,8	31,3
Maladies cardiovasculaires	1,8	2,8	2,3	25,1	33,7	29,6	74,6	73,6	74,0	29,1
Maladies endocriniennes et métaboliques*	3,8	5,2	4,5	24,6	27,2	26,0	55,5	58,3	57,1	24,9
Maladies respiratoires et ORL	18,9	20,5	19,7	18,3	23,7	21,2	24,6	24,8	24,7	21,3
Causes externes, facteurs influant l'état de santé	9,5	11,3	10,4	11,8	17,4	14,7	27,7	31,7	30,0	16,1
Problèmes digestifs	3,6	4,2	3,9	15,9	18,8	17,5	25,9	31,5	29,1	15,4
Maladies ou problèmes psychiques	4,6	6,0	5,3	11,4	21,4	16,7	15,0	28,6	22,8	14,3
Maladies concernant les dents et les gencives**	4,2	5,6	4,9	12,3	19,7	16,2	12,1	14,0	13,2	12,3
Maladies neurologiques	3,0	5,3	4,1	8,0	17,6	13,1	14,2	21,7	18,5	11,3
Maladies de la peau	9,2	10,9	10,1	8,1	11,2	9,8	8,8	5,9	7,1	9,4
Maladies ou problèmes génitaux et urinaires	0,6	6,1	3,3	3,8	15,2	9,9	25,8	9,9	16,6	9,1
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	3,5	3,8	3,7	5,4	5,2	5,3	17,8	15,5	16,5	6,8
Symptômes, maladies illisibles	3,6	4,4	4,0	4,0	7,3	5,8	8,9	14,5	12,1	6,3
Tumeurs malignes et bénignes	0,2	0,5	0,4	2,7	4,5	3,7	12,7	11,4	12,0	4,1
Maladies infectieuses et parasitaires	1,2	1,7	1,4	1,9	2,1	2,0	2,3	1,5	1,8	1,8
Affections congénitales	1,8	1,3	1,5	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	1,1
Maladies du sang	0,2	0,5	0,4	0,5	0,8	0,7	1,2	1,1	1,1	0,7

* Dont obésité calculé à partir du BMI (P/T2 déclaré).
 ** Prothèses dentaires et caries exclues.
 Lecture : 2% des garçons de moins de 25 ans déclarent une maladie de l'appareil circulatoire.
 Champ : Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).
 Source : Enquête ESPS, 2008.

A partir d'analyses de données européennes du groupe EURODEM, le taux de prévalence des démences chez les sujets de plus de 65 ans est estimé à 6.4%. La prévalence augmente avec l'âge et est plus marquée en institution où plus de 2/3 des sujets sont déments.

La Maladie d'Alzheimer représente 70 % des démences et les autres démences sont vasculaires (10%) et mixtes (20%). On peut estimer qu'actuellement plus de 850000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence en France.

Les analyses faites à partir de huit études européennes menées dans sept pays (Danemark, Espagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Suède, Pays-Bas) permettent de donner des chiffres pour chaque tranche d'âge, avec un taux d'incidence moyen qui augmente fortement de 2/1 000 personnes/années (PA) entre 65 et 69 ans à 70/1 000 PA après 90 ans. **(13)**

L'étude PAQUID a permis de mettre l'accent sur le poids considérable de la démence dans la survenue et l'aggravation de la dépendance chez les personnes âgées. **(14)**

La vieillesse est donc un terrain propice au développement de la polypathologie, de la polymédication, de la iatrogénie, des troubles cognitifs, des déficits sensoriels, de la perte d'autonomie fonctionnelle. Autant de facteurs multiples et complexes qui ajoutent à des réalités sociales de la population âgée comme l'isolement social et affectif ou les faibles revenus. Ces intrications de facteurs cliniques et environnementaux peuvent favoriser chez certains patients âgés le développement d'un état de fragilité.

La notion de fragilité est entrée progressivement dans le vocabulaire gériatrique du fait de l'identification d'une sous-population de personnes âgées à plus grand risque de mortalité et ayant un excès de morbidité avec incapacité secondaire. Il s'agit d'un concept multidimensionnel avec une interaction de facteurs physiques, neuropsychologiques, sociaux, et environnementaux. Le concept de fragilité est lié à l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques avec l'âge. **(15, 16,17)**

Le malade âgé fragile nécessite une prise en charge globale, avec une évaluation multidimensionnelle et l'intervention coordonnée de toute une équipe médicale et paramédicale.

Il est important de pouvoir repérer les patients âgés fragiles dès le début de leur hospitalisation, afin de limiter l'impact de celle-ci sur leur pronostic médical, fonctionnel et psycho social. **(18)**

L'évaluation globale, valorisée en pratique gériatrique, s'impose donc pour mieux appréhender toutes les dimensions pouvant contribuer à l'aggravation ou au développement de la fragilité chez les personnes âgées. L'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est considérée par les gériatres comme l'un des meilleurs moyens pour dépister les patients âgés fragiles et instaurer des mesures préventives visant à devancer la survenue d'éventuels incidents assombrissant leur pronostic fonctionnel ou vital. Elle permet également d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, d'optimiser la capacité fonctionnelle, de structurer la prise en charge à long terme, d'améliorer la qualité de vie. Elle doit faire partie de l'examen initial de toute personne âgée (spécialement après l'âge de 75 ans).

Les outils standardisés et internationalement validés de l'EGS permettent d'apprécier avec fiabilité l'autonomie grâce à la grille ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ; l'équilibre et la marche, grâce au Get up and Go Test, l'échelle de Tinetti et le maintien en appui unipodal ; l'état nutritionnel grâce au MNA (Mini Nutritionnal Assessment) et le dosage des marqueurs biologiques (albumine); les fonctions cognitives par la réalisation d'un MMSE (Mini Mental State Examination) ou encore la thymie par le GDS (Geriatrics Depression Scale).**(19,20)**

Les bénéfices de la pratique de l'EGS ont été démontrés dans plusieurs études anglo saxonnes : réduction de la mortalité (14%), réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations (12%), amélioration des fonctions cognitives (41%) et du statut fonctionnel (72%) (Lancet 1993, 342 :1032-1036).

1.1.4. Les causes économiques

Avec l'avancée en âge, le nombre de maladies augmente, entraînant un accroissement des handicaps. Cette dégradation de l'état de santé conduit à une augmentation des soins médicaux tant ambulatoires qu'hospitaliers et des besoins d'aide au domicile pour les gestes de la vie quotidienne.

En effet, l'espérance de vie sans incapacité progresse depuis la dernière décennie et on assiste à un phénomène de compression de la morbidité : l'âge moyen d'apparition des maladies est

retardé et les conséquences médicales, fonctionnelles, et psycho sociales se concentrent dans la population âgée. Cela explique en partie la fragilité particulière des sujets âgés et l'important recrutement hospitalier des sujets de plus de 75 ans.

C'est aux âges avancés que les taux d'hospitalisation sont les plus élevés : en 2001, en France, le taux d'hospitalisation dans un service de spécialités médicales ou chirurgicales représente 438 pour mille personnes chez les 65-74 ans, 578 chez les 75-84 ans, et 616 au-delà. **(6)**

En France, le taux de recours aux urgences des personnes âgées de 80 ans ou plus est de 38% en 2001. Ce passage débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

La durée de séjour à l'hôpital croît également avec l'âge des patients. Les hospitalisations sont fréquemment motivées par des maladies chroniques, comme les maladies cardiaques, les tumeurs malignes, ou les affections respiratoires.

Dans notre région, une enquête sur les personnes âgées à l'hôpital a été réalisée en 2003. Un tiers des lits de médecine étaient occupés par des personnes âgées de 65 ans et plus, 8 personnes âgées sur 10 avaient au moins une pathologie associée à la pathologie principale, et parmi les personnes âgées poly pathologiques, 75% étaient dépendantes (GIR 1-4) dont plus de la moitié lourdement (GIR 1-2). L'approche médicale traditionnelle qui repose sur la reconnaissance de la maladie et l'application de son traitement est insuffisante chez ces patients âgés fragiles. La segmentation du système hospitalier en discipline d'organe est inadaptée. **(21)**

L'âge moyen des patients risque d'augmenter fortement et l'hôpital devra traiter des pathologies chroniques ou des poly pathologies très consommatrices en soins hospitaliers.

Ainsi, les enjeux de santé publique pour l'hôpital reposeront surtout sur la prise en charge globale de la poly pathologie des sujets âgés gériatriques où dominent les affections cardio-vasculaires, suivies des troubles neuropsychiatriques et de la pathologie infectieuse.

Le vieillissement de la population soulève donc de multiples interrogations que ce soit sur le plan individuel (qualité de vie et vieillissement dans la dignité), médical (prise en charge des pathologies liées à l'âge telles que la maladie d'Alzheimer par exemple), social (prise en charge de la dépendance, aides et services aux personnes âgées), sociétal (place de l'aîné dans notre société) ou économique (financement des retraites ou encore de l'assurance maladie).

1.2. Définition de la filière de soins gériatriques

D'après la circulaire du 18 mars 2002, un patient gériatrique est « un patient âgé polypathologique présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ».

La fréquence des situations d'instabilité, de décompensation chez la personne âgée polypathologique, et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et la réhabilitation fonctionnelle.

L'offre sanitaire et médicosociale doit être adaptée au caractère le plus souvent évolutif des besoins des patients atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages, aggravées par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes.

Cette offre doit à la fois permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière des besoins individuels, en s'appuyant sur une approche bio médico psycho sociale et assurer une prise en charge continue.

Cette offre implique une prise en charge pluriprofessionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multipartenarial et d'une filière hospitalière.

Les dispositifs sanitaires et médico sociaux requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres :

- Des services de soins et d'aide à la personne.
- Des lieux d'évaluation et de répit pour les aidants.
- Des lieux d'intervention et de gestion des situations de crise.
- Des structures de coordinations interfacées.

L'objectif est de renforcer l'accès aux soins de proximité pour les personnes âgées et d'organiser les différentes phases de la prise en charge hospitalière en favorisant les filières courtes, pour limiter les discontinuités et ainsi limiter le risque de décompensation en améliorant l'aval de l'hospitalisation.

La filière de soins gériatriques est un dispositif de soins couvrant l'intégrité du parcours possible de la personne âgée en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. **(22,23)**

Selon la circulaire du Ministère de la Santé de Mars 2002, « l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale...La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins ». **(24)**

Au sein de la filière gériatrique, le patient peut donc bénéficier d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie (consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation complète), d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé (équipe mobile de gériatrie), d'un accès au plateau technique dans les délais requis par son état de santé pour lui éviter toute perte de chance, d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré hospitalisation.

Une filière a également un rôle de diffusion des bonnes pratiques gériatriques tant au niveau de l'hôpital que de tous les partenaires extra hospitaliers.

Implantée sur un secteur de santé défini, la filière gériatrique hospitalière fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique :

- Un centre référent en gériatrie, implanté dans un centre hospitalier disposant d'un service d'accueil des urgences et d'un plateau technique, qui coordonne

- un Court Séjour Gériatrique capable d'accueillir directement les patients en provenance de leur domicile ou d'une EHPAD.
- une Equipe mobile de Gériatrie.
- un pôle d'Evaluation Gériatrique avec des consultations gériatriques, et de la mémoire, et l'hôpital de jour gériatrique.
- Une Unité de Soins de Suite et de Réadaptation, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en vue de son retour à domicile.
- Une Unité de Soins de Longue Durée.
- Des partenaires extra hospitaliers représentés par l'ensemble des acteurs et des structures, assurant ou participant à la prise en charge des patients âgés au sein de son territoire d'implantation : médecins généralistes, EHPAD, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile, établissements de santé spécialisés en psychiatrie, structures sociales, CLIC, réseau gérontologique.

1.3. Les mesures gouvernementales visant à l'amélioration de la filière gériatrique

1.3.1. Sur le plan national

Des mesures gouvernementales ont été élaborées afin de mettre en place et d'améliorer la filière gériatrique :

La circulaire DHOS n° 2002 - 157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. **(24)**

Elle propose les premiers axes de réflexion pour la développer :

- Le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluation gériatriques, hôpital local).
- Le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes.
- L'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile).

Un Programme pour la Gériatrie, a été rédigé en avril 2006 par Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER et Philippe VIGOUROUX. **(25)**

Il propose 5 objectifs déclinés en 20 recommandations et en 45 mesures afin de répondre à une double exigence :

- Une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques du patient gériatrique,
- Une fluidité de son parcours de soins par un travail en filière.

Les 5 objectifs sont :

- Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences.
- Faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique.
- Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques.
- Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient.
- Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Le plan solidarité grand âge 2007 - 2012 a été présenté par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006. **(26)**

Il propose une réforme en 5 grands axes :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aides à domicile, en soutenant d'avantage les aidants familiaux, en assurant une continuité entre domicile et maisons de retraite.
- Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance.
- Insuffler pour l'avenir une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

La circulaire DHOS n°2007-117 du 28 Mars 2007, relative à la filière de soins gériatrique. Elle renforce les dispositions prises dans les précédentes mesures, en insistant sur la nécessité de généraliser le développement dynamique des filières gériatriques sur tous les territoires de santé. **(27)**

La circulaire DHOS n°2007-197 du 15 Mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées". Elle préconise le développement des réseaux de santé "personnes âgées", axe essentiel du plan solidarité grand âge, complémentaire de la mise en place des filières de soins gériatriques, afin de favoriser un maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile après une hospitalisation. **(28)**

1.3.2. Les orientations politiques de la prise en charge des personnes âgées sur le plan régional

Le Schéma Régional de l'Organisation des Soins de troisième génération (SROS III) a fixé quatre orientations pour la mise en œuvre de la filière gériatrique dans les établissements de soins du Nord-Pas-de-Calais. Elles sont déclinées en objectifs à atteindre. **(29)**

Objectifs et orientations du Schéma Régional Nord Pas-de-Calais 2006 - 2010 en matière d'organisation des soins aux personnes âgées :(29)

Orientations	Objectifs
Définir des territoires de prise en charge cohérents	<ol style="list-style-type: none">1 Réaffirmer la zone de proximité comme le niveau d'expertise en gérontologie2 Définir des secteurs gérontologiques de coordination des soins à la personne selon que les zones de proximité sont plus denses ou plus étendues
Organiser la filière de soins des patients âgés dépendants	<ol style="list-style-type: none">1 Optimiser la prise en charge à domicile en évitant les hospitalisations prolongées ou injustifiées et les ré-hospitalisations précoces2 Permettre le recours à une hospitalisation de qualité aux patients gériatriques
Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs auprès des personnes âgées et de leurs aidants	<ol style="list-style-type: none">1 Impliquer les usagers et les aidants dans le dispositif de prise en charge des aînés2 Faciliter les liens entre acteurs de santé et CLIC (Comités Locaux d'Information et de Coordination pour personnes âgées)3 Favoriser la coordination des soins à domicile4 Promouvoir la création de réseaux de santé gérontologiques et faire le lien avec les réseaux thématiques
Organiser la prévention de la perte d'autonomie dans les établissements de santé	<ol style="list-style-type: none">1 Informer et former dans les établissements de santé2 Repérer les situations de fragilité dans les établissements de santé3 Informer, former et éduquer les patients et leur entourage4 Développer des actions spécifiques de la perte d'autonomie selon des thèmes prioritaires

Les filières gériatriques doivent être implantées sur les territoires définis pour l'organisation de la gériatrie : dans la région, au moins une filière par zone de proximité doit être développée selon la densité de la population âgée.

1.3.3. La labellisation des filières gériatriques

La labellisation est une véritable valorisation de l'activité de gériatrie et une aide au développement. Elle est conditionnée par la mise en conformité de chacun de ses éléments constitutifs, que sont le court séjour gériatrique, l'hôpital de jour, l'équipe mobile de gériatrie, les soins de suite et de réadaptation gériatrique, les unités de soins de longue durée, à partir d'une grille d'auto évaluation et d'une visite sur site par des membres de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Cette procédure de labellisation a été proposée par le plan solidarité grand âge et le programme pour la gériatrie en 2006. Elle s'inscrit dans une volonté de territorialisation des soins. La structuration hospitalière de la gériatrie respectant les bonnes pratiques est un préalable essentiel. Une réflexion médico-administrative formalisée en est le socle.

L'établissement labellisé s'engage à entraîner une dynamique de territoire avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

Ainsi, la labellisation doit favoriser la formalisation de coopérations sur les territoires, entre les différents partenaires de gérontologie sanitaires et médico sociaux par le biais de conventions, groupements de coopération sanitaire ou autres.

1.4. Composition d'une filière de soins gériatriques hospitalière

1.4.1. Le Court Séjour Gériatrique (CSG)

Les patients âgés de 70 ans et plus représentent une population hétérogène en termes de sévérité des atteintes, de polypathologie, d'autonomie fonctionnelle et sociale.

Le CSG est un service de médecine aiguë à orientation gériatrique, dédié à l'accueil des patients âgés, poly pathologiques, en perte d'autonomie, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale, âgés de 70 ans et plus, ne relevant pas d'un service de spécialité d'organe. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge globale assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la gérontologie : gériatres, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, assistante sociale, diététicienne, orthophoniste...

Le CSG doit être situé, de par son recrutement principal aux urgences, à proximité d'un SAU, et de par sa mission centrée sur la personne âgée polypathologique proche d'un plateau technique et des autres services de spécialité. Le but est de permettre l'accès à un plateau technique de qualité, permettant la mise en œuvre de stratégies de prises en charge validées.

Il existe différents modes d'entrée au CSG : les urgences, ou l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) ; le domicile ; les EHPAD ou autres établissements privés, les autres services de spécialités médicales ou chirurgicales. Quel que soit le mode d'entrée en CSG, le facteur temps

est primordial à considérer. C'est en effet un des éléments principaux qui conditionne les potentialités du maintien de l'autonomie. **(30,31)**

Les missions du CSG sont :

- De procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale, et d'établir un projet de soin.
- De préserver au maximum l'autonomie du patient, en favorisant une réadaptation précoce.
- D'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieure et de contribuer à leur organisation.
- De prendre en charge des patients déments en situation de décompensation, et de leur offrir un environnement sécurisé au sein duquel ils peuvent déambuler.
- De diffuser les bonnes pratiques gériatriques tant en intra qu'en extra hospitalier.

1.4.2. L'hôpital de jour gériatrique

L'implantation idéale d'un HDJ est au sein d'une structure hospitalière, à proximité d'un plateau technique et d'autres structures gériatriques. L'équipe soignante de l'HDJ doit être pluridisciplinaire mais sa composition est très variable selon les HDJ en fonction des missions spécifiques de la structure et de sa capacité d'accueil. Le médecin est le plus souvent un gériatre, avec un temps plein pour 10 à 15 places. Une présence infirmière continue doit couvrir la totalité de la plage horaire d'ouverture de l'HDJ. Le reste de l'équipe comprend des aides-soignantes, psychologue, kinésithérapeute, diététicienne, orthophoniste, assistante sociale, secrétaire médicale, médecins consultants, spécialistes de diverses spécialités.

Par ailleurs, il fonctionne en partenariat avec l'ensemble des professionnels libéraux et entretient des liens privilégiés avec les EHPAD, les hébergements temporaires et les accueils de jour.

Les patients sont admis sur rendez-vous, soit après appel de leur médecin traitant, soit après consultation préalable par un gériatre de la structure. Les explorations et les consultations sont programmées avant l'admission. Par la suite, le programme des séances est déterminé pour chaque sujet en fonction du bilan à réaliser ou du programme de soin proposé. L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier de soin infirmier et d'un dossier médical, complétés par les évaluations des différents intervenants. Un carnet de liaison permet d'établir un lien avec la famille et les partenaires du domicile. Il contient des informations, des conseils, des propositions...

Les missions multiples de l'HDJ gériatrique en font une structure tout à fait unique dans la filière, d'autant plus qu'elle présente de nombreux avantages dans le soin aux personnes âgées.

L'HDJ est un carrefour de compétence et une structure de recours pour le réseau gérontologique.
(32,33)

Les missions de l'HDJ sont :

- Mission d'évaluation et d'expertise

L'HDJ assure le diagnostic des pathologies aiguës et chroniques du sujet âgé en s'appuyant sur des compétences techniques, humaines, médicales et paramédicales. Cette fonction concerne les grands problèmes spécifiquement gériatriques comme les déficits cognitifs, les troubles psycho-comportementaux, les troubles de la marche et de l'équilibre, les chutes,... Le sujet âgé pourra bénéficier d'une EGS et d'une analyse de son environnement permettant l'élaboration d'un projet de soin individualisé et d'un projet de vie.

- Mission de soin et de réadaptation

Il propose un programme de soin adapté pour des pathologies chroniques, plus ou moins évolutives, afin d'en limiter le handicap : assurer des traitements non réalisables à domicile (par exemple des transfusions), prendre en charge des pansements lourds, contrôler la iatrogénie, assurer le suivi des maladies chroniques et neurodégénératives. Des prises en charge psychothérapeutiques pour les états dépressifs y ont également leur place.

L'approche réadaptative est essentielle et comporte plusieurs volets : la réadaptation motrice avec rééducation de la marche et de l'équilibre ; la réadaptation cognitive basée sur l'optimisation des capacités restantes et apprentissage de nouvelles stratégies ; la réadaptation aux gestes quotidiens pour améliorer l'autonomie ; la réadaptation sociale par la mise en place d'aides à domicile.

- Mission de coordination

Par sa situation à l'intersection de l'hôpital et du domicile, au contact des familles, l'HDJ a un rôle dans la coordination des soins et des acteurs autour de la personne âgée. L'objectif visé est le maintien à domicile le plus longtemps possible, en préservant la qualité de vie du sujet âgé et en assurant un soutien et un accompagnement des aidants.

- Mission de prévention

Il permet de dépister des situations à risque, des facteurs de fragilité, grâce à l'EGS et de prévenir la perte d'autonomie.

- Mission de diffusion de bonnes pratiques gériatriques.

1.4.3. L'Equipe Mobile de Gériatrie

L'EMG se compose au minimum d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, comportant un gériatre, une infirmière, et un secrétariat. Un contact avec l'assistante sociale est nécessaire pour proposer un projet de prise en charge post hospitalisation.

L'EMG, par son intervention, met à la disposition des services de spécialités médicales ou chirurgicales une compétence spécifique auprès des personnes âgées hospitalisées en s'adossant au service de Gériatrie de l'Etablissement. Elle joue un rôle de liaison entre les différentes structures gériatriques et les autres services de soins. Ce rôle de liaison est également développé vis-à-vis des autres structures non hospitalières (lieu d'hébergement, structures sociales de ville) et avec les intervenants du domicile.

Elle est rattachée au pôle d'évaluation gériatrique dans sa mission d'évaluation des personnes âgées hospitalisées en service non gériatrique, en s'appuyant sur l'EGS.

Elle assiste, à la demande, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés accueillis dans les services non gériatriques (notamment aux urgences). Elle apporte un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

L'intervention de l'EMG donne lieu à un compte rendu écrit, adressé au médecin dont émane la demande. Elle participe à l'élaboration d'un projet de soins et d'un projet de vie, oriente la personne âgée dans la filière gériatrique intra hospitalière, travaille en collaboration avec le réseau gérontologique du secteur de l'établissement, a un rôle de conseils, de formations et d'informations des équipes soignantes des différents services. **(34, 35,36)**

1.4.4. Les consultations gériatriques et de mémoire

La consultation gériatrique s'adresse aux personnes âgées qui présentent des situations complexes au cours desquelles s'intriquent des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. Elle s'intercale dans la prise en charge du médecin traitant en apportant un avis spécialisé et des conseils spécifiques. Elle doit faire face à trois sortes d'enjeux : répondre à la question posée par le médecin traitant ou la famille du patient, évaluer la situation globale de la personne âgée, mettre en place une prévention des complications qui pourraient découler de la situation présente. Elle a pour objectif final de poser des diagnostics et de suggérer des traitements et un plan d'action. **(37)**

Le premier temps de la consultation est l'analyse circonstanciée du problème défini par le médecin traitant (chutes fréquentes, troubles mnésiques, amaigrissement, trouble du comportement...), les thérapeutiques déjà appliquées, leurs résultats et effets secondaires. Il faut instituer une hiérarchie des problèmes pour la prise en charge thérapeutique.

L'avis du patient sur son cas est très utile (santé subjective) et doit être confronté à celui du médecin traitant, ou de l'aidant principal.

Le deuxième temps est l'examen du patient complété par l'évaluation globale des différentes fonctions (l'EGS) et celle du traitement (contrôle de la iatrogénie et de l'automédication).

Le troisième temps est l'évaluation de la situation familiale et sociale et le retentissement sur la famille des difficultés que présente le patient.

En dernier lieu, la consultation permet d'assurer la prévention en apportant des conseils à la famille pour la mise en place d'aide, en orientant vers d'autres consultations plus spécialisées, en modifiant le traitement.

Les consultations de suivi permettent de conseiller, d'apporter des explications, de s'assurer de la bonne observance, de l'absence d'effets secondaires des traitements instaurés et de la pertinence du plan d'aide.

1.4.5. Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique

Il accueille des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation pouvant relever d'une ou plusieurs pathologies chroniques, plus ou moins invalidantes. Ces affections sont susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience, source de dépendance physique ou psychique. Elles prennent en charge des patients dans les suites d'un épisode aigu médical ou chirurgical.

Les unités de SSR ont pour but de limiter ou de prévenir les incapacités et de restaurer la capacité fonctionnelle en proposant une réadaptation adaptée. Une prise en compte de la polypathologie, des handicaps sensoriels, de l'état cognitif, du statut nutritionnel, des possibilités d'adaptation à l'effort et l'état cardio-circulatoire, de la fonction musculaire et ostéo-articulaire, et des risques iatrogènes (prise en compte de la fonction rénale) est nécessaire. Elles permettent de faciliter le retour au milieu de vie antérieur (domicile, EHPAD...).

Pour remplir ses missions, le SSR gériatrique dispose d'une équipe pluridisciplinaire, composée de gériatre, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, diététicienne, assistante sociale. L'équipe s'appuie sur une évaluation médico-psycho-sociale pour rédiger un projet thérapeutique personnalisé.

Les moyens matériels, locaux et équipements doivent être adaptés aux patients âgés. Certaines unités doivent être conçues pour la prise en charge de patients présentant des troubles cognitifs.

Le SSR dispose sur place ou par convention avec un autre établissement de santé, d'un plateau technique d'imagerie et de biologie. L'articulation avec le secteur médico-social et les solutions d'aval est l'objet d'enjeux majeurs.

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 CSG 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. **(38, 39,40).**

1.4.6. L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD)

Les unités de soins de longue durée ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD.

D'après la circulaire DHOS 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 USLD, « les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médico-psycho-social rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. » **(41)**

Les patients âgés en USLD sont ceux qui requièrent des soins médicaux et techniques importants et qui représentent pour l'essentiel :

- Les patients présentant un état clinique relevant de soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée, imposant d'une surveillance médicale pluri hebdomadaire et une permanence infirmière 24h/24.
- Les patients relevant d'une rééducation fonctionnelle intensive, le plus individuelle.
- Les patients en fin de vie relevant d'un accompagnement psychologique et technique lourd.

Ses missions sont :

- Assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels, curatifs, palliatifs et de réadaptation.
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes.
- Elaborer un projet de vie, soins et thérapeutique individuels pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie.
- Assurer l'accompagnement des familles et des proches.
- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- Assurer le soutien des patients, l'information et le soutien des aidants.
- Assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion sociale et familiale en lien avec les professionnels intervenant au domicile.

La prise en charge de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie (mission d'accueil et de soins)

Le médecin traitant après concertation avec le patient et ses proches formule une demande d'admission transmise à la Commission d'admission.

L'admission définitive s'appuie sur l'avis du médecin référent après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale comportant une évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis ainsi qu'une visite médicale de pré-admission.

Les modalités de prise en charge sont adaptées au type de malades accueillis, notamment dans le cas de malades atteints de pathologies chroniques (en particulier, maladies dégénératives du système nerveux central...).

Les soins palliatifs doivent être mis en œuvre dans les USLD pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cette prise en charge doit s'appuyer sur le dispositif mis en place dans les régions en matière de soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles et l'unité de soins palliatifs. Il est donc nécessaire que les USLD disposent de lits identifiés de soins palliatifs.

Si une amélioration suffisante de l'état de santé du patient se produit et que la surveillance pluriquotidienne n'apparaît plus nécessaire, une réorientation peut être envisagée.

1.4.7. Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'appartenance à une filière gériatrique est très variable, en fonction de la nature administrative de l'EHPAD. S'il s'agit d'un EHPAD relevant d'un CH, elle se fera plus naturellement que s'il s'agit d'un EHPAD privé, à but lucratif.

La décision de vivre dans un autre lieu que son domicile est une décision personnelle et/ou familiale. Les critères qui vont aboutir à une telle décision sont d'ordre médical (pathologies mettant en jeu ou non la sécurité du patient si la surveillance n'est pas constante), liée à la dépendance, et pragmatiques (le budget, l'offre disponible).

La visite d'admission en EHPAD est un temps important de la pratique gériatrique, permettant de mesurer la capacité de la personne âgée à accepter cette solution.

L'EHPAD décline :

- un projet de soins, visant à prévenir et traiter les maladies (déficiences) et à compenser les incapacités. L'évaluation de la dépendance individuelle est le résultat d'une EGS complète permettant de mesurer les incapacités, conséquences des déficiences et de mettre en place des aides techniques et humaines pour assurer au résident le maximum d'autonomie.
- Un projet de vie, limitant le désavantage social induit par la perte d'autonomie. Il définit les objectifs et les moyens de l'établissement en terme de qualité hôtelière de l'hébergement

(repas, architecture, mobilier...) et de vie sociale (animations, maintien des relations familiales...)

Pour répondre à l'ensemble de ces besoins, une professionnalisation de tous les acteurs est nécessaire : professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux, administratifs, formés à la gériatrie. Le rôle du médecin coordonnateur dans le suivi du plan de formation, et de l'évaluation de l'efficacité de cette formation sur le terrain est fondamental. **(42)**

Certains EHPAD peuvent comporter des unités spécifiques :

- **Les Unités de Vie Alzheimer (UVA)**

Suite à la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012, des unités spécifiques peuvent être mises en place au sein des EHPAD. Elles sont conçues pour des personnes désorientées, déambulantes, présentant des troubles du comportement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, qui ont besoin de vivre librement dans un milieu sécurisé. **(43, 44,45)**

Les objectifs de l'UVA sont :

- Mettre en place un projet de soins tenant compte du respect des habitudes de vie. Il permet d'optimiser la qualité de vie des patients et de leur entourage. Le suivi du malade et le dépistage d'éventuels troubles secondaires aux pathologies démentielles (perte de poids, troubles de la marche, troubles psycho-comportementaux,...) sont réalisés. Il existe également un programme d'animation thérapeutique qui contribue à diminuer les troubles du comportement et du sommeil, fréquents chez les malades souffrant de troubles cognitifs. Ces activités offrent des stimulations cognitives et sociales, qui diminuent l'anxiété, l'agitation ou bien l'apathie caractéristiques des démences. Le sentiment de bien-être de la personne âgée s'améliore.
- Mettre en place un projet de vie en assurant un maximum de confort pour le patient, sa famille, dans une architecture adaptée afin d'éviter les fugues. Une attention toute particulière doit être portée aux couleurs (afin de calmer et faciliter l'orientation des patients), à la luminosité qui doit être suffisante, à l'acoustique, pour entretenir la sérénité des lieux. Un jardin thérapeutique sécurisé est un plus, ainsi qu'un parcours de déambulation.
- Associer les familles et les tenir informées de l'évolution de la maladie de leur parent est un élément que les responsables des unités spécialisées d'accueil de malades d'Alzheimer veillent à mettre en œuvre. Plus encore que dans le cas d'un résident non atteint de démence, les visites familiales et la participation de la famille à la vie de la résidence sont bénéfiques à l'amélioration du bien-être du résident.

Le personnel formé et qualifié est nécessaire afin de faire face aux différents troubles du comportement. Outre la formation spécifique au contact avec une population atteinte d'Alzheimer, la disponibilité du personnel est l'autre facteur majeur contribuant à une prise en charge optimale.

- **Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)**

Pour les patients ayant des troubles très importants du comportement, les structures renforcées ont été développées, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour une douzaine de personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée.

- **Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)**

Le PASA a été instauré par la circulaire DHOS du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ». **(46)**

Il propose aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales, ludiques et thérapeutiques. Cet accueil de jour interne à l'établissement offre, au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, un environnement adapté aux besoins des personnes accueillies.

L'EHPAD peut proposer des structures « passerelles » entre domicile et institution :

- **L'accueil de jour**

Le but de cette structure est de permettre une prise en charge thérapeutique des sujets âgés atteints d'une pathologie démentielle, une à plusieurs journées par semaine, afin de stimuler les capacités restantes, assurer un soutien psychologique du patient et de sa famille. Il est financé par un prix de journée, à la charge de la personne, pouvant être pris en charge par l'APA, voire avec l'aide de l'Aide Sociale du département.

- **L'hébergement temporaire**

Il permet de résoudre des situations passagères de crise à domicile lorsque cette dernière est due à une rupture des aides en place (hospitalisation de l'aidant principal ou carence temporaire des aides professionnelles), et permet au sujet âgé de se rendre compte de la réalité institutionnelle et de sa capacité à s'y adapter.

La durée est déterminée au départ, mais elle est souvent infirmée du fait de la fragilité du sujet âgé et des multiples raisons amenant à ce projet.

2. Présentation de la filière gériatrique labellisée du Centre Hospitalier de Seclin/Carvin

2.1. Composition de la filière gériatrique labellisée du Centre Hospitalier de Seclin/Carvin

La filière de soins gériatriques des CH de Seclin et Carvin est inscrite dans une dynamique d'organisation territoriale, négociée dans le cadre d'un avenant au CPOM, signé le 2 Mars 2009 sur la base d'un référentiel d'organisation des soins. (Circulaire DHOS/02/ du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

Elle s'est constituée progressivement jusqu'à devenir une filière complète sur Seclin et labellisée en novembre 2008, puis a intégré le secteur de Carvin, par une fédération inter hospitalière, constituant un pôle unique de gériatrie.

Elle comprend :

- **Le court séjour gériatrique (CSG) à Seclin**

Le service dispose depuis février 2012 de 40 lits répartis en 2 ailes (10 lits ouverts en septembre 2006, puis 20 lits en septembre 2009), dont des lits d'ortho-gériatrie.

Les patients peuvent rentrer directement sur appel du médecin référent, des urgences, des services de spécialités médicales ou chirurgicales, du service de psychiatrie, du SSR, de l'USLD, des EHPAD, du domicile, ou encore d'un autre hôpital, notamment le CHRU de Lille.

Un numéro unique a été instauré afin que les médecins puissent joindre le gériatre référent en passant par le secrétariat, pour des demandes d'hospitalisation au CSG, de consultations gériatriques, d'HDJ gériatrique ou de l'EMG.

La prise en charge médico-psycho-sociale globale et pluridisciplinaire conduit à l'élaboration d'un projet de vie, d'un projet de soins, d'un projet thérapeutique et d'un plan d'aides. Cela implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière et les partenaires médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou le réseau de santé EOLLIS. Il fait également appel à l'hospitalisation à domicile (HAD) si nécessaire.

- **L'hôpital de jour gériatrique (HDJ) de Seclin**

Ouvert en novembre 2006, il comportait 2 lits avec une capacité d'accueil maximale de 4 personnes par jour. Depuis septembre 2009, il dispose de 3 lits avec une capacité d'accueil de 5 personnes par jour. Il est ouvert 5j/7 du lundi au vendredi, 44 semaines/an.

Il est installé au sein du service du CSG.

L'accès à l'HDJ est conditionné par une consultation gériatrique ou l'avis d'un gériatre suite à la demande du médecin traitant.

L'HDJ de Seclin permet de :

- Effectuer des bilans diagnostics à la demande des médecins traitants, notamment bilan cognitif, de troubles du comportement, d'altération de l'état général, de l'autonomie, et nutritionnel.
- Réaliser des gestes techniques ponctuels : transfusions, réalisation et suivi de pansements complexes avec parfois utilisation de MEOPA ®.
- Pratiquer des évaluations globales gérontologiques médicales, psychiatriques et sociales.
- Assurer un suivi des troubles de la mémoire.
- Eviter une hospitalisation conventionnelle quand cela est possible, en étroite coopération et coordination avec le réseau gérontologique EOLLIS.
- Effectuer une évaluation sociale et une consultation de synthèse avec le patient et sa famille le jour de l'HDJ, avec restitution des résultats et une élaboration d'un plan d'aide.
- Remettre un courrier de synthèse au médecin traitant.

- **L'Equipe Mobile de Gériatrie de Seclin**

Elle est installée au sein du service du CSG.

L'EMG de Seclin est reconnue comme référent hospitalier par les libéraux et les établissements médico-sociaux (EHPADS internes et extérieurs, SSIAD, HAD). Un numéro de téléphone est individualisé, avec projet de mise en place d'un numéro vert différent, pour avis téléphonique gériatrique spécialisé, en journée, auprès des médecins du secteur, 5 jours sur 7.

Elle intervient en équipe transversale auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC, et le réseau gérontologique EOLLIS.

Il s'agit d'un dispositif multidisciplinaire, composé d'un médecin gériatre, d'une infirmière à temps plein, d'une assistante sociale à mi-temps et d'une secrétaire à temps partiel.

Les objectifs de l'EMG du CH de Seclin sont :

- Apporter les évaluations gériatriques nécessaires au sein des services de spécialité de l'établissement.
- Intervenir aux urgences pour les personnes âgées arrivant par le circuit des urgences et relevant d'une prise en charge gériatrique.
- Permettre la mise en œuvre d'une organisation transversale garante d'une bonne prise en charge globale des personnes âgées dans l'ensemble de l'établissement.

Le partenariat avec le service de traumatologie et des urgences est particulièrement développé et une convention spécifique avec le réseau de gérontologie « EOLLIS » est en cours d'écriture.

- **Les consultations d'évaluation gériatrique et de mémoire**

L'unité de consultations est une structure de soins de court séjour de la filière gériatrique située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Le patient peut être adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant, ou un gériatre.

6 Praticiens Hospitaliers et une neuropsychologue effectuent des consultations de mémoire, labellisées par le réseau MEOTIS.

C'est un centre de prévention, de diagnostic, et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière gériatrique.

La moyenne d'âge des patients bénéficiant d'une consultation gériatrique est de 81 ans. Le délai d'une première consultation est d'environ de 2 mois à Seclin.

- **Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) à Seclin et à Carvin :**

La filière gériatrique du CH de Seclin a développé les prises en charge gériatriques en SSR. Elle a obtenu une autorisation en Août 2010 de prise en charge spécialisée pour personnes âgées poly-pathologiques, fragiles, dépendantes ou à risque de dépendance. Une structure est dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées avec l'Unité de troubles cognitivo-comportementaux (UCC).

Sur Seclin, le SSR comporte 78 lits d'hospitalisations complètes : 5 lits en SSR polyvalent, 65 lits en SSR polypathologique, avec 12 lits d'UCC, 6 lits en SSR de l'appareil locomoteur et 2 lits en SSR des voies aérodigestives supérieures(VADS).

Il existe également 11 lits d'hospitalisations de jour : 5 lits en SSR cardio-vasculaire, 4 lits en SSR de l'appareil locomoteur, et 2 lits en VADS.

Le SSR de Carvin est un service ouvert en 1998, à vocation gériatrique. Il comporte 30 lits d'hospitalisations complètes : 28 lits en SSR polypathologique et 2 lits en SSR polyvalent.

Il existe donc deux services de SSR appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance avec deux plateaux techniques de réadaptation dont une balnéothérapie à Seclin.

Le SSR a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Il prend en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou institutionnalisation (EHPAD, USLD...), soit directement du domicile dans une approche programmée.

Il permet d'éviter par conséquent la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour. Il formalise toutes les coopérations nécessaires à la mise en œuvre de ses missions.

- **L'Unité de Soins de Longue Durée à Seclin, "Au fil de l'eau" :**

Ouverte en septembre 2010, elle accueille 60 résidents.

Elle prend en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, soit directement du domicile, lorsqu'il s'avère qu'un maintien à domicile n'est plus possible.

Une équipe pluridisciplinaire est mise en place, associant une animatrice, des bénévoles (l'association "Vivre Ensemble"), un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien...

Un projet de vie personnalisé est réalisé dès l'admission dans le souci de la qualité de vie du résident.

Les missions de l'USLD sont, outre la réalisation des soins médico-techniques, la prévention de l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes, et l'accompagnement des familles.

- **Les établissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes (EHPAD):**

« **La Source** », est une EHPAD à Seclin, hébergeant 120 personnes âgées dépendantes, dont un secteur de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 12 places et un accueil de jour de 3 places (le Phare).

En 2014, elle sera remplacée par une nouvelle EHPAD de 126 places à Seclin, dont 30 places en UVA, 90 places en EHPAD classique, et 6 places d'Hébergement Temporaire. Il y aura également 14 places de PASA et 8 places d'accueil de jour.

Une équipe pluridisciplinaire est mise en place, associant une animatrice, des bénévoles (l'association "Vivre Ensemble"), un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien...

"L'arbre de vie" est un EHPAD à Wattignies, ouvert en septembre 2010.

Il s'agit d'un établissement hébergeant 64 personnes âgées dépendantes.

Il assure une qualité de vie aux personnes accueillies en termes de locaux et d'activités proposées ainsi qu'une qualité de soins médicaux et paramédicaux.

Il propose un accompagnement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec une UVA de 10 lits. Il propose des possibilités de répit pour les familles avec deux chambres d'hébergement temporaire.

"Les orchidées" est une EHPAD à Carvin, fait également partie du pôle gériatrique de Seclin/Carvin.

Sa capacité d'accueil est passée de 80 à 120 lits depuis début octobre 2012.

Le bâtiment se situe sur 4 niveaux et présente une offre d'hébergement de qualité, diversifiée, adaptée aux besoins de la population âgée dépendante.

Elle comporte 2 UVA de 15 places chacune, 3 unités de 30 lits d'hébergement avec la possibilité de 5 lits d'hébergement temporaire et un PASA de 14 places. A ceci s'ajoute un accueil de jour de 6 places.

Les missions de ces EHPAD sont :

- Accueillir les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible devant la perte d'autonomie ou l'aggravation de la dépendance suite à une pathologie aiguë ou l'évolution d'une pathologie chronique, sans nécessité de soins médico-techniques importants.
- Héberger les résidents dans des locaux agréables, en maintenant les échanges avec la famille et l'extérieur.
- Assurer le suivi médical de la personne âgée.
- Accompagner les familles
- Favoriser la reconnaissance des résidents en leur offrant des activités visant à maintenir les acquis antérieurs et à leur faire acquérir d'autres gestes.
- Participer à des actions d'informations et de formations relatives à la prise en charge spécifique des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux personnes âgées.

- **Un foyer de vie, " Les Genêts", à Carvin :**

Ouvert en 2009 avec une extension en 2010, le foyer accueille 50 résidents en situation de handicap psychique.

Les objectifs du foyer sont :

- Accueillir des personnes ne pouvant être maintenues dans leur famille, dans un climat de compréhension affective, en respectant la personne dans son intégrité.
- Héberger les résidents dans des locaux agréables au cœur de la ville en maintenant les échanges avec la famille et l'extérieur.
- Elaborer des projets de vie et de soins individuels.
- Favoriser la reconnaissance des résidents en leur offrant des activités visant à maintenir les acquis antérieurs et à leur faire acquérir d'autres gestes, d'autres apprentissages.

- **La commission Personnes Agées**

Elle regroupe un ensemble de professionnels (médicaux, sociaux, administratifs) permettant de diffuser les bonnes pratiques de soins, d'assurer un parcours de soins conforme aux besoins des personnes âgées, d'assurer une prise en charge optimale quel que soit le pôle d'activité dans lequel le patient est admis. Elle est coordonnée par un gériatre de la filière.

2.2. Les partenaires extra hospitaliers de la filière gériatrique

2.2.1. La médecine de ville : les médecins généralistes

La filière gériatrique du CH de Seclin est en lien étroit avec les médecins généralistes pour une prise en charge globale optimale du patient. Elle organise également des soirées d'information et de présentation de la filière pour les médecins de ville.

Les médecins généralistes sont au premier plan de la prise en charge de la personne âgée, à domicile mais aussi en institution. Ils ont une approche de proximité, dans l'environnement habituel de leurs patients et assurent un suivi au long cours. Ils ont une vision globale, médico - psycho -sociale. Ils doivent savoir repérer les sujets âgés fragiles parmi leur patientèle. Leur action est déterminante en matière d'orientation et de soins, aussi bien en amont qu'en aval de la filière gériatrique hospitalière. La collaboration ville-hôpital est essentielle pour transmettre des données médicales, sociales, environnementales. Elle contribue à une prise en charge optimale du sujet âgé.

En 2011, sur la Métropole lilloise, le nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants est de 17.1, et de 13.4 sur toute la région Nord-Pas-de-Calais. **(47)**

2.2.2. les secteurs de psychiatrie

La géronto-psychiatrie est une branche de la psychiatrie qui s'intéresse à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles mentaux complexes qui se manifestent chez les aînés. La géronto-psychiatrie est axée sur les soins à des patients aux besoins multiples, et à leurs aidants, à une période où l'on observe conjointement de nombreux problèmes complexes de santé physique et mentale. Elle organise la prestation des soins psychiatriques aux aînés en collaboration avec des équipes multidisciplinaires et dans des lieux adaptés aux besoins de cette population âgée. Elle est aussi dédiée à l'optimisation et à la planification des services pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. **(48,49)**

L'infirmière coordinatrice de psychiatrie participe aux réunions de synthèse, à la prise en charge de patients présentant des troubles psycho-comportementaux accueillis au sein de la filière gériatrique.

Le psychiatre du secteur donne des avis médicaux régulièrement, au chevet du patient, dans tous les services du pôle gériatrique quand son intervention est nécessaire.

Il existe un partenariat fort avec le secteur de psychiatrie de Seclin, Pont à Marcq, Carvin et Henin Beaumont.

2.2.3. le CHRU de Lille et le CH de Loos-Haubourdin

La filière gériatrique du CH de Seclin partage un projet médical avec le CHRU de Lille et le CH de Loos Haubourdin, concernant l'HDJ, l'ortho-gériatrie, les prises en charge du sujet âgé en SSR, la coordination en EHPAD, la formation et dans le domaine de la recherche, convention en cours d'écriture.

2.2.4. Le secteur médico-social :

Un partenariat avec le secteur médico-social s'est développé, c'est-à-dire avec les EHPAD internes et extérieurs, les foyers logements, le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et l'HAD.

- **Les EHPAD internes et extérieurs**

La convention définissant les modalités de coopération entre le Centre Hospitalier de Seclin et notamment sa filière gériatrique a été signée avec des EHPAD du secteur. Un Médecin coordinateur recruté par le CH de Seclin est mis à disposition de 3 EHPAD.

Elle a été validée par le comité de pilotage créé au sein duquel sont représentées toutes les structures et EOLLIS. Le comité de pilotage se réunit environ deux fois par an afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ces conventions et les adapter le cas échéant.

Les signataires sont les EHPAD du CH de Seclin, du CH de Carvin, de Templeuve, Cysoing, Annœullin, Orchies, Provin, Lesquin, Pont à Marcq, Phalempin, Fâches-Thumesnil.

Une convention a également été signée avec les Foyers logements du secteur : Seclin, Ostricourt, Annœullin, Wattignies. Une démarche a été initiée auprès des foyers logement de Leforest et Oignies.

Une démarche a été initiée auprès des SSIAD de Carvin, Gondecourt et Seclin.

- **Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées ou aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap, les soins infirmiers ou d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu'éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux (d'après le décret de mai 1991).

Ils interviennent en amont, pour prévenir ou différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou en aval, pour faciliter le retour au domicile suite à une hospitalisation.

En 2011, les SSIAD de la région disposent 8200 places, soit 28.1 places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus. Les SSIAD sont davantage concentrés dans les territoires les plus urbanisés, où les besoins sont les plus importants. **(50)**

Dans le secteur de Seclin, il existe plusieurs SSIAD : SSIAD d'Annœullin, SSIAD de Bachy, SSIAD de Gondecourt, SSIAD de Phalempin, SSIAD de Seclin, SSIAD de Templeuve et celui de T.A.R.A (Thumeries Accompagnement et Réhabilitation Alzheimer). Ce dernier propose aux patients atteints de maladie Alzheimer ou apparentée des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement, et de soutien aux aidants. Ces séances sont effectuées au domicile par une équipe spécialisée composée d'une psychomotricienne, et d'assistantes de soins en gérontologie.

- **L'hospitalisation à domicile (HAD)**

La filière gériatrique du CH de Seclin est en lien étroit avec des HAD qui permettent d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

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

Le CLIC a été mis en place à titre expérimental en 2000, avant d'entrer en phase opérationnelle en 2001.

“Il s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître de tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement permettant d'apporter des réponses préventives et opérationnelles en ce qui concerne tant l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la qualité et le confort de vie, l'aménagement du territoire que la vie sociale, culturelle et sportive et par conséquent la citoyenneté. L'objectif, c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées.” (D'après le cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique, rédigé par le ministère de l'emploi et de la solidarité). **(51)**

Il s'agit d'un dispositif de proximité, d'un lieu de ressources, d'informations, d'écoute et de coordination des intervenants du domicile afin d'améliorer la vie quotidienne des personnes âgées. Il assure un accueil personnalisé et gratuit, quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. **(52)**

Selon l'étendue des missions et des services offerts, 3 niveaux de labellisation sont distingués :

Label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.

Label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Dans le Nord, en 2010, il existe 17 CLIC dont 3 de niveau 1, 7 de niveau 2, et 7 de niveau 3, recouvrant une population de 60 ans ou plus de 44,18%. **(53)**

Sur le secteur de Seclin, le CLIC est de niveau 3 depuis 2002. Le CH de Seclin est également en partenariat avec d'autres CLIC : celui de Henin Beaumont, de La Bassée ou encore de Lille.

2.2.6. Le réseau gérontologique EOLLIS

Afin de renforcer la cohérence de toutes les actions destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus, l'association EOLLIS (Ensemble Organisons du Lien pour Lutter contre l'isolement et promouvoir la Santé) a crée un réseau de santé gérontologique, validé en 2004 : réseau EOLLIS. Ce dernier vient compléter et renforcer les missions du CLIC existant.

Le réseau a pour mission d'apporter une aide aux professionnels et à la famille pour faciliter le maintien à domicile ou à la sortie de l'hôpital, en prenant en compte les problématiques de santé (accès aux soins, prévention) et les problèmes de la vie quotidienne.

Le réseau coordonne tous les acteurs de la prise en charge d'une personne âgée (professionnels de santé, services facilitant le maintien à domicile, ...).La prise en charge par le réseau est gratuite.

Il ne se substitue ni aux services d'aides à domicile, ni au médecin traitant. Il intervient comme un expert gériatrique dans l'environnement familial du patient.

Il est composé de 3 infirmiers coordinateurs, 1 médecin gériatre, 1 assistante sociale, une psychologue, un ergothérapeute. **(54,55)**

La filière gériatrique du CH de Seclin est en partenariat avec EOLLIS : elle participe aux différentes commissions (commission d'hébergement, ou encore d'aide aux aidants,...), au conseil d'Administration, à l'expérimentation MAIA. Il existe une coordination régulière dans le cadre d'une hospitalisation d'un sujet âgé, ou de la sortie d'hospitalisation afin de préparer le retour à domicile dans les meilleures conditions. Les assistantes sociales du pôle gériatrique sont en concertation de manière fréquente avec le réseau EOLLIS, de même que l'EMG.

Carte des cantons dépendants du réseau EOLLIS :



2.2.7. Les gestions de cas et les MAIA

La gestion de cas est un mode d'accompagnement au long cours de personnes en situation complexe avec une réponse adaptée et continue en fonction des besoins.

Travailleur social ou professionnel paramédical, "le gestionnaire de cas" intervient dans le cadre du dispositif d'intégration MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer. Ces professionnels sont les équivalents français des « case managers » anglo-saxons ou coordonnateurs de santé en gériatrie ; leur expertise est pluridisciplinaire.

La création des MAIA a été prévue dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 4).

Après deux années d'expérimentation, les MAIA se sont déployées à partir de 2011, financées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et par le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). **(56)**

Fin 2011, 55 MAIA étaient installées en France, et l'objectif est d'arriver à 500 en 2014.

Elle est destinée aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, également à toute personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle dont la situation est qualifiée de complexe compte tenu des difficultés (santé, environnement familial, incapacité à gérer seul sa vie quotidienne).

Les missions du gestionnaire de cas sont :

- Evaluer la situation de la personne âgée dans une approche multidimensionnelle (autonomie fonctionnelle, aspects sociaux, familiaux, environnementaux, économiques, administratifs).
- Analyser les besoins de la personne âgée.
- Développer un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux, et sociaux.
- Organiser des réunions interdisciplinaires autour de la personne, avec son entourage professionnel et familial afin d'élaborer un plan d'accompagnement adapté.
- Réaliser un suivi au long cours.
- Mettre en place des actions de soutien aux aidants de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées.

Les gestionnaires de cas n'ont de sens que dans un contexte d'intégration (structuration de la concertation, travail d'élaboration d'un guichet intégré et utilisation d'outils spécifiques et dédiés).

Le guichet intégré est un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit, autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés, les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour une réponse aux personnes qui soit harmonisée, complète et adaptée.

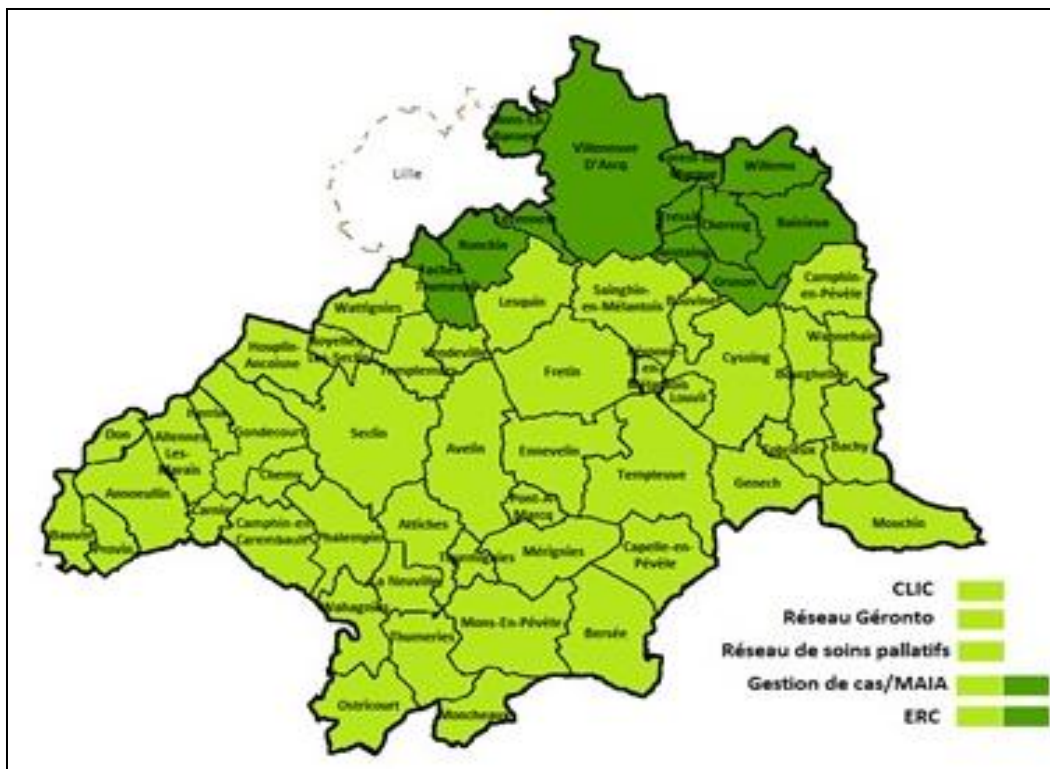
En partageant référentiels, pratiques et données, le guichet intégré est une organisation essentielle à l'accessibilité des services et à la définition des besoins d'un territoire.

À travers les MAIA, l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants.

Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les structures existantes en évitant les redondances.

(57)

Carte représentant les zones d'intervention de la gestion de cas/MAIA (58 communes) : (58)



La MAIA dépend du réseau EOLLIS pour le secteur de Seclin.

2.2.8. le réseau régional de la mémoire : réseau MEOTIS

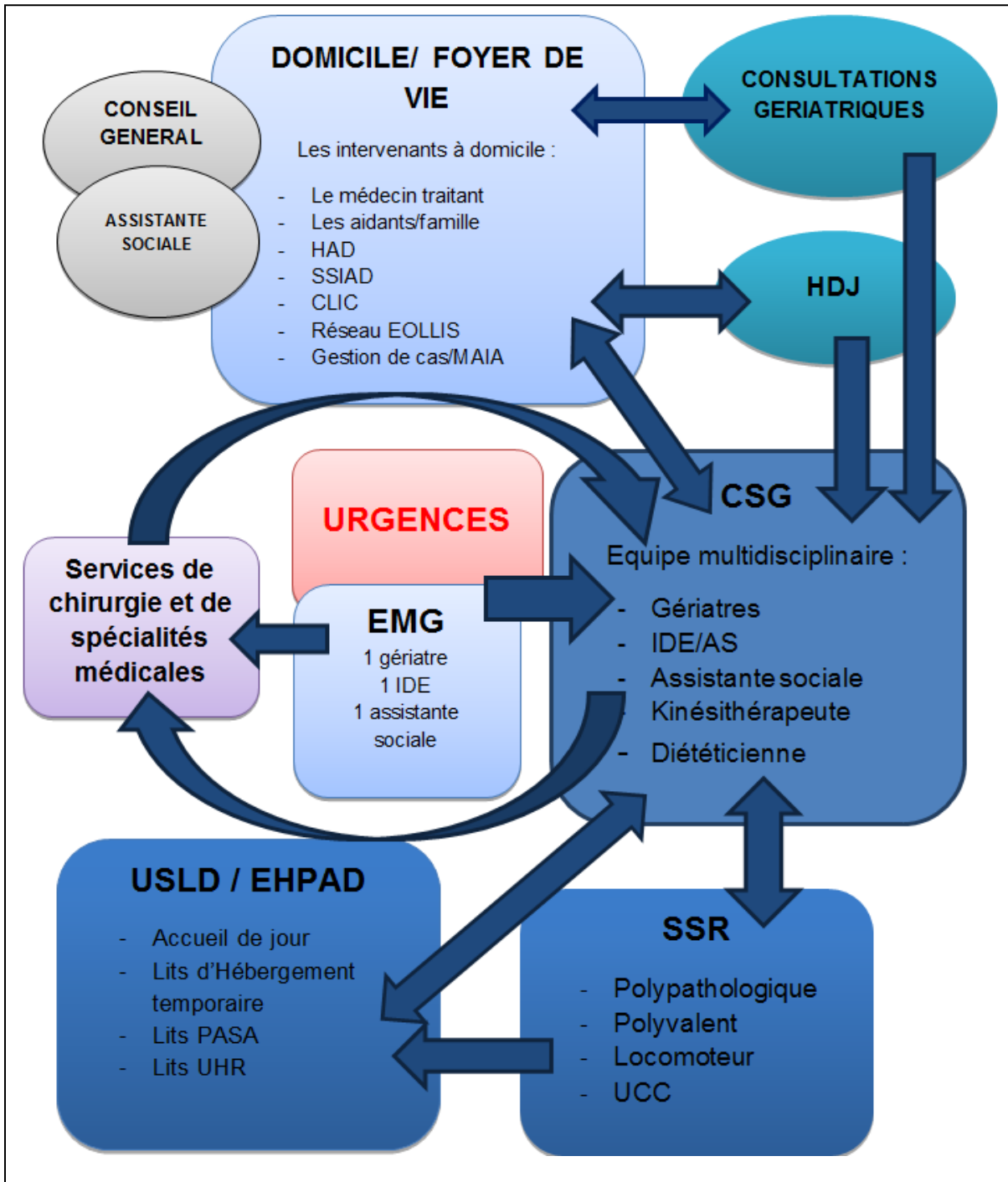
Le réseau régional de la mémoire est issu d'une réflexion régionale, sur la prise en charge de la démence dès 1989 (création d'une consultation mémoire et hôpital de jour à Lille jusqu'à ouverture progressive de 17 centres dans la région Nord-Pas-de-Calais. **(59)**

Les objectifs de MEOTIS sont :

- Améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des sujets âgés souffrant de troubles cognitifs.
- Améliorer la prise en charge médico-sociale : soutien aux aidants, soulager les familles, améliorer les conditions de prise en charge permettant un maintien à domicile en tenant compte de l'environnement familial.
- Accentuer les efforts de recherche
- Former les intervenants agissant auprès des personnes âgées
- Sensibiliser les acteurs publics à la prévalence et la gravité de la maladie.

La filière gériatrique est partie prenante pour le développement de l'aide aux aidants : elle est intégrée dans les dispositifs d'annonce avec sa consultation de la mémoire et son HDJ. Des référents hospitaliers participent à la commission aide aux aidants d'EOLLIS. Des actions de soutien individuel ou collectif sont organisées.

2.2.9. Schématisation de la filière gériatrique



Deuxième Partie :

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude et la population étudiée

La filière de soins gériatriques du CH de Seclin/Carvin s'est développée progressivement jusqu'à devenir une filière labellisée en novembre 2008.

Nous avons souhaité évaluer l'intérêt de cette filière dans son territoire de santé en s'adressant aux médecins généralistes du secteur de Seclin/Carvin, en prenant en compte les services rendus par la filière aux médecins généralistes du secteur, la connaissance d'un tel dispositif auprès des médecins généralistes du secteur, et l'aide apportée dans la prise en charge des sujets âgés en ville.

Il s'agit d'une étude descriptive et qualitative, réalisée à partir d'un questionnaire envoyé par courrier aux médecins généralistes du secteur de Seclin/Carvin.

2. Méthode

2.1. Les critères d'inclusion et exclusion

L'étude s'adresse aux médecins généralistes exerçant dans le territoire de santé de Seclin/Carvin, élargi aux zones d'attractivité de la filière selon les données de la PMSI ; étendu de Villeneuve d'Ascq à Somain, en passant par Wingles, Loos, Henin Beaumont, Cysoing et Orchies.

Une liste de médecins généralistes nous a été fournie par le CH de Seclin, datant d'avril 2002. Nous avons réactualisé cette liste en appuyant sur les pages jaunes, supprimant les médecins qui n'exerçaient plus en juillet 2012 et ajoutant ceux qui se sont installés depuis 2002.

2.2. Le recueil de données

2.2.1. Le questionnaire destiné aux médecins généralistes (annexe 1)

Le questionnaire a été rédigé en juin - juillet 2012 et comprend sept parties.

➤ Le court séjour gériatrique (CSG)

Cette partie renseigne sur le mode d'information des médecins traitants concernant l'ouverture de 20 lits supplémentaires en février 2012, les modalités d'entrées au CSG, la collaboration médicale CSG - secteur libéral, l'évaluation des prestations du CSG, des aides sociales proposées pour le retour à domicile, et du suivi du patient dans la filière gériatrique.

➤ L'hôpital de jour (HDJ)

Elle évalue la collaboration médicale entre le gériatre d'HDJ et le médecin généraliste, les prestations de l'HDJ concernant le délai de la prise en charge, la prise en charge globale du patient et le rapport de synthèse rédigé par le gériatre.

➤ L'équipe mobile de gériatrie (EMG)

Elle se concentre sur la connaissance des médecins généralistes concernant l'EMG et sur la prise en charge des sujets âgés par l'EMG.

➤ Les consultations gériatriques

Elle vise à apprécier d'une part la collaboration entre les gériatres et les médecins traitants dans le cadre des consultations gériatriques, et d'autre part les prestations et l'intérêt d'une prise en charge du sujet âgé en consultation.

➤ Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Elle se concentre sur la connaissance des médecins généralistes concernant les spécialisations des SSR du CH de Seclin/Carvin, l'évaluation des prestations des SSR et l'intérêt de la prise en charge des patients en SSR dans le cadre d'un retour à domicile dans de meilleures conditions physiques et sociales.

➤ Les EHPAD, l'USLD et le foyer de vie à Seclin et à Carvin

Elle détermine la connaissance des médecins libéraux concernant les EHPAD, l'USLD et le foyer de vie de Seclin et Carvin.

➤ La collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS

La dernière partie renseigne sur la satisfaction des médecins généralistes au sujet de la collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS.

Ce questionnaire a été envoyé par courrier fin août 2012, mentionnant la possibilité de le compléter directement par internet, ou de le renvoyer par fax, ou courrier. A noter que le questionnaire a pu être élaboré sur internet grâce au site "www.mon-enquete-enligne.fr". L'adresse du site internet a été sécurisée à l'aide d'un mot de passe; il était impossible de compléter le questionnaire à plusieurs reprises.

Ce questionnaire pouvait également être rendu lors d'une soirée d'information de la filière gériatrique du CH de Seclin/Carvin, avant la présentation orale, qui s'est déroulée le 27 septembre 2012 au CH de Seclin.

3. Traitement des données

Les questionnaires ont été recueillis de manière anonyme du 27 août au 4 novembre 2012. Les données obtenues ont été enregistrées dans un tableau Excel pour y être analysées.

L'analyse statistique des données a été réalisée par l'équipe du Docteur Emmanuel Chazard, MCU-PH à la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille.

Une analyse statistique descriptive de chaque variable a été réalisée.

Troisième Partie :

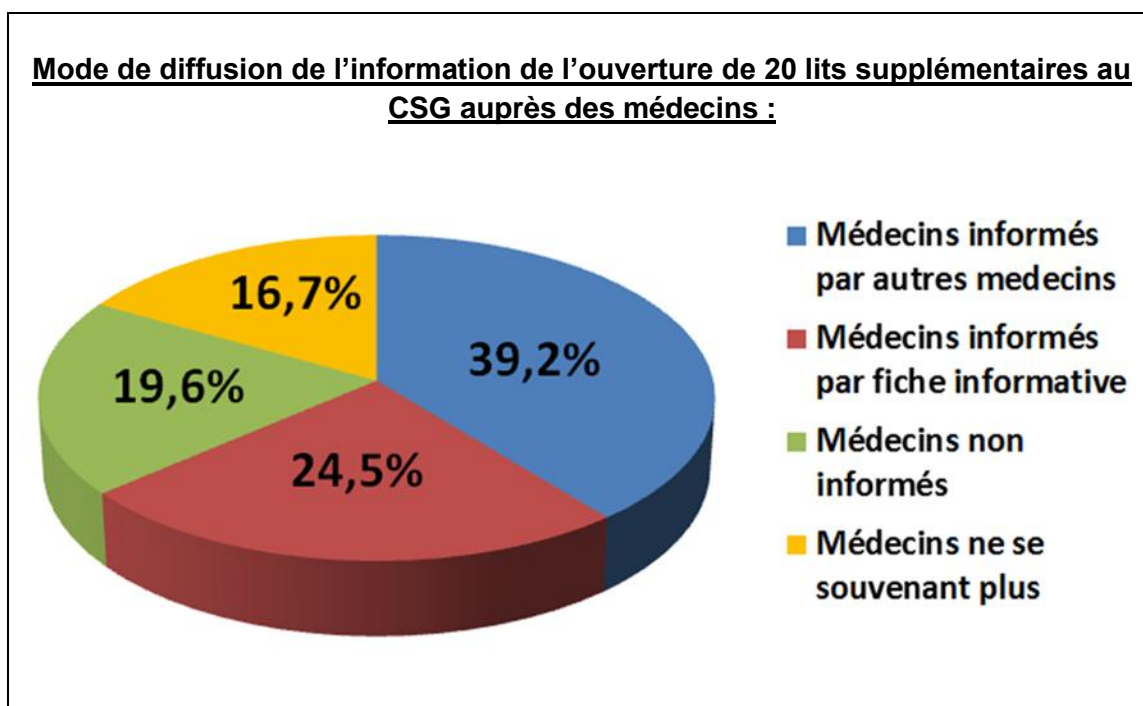
RESULTATS

104 sur 630 médecins généralistes du secteur de santé de Seclin/Carvin ont répondu à l'étude entre le 27 août et le 4 novembre 2012. Parmi les 104 médecins, 2 ont envoyé le questionnaire par fax non interprétable car illisible. Nous avons donc pris en compte les 102 médecins généralistes.

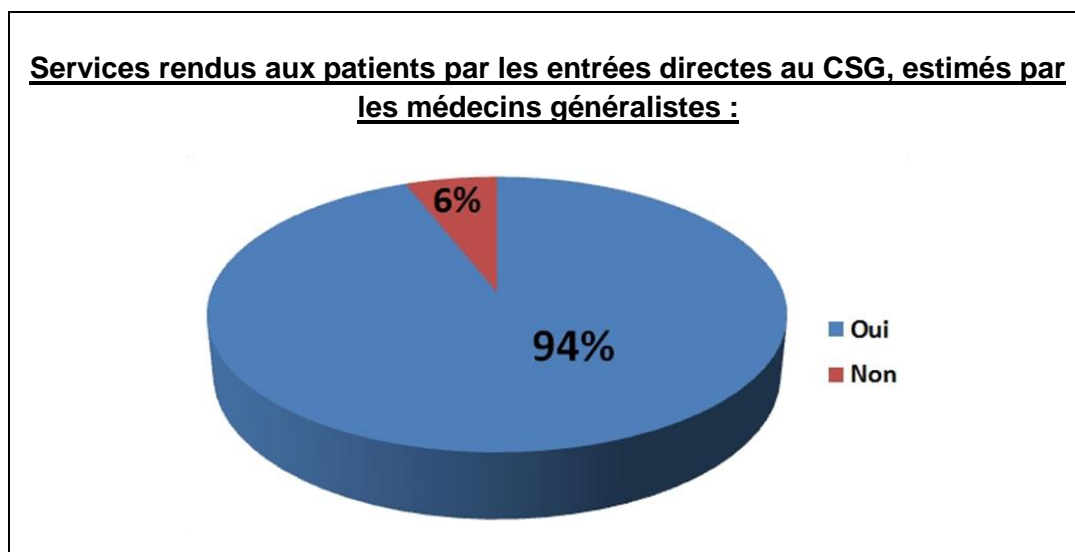
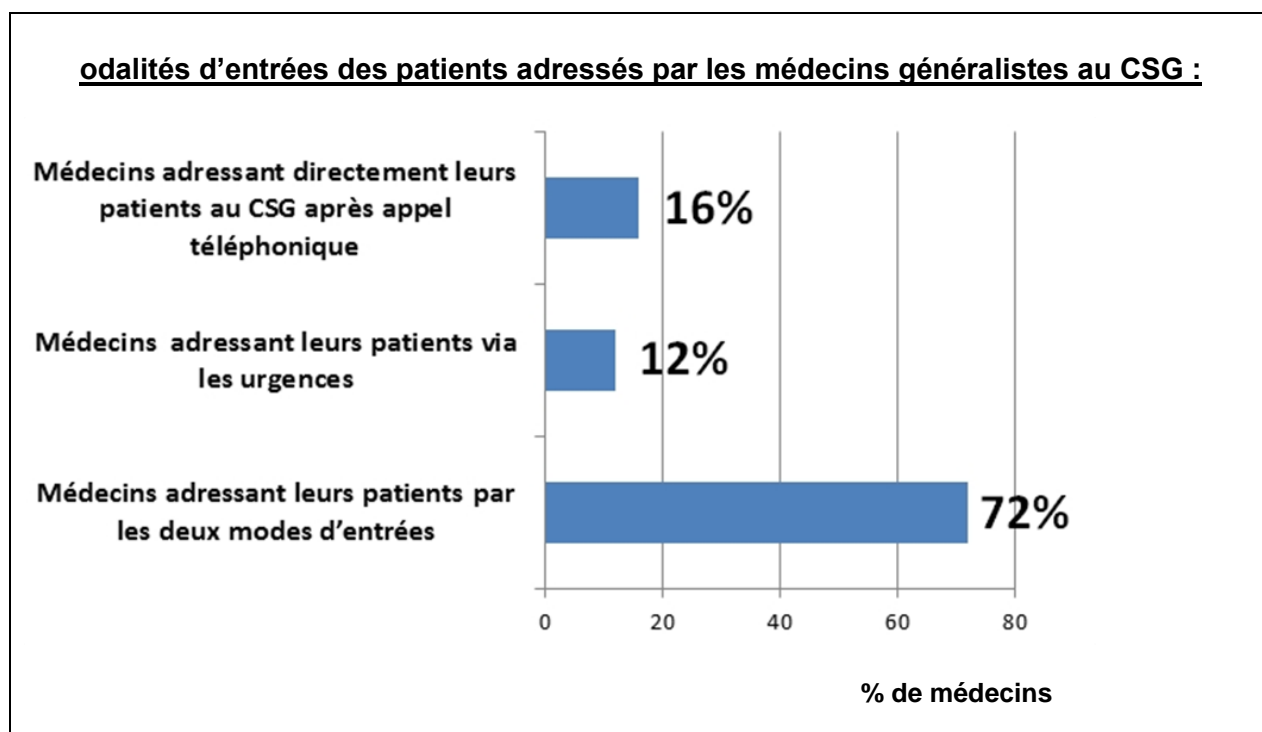
Parmi les 102 médecins, 20 nous ont retournés le questionnaire lors de la soirée, avant la présentation orale de la filière; 46 ont complété le questionnaire en ligne sur internet; 35 nous ont renvoyés le questionnaire par courrier et 1 médecin par fax.

1. Le CSG

1.1. L'information de l'ouverture de 20 lits supplémentaires en février 2012



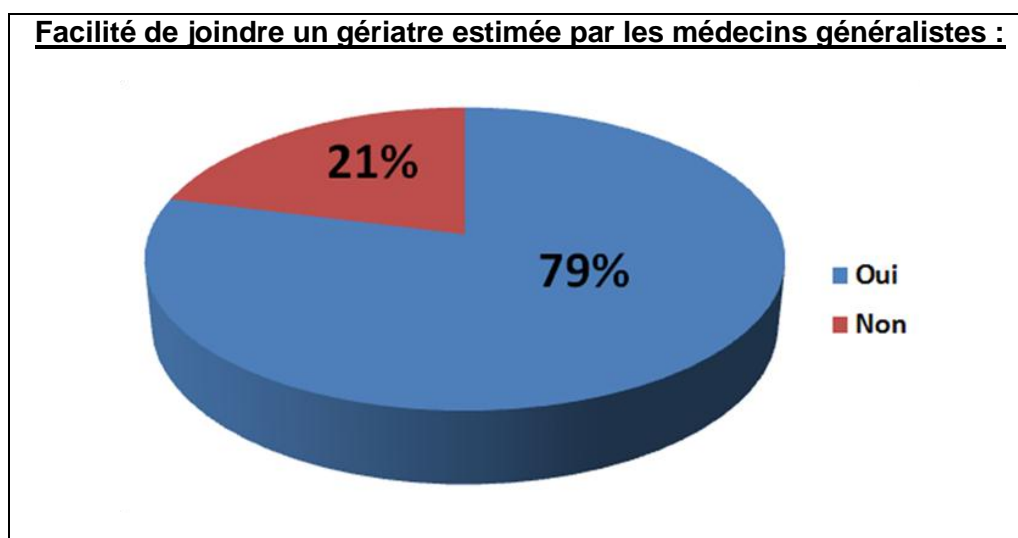
1.2. Les modalités d'entrées au CSG



Parmi les 102 médecins, 94% estiment que l'entrée directe au CSG rend service aux patients, contre 6%.

1.3. Collaboration médicale entre le gériatre et le médecin généraliste

1.3.1. L'accessibilité des gériatres :

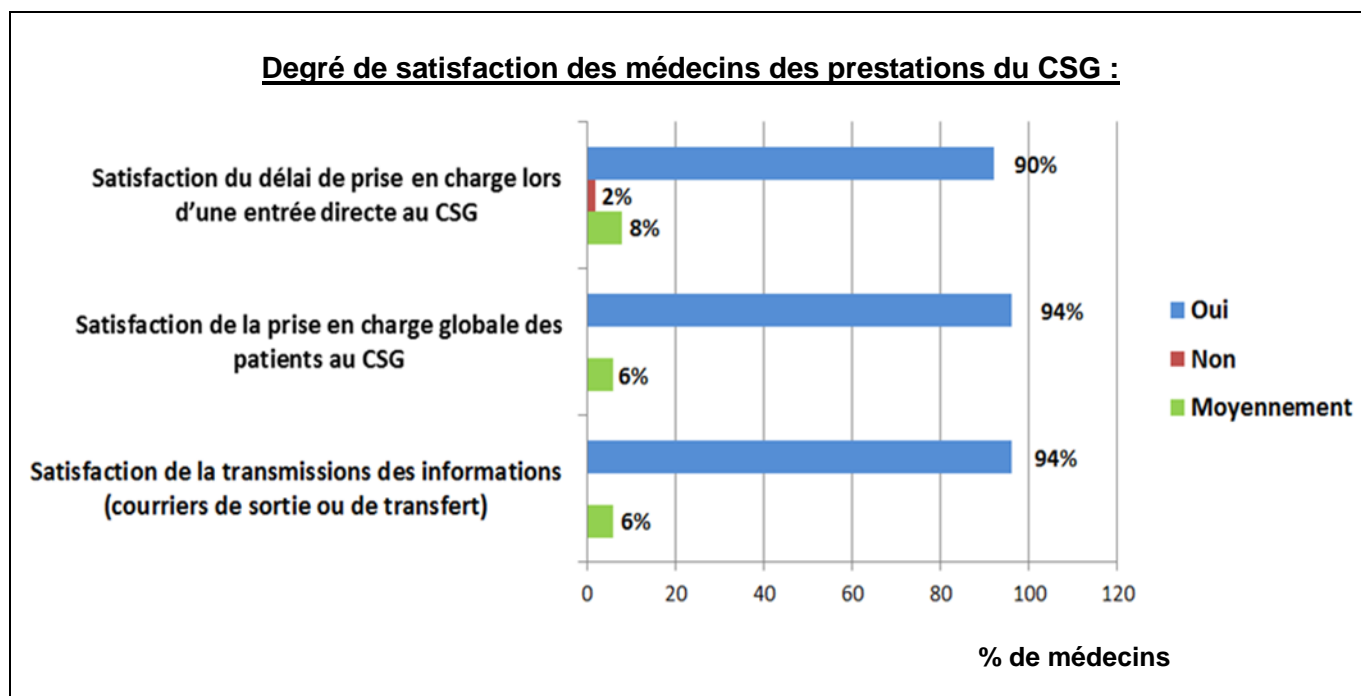


1.3.2. Les motifs d'entrées au CSG

Motifs de demandes d'admission au CSG par les médecins généralistes :

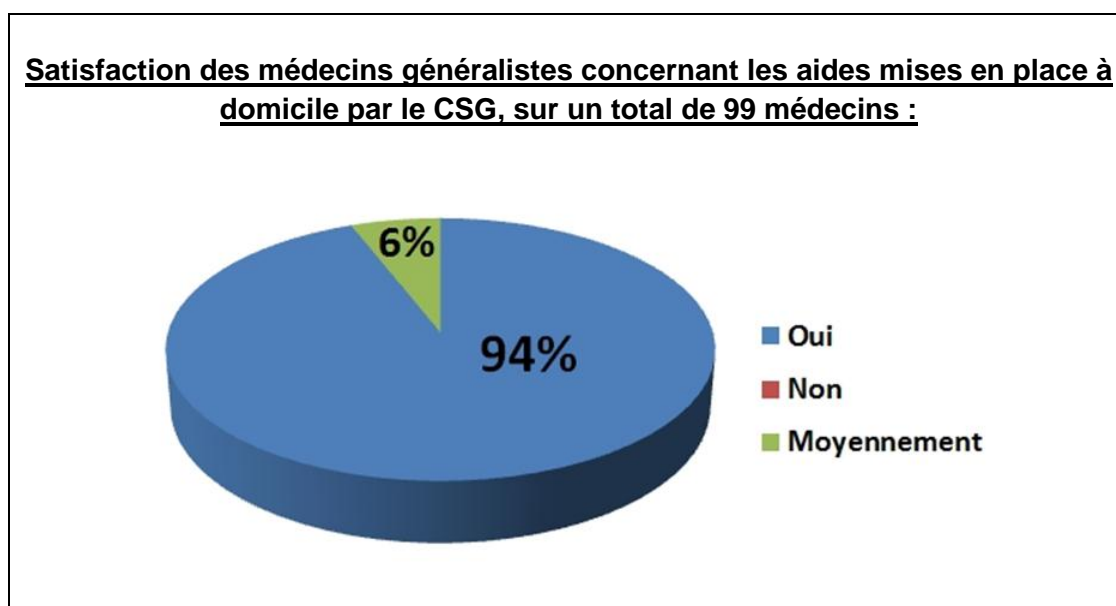
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Prise en charge d'une décompensation d'une pathologie connue	76	75	[64.75-82.39]	102	0
Prise en charge d'une symptomatologie gériatrique	77	75	[65.79-83.23]	102	0
Prise en charge palliative	38	37	[28.05-47.44]	102	0
Prise en charge d'un problème social	42	41	[31.66-51.37]	102	0
Autre motif d'entrée au CSG	0	0	[0-3.55]	102	0

1.4. Evaluation des prestations du CSG



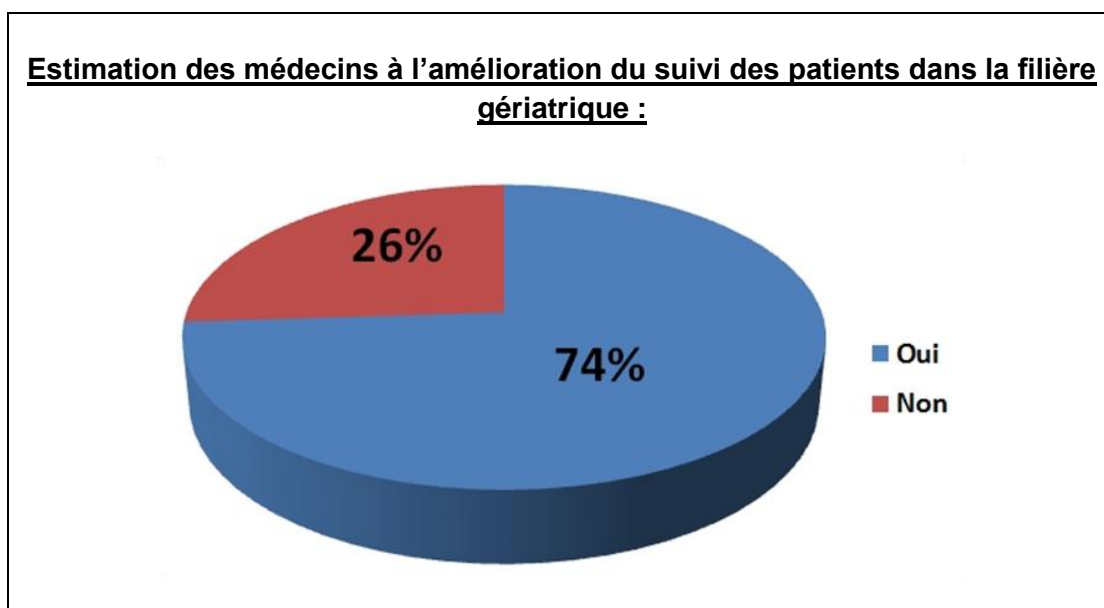
1.4.1. Satisfaction des aides sanitaires et sociales mises en place à domicile par le CSG

Parmi les 102 médecins, 3 n'ont pas répondu à cet item.



1.5. Suivi des patients dans la filière gériatrique

73 médecins généralistes pensent qu'il faut améliorer le suivi des malades dans la filière gériatrique, contre 26. 3 médecins n'ont pas répondu à cette question.



Moyens de demandes des médecins généralistes dans le cadre du suivi des patients :

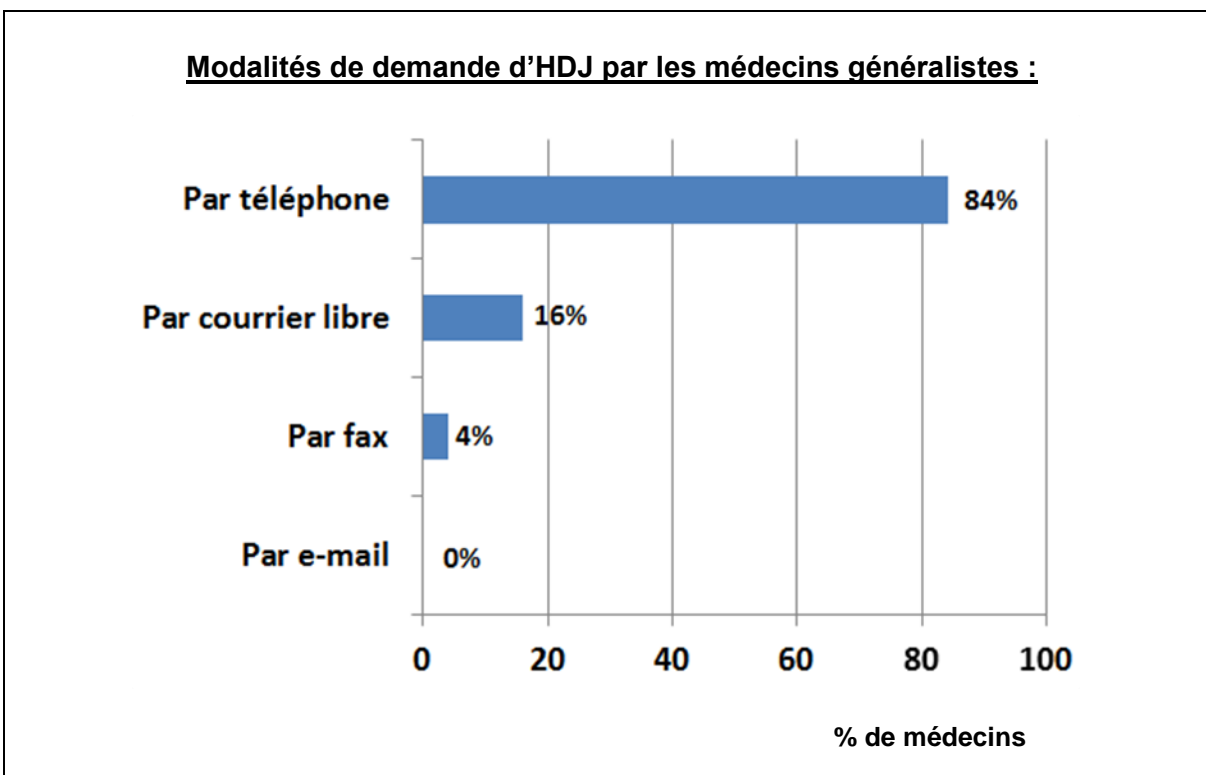
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Consultations plus régulières	58	79	[68.07-87.68]	73	29
Hopitaux de jour plus réguliers	59	81	[69.58-88.75]	73	29
Autre moyen	2	3	[0.33-9.55]	73	29

3% des médecins envisagent un meilleur suivi dans la filière gériatrique par un autre moyen : consultations plus régulières auprès des confrères spécialistes notamment en cardiologie.

2. L'HDJ

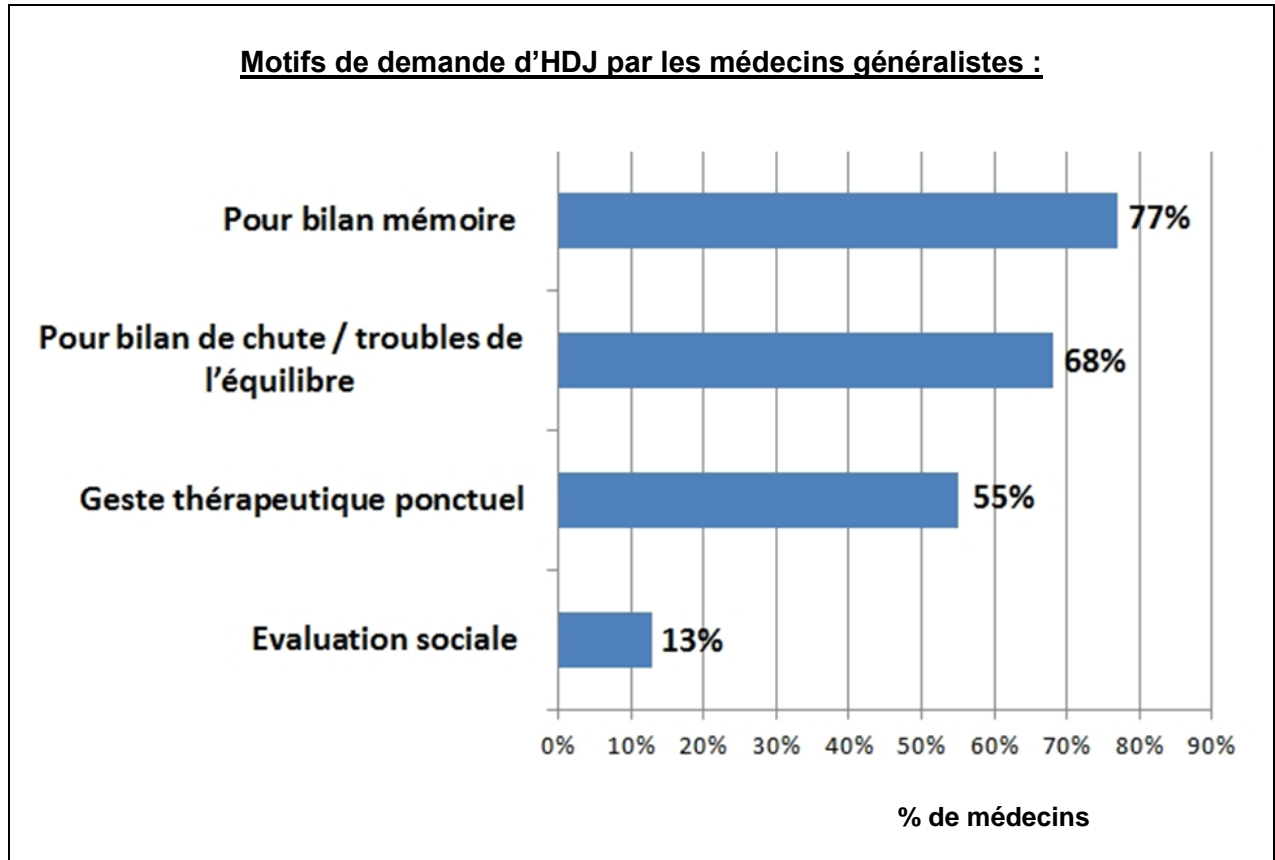
2.1. Collaboration médicale entre les gériatres de l'HDJ et les médecins généralistes

2.1.1. Modalités de demande d'un HDJ par les médecins généralistes

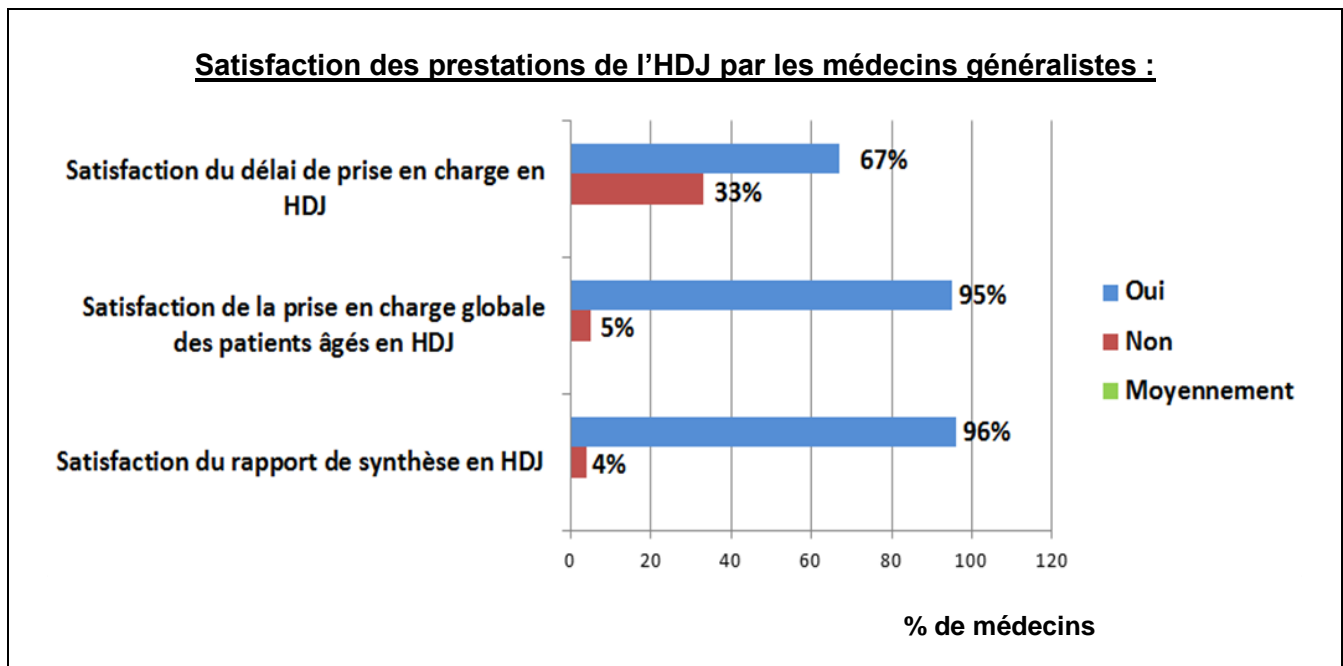


86 médecins demandent un HDJ par téléphone, 16 par courrier libre, et 4 par fax. Aucun médecin ne demande un HDJ par e-mail.

2.1.2. Les motifs de demande d'un HDJ par les médecins généralistes



2.2. Evaluation des prestations de l'HDJ



2.3. HDJ et prise en charge du patient

97% des médecins estiment que l'HDJ a permis d'éviter une hospitalisation classique, contre 3%.

3. L'EMG

3.1. Connaissance des médecins généralistes à propos de l'EMG

38 médecins généralistes (soit 38%) connaissent l'EMG du CH de Seclin, contre 61 médecins (62%). 3 médecins n'ont pas répondu à cet item.

3.2. Satisfaction des médecins généralistes sur la prise en charge des patients par l'EMG dans un service en dehors de la filière gériatrique

Parmi les 38 médecins qui connaissent l'EMG, 100% sont satisfaits de la prise en charge par l'EMG de leurs patients hospitalisés dans un service autre que la gériatrie

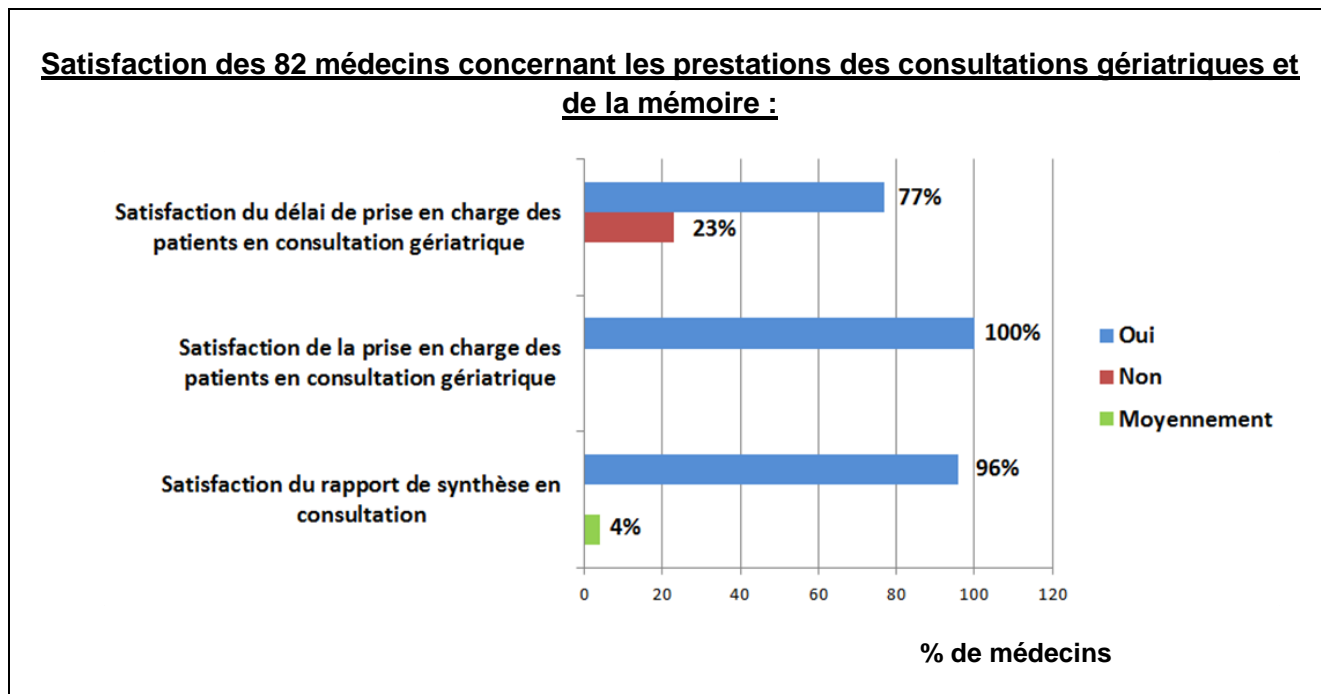
4. Les consultations gériatriques

4.1. Collaboration entre les gériatres et les médecins traitants

Parmi les 102 médecins, 82 (soit 80%) ont des patients ayant bénéficié d'une consultation gériatrique, contre 20 médecins (soit 20%).

Parmi les 82 médecins qui ont des patients ayant bénéficié au moins d'une consultation gériatrique, 70 ont fait la demande de consultation par téléphone (soit 85%), et 12 par courrier (soit 15%). Personne ayant répondu au questionnaire n'a fait de demande par fax ou par mail.

4.2. Evaluation des prestations



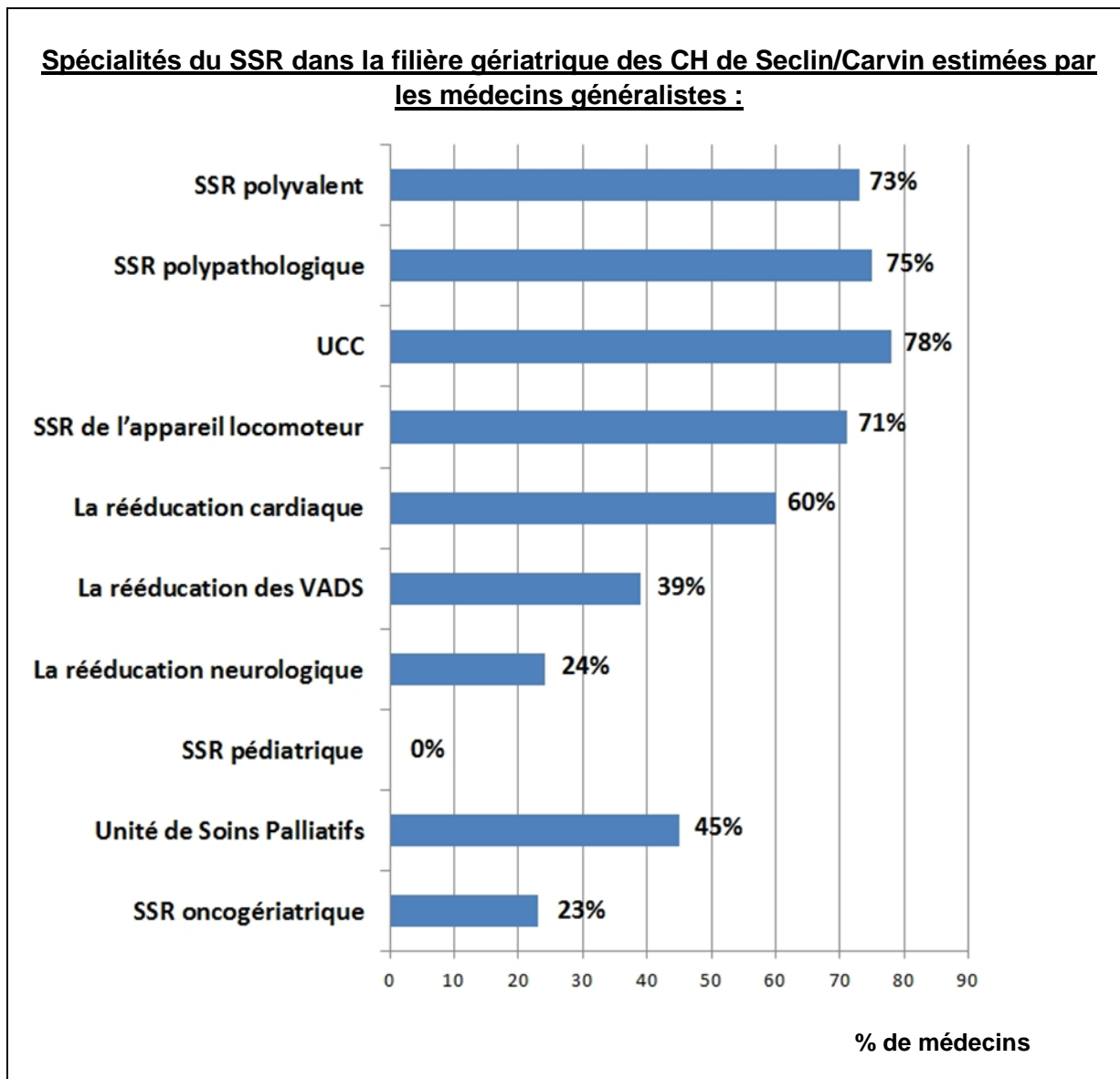
4.3. Intérêt des consultations gériatriques

Parmi les 82 médecins, 70 (soit 85%) pensent que les consultations gériatriques ont permis d'éviter une hospitalisation classique, contre 12 médecins (soit 15%).

Parmi les 82 médecins, 85% des généralistes estiment que les consultations gériatriques favorisent le maintien à domicile, contre 15%.

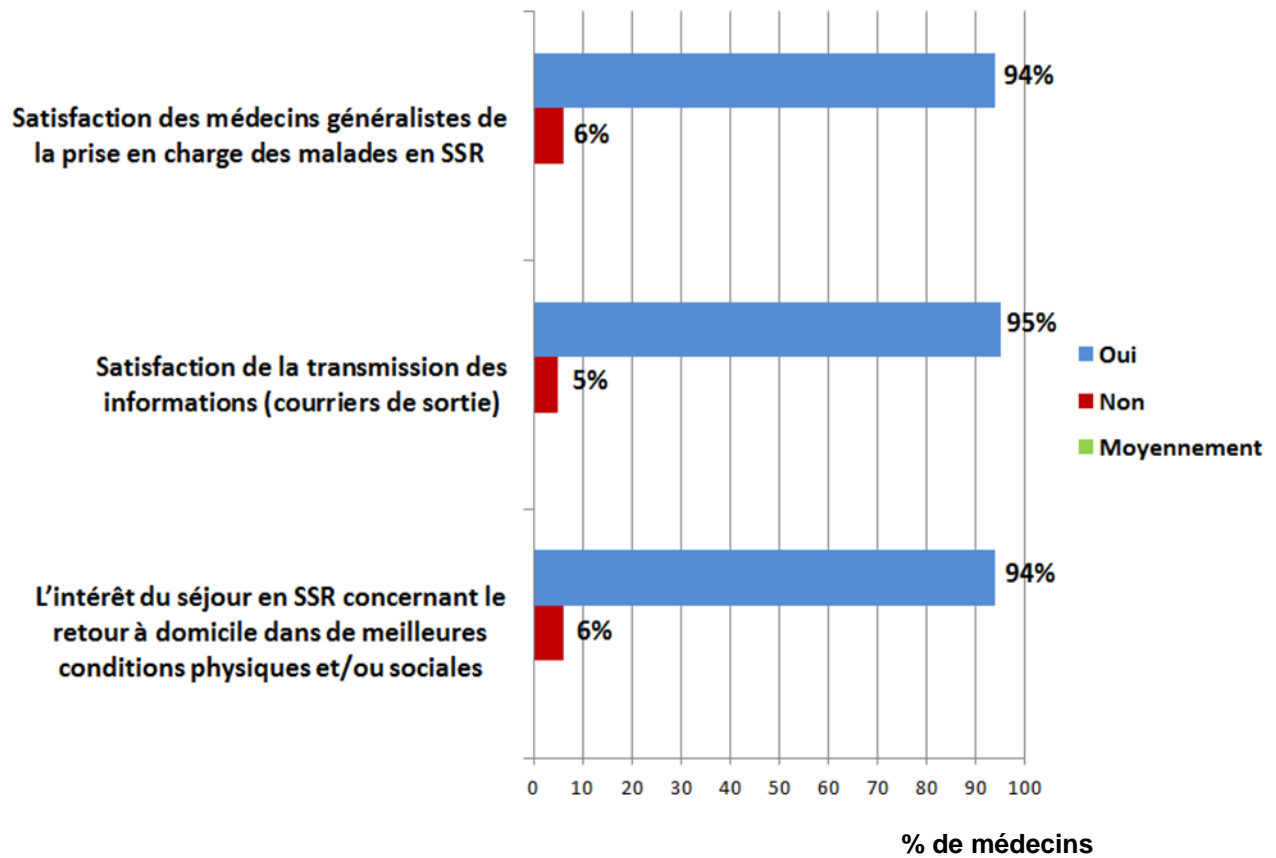
5. Le SSR

5.1. Evaluation des connaissances des médecins généralistes concernant les spécialisations des SSR du CH de Seclin/Carvin

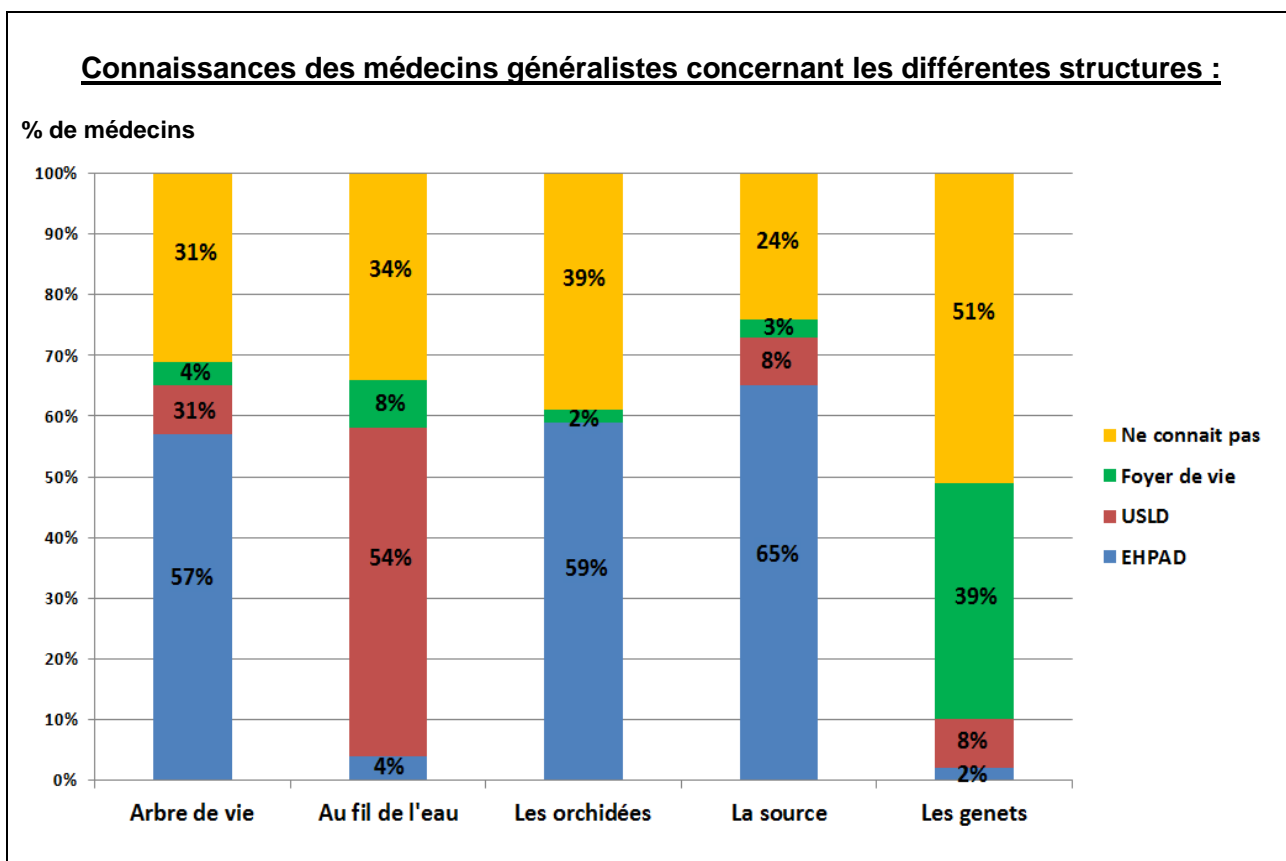


5.2. Evaluation des prestations en SSR

Satisfaction des médecins des prestations du SSR :



6. EHPAD, USLD, foyer de vie



7. Collaboration entre la filière gériatrique des CH de Seclin/Carvin et le réseau EOLLIS

59 médecins (soit 60%) sont satisfaits de la collaboration entre la filière gériatrique hospitalière et le réseau EOLLIS, contre 40 médecins (soit 40%). 3 médecins n'ont pas répondu à cet item.

8. Suggestions pour améliorer la prise en charge des patients et/ou la relation entre la filière gériatrique hospitalière et le secteur libéral

Parmi les 102 médecins, 75 n'ont pas répondu à cette question ouverte; 25 médecins (soit 93% des répondants) ont souhaité la mise en place des courriers par apicrypt, 1 médecin (soit 4%) a signalé des difficultés de prise en charge dans le bassin minier, 1 médecin a proposé la réalisation d'une évaluation sanitaire et sociale à domicile lors d'une hospitalisation du sujet âgé.

Quatrième Partie :

DISCUSSION

1. Les raisons de cette étude

Cette étude a pour but d'établir un bilan de la filière de soins gériatriques des CH de Seclin/Carvin, en essayant d'évaluer les services rendus aux médecins généralistes du secteur et leurs ressentis.

Elle permet de contribuer aux travaux de recherche clinique ; on observe peu d'études de ce type dans la littérature, évaluant toutes les structures composant la filière gériatrique.

Elle fait participer les médecins, en particulier les médecins généralistes, à une meilleure connaissance des différentes structures de la filière et les invite à optimiser la prise en charge de la population âgée en ville.

2. Les limites de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et qualitative, qui repose sur le ressenti des médecins généralistes. Notre étude se veut d'être "un état des lieux" sur la filière gériatrique en s'appuyant sur des données qualitatives et non quantitatives.

L'étude s'est déroulée sur seulement 2 mois, période courte pour recueillir les données de la majorité des médecins généralistes du secteur.

102 médecins généralistes sur 630 ont participé à l'étude, soit 16%. Les résultats obtenus peuvent donc être sur estimés devant une faible participation des médecins.

L'étude repose sur un questionnaire comportant 33 items. La majorité des questions étaient binaires, mais le remplissage du questionnaire a pu décourager les médecins généralistes devant les multiples items.

Cette étude n'a pas pris en compte les opinions des patients ni des familles, c'est à dire les principaux intéressés.

3. Les points positifs de l'étude

Sur une période de 2 mois, 102 médecins ont participé à l'étude, grâce aux différentes possibilités de nous renvoyer le questionnaire et notamment la facilité de le compléter en ligne sur internet.

Dans cette étude, nous avons peu de données manquantes. Ceci est du probablement au fait que, sur internet, les médecins devaient répondre à toutes les questions pour pouvoir passer à la question suivante, sauf si un item découle de la réponse à l'item précédent.

Elle a permis une approche sur l'évaluation du service rendu aux médecins traitants, en prenant en compte leur ressenti.

Elle a permis d'analyser les connaissances des médecins traitants sur les différentes structures de la filière, notamment sur les spécialisations du SSR et les structures du long séjour.

Elle a contribué aux travaux de recherche clinique : il s'agit d'un premier maillon permettant une prise en compte de l'impact médical de cette filière dans son territoire de santé.

4. Discussion de l'étude

4.1. Evaluation du CSG

4.1.1. Les modalités d'entrées au CSG

Dans notre étude, 16% des médecins adressent uniquement leurs patients directement au CSG après appel téléphonique, 12% via les urgences uniquement et 72% par les deux modes d'entrées. A noter que la majorité des médecins (94%) estiment que l'entrée directe au CSG rend service à leurs patients, contre 6%.

D'après l'étude rétrospective de Clémentine Foucart réalisée en 2008 concernant le profil des patients pris en charge dans le service du CSG du CH de Seclin durant les six premiers mois d'activité, 11% d'entrées étaient directes (21 patients sur un total de 197), 75% étaient des entrées via les urgences (et 14% des transferts des autres services). **(60)**

En comparant notre étude à celle de Clémentine Foucart, nous remarquons qu'il existe une légère augmentation d'entrées directes après appel téléphonique. Ceci est probablement dû à la mise en place d'un numéro unique permettant de joindre le gériatre référent via le secrétariat pour des demandes d'hospitalisations au CSG, d'HDJ, de consultations gériatriques et de la mémoire, et des accès à l'EMG, en intra comme en extra hospitalier.

Des études ont été effectuées concernant le profil des personnes âgées admises au CSG. D'une manière générale, les personnes âgées admises au CSG via les urgences sont plus nombreuses que celles admises directement de leur lieu de vie. **(61, 62)**

De plus, la majorité des patients âgés aux urgences sont adressés par leur médecin traitant (72%), et hospitalisés (89%), d'après l'étude de Fanello et al. menée aux urgences du CHU d'Angers en 1999. **(63)**

Les résultats de notre étude sont en adéquation avec ces données.

L'entrée directe au CSG après appel téléphonique du médecin traitant est en lien avec le profil des patients et le niveau de gravité du tableau clinique avec une symptomatologie souvent subaiguë.

En effet, d'après le travail mené aux urgences du CHU d'Angers, les tableaux cliniques des sujets âgés aux urgences étaient souvent non spécifiques avec de nombreuses présentations cliniques pauci symptomatiques, expliquant les 40% d'avis spécialisés sollicités chez ces patients. Une prépondérance des pathologies aiguës avec risque de défaillance en cascade a été mise en évidence (54,9 %). **(63)**

De plus, les patients admis à l'Unité Gériatrique Aigue (UGA) de l'Hôpital Bichat à Paris en 2012 via les urgences étaient d'une manière générale plus âgés, plus dénutris, souffraient de troubles du rythme cardiaque et étaient adressés le plus souvent pour chute et syndrome confusionnel. Les transferts en soins de suite étaient plus fréquents dans ce groupe de patients. Les patients

admis à l'UGA directement après appel téléphonique du médecin traitant étaient plus souvent adressés pour altération de l'état général ou perte d'autonomie. Ils rentraient plus souvent à leur domicile avec ou sans aides. **(62)**

Ainsi, la part des PA adressées directement au CSG par les médecins généralistes diffère d'une étude à une autre car elle dépend du profil de la population gériatrique admis au CSG. Le devenir immédiat du patient est fortement lié au statut fonctionnel et à certains facteurs de morbidité (statut nutritionnel). **(64,65)**

4.1.2. La collaboration médicale entre les gériatres du CSG et le secteur libéral

79% des médecins traitants estiment que le gériatre est facilement joignable, contre 21%.

L'instauration d'un numéro de téléphone unique permettant de joindre le gériatre référent, en intra comme en extra hospitalier, via « l'effet filtre » du secrétariat est donc apprécié des médecins.

Il existe un turn over chaque jour, entre les gériatres du CSG, afin de désigner le gériatre référent. Il est joignable chaque jour ouvrable du Lundi au Vendredi de 9h00 à 17h00.

75% des médecins adressent leurs patients au CSG pour une prise en charge d'une décompensation aiguë d'une pathologie connue, et 75% pour une prise en charge d'une symptomatologie gériatrique (altération de l'état général, troubles du comportement, bilan de chute...). 41% demandent une hospitalisation pour un problème social et 37% pour une prise en charge palliative. Il s'agit d'un item à variable multivaluée. En moyenne, un médecin a coché entre 2 et 3 items.

D'après l'étude de Clémentine Foucart, le principal motif d'hospitalisation au CSG est la prise en charge d'une symptomatologie gériatrique (63% des motifs d'admission). Dans cette étude, le problème social fait partie d'une symptomatologie gériatrique. Parmi les 63% des motifs d'admission pour une prise en charge d'une symptomatologie gériatrique, 21% représente le motif d'entrée d'ordre social ; le problème social représente 13.5% des motifs d'admission en général. Moins de 5% des motifs d'admission sont représenté par une prise en charge palliative. **(60)**

Ainsi, il existe une progression de la prise en charge palliative. La polyopathie et le très grand âge des patients en gériatrie font que nous sommes souvent confrontés aux soins palliatifs. Le nombre de patients âgés qui décèdent à l'hôpital augmente (60% en 2008, contre 40% en 1975). **(66,67)**

Un dossier pour l'obtention de lits identifiés soins palliatifs est en cours d'écriture. Deux gériatres du CSG se sont formés, l'un dans la prise en charge palliative, et l'autre dans la prise en charge de la douleur.

Il est à noter une progression également de la prise en charge d'un problème social, dû probablement à l'isolement social, à la précarité psychosociale et/ou à la dépendance plus fréquente des personnes âgées. **(68, 69, 70)**

4.1.3. En ce qui concerne le suivi des patients dans la filière gériatrique

La majorité des médecins (74%) estiment qu'il faut améliorer le suivi des patients dans la filière gériatrique en mettant en place des HDJ plus réguliers (81%) ou des consultations gériatriques plus régulières (79%), afin de favoriser le maintien à domicile. La majorité des 73 médecins ayant répondu à cet item souhaite les deux modalités de prise en charge.

A l'heure actuelle, le délai de prise en charge en consultations gériatriques et de la mémoire est d'environ 2 mois.

Si les consultations ou les HDJ se font de manière plus régulièrement, le délai de prise en charge dans ces unités sera plus long. Les HDJ ont, de plus, des règles de tarification spécifique à respecter.

A noter que 2 médecins souhaitent que la demande d'une consultation auprès d'un spécialiste (par exemple en cardiologie) émane du gériatre suite à une hospitalisation au CSG. Cette volonté de passer la main peut être la satisfaction du bon soin gériatrique ou une défection. Le gériatre ne doit pas remplacer le généraliste mais travailler en collaboration avec lui.

4.2. Evaluation de l'HDJ

4.2.1. Collaboration médicale entre les gériatres en HDJ et le secteur libéral

Dans cette étude, 84% des médecins traitants demandent un HDJ pour leurs patients par téléphone, 16% par courrier libre et 4% par fax.

D'après l'étude rétrospective sur le profil de la population en hôpital de jour gérontologique du CH de Seclin au cours de ses deux premières années d'ouverture menée en 2009 par Emmanuelle Delzenne, 56% des médecins demandent un HDJ par téléphone, et 20% par courrier. 24% des médecins n'avaient pas répondu à cet item. **(71)**

Nous remarquons que la demande d'HDJ par téléphone est en augmentation, du fait de la facilité de joindre un gériatre par le numéro de téléphone unique.

Dans notre étude, 77% des médecins demandent un HDJ pour un bilan de mémoire. 68% des médecins généralistes demandent un bilan de chute/troubles de l'équilibre en HDJ bien que ce centre ne soit pas le référent dans ce domaine. 55% des médecins adressent leurs patients pour la réalisation d'un geste ponctuel et 39% pour une évaluation gériatrique standardisée. Il s'agit d'un item à variable multivaluée. La majorité des médecins ont répondu à 2 ou 3 motifs d'admission en HDJ.

Dans l'étude d'Emmanuelle Delzenne, le premier motif d'admission en HDJ est également le bilan mnésique (65% des patients); le deuxième motif est celui de la prise en charge de transfusions sanguines (11% des patients). Parmi les autres motifs d'admission, 8% des patients sont admis pour bilan de troubles du comportement, 6% pour bilan de chute, 5% pour bilan d'altération de l'état général et 6% des patients sont admis pour l'ablation de sonde vésicale à demeure ou des ponctions biopsies réalisées par le gériatre ou le médecin spécialiste intervenant

en HDJ. Il existe un faible pourcentage de patients (moins de 11%) adressés pour une évaluation gériatrique standardisée, de même que pour une évaluation sociale. **(71)**

En comparant notre étude à celle d'Emmanuelle Delzenne, nous observons que le bilan de mémoire est le premier motif de demande d'HDJ dans les deux études. Ceci est probablement dû non seulement à une augmentation du nombre de sujets âgés souffrant de troubles cognitifs, mais aussi à une volonté affirmée des médecins généralistes (et des familles) d'effectuer une démarche pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique des sujets âgés présentant une démence. **(72, 73,74)**

Nous remarquons également une augmentation de tous les motifs de demande par rapport aux premières années d'activité de l'HDJ. Ceci est probablement dû à une meilleure connaissance des missions de l'HDJ de la part des médecins généralistes, notamment l'avantage de réaliser un geste thérapeutique ponctuel et d'éviter ainsi une hospitalisation classique. A noter que l'ablation de sonde vésicale ne répond plus aux critères d'admission d'HDJ.

Nous observons que la demande de bilan de chute/troubles de l'équilibre a également progressé. Un tiers des sujets âgés de 65 ans et plus en population générale font au moins une chute par an et 5% des chutes s'accompagnent de fractures. Elles peuvent entraîner des conséquences psychologiques importantes, un déclin accéléré des capacités fonctionnelles. Il est donc important de dépister les facteurs de risque afin de prévenir les chutes et ses conséquences, notamment la perte d'autonomie. **(75, 76,77)**

Dans les deux études, la demande d'HDJ pour une évaluation sociale de manière isolée reste relativement faible. La demande d'évaluation gériatrique standardisée a progressé mais reste inférieure à 50%, peut-être à cause d'une non compréhension des médecins généralistes de l'EGS et de ses intérêts. **(78, 79, 80,81)**

4.2.2. Evaluation des prestations

67% des médecins sont satisfaits du délai de prise en charge en HDJ, contre 33%.

Dans l'étude menée en 2009, 85% des médecins étaient satisfaits du délai de prise en charge. Il s'agissait de 45 médecins sur les 110 médecins généralistes sélectionnés à partir des dossiers d'HDJ (soit 41% des médecins interrogés). Dans la moitié des cas, la prise en charge du patient était dans un délai de une à deux semaines. **(71)**

La diminution de la satisfaction du délai de prise en charge, en trois ans, est secondaire à l'augmentation de la demande de prise en charge des patients en HDJ par les médecins. Ce phénomène a entraîné une augmentation du délai de prise en charge d'un mois.

Au niveau de la prise en charge des patients en HDJ, les médecins sont toujours satisfaits depuis 2009. (95% des médecins dans notre étude, 97% dans l'étude d'Emmanuelle Delzenne en 2009). Concernant le rapport de synthèse, les médecins sont plus satisfaits dans notre étude (96% des médecins), contre 88% dans l'étude de 2009. La thèse de 2009 a permis de structurer les HDJ de façon systématique et leur synthèse.

4.2.3. Intérêt de l'HDJ dans la prise en charge des patients

La majorité des médecins estiment que l'HDJ a permis d'éviter une hospitalisation classique; ce résultat est identique dans l'étude de 2009.

On dispose de peu de données concernant les bénéfices apportés par une prise en charge en HDJ.

D'après certaines études, les meilleurs résultats sont observés chez les patients ayant bénéficié d'une évaluation et d'une intervention gériatrique comparés à ceux n'ayant reçu aucun soin gériatrique. De plus, il existe une efficacité des approches gériatriques spécifiques où qu'elles se déroulent, mais il n'a pas été mis en évidence une efficacité supérieure en HDJ. **(82,83)**

Une étude prospective descriptive des séances d'HDJ a été réalisée entre le 10 mars 2008 et le 15 juillet 2008 au Centre d'Evaluation Gériatrique (CEG) du Centre Hospitalier d'Annecy. Les résultats de cette étude n'ont pas permis de déterminer si l'HDJ avait un effet sur la réduction de la morbi-mortalité. Une analyse sur l'hospitalisation dans une population comparable n'ayant pas bénéficié d'HDJ nécessite d'importants moyens. **(84)**

4.3. L'EMG

Il n'y a que 38% des médecins généralistes qui connaissent l'EMG dans notre étude. Mais parmi les 38%, tous sont satisfaits de la prise en charge.

Le faible taux de pourcentage de médecins connaissant l'EMG est dû aux activités uniquement intra hospitalières de l'EMG.

Certaines EMG, comme par exemple celle du CHU de Toulouse, ont développés des activités extrahospitalières devant une demande forte des acteurs extrahospitaliers et pour permettre un décloisonnement des secteurs sanitaires et médicosociaux. Cependant, du fait de l'absence de financement propre pour ces activités extrahospitalières, celle-ci était réalisée au dépend des activités intra-hospitalières. **(85, 86,87)**

Devant la présence d'un réseau gérontologique sur notre territoire de santé nous n'avons pas mis en place cette activité extrahospitalière. Une discussion est en cours avec le CHRU de Lille pour mettre en place une équipe mobile de gérontopsychiatrie sur le secteur.

4.4. Le SSR

4.4.1. Connaissances des médecins traitants concernant les spécialisations du SSR

D'après notre étude, l'UCC est une unité du SSR étonnement la mieux connue des médecins généralistes (78% des médecins), alors qu'il s'agit d'une structure très spécialisée et qu'elle n'existe que depuis quatre ans au CH de Seclin. Malgré l'absence de communication, cette structure est la plus connue probablement dû au fait de ses services rendus à la population, ce qui a créé une nécessité sur le secteur.

La majorité des médecins connaissent les SSR polyvalent (73%), polypathologique (75%), et la rééducation de l'appareil locomoteur (71%). Plus de la moitié des médecins ont également pris connaissance de l'existence du SSR de rééducation cardiaque, mis en place depuis six mois seulement. En revanche, la rééducation des VADS, installée depuis trois ans, est peu connue par les médecins généralistes (39%).

Presque la moitié des médecins pensent faussement qu'il existe une unité de soins palliatifs en SSR du CH de Seclin/Carvin (45%). Un quart des médecins croient que le SSR est spécialisé dans la rééducation neurologique (24%). Un autre quart des médecins croient faussement que le SSR est spécialisé en oncogériatrie (23%). Il existe toutefois une compétence médicale en oncogériatrie, à mi-temps.

4.4.2. L'intérêt d'un séjour en SSR pour un retour à domicile dans de meilleures conditions physiques et/ou sociales

94% des médecins estiment qu'un séjour en SSR a permis le retour à domicile dans de meilleures conditions physiques et /ou sociales.

Une étude prospective sur 100 patients suivis jusque trois mois après l'hospitalisation en SSR a été menée au CHRU de Lille en 2000. Pour un quart des patients, la perte d'autonomie est telle qu'un retour au domicile antérieur est inenvisageable. Un autre quart des patients meurt en cours d'hospitalisation en raison de pathologies graves et multiples. La moitié des patients rentre au domicile antérieur mais pour beaucoup d'entre eux la situation est jugée précaire et nombreux sont ceux qui sont précocement réhospitalisés. **(88)**

En comparant notre étude à celle du CHRU de Lille, nous pouvons remarquer que les résultats sont discordants. Nos résultats sont subjectifs, représentent le ressenti des médecins généralistes ayant répondu à ce travail. Il serait intéressant de mener une analyse prospective afin d'évaluer l'activité du SSR et le devenir des patients ayant séjourné en SSR.

4.5. La connaissance des médecins généralistes concernant les EHPAD, l'USLD et le foyer de vie

La structure la plus connue des médecins généralistes est l'EHPAD de "La Source", la plus ancienne. A l'inverse, la structure peu connue des médecins est le foyer de vie "Les Genêts", qui est une nouvelle structure ouverte depuis deux ans.

4.6. La collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS

60% des médecins sont satisfaits de la collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS.

A Seclin, des moyens plus formels de partage de l'information est à l'étude.

Pour améliorer la collaboration entre la filière hospitalière et le réseau EOLLIS, il est nécessaire de partager l'information dans le respect des déontologies professionnelles et trouver les outils adaptés; négocier les décisions avec les autres partenaires; dégager du temps de synthèse; partager une culture commune par la formation; éviter les doublons dans la prise en charge du sujet âgé. **(89)**

4.7. Suggestions pour améliorer les relations entre les gériatres et les médecins généralistes

Parmi les 102 médecins, 25 (soit 93% des répondants) ont souhaité la mise en place des courriers par apicrypt. L'envoi des courriers via le système électronique est à l'étude. Ceci est macrophage en temps et moyens humains.

CONCLUSION

Avec le vieillissement de la population et l'arrivée des pathologies du grand âge, le recours à l'hôpital est plus fréquent.

Le repérage des sujets âgés fragiles par une évaluation gériatrique standardisée est primordial afin de limiter des décompensations de pathologies en cascade, de prévenir l'incapacité fonctionnelle, de structurer la prise en charge à long terme et d'améliorer ainsi leur qualité de vie.

Une réponse adaptée et rapide à leurs besoins est nécessaire pour éviter l'installation ou l'aggravation d'une perte d'autonomie et permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible dans les meilleures conditions.

L'organisation de filière de soins gériatriques permet de couvrir l'intégrité du parcours possible de la personne âgée, en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. La collaboration ville – hôpital est indispensable afin d'assurer une prise en charge globale optimale des sujets âgés.

Notre étude a permis de mettre en évidence les services rendus par les différentes structures de la filière gériatrique des CH de Seclin/Carvin aux médecins généralistes du secteur.

La majorité des médecins généralistes estiment que le gériatre est facilement joignable. Des demandes d'admission de patients dans les différentes structures de la filière se font en grande majorité après accord téléphonique avec le gériatre. Les demandes par la médecine de ville de prise en charge palliative et sociale au CSG sont à la hausse. La majorité des médecins estiment que l'HDJ a permis d'éviter une hospitalisation classique.

Dans le souci d'améliorer la collaboration entre la filière hospitalière gériatrique et le réseau EOLLIS, le partage de l'information par des moyens formels est à l'étude à Seclin.

Ce travail a permis de déterminer de manière qualitative nos relations avec la médecine de ville, et d'établir des stratégies de communication pour permettre d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et le service rendu à la population (création d'un annuaire gériatrique pour les médecins généralistes).

Au final, la filière hospitalière de soins gériatriques est une réponse adaptée dans l'offre de soins des personnes âgées, cherchant à progresser au niveau du suivi des patients, de la collaboration avec la médecine de ville et en lien avec le réseau gérontologique du territoire de santé concerné.

BIBLIOGRAPHIE

1. **C. JEANDEL.** De la justification d'une organisation en filière de soins gériatriques en 3 points. L'année gérontologique. 2007. volume 21, tome 1. p 24-27.
2. **INSEE PREMIERE.** Bilan démographique 2011.N° 1385. Janvier 2012.
3. **INSEE PREMIERE.** Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. N°1089. Juillet 2006.
4. **I. ROBERT-BOBEE.** Projections de population 2005 – 2050, vieillissement de la population en France métropolitaine. Economie et Statistique N°408 – 409, 2007, p. 95 – 112.
5. **M. COQUILLION.** L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soin. Informations du Conseil Economique et Social. N° 273. Septembre 2007.
6. **INSEE.** Etat de santé des personnes âgées. 2005, p 40-61.
7. **DREES.** L'état de santé de la population en France, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011. N°805. Juin 2012.
8. **INSEE.** La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme. Avril 2004, p 1-50.
9. **M. DUEE, C. REBILLARD.** La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales - La société française. 2006, p. 613 - 619.
10. **DRESS.** L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009. N°780 - Octobre 2011.
11. **C. ALLONIER, S. GUILLAUME, C. SERMET.** 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. N° 123 - Juin 2007.
12. **www.sante.gouv.fr.** L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011.
13. **INSERM.** L'épidémiologie des démences. Octobre 2007, p 1-22.
14. **P. BARBERGER-GATEAU, C. FABRIGOULE.** L'étude PAQUID permet de mieux appréhender la dépendance et le vieillissement en France. CNRS Bordeaux, Eudes PAQUID.
15. **M. DRAME et al.** La fragilité du sujet âgé : actualités – perspectives. Gérontologie et société. N° 109, 2004/2, p 31 - 45.
16. **P.O. LANG et al.** La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2011; 9(2) :135-49 doi:10.1684/pnv.2011.0279.

17. **R. GONTHIER, P. BLANC, S. FARCE.** Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement. Septembre 2003. Vol 1, N° 3,187-96.
18. **Y. ROLLAND.** La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. Décembre 2011; volume 9, n°4, p. 387-390.
19. **F. NOURASHEMI.** L'Evaluation Gériatrique Standardisée. Livre blanc de la gériatrie française.2004. p 219-225.
20. **P. LE DEUN, A. GENTRIC.** L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique. Volume 10, N°4, 229-36, Juillet-Août 2004.
21. **DRASS-DDASS Nord-Pas-de-Calais.** Les personnes âgées dépendantes à l'hôpital en 2003 dans le Nord-Pas-de-Calais. N° 22.Décembre 2007.
22. **M. BENOIT, B. VELLAS.** Les filières de soins gériatriques : diversité et coordination des offres de soins. L'année gérontologique. 2007. volume 21, tome 1.p 15-16.
23. **Collège professionnel des gériatres français.** Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie. Livre blanc de la gériatrie française. p 95-126.
24. **www.sante.gouv.fr.** Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 : relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin Officiel n°2002-14.
25. **C. JEANDEL, P. PFINTZENMEYER, P. VIGOUROUX.** Un programme pour la gériatrie. Avril 2006.
26. **P. BAS.** Plan Solidarité - Grand Age 2007 - 2012. 27 juin 2006.
27. **www.sante.gouv.fr.** Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 : relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2007-4. Annonce n°58.
28. **www.sante.gouv.fr.** Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 : relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées". Bulletin Officiel n°2007-6. Annonce n°138.
29. **INSEE Nord-Pas-de-Calais.** Santé et action sociale : la prise en charge sanitaire des personnes âgées de 75 ans et plus : réflexion sur l'organisation des soins dans le cadre des territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais en 2007- 2008. Bilan socio-économique 2008, p. 56 - 59.
30. **J.B. GAUVAIN, M. FLEURY, F. DUPRIEZ.** Les services de court séjour gériatrique. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004. p 119-128.
31. **J.B. GAUVAIN, M. FLEURY, M. DUBOIS.** Le court séjour, intégré dans la filière gériatrique. L'année gérontologique. 2007. volume 21, tome 1.p 97-111.
32. **D. STRUBEL, M. LAPIERRE.** Les hôpitaux de jour gériatriques. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004. p 108-113.

33. **C. GIRTANNER, B. DURAND-GASSELIN, J. PELLERIN.** Les hôpitaux de jour gériatriques : un maillon de la filière de soins gériatriques, lieu d'expertise et de suivi des situations gériatriques complexes. L'année gérontologique. 2007. volume 21, tome 1. p 159-165.
34. **E. CASTEL-KREMER, D.HEITZ, P. COUTURIER.** Les unités mobiles de gériatrie. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004. p 116-118.
35. **P. COUTURIER, I. LANIECE, L. TRANCHANT.** Les unités mobiles intra hospitalières. L'année gérontologique. 2007. volume 21, tome 1. p 195-201.
36. **P. COUTURIER.** Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. La revue de gériatrie. 2004. volume 29, n°9. p703-712.
37. **J. ANKRI, F. PUISIEUX, M. RAINFRAY.** La consultation de gériatrie. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004. p 99-101.
38. **C. HOHN, P. RUMEAU.** Les soins de suite et de réadaptation gériatrique. Livre blanc de la Gériatrie Française. 2004. p 129-138.
39. **J.P. AQUINO.** Les soins de suite et de réadaptation. L'année gérontologique. 2007, vol 21, tome 1. p123-127.
40. **M. BONNEFOY.** Unités de soins de suite et de réadaptation : unités d'évaluation et d'intervention gériatrique. L'année gérontologique. 2007. Volume 21, Tome 1. p 128-132.
41. **www.sante.gouv.fr**. Circulaire DHOS/02/DGAS/2C/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.
42. **M.P. HERVY, M. SALOM.** Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Livre blanc de la gériatrie française. 2004, p. 167-174.
43. **http://www.plan-alzheimer.gouv.fr**
44. **F. LEBERT, F. PASQUIER, J.L. HOURTOULE.** Des cantous d'hier aux unités de vie Alzheimer de demain d'après les travaux du Comité Alzheimer et maladies apparentées (CAMA) Nord-Pas-de-Calais. Revue hospitalière de France. N°486, Juin 2002, p 56-62.
45. **C DEROUESNE.** Les troubles du comportement dans les démences sévères. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement. Mars 2005. Volume 3, Numéro 1, p. 5-13.
46. **Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009** relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités. N° 2009/8, 15 septembre 2009, p. 263-307.
47. **www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de calais**
48. **Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS.** Gérontopsychiatrie. Organisation Mondiale de la Santé, série de rapports techniques. N°507, p 1-54.

49. **P. NUBUKPO, J.P. CLEMENT.** Hospitalisation en psychogériatrie et place des autres structures. Information psychiatrique. 2010, vol 86, n°1, p.33-38.
50. **ARS.** Atlas Régional et Territorial de Santé du Nord-Pas-de-Calais. Mars 2011.
51. **Ministère de l'emploi et de la solidarité.** Cahier des charges national pour 2001 du dossier de labellisation d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), à l'attention des promoteurs. p 1-11.
52. <http://www.eollis.net/clic.html>
53. <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/>
54. <http://www.eollis.net/reseau-geronto.html>
55. www.sante.gouv.fr. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». Bulletin Officiel N°2007-6. Annonce N°138.
56. **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.** Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Bulletin Officiel N°2011-10.
57. <http://www.cnsa.fr>.
58. <http://www.eollis.net/la-gestion-de-cas/qu-est-ce-que-la-gestion-de-cas.html>
59. <http://www.meotis.fr/>
60. **C. FOUCART.** Thèse : Profil des patients pris en charge dans un service de court séjour gériatrique du Centre Hospitalier de Seclin durant ses six premiers mois d'activité. Année 2008.
61. **F. DUMAS.** Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier de Rodez et mise en perspective avec un réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital. Année 2003.
62. **NEOUZE, A. DECHARTRES, S. LEGRAIN et al.** Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement. Juin 2012 Volume 10, Numéro 2, 143-50.
63. **S. FANELLO, L. MOUTEL, L. HOUSSIN.** Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé publique 1999, Volume 11, N° 4, p. 465-482.
64. **M. BONNEFOY, L. AYZAC, J. BIENVENU.** Facteurs prédictifs du devenir immédiat de patients âgés hospitalisés à la suite d'un événement aigu. La revue de gériatrie. 1995, vol 20, n°5.p 265-272.

65. **A. LANG, D. HEITZ, G. HEDELIN.** Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, n° 7, 2006/07, pages 1031-1039.
66. **INSEE PREMIERE.** Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. Octobre 2010, n°1318.
67. **P. MANCKOUNDIA, C. MISCHIS-TROUSSARD et al.** Les soins palliatifs en gériatrie : étude rétrospective de 40 cas. *La revue de médecine interne*. 2005, vol 26, n°11, p. 851-857.
68. **INSEE PREMIERE.** Isolement relationnel et mal être. Novembre 2003. N°931.
69. **INSEE PREMIERE.** Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel. Octobre 1999 n°678.
70. **INSEE PREMIERE.** Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans. Avril 1996, n°447.
71. **E. DELZENNE.** Thèse : Profil de la population en hôpital de jour gériatrique : étude des patients accueillis au Centre Hospitalier de Seclin au cours de ses deux premières années d'ouverture. Année 2009.
72. **L. LECHOWSKI, B FORETTE, L TEILLET.** Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. *La Revue de Médecine Interne*. Volume 25, Issue 5, May 2004, Pages 363–375.
73. **HELMER, F. PASQUIER, J.F. DARTIGUES.** Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *Médecine science*. Mars 2006. Vol 22.n°3. p 288-296.
74. **N. BERG, D. GIET.** L'hôpital de jour gériatrique, un apport pour le médecin généraliste dans la mise au point et le suivi des troubles cognitifs. *Revue médicale Bruxelles*, 2010, n°31, p.309-314.
75. **INSERM.** Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 1995, vol 43, n°1, p.72-83.
76. **F. PUISIEUX, V. PARDESSUS, S. BOMBOIS.** Démences et chutes, deux problèmes liés chez la personne âgée. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*. Décembre 2005. Vol 3, n°4, p. 271-279.
77. **F. PUISIEUX.** Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. *La revue du praticien*. 2002. Vol 52, n°15, p. 1695-1702.
78. **Y. ROLLAND, P. RUMEAU, B. VELLAS.** L'évaluation gériatrique standardisée. *La Revue de gériatrie*. 2001, vol. 26, n°2, p. 151-156.
79. **G. ELLIS, M. A WHITEHEAD, D. O'NEILL, P. LANGHORNE, D. ROBINSON.** Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. July 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.
80. **G. A. CAPLAN, A.J. WILLIAMS et al.** A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency

department (the DEED II study). Journal of the American Geriatrics Society. 2004. Vol 52, p.1417-1423.

81. **H.J. COHEN, J.R. FEUSSNER, et al.** A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. New England Journal of Medicine. 2002. Vol 346, p.905-912.
82. **J. PETERMANS, A. VELGHE, et al.** L'hôpital de jour gériatrique : Quels objectifs, quelle organisation, quelle efficience ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement. Septembre 2011, vol 9, n°3, p. 295-303.
83. **L. VOLPE-GILLOT, J.M. MICHEL.** Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatriques. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie. 2012, n°12, p. 243-249.
84. **M. ALLARD-REYNIER, C. EYNARD-ENGEL.** Thèse : L'Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy. Etude descriptive prospective de mars à juillet 2008. Année 2009.
85. **M. LIGIER-SALVY, T. VOISIN.** Equipes mobiles de gériatrie extrahospitalières. L'année gériatrique. 2007. Volume 21, Tome 1. p 187-193.
86. **S. CLEMENT, J. MANTOVANI, C. ROLLAND-DUBREUIL.** Les Unités Mobiles Gériatriques, analyse sociologique. Avril 2004.
87. **S. CLEMENT.** Réseau de soin ou réseau de santé : les perspectives "géronto-gériatriques" révélées par les Unités mobiles hospitalières. Sociologies pratiques. 2005/2 n°11. p 57-72.
88. **F. PUISIEUX, V. PARDESSUS, A.M. DUROCHER, C. DI POMPEO, D. BOULANGER, P. DEWAILLY.** Activité réelle d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique. La revue de gériatrie. 2000, vol 25, n°5, p. 303-310.
89. **P. FOURNIER.** La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gériatrique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gériatrie et société. 2002/1 n°100. p 131-147.

ANNEXE

Le questionnaire s'adressant aux médecins généralistes du secteur de Seclin/Carvin

I - Le CSG Court Séjour Gériatrique	
1 - Informations A - Avez-vous été informé de l'augmentation de 20 lits supplémentaires en février 2012? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait plus B - Si oui, comment ? <input type="checkbox"/> Fiche informative <input type="checkbox"/> Par d'autres médecins <input type="checkbox"/> Autre : _____	4 - Evaluation des prestations du CSG A - Etes-vous satisfait du délai de prise en charge (entrée directe) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moyennement B - Etes-vous satisfait de la prise en charge globale de vos patients ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moyennement C - Etes-vous satisfait de la transmission des informations (courriers de sortie ou de transfert) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moyennement
3 - Collaboration médicale CSG-Secteur libéral A - Le médecin gériatre est-il facilement joignable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non B - Pour quelles raisons adressez-vous, le plus fréquemment, vos patients au CSG ? <input type="checkbox"/> Une décompensation d'une pathologie connue <input type="checkbox"/> Une symptomatologie gériatrique <input type="checkbox"/> Une prise en charge palliative <input type="checkbox"/> Un problème social <input type="checkbox"/> Autre : _____	5 - Modalités de retour à domicile Les aides proposées, et mises en place à domicile par le service, vous satisfont-elles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Moyennement
2 - Modalités d'entrées A - par quel biais adressez-vous vos patients au CSG ? <input type="checkbox"/> Via les Urgences du CH de Seclin <input type="checkbox"/> Entrée directe après appel téléphonique B - Pensez-vous que l'entrée directe rend service à votre patient ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6 - Suivi du patient A - Pensez-vous qu'il faille améliorer le suivi des malades dans la filière gériatrique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non B - Si oui, comment ? <input type="checkbox"/> Consultations plus régulières <input type="checkbox"/> Hôpital de jour plus régulier <input type="checkbox"/> Autre : _____

2

3

II- L'HDJ : Hôpital De Jour

1 - Collaboration médicale HDJ - Secteur Libéral

A - Comment faites-vous une demande d'HDJ ?

- Par téléphone
- Par courrier libre
- Par fax
- Par mail

B - Pourquoi demandez-vous un HDJ pour vos patients ?

- Evaluation gériatrique standardisée
- Bilan de mémoire
- Bilan de chute/trouble de l'équilibre
- Geste thérapeutique ponctuel (ex : transfusion)
- Evaluation sociale

2 - Evaluation des prestations

Etes-vous satisfaits :

A - du délai de prise en charge ?

- Oui
- Non

B - De la prise en charge globale ?

- Oui
- Non

C - Du rapport de synthèse ?

- Oui
- Non

3 - HDJ et prise en charge du patient

L'HDJ a-t-il permis d'éviter une hospitalisation classique ?

- Oui
- Non

III- L'EMG : Equipe mobile de Gériatrie

1 - Informations

Connaissez-vous l'EMG ?

- Oui
- Non

IV : Les Consultations

1 - Collaboration Gériatres Médecins traitants

A - Avez-vous des patients ayant bénéficié d'une consultation gériatrique ?

- Oui
- Non

B - Comment en avez-vous fait la demande ?

- Contact téléphonique
- Courrier
- Fax
- Mail

3 - Consultation et Prise en charge

A - Ont-elles permis d'éviter une hospitalisation classique ?

- Oui
- Non

B - Les consultations favorisent-elles le maintien à domicile ?

- Oui
- Non

2 - Evaluation

Si l'EMG a pris en charge un de vos patients dans un service d'hospitalisation autre que la gériatrie, avez-vous été satisfait ?

- Oui
- Non
- Pourquoi :

2 - Evaluation des prestations

Etes-vous satisfaits :

A - Du délai de prise en charge ?

- Oui
- Non

B - De la prise en charge ?

- Oui
- Non

C - Du rapport de synthèse ?

- Oui
- Non
- Moyennement

V - Le SSR :
Service de Soins de suite et de Réadaptation

1 - Information

Quelles sont les spécialisations de nos SSR ?

- Polyvalent
- Polypathologique
- Unité de troubles Cognitifs et Comportementaux (UCC)
- Locomoteur
- Cardio-Vasculaire
- Voies aéro digestives supérieures (VADS)
- Neurologique
- Pédiatrie
- Soins palliatifs
- Oncogériatrie

2 - Evaluation des prestations

A - Etes-vous satisfait de la prise en charge de vos patients en SSR ?

- Oui
- Non
- Pourquoi : _____

B - Etes-vous satisfait de la transmission des informations (courrier de sortie) ?

- Oui
- Non
- Moyennement

3 - Prise en charge

Le séjour en SSR a-t-il permis à vos patients un retour à domicile dans de meilleures conditions, physiques ou sociales ?

- Oui
- Non

VI - EHPAD/USLD/Foyer de Vie

1 - Informations

Devant chaque structure, indiquez s'il s'agit d'un EHPAD/ d'une USLD / d'un Foyer de vie

L'arbre de Vie : _____

Au fil de l'eau : _____

Les Orchidées : _____

Les Genêts : _____

La Source : _____

VII - Collaboration entre la filière Gériatrique et le réseau EOLLIS

1 - Collaboration

A - La collaboration entre la filière gériatrique Seclin/Carvin et l'association EOLLIS vous paraît-elle satisfaisante ?

- Oui
- Non

B - Avez-vous des remarques ou des suggestions pour améliorer la prise en charge des patients et/ou nos relations ?

AUTEUR : ALTOUNIAN Céline

Date de Soutenance : 25 Février 2013

Titre de la Thèse : Impact médical de la filière gériatrique labellisée des Centres Hospitaliers de Seclin/Carvin sur leur territoire de santé. Etude descriptive qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur de Seclin/Carvin.

Thèse, Médecine, Lille, 2013.

Cadre de classement : DES de Médecine Générale, DESCQ de Gériatrie.

Mots-clés : filière gériatrique, personnes âgées, parcours de soins, collaboration ville-hôpital.

Résumé : La filière de soins gériatriques permet de prendre en charge les personnes âgées à toutes les étapes de leurs besoins. La filière hospitalière des Centres Hospitaliers de Seclin et Carvin s'est développée progressivement jusqu'à devenir une filière labellisée en novembre 2008 sur Seclin.

Le but de cette étude descriptive et qualitative consistait à évaluer l'impact médical de la filière gériatrique labellisée des CH de Seclin/Carvin en mettant en évidence ses services rendus aux médecins généralistes de son secteur.

102 médecins généralistes sur 630 ont participé à cette étude, soit un taux de réponse de 16%. Les services rendus par les différentes structures de la filière gériatrique sont bien présents pour les médecins généralistes. Ils estiment que le gériatre est facilement joignable par téléphone. Les motifs de demande d'hospitalisation au CSG des patients par les médecins généralistes sont principalement les prises en charge de décompensation d'une pathologie connue, et d'une symptomatologie gériatrique. Cependant, les demandes de prise en charge palliative et sociale tendent à progresser. Le bilan de mémoire reste le premier motif de demande d'HDJ. On assiste à une augmentation particulière de demandes d'HDJ pour la réalisation d'un geste thérapeutique ponctuel et un bilan de chute/troubles de l'équilibre. L'EMG est peu connue par les médecins de ville. Parmi les 102 médecins, 82 ont des patients ayant bénéficié d'une consultation gériatrique. L'UCC est l'unité du SSR la plus connue des médecins généralistes. Afin d'améliorer la collaboration entre la filière gériatrique et le réseau EOLLIS, un partage d'information par des moyens formels est à l'étude.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean – Louis SALOMEZ

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Emmanuel BERNACHON

██
██