



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

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

**Photographie de l'activité d'un Service de Soins de Suite et  
Réadaptation et association de syndromes gériatriques**

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2018 à 18h  
au Pôle Formation  
**Par Juliette Debiegne**

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX  
Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT  
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE  
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Xavier DEPLANQUE

# **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



*« Hâte-toi de bien vivre et songe que chaque jour est à lui seul une vie. » Sénèque*

# **Abréviations**

AEG : Altération de l'état général

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AT : Accueil temporaire

CRP : protéine C réactive

DICTIAS : Diagnostic, Indication, Contre-indication, Tolérance, Interaction,  
Ajustement de dose, Surveillance

DPE : Dénutrition protéino-énergétique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

GIR : Groupe iso ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MMSE : Mini Mental State Examination

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TC : Troubles cognitifs

# Table des matières

I.	Introduction .....	1
II.	Matériel et méthode .....	6
A.	Matériel .....	6
B.	Méthode.....	6
III.	Résultats.....	10
A.	Données socio démographiques .....	10
B.	Comorbidités à l'entrée .....	13
C.	Pathologies en cours d'hospitalisation.....	14
D.	Evaluation durant l'hospitalisation.....	15
1.	Troubles cognitifs .....	15
2.	Dépendance .....	15
3.	Etat nutritionnel.....	18
4.	Traitement médicamenteux.....	20
E.	Syndromes gériatriques.....	21
1.	Etat nutritionnel.....	21
2.	Troubles cognitifs .....	23
3.	Polymédication .....	24
IV.	Discussion .....	25
V.	Conclusion .....	36
VI.	Bibliographie .....	38
	Annexe 1 .....	46
	Annexe 2 .....	47

## I. Introduction

Avec l'allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des générations du *baby-boom*, et un taux de natalité français en baisse, le vieillissement de la population française se poursuit.

En 2016, l'espérance de vie à la naissance est de 79,3 ans pour un homme et 85,3 ans pour une femme, soit respectivement 5 et 3 ans de plus qu'il y a 20 ans. (1) Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9,1% de la population, contre 7,2% en 2000 et 3,8% en 1950. (2) Ce vieillissement de la population s'accompagne d'un accroissement du recours aux soins, notamment hospitaliers. Dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), un peu plus d'une hospitalisation sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus (3) avec un séjour sur sept causé par une maladie de l'appareil circulatoire (4) et 12% des hospitalisations concernent des patients de plus de 80 ans. (5)

L'état de santé des personnes âgées est variable. Nous distinguons les sujets vigoureux avec un bon état de santé, indépendants et bien intégrés socialement, autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel ; les sujets fragiles, qui présentent des risques de déclin fonctionnel, de dépendance, et d'événements péjoratifs tels que les hospitalisations, les entrées en institution et le décès (6) ; les sujets dépendants, avec un mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée, source de handicaps et d'isolement social. (7)

La gériatrie, en tant que discipline étudiant les personnes âgées, s'intéresse particulièrement aux patients fragiles et dépendants. L'hospitalisation est un facteur de risque de déclin fonctionnel et d'aggravation de la dépendance (8), l'enjeu de la

prise en charge est donc d'éviter que le patient fragile bascule vers la dépendance. La fragilité est par ailleurs significativement associée à un allongement de la durée moyenne de séjour en hospitalisation. (6,9) Environ une personne âgée sur cinq nécessite un séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) après son hospitalisation en médecine, notamment au vue de la fréquence des pathologies chroniques qui augmente avec l'âge, lesquelles sont source d'incapacité et de dépendance. (10)

En ce sens, les patients de plus de 75 ans regroupent plus de la moitié des hospitalisations dans les services de SSR. (11)

Ces services jouent donc un rôle important au cours d'une hospitalisation, étant souvent l'intermédiaire entre les services de chirurgie ou de médecine et le retour à domicile. L'admission en SSR peut également se faire directement après le passage aux urgences ou en provenance du domicile mais ces situations restent rares.

Les missions des SSR sont :

- la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale,
- la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations,
- le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

A travers ces missions, la prise en charge du patient se veut globale, tant sur le plan social et médical que psychologique. (12)

En 2016, en France, nous dénombrons 1660 services de SSR, avec un million de patients hospitalisés dans ces services sur l'année. Les pathologies les plus fréquemment prises en charge sont, dans l'ordre décroissant : les pathologies de



l'appareil locomoteur, de l'appareil neurologique et cardiovasculaires. (13)

En région Hauts de France en 2016, il existe 134 établissements de SSR.

Nous dénombrons 85000 patients hospitalisés dans ces services, dont 39% de 80 ans au moins. (14) Nous comptons dans la région 1575 lits de SSR gériatriques.

Le service de SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul est un SSR adulte polyvalent.

Devant l'accroissement de la population âgée, la filière gériatrique hospitalière s'est développée depuis 2002, et plus fortement depuis 2008, avec des compétences particulières, tant sur le plan médical que paramédical et social. Celle-ci s'organise autour des services de court séjour gériatrique, SSR gériatrique, unités de soins longue durée, équipes mobiles, hôpitaux de jour et des consultations spécialisées. En 2014, dans le Nord Pas-de-Calais, près de 70% des établissements disposent d'une unité gériatrique. Les courts séjours gériatriques se sont largement développés avec 723 lits en 2014, contre 201 en 2003, avec un taux d'occupation proche de 100%. Cette activité est cependant encore insuffisante face aux besoins démographiques : nous observons en effet que certains patients alors même qu'ils relèvent d'une prise en charge gériatrique sont parfois hospitalisés dans un service de médecine de spécialité ou polyvalente en raison du manque de lit d'aval. (15)

Dans la population gériatrique, nous retrouvons souvent des syndromes spécifiques. Ces derniers, dits syndromes gériatriques, sont des situations cliniques ne correspondant ni à une pathologie, ni à un symptôme. Cependant, bien qu'hétérogènes, ils présentent quatre caractéristiques communes :

- une fréquence accrue chez les sujets âgés,
- une origine multiple avec des facteurs précipitants et favorisants,
- une conséquence entraînant fréquemment une perte d'autonomie et une prise en charge multifactorielle et pluridisciplinaire,
- requérant une approche holistique du patient.

Dans le cadre de cette prise en charge pluridisciplinaire, les intervenants sont multiples (médecin, infirmier, assistante sociale, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, pharmacien...).

Les syndromes gériatriques classiquement décrits sont : les chutes, les troubles mictionnels, le syndrome confusionnel, la démence et les troubles du comportement, les troubles du sommeil, les déficits sensoriels, la dénutrition, la dépression, les plaies chroniques (escarres), la déshydratation et l'ostéoporose. (16)

Une prise en charge gériatrique optimale permet une diminution de la mortalité, de l'institutionnalisation et des ré hospitalisations. (17)

Devant une population gériatrique hétérogène du fait des différences de vieillissement et des nombreux syndromes gériatriques, il est difficile de connaître la population type prise en charge dans notre structure.

L'objectif principal de l'étude était d'établir la photographie de l'activité du SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul.

L'objectif secondaire était d'évaluer le lien entre certains syndromes gériatriques et d'autres caractéristiques des patients du service.

## **II. Matériel et méthode**

### **A. Matériel**

Le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) est un ensemble universitaire d'hôpitaux, de cliniques et d'établissements médico-sociaux, de gestion privée à but non lucratif participant pleinement au service public de santé. Il regroupe l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, l'Hôpital Saint Philibert à Lomme, la clinique Sainte Marie à Cambrai, l'EHPAD Notre Dame de l'Accueil à Lille et l'EHPAD Saint François de Sales à Capinghem.

La clinique de médecine de l'Hôpital Saint Vincent de Paul regroupe différentes unités : Médecine polyvalente, Court séjour gériatrique et SSR. Cette dernière comporte 16 lits.

Les patients hospitalisés dans le service de SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul entre le 1 janvier 2016 et le 31 décembre 2016 ont été inclus dans l'étude. Les patients dont la durée de séjour en SSR était inférieure ou égale à 2 jours n'étaient pas inclus (nombre de patients peu important).

### **B. Méthode**

L'étude était rétrospective, observationnelle et monocentrique.

Les données étaient recueillies pour chaque patient à l'aide du dossier médical informatique et de la lettre de sortie. Les données démographiques suivantes étaient collectées : l'âge, le sexe, le mode de vie avant l'hospitalisation (seul ou non), le lieu de vie (en institution ou non). Concernant l'hospitalisation et l'état de santé, les données recueillies étaient la provenance (médecine, chirurgie, gériatrie, urgences ou domicile), la durée du séjour en SSR et dans le service précédent, le mode de sortie

(retour à domicile, transfert en soins palliatifs ou autre, institutionnalisation, décès), la dépendance (physique et cognitive), le nombre de pathologie d'organe (cardiologique, pneumologique, onco-hématologique, locomotrice, psychiatrique, neurologique, diabétique), une éventuelle prise en charge palliative, la présence d'une anémie (définie par une hémoglobine inférieure à 11g/dL), de chute, de fracture, d'escarre, d'une infection durant l'hospitalisation, de troubles de la déglutition, de troubles sensoriels (auditifs et/ou visuels), l'état nutritionnel du patient au cours de l'hospitalisation et l'éventuelle prise en charge par la diététicienne et nutrition entérale par sonde naso-gastrique, le nombre de traitements per os avant et à la sortie de l'hospitalisation, la présence de troubles cognitifs.

La dépendance du patient était évaluée par l'infirmier du service selon six variables : dépendance physique (habillement, déplacement, alimentation, continence) et cognitive (comportement et communication).

Pour chaque critère, était attribué :

- 1 point en cas d'indépendance complète,
- 2 points si le patient nécessitait la présence d'un tiers pour superviser sans intervenir,
- 3 points en cas d'aide partielle,
- 4 points en cas d'aide totale.

L'état nutritionnel des patients était défini selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) (18), distinguant :

- l'absence de dénutrition protéino-énergétique (DPE), avec une albuminémie supérieure ou égale à 35 g/L, un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 21 kg/m<sup>2</sup> ne suffisant pas à affirmer l'absence de DPE,
- la DPE modérée, avec une albuminémie supérieure ou égale à 30 g/L et strictement inférieure à 35 g/L ou avec un IMC strictement inférieur à 21 kg/m<sup>2</sup>,
- la DPE sévère, avec une albuminémie strictement inférieure à 30 g/L ou un IMC strictement inférieur à 18 kg/m<sup>2</sup>.

La présence de troubles cognitifs (TC) était évaluée par un dépistage en utilisant le test Mini Mental State Evaluation (MMSE). La classification établie par l'HAS (19) permet de définir :

- l'absence de trouble cognitif en cas de MMSE strictement supérieur à 25/30,
- des TC légers pour un MMSE compris entre 21 et 25,
- des TC modérés pour un MMSE entre 11 et 20,
- des TC sévères pour un MMSE inférieur ou égal à 11.

Nous avons choisi de regrouper l'absence de TC et les TC légers puis les TC modérés et les TC sévères.

La polymédication était définie par la prise de plus de trois traitements per os avant l'hospitalisation.

La polypathologie était définie par la présence de plus de trois antécédents.

Les analyses statistiques étaient réalisées avec le logiciel R (version 3.4.2). Une analyse descriptive des données était d'abord réalisée : les moyennes et écart-types étaient calculés pour les variables quantitatives, les médianes et interquartiles pour les variables discrètes, les effectifs et fréquences pour les variables qualitatives. Des analyses bivariées étaient ensuite réalisées. Pour les liens entre un facteur quantitatif et un facteur qualitatif, des tests t de Student ou de Mann-Whitney-Wilcoxon en l'absence de normalité étaient en cas de 2 modalités, des Anova ou des tests de Kruskal-Wallis en l'absence de normalité si plus de 2 modalités. Les liens entre 2 facteurs qualitatifs étaient étudiés à l'aide de test du Khi-2 ou de Fisher exact en cas de faibles effectifs. Pour certains tests, les p-valeurs étaient corrigées par la méthode de Holm afin de contrôler le risque d'erreur. Lorsqu'un lien significatif était trouvé dans la comparaison des groupes à plus de 3 modalités, des tests post-hoc de comparaison 2 à 2 avec correction par la méthode de Holm étaient réalisés afin de connaître précisément entre quel groupe cette différence existait. Nous considérons un seuil de significativité de 5% pour toutes les analyses.

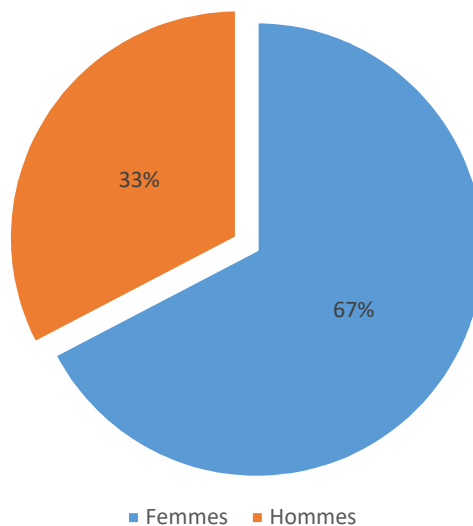
L'analyse statistique était réalisée par la cellule biostatistique du Département de Recherche Médicale du GHICL. L'étude était approuvée par le comité interne d'éthique de la recherche médicale du GHICL. Une déclaration était faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés (CNIL).

### III. Résultats

#### A. Données socio démographiques

En 2016, 245 séjours étaient enregistrés dans le service de SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul, pour un total de 211 patients. Les patients étaient majoritairement des femmes (67%). (Figure 1)

**Figure 1** : Répartition selon le sexe

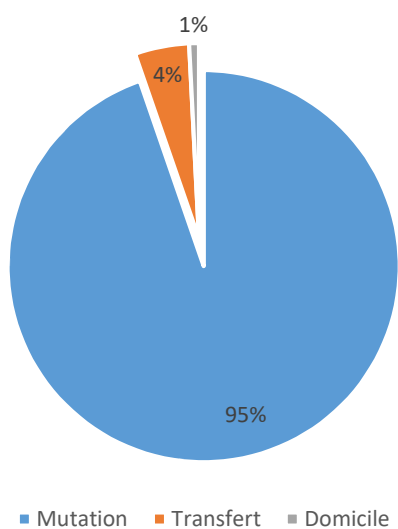


L'âge moyen était de 82,8 ans (DS +/-8,8), avec une médiane à 84 ans, un premier quartile à 78 ans et 3<sup>e</sup> quartile à 89 ans. Le plus jeune patient était âgé de 54 ans et le plus âgé de 101 ans.

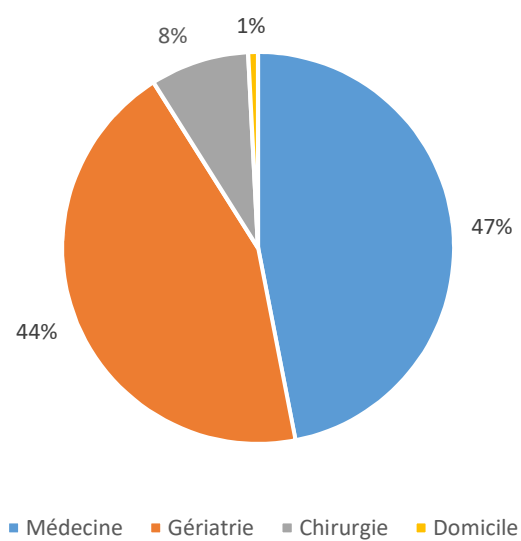


L'entrée dans le service se faisait le plus souvent par mutation au sein de l'Hôpital Saint Vincent de Paul (95%), après un séjour dans un service de médecine (47%). (Figures 2 et 3)

**Figure 2** : Mode d'entrée en SSR



**Figure 3** : Service adresseur en cas de transfert ou mutation

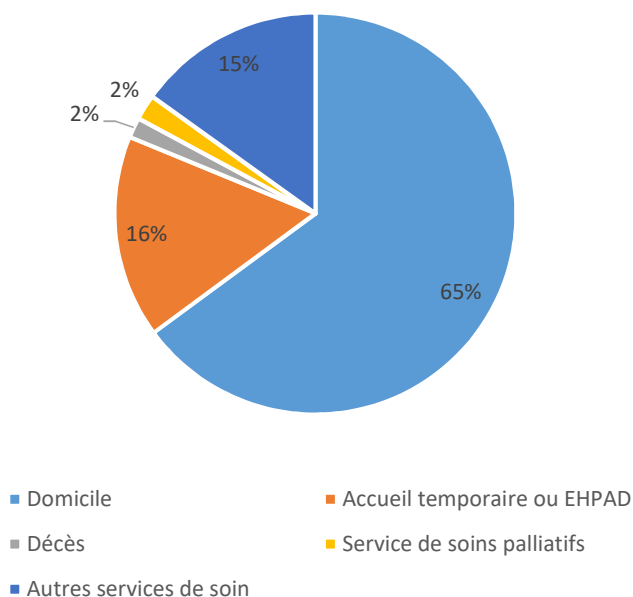


La durée d'hospitalisation dans le service adresseur était de 13,3 jours en moyenne (DS +/-8,5). La durée moyenne de séjour en SSR était de 20,1 jours (DS +/-13,3), avec une durée minimale de 3 jours et maximale de 131 jours.

Seuls 5% des patients vivaient en EHPAD avant l'hospitalisation. Parmi les 95% vivant à domicile, 65,6% des patients vivaient seuls.

En fin d'hospitalisation, 64,9% rentraient à domicile alors que 16,3% étaient institutionnalisés, en EHPAD ou en accueil temporaire (AT). L'hospitalisation était donc l'occasion d'une entrée en institution pour 11,3% des patients. (Figure 4)

**Figure 4** : Mode de sortie



## B. Comorbidités à l'entrée

Trois quarts (73,9%) des patients étaient polyopathologiques, avec une médiane de nombre de comorbidités à 3, dont les plus fréquentes étaient cardiologiques (80%) et locomotrices (66,5%). (Tableau 1)

**Tableau 1** : Effectifs selon les comorbidités

Pathologie d'organe	n(%)
Cardiologique	196 (80%)
<i>Fibrillation atriale</i>	77 (31,4%)
<i>Hypertension artérielle</i>	163 (66,5%)
<i>Insuffisance cardiaque</i>	36 (14,7%)
<i>Cardiopathie ischémique</i>	35 (14,3%)
Pneumologique	40 (16,3%)
Onco-hématologique	73 (29,8%)
Locomoteur	163 (66,5%)
Psychiatrique	57 (23,3%)
<i>Dépression</i>	44 (18%)
Neurologique	152 (62%)
<i>Démence</i>	131 (53,5%)
Diabète de type 2	35 (14,3%)
Déficit sensoriel	
<i>Surdité</i>	15 (6,1%)
<i>Troubles visuels</i>	51 (20,8%)

### C. Pathologies en cours d'hospitalisation

Plus de la moitié des patients présentaient une chute ou une infection, à l'origine de l'hospitalisation ou durant le séjour. Près de la moitié d'entre eux (49%) présentaient une anémie avec une hémoglobine moyenne à 11,1g/dL (DS +/-1,6) et une valeur minimale à 6 g/dL. La prise en charge était palliative pour 9% des patients. (Tableau 2)

**Tableau 2** : Effectifs selon les pathologies en cours d'hospitalisation

Pathologie	n(%)
Chute	164 (66,9%)
<i>Avec fracture</i>	78 (31,8%)
Anémie	120 (49%)
Infection	127 (51,8%)
Escarre	42 (17,1%)

## D. Evaluation durant l'hospitalisation

### 1. Troubles cognitifs

Le score MMSE médian était de 22, avec une majorité de patient présentant des TC modérés (41,8%). (Tableau 3)

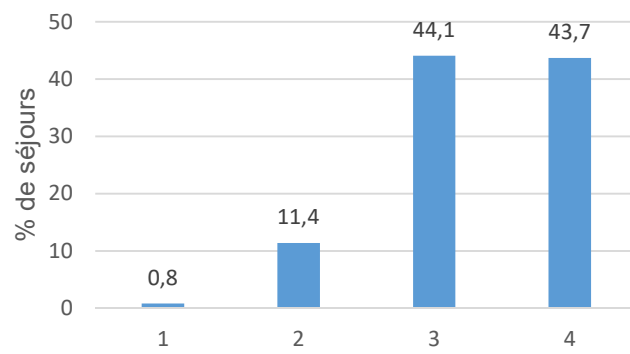
**Tableau 3** : Effectif des troubles cognitifs

Troubles cognitifs	n (%)	Valeurs manquantes
Absents	51 (30,9%)	80
Légers	37 (22,4%)	
Modérés	69 (41,8%)	
Sévères	8 (4,8%)	

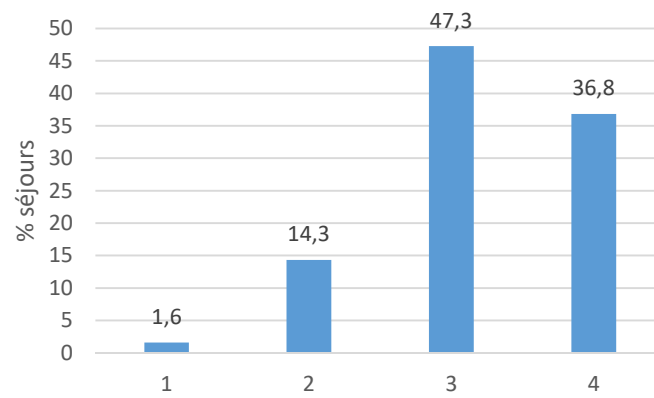
### 2. Dépendance

La médiane de dépendance totale était de 17, avec un premier quartile à 16 et troisième quartile à 19. Les valeurs de dépendance totale variaient au sein de la population de 6, soit une indépendance complète, à 24, soit une dépendance totale, tant sur le plan physique que cognitif. La médiane de dépendance physique était de 12. La médiane de dépendance cognitive était de 4.

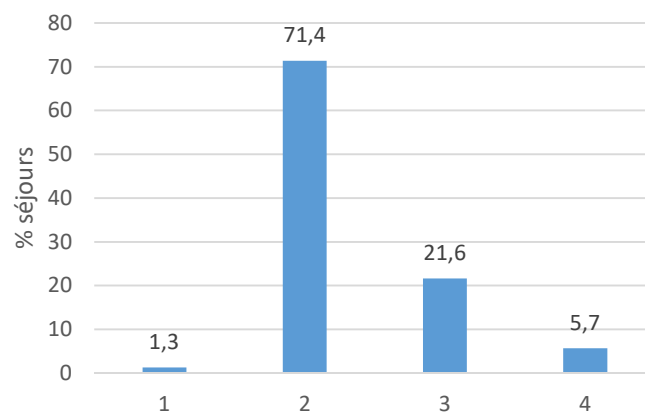
**Figure 5** : Score de dépendance pour l'habillement



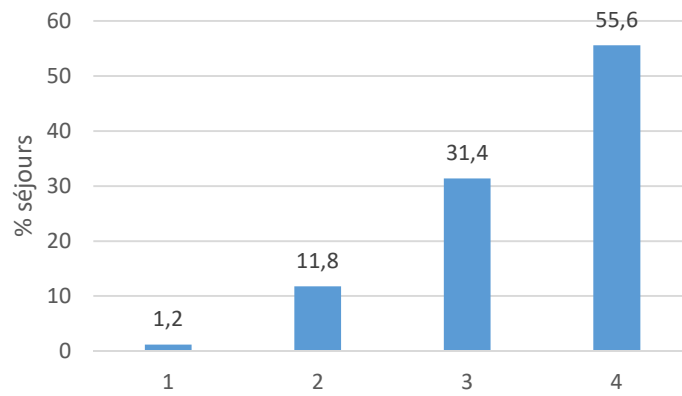
**Figure 6** : Score de dépendance pour le déplacement



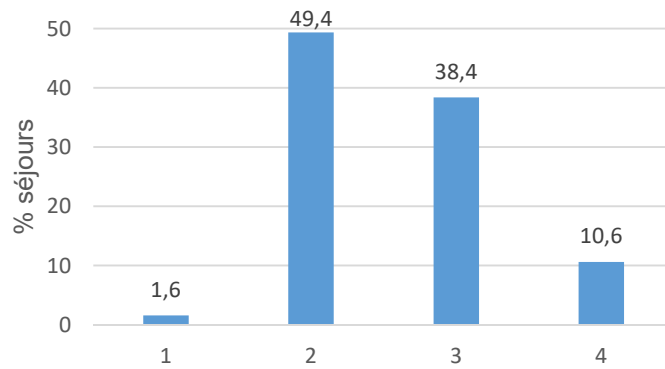
**Figure 7** : Score de dépendance pour l'alimentation



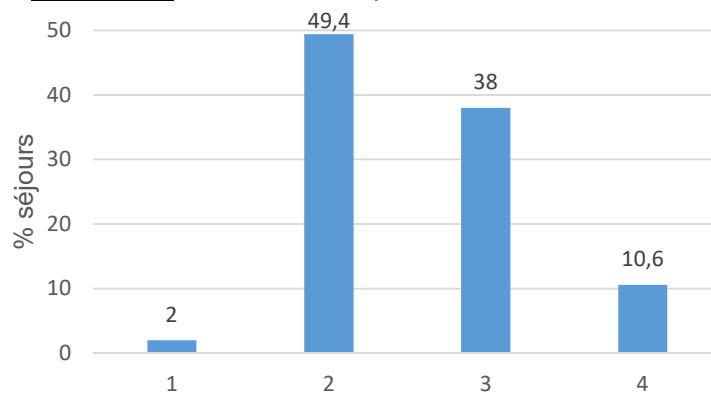
**Figure 8** : Score de dépendance pour la continence



**Figure 9** : Score de dépendance pour le comportement



**Figure 10** : Score de dépendance relationnelle



### 3. Etat nutritionnel

93% des patients étaient dénutris à l'entrée dans le service de SSR, avec une albuminémie médiane à 29,3 g/L, et 1 patient sur 5 présentait des troubles de la déglutition. Une élévation de la protéine C réactive (CRP) au-delà de 25 mg/L aurait nécessité une correction de l'albuminémie. Néanmoins, la CRP médiane était à 15 mg/L pour la population étudiée et la correction n'a donc pas été effectuée. Seuls 2/3 d'entre eux bénéficiaient d'une consultation diététique dans le service adresseur. La quasi-totalité des patients bénéficiaient d'une telle consultation durant leur séjour en SSR. Une prise en charge par nutrition entérale était instaurée pour 17 patients. Une amélioration de la pré albuminémie ou du poids était observée pour 43,7% des patients et une amélioration de ces deux variables pour 10,5% d'entre eux. (Tableaux 4 et 5)



**Tableau 4** : Evaluation nutritionnelle

	n(%)	Valeurs manquantes
Consultation diététique avant le SSR	156 (63,7%)	-
Dénutrition à l'entrée en SSR		19
<i>Absence</i>	14 (6,2%)	
<i>Modérée</i>	90 (39,8%)	
<i>Sévère</i>	122 (54%)	
Consultation diététicienne en SSR	238 (97,1%)	-
Troubles de la déglutition	52 (21,2%)	-
Prise en charge par nutrition entérale	17 (6,9%)	-
Evolution à la sortie du SSR		16
<i>Pas d'amélioration</i>	105 (45,9%)	
<i>Amélioration de la pré-albuminémie</i>	77 (50,7%)	
<i>Amélioration du poids</i>	71 (32,3%)	
<i>Amélioration de la pré-albuminémie et du poids</i>	24 (10,5%)	

**Tableau 5** : Evolution des variables concernant l'état nutritionnel

	Service adresseur	Entrée en SSR	Sortie du SSR
Albuminémie (g/L)*	29,6 +/- 4,9 (24)	29,1 +/- 4,1 (25)	29,2 +/- 4,4 (150)
Pré Albuminémie (mg/L)*	153 +/- 60,3 (34)	175 +/- 64,1 (18)	172,8 +/- 59,7 (80)
Poids (kg)*	67,2 +/- 17,3 (7)	65,7 +/- 17,2 (1)	65,2 +/- 16,1 (25)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )*	-	24,6 +/- 6,2 (2)	24,4 +/- 5,8 (25)

\*Moyenne +/- DS (valeurs manquantes)

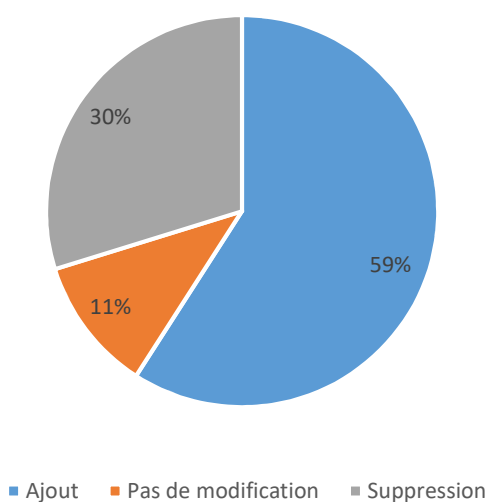
#### 4. Traitement médicamenteux

La médiane du nombre de traitements médicamenteux *per os* avant l'hospitalisation était de 5, avec une valeur maximale de 14. La médiane à la sortie était de 6, avec une valeur maximale à 13. A l'entrée, 71,8% des patients étaient polymédiqués. L'évolution thérapeutique était marquée le plus souvent par un ajout de traitement durant l'hospitalisation. (Tableau 6 et Figure 11)

**Tableau 6** : Evolution du traitement médicamenteux

	Médiane [Q1;Q3]
Nombre de traitement médicamenteux avant l'hospitalisation	5 [3 ; 7]
Nombre de traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation	6 [4 ; 8]
Evolution thérapeutique avant / après	1 [-1 ; 2]

**Figure 11** : Evolution du nombre de traitement per os durant l'hospitalisation



## E. Syndromes gériatriques

### 1. Etat nutritionnel

Il existait une relation entre l'état nutritionnel et l'anémie ( $p=0,035$ ) entre l'état nutritionnel et la présence d'une infection ( $p<0,001$ ). (Tableau 7)

**Tableau 7** : Relation entre l'état nutritionnel et d'autres variables analysées

	Absence de dénutrition (n=14)	Dénutrition modérée (n=90)	Dénutrition sévère (n=122)	P
Durée de séjour dans le service adresseur * (jours)	15,4 +/- 11,2	13,8 +/- 8,9	13,4 +/- 8,1	0,96
Dépendance *				
<i>Totale</i>	16,2 +/- 4,2	17,3 +/- 3,1	17,5 +/- 2,9	0,91
<i>Physique</i>	11,1 +/- 3,4	12,1 +/- 2,3	12,5 +/- 2,0	0,59
<i>Cognitive</i>	5,1 +/- 1,7	5,2 +/- 1,4	5,1 +/- 1,4	0,91
TC modérés et sévères **	4 (40%)	32 (51,6%)	37 (44,6%)	0,63
Pathologie onco-hématologique **	4 (28,6%)	28 (31,1%)	37 (30,3%)	0,98
Escarre **	0 (0%)	13 (14,4%)	27 (22,1%)	0,07
Anémie **	6 (42,9%)	35 (38,9%)	69 (56,6%)	<b>0,035</b>
Infection **	5 (35,7%)	33 (36,7%)	79 (64,8%)	<b>&lt;0,001</b>

\* Moyenne +/- DS ; \*\* n(%)

Les tests post-hoc de comparaison 2 à 2 montraient une différence entre les groupes dénutrition modérée et dénutrition sévère ( $p=0,049$ ). Il y avait plus de cas d'anémie dans le groupe dénutrition sévère en comparaison avec le groupe dénutrition modérée. Cette différence n'était pas retrouvée entre les groupes absence de dénutrition et dénutrition modérée ( $p=1$ ) ni entre les groupes absence de dénutrition et dénutrition sévère ( $p=0,977$ ).

Il existait également un lien statistiquement significatif concernant la présence d'infection ( $p < 0,001$ ). Il y avait plus de cas d'infection dans le groupe dénutrition sévère que modérée ( $p < 0,001$ ) mais il n'y avait pas de différence entre les groupes absence de dénutrition et dénutrition sévère ( $p = 0,13$ ) ni entre les groupes absence de dénutrition et dénutrition modérée ( $p = 1$ ).

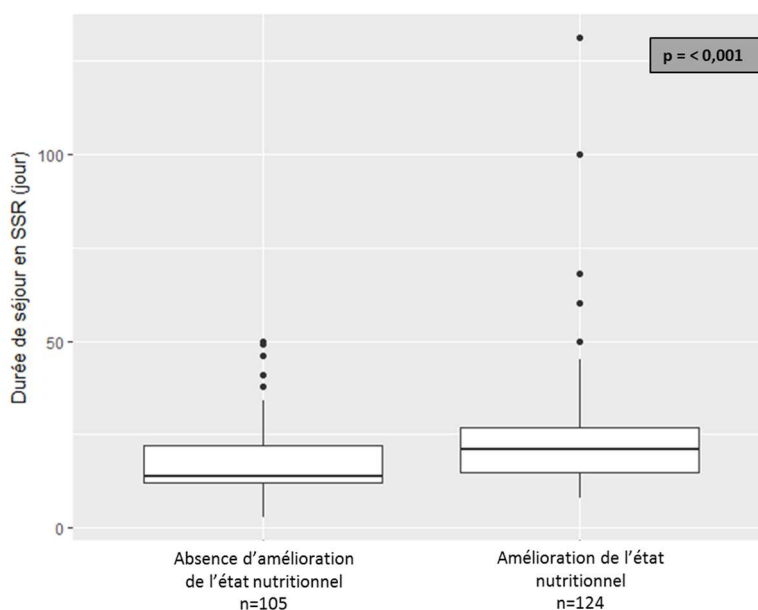
L'amélioration de l'état nutritionnel des patients hospitalisés était corrélée de manière statistiquement significative avec une durée de séjour plus longue (23,5 vs 17,6 jours en moyenne). (Tableau 8 et Figure 12)

**Tableau 8** : Relation entre la durée de séjour et l'amélioration de l'état nutritionnel

	Absence d'amélioration de l'état nutritionnel (n=105)	Amélioration de l'état nutritionnel (n=124)	p
Durée de séjour en SSR* (jours)	17,6 +/- 9,6	23,5 +/- 15,6	<b>&lt; 0,001</b>

\* Moyenne +/- DS

**Figure 12** : Relation entre la durée de séjour et l'amélioration de l'état nutritionnel



## 2. Troubles cognitifs

La présence de TC modérés ou sévères était significativement associée à un allongement de la durée de séjour en SSR et à une plus grande dépendance physique et cognitive. Il n'y avait pas de différence significative entre la présence de TC et le devenir des patients à la sortie d'hospitalisation. (Tableau 9)

**Tableau 9** : Relation entre les troubles cognitifs et d'autres variables

	Troubles cognitifs absents ou légers (n=88)	Troubles cognitifs modérés ou sévéres (n=77)	p
Durée de séjour en SSR (jours)*	19,2 +/- 11,2	22,3 +/- 8,9	<b>0,0032</b>
Dépendance totale*	16,1 +/- 2,7	18,2 +/- 2,3	<b>&lt;0,001</b>
Dépendance physique*	11,6 +/- 2,2	12,6 +/- 1,7	<b>0,0032</b>
Dépendance cognitive*	4,5 +/- 1	5,6 +/- 1,3	<b>&lt;0,001</b>
Mode de sortie de SSR **			0,44
<i>Domicile</i>	62 (70,5%)	52 (67,5%)	
<i>Accueil temporaire - EHPAD</i>	15 (17%)	16 (20,8%)	
<i>Décès</i>	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Service de soins palliatifs</i>	0 (0%)	2 (2,6%)	
<i>Autres services</i>	11 (12,5%)	7 (9,1%)	
Infection**	41 (46,6%)	37 (48,1%)	0,98

\* Moyenne +/- DS ; \*\* n(%)

### 3. Polymédication

Dans la population étudiée, la polymédication était significativement associée à la polypathologie. Il n'existait pas de lien significatif entre la polymédication et les chutes, la dénutrition ou les TC. (Tableau 10)

**Tableau 10** : Relation entre la polymédication et d'autres variables

	Pas de polymédication (n=67)	Polymédication (n=171)	p
Chute*	47 (70,1%)	114 (66,7%)	0,72
Polypathologie*	36 (53,7%)	138 (80,7%)	<b>&lt;0,001</b>
Dénutrition à l'entrée en SSR*	61 (93,8%)	145 (94,2%)	1
Troubles cognitifs modérés et sévères*	21 (51,2%)	54 (44,6%)	0,58

\*n(%)

#### **IV. Discussion**

En 2016, 211 patients étaient hospitalisés dans le service de SSR, pour un total de 245 séjours. Nous avons étudié chaque séjour séparément en raison de la possible évolution de l'état de santé d'un patient entre deux séjours, notamment si ceux-ci sont espacés de plusieurs mois.

Dans le cadre de notre étude, l'âge moyen était de 82,8 ans et 75% des patients avaient plus de 78 ans, ce qui est plus élevé qu'au niveau national et régional, où les patients de plus de 75 ans représentent 48% des patients hospitalisés en SSR, spécialisé ou non. (12,20) L'âge moyen est de 74 ans pour un SSR polyvalent. (12)

La population de notre étude était majoritairement composée de femmes, entrant après un séjour en médecine. Il s'agit d'un reflet de la démographie actuelle : en 2016, les femmes représentent 61% de la population de plus de 75 ans. (20)

En France, les entrées directes du domicile en SSR représentent 22% des hospitalisations, alors que, dans notre étude, seulement 2 patients sont entrés directement du domicile. (12,20) En effet, une évaluation dans un séjour de médecine ou chirurgie est presque toujours faite au préalable. Celle-ci semble justifiée puisqu'un patient passe en moyenne 13 jours dans le service adresseur. Lorsque le motif d'admission aux urgences est principalement social, par exemple pour un maintien à domicile impossible, une entrée directe en SSR serait probablement souhaitable. Néanmoins, elle n'est pas toujours possible, les SSR connaissant un taux d'occupation élevé, proche de 100%. (15) Dans ce cas, il est proposé une transition par un autre service, qui permet souvent une évaluation clinique et sociale préliminaire.

Près de 75% des patients étaient polypathologiques : les comorbidités prédominantes sont cardiologiques et locomotrices. L'hypertension artérielle est notamment très représentée avec une prévalence de 66,5% dans notre population en comparaison à la moyenne nationale puisqu'en France en 2014, 58% des personnes âgées de plus de 75 ans prennent un traitement anti-hypertenseur. (21) La fréquence des pathologies locomotrices peut expliquer la prévalence des chutes, à l'origine ou survenant en cours d'hospitalisation (66%). En effet, si le premier prédicteur de chute est la présence de chutes antérieures, de multiples autres facteurs de risque existent dont les troubles de l'équilibre et de la marche, la faiblesse musculaire, l'arthrose, mais également la dénutrition, les troubles visuels, l'incontinence urinaire, la polymédication... (22) Cette corrélation coïncide avec l'une des missions premières des services de SSR qu'est la rééducation. Parmi ces facteurs de risque, les troubles sensoriels semblent peu dépistés par les équipes au sein de notre population, face à des chiffres bien inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature où 40% de la population de plus de 65 ans semble touchée par la presbyacousie et 1 patient sur 3 présenterait des troubles visuels. (23)

Majoritairement, les patients présentaient des troubles cognitifs légers. Nous notons une différence entre le nombre de sujets présentant des troubles cognitifs estimés à partir du MMSE réalisé durant l'hospitalisation et le nombre de patients présentant une démence comme comorbidité à l'entrée. En effet, le MMSE n'a pas pu être réalisé pour tous les patients (80 valeurs manquantes) : certains patients n'étaient pas coopérants à cet examen ou leur état de santé rendait l'évaluation impossible ou peu pertinente. De plus, le MMSE permet uniquement de dépister un déclin cognitif et en aucun cas d'affirmer à lui seul le diagnostic de démence. (24) Son interprétation nécessite la prise en compte de plusieurs paramètres : le niveau socioculturel, l'activité



professionnelle et sociale, l'état d'anxiété ou dépression et le niveau de vigilance. Cet outil reste toutefois simple, usuel et rapide d'utilisation. (25)

La part de sujets de plus de 60 ans en région Hauts-de-France est en 2014 la plus faible de toute la France métropolitaine. Toutefois, en raison du contexte sanitaire défavorable, c'est également la région dans laquelle les personnes âgées se déclarent le plus en « mauvaise santé » : 30% d'entre eux déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle (25% sur le plan physique, 13% sensoriel et 8% cognitif) et 7,5% d'entre eux décrivent une perte d'autonomie, soit 1% de plus que la moyenne nationale et cet écart se creuse avec l'avancée en âge. (26) Dans le cadre de notre étude, le niveau de dépendance des patients était en effet élevé. Ils étaient plus dépendants sur le plan physique que cognitif, avec une moyenne de dépendance cognitive à 4 sur 16, contre 5 sur 8 sur le plan physique. En effet, la rééducation cognitive n'a pas à ce jour montré de résultat satisfaisant. (27) L'indication d'un séjour en SSR est donc la plupart du temps physique. L'hospitalisation est un facteur de risque de déclin fonctionnel : on parle de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, dont les causes sont le syndrome d'immobilisation, la confusion, les chutes, l'incontinence urinaire, la dénutrition et la iatrogénie. (8) Plus de la moitié des patients sont totalement dépendants sur le plan de la continence. Au-delà des conséquences en terme de qualité de vie, l'incontinence urinaire s'associe à un risque accru d'infection ou d'escarre. Durant l'hospitalisation, il s'agit surtout d'éviter l'apparition d'une incontinence durable, notamment grâce à des moyens environnementaux : éviter le sondage à demeure, éviter le port de protection systématique, permettre à la personne de se rendre aux toilettes grâce à un personnel réactif et présent. De plus, la rééducation permet une meilleure mobilité, et donc la possibilité pour le patient de se

rendre aux toilettes. L'immobilisation et la prise médicamenteuse, sont d'autant plus de facteurs précipitants, responsables d'une incontinence. (28,29)

Concernant l'habillement, près de la moitié des patients inclus nécessitaient une aide totale. En France en 2016, la majorité des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile sont classés GIR 4 (59%), et n'ont donc besoin d'aide que pour la toilette et l'habillement. (30,31)

Dans notre étude, un patient sur deux nécessitait une aide partielle dans ses déplacements. L'hospitalisation en SSR est parfois l'occasion d'instaurer une aide technique à la marche : de façon transitoire dans le cadre de la rééducation, ou à long terme. Une chute entraîne une limitation de la marche par appréhension et secondairement une diminution des capacités fonctionnelles par non utilisation : l'aide technique permet donc de réduire les chutes mais également de rassurer le patient. Elle doit être adaptée à l'état cognitif, aux déficits sensoriels, à l'état musculaire global et à l'environnement du patient. (32)

Plus de la moitié des patients du service retournent à domicile en fin d'hospitalisation. La réautonomisation est alors primordiale, et favorise le succès du retour à domicile. Les professionnels au premier plan de cette rééducation sont les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

La kinésithérapie est axée sur la rééducation, qui vise à réduire les incapacités et déficiences d'un patient, et la réadaptation, qui aide le patient à s'adapter à ses incapacités lorsqu'elles sont stabilisées. (33)

L'ergothérapie consiste en l'accompagnement et la réinsertion des personnes en situation de handicap, afin de leur permettre de maintenir une certaine indépendance et autonomie.

Ces deux disciplines, complémentaires, sont nécessaires à la prise en charge et l'évolution du projet de vie d'un patient en SSR. (34)

Si le retour à domicile est envisagé, celui-ci peut être préparé grâce à une visite à domicile avec l'équipe du service de SSR. Dans ce cas, l'assistante sociale, l'ergothérapeute et le patient, plus ou moins accompagnés d'un membre de sa famille, se rendent au domicile afin d'évaluer les éventuelles adaptations ou aides à mettre en place pour le retour : un lit médicalisé, un retrait des tapis, une chaise percée, un changement de disposition des meubles pour la marche avec un déambulateur, une barre d'appui, des couverts ergonomiques, passage d'une aide pour les repas... Actuellement, en ville, deux mesures permettent de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et l'aide-ménagère. L'APA représente les neuf dixièmes des aides sociales en faveur des personnes âgées. Le nombre de bénéficiaires de cette aide est en constante augmentation, avec une part importante (59%) de sujets modérément dépendants, classés en groupe iso-ressources (GIR) 4. (35)

Notre étude met en évidence une association entre la présence de troubles cognitifs modérés ou sévères, et une plus grande dépendance totale (physique et cognitive) et un allongement de la durée de séjour. Les troubles cognitifs se définissent par une altération des fonctions intellectuelles et/ou des fonctions comportementales. (36) Nous parlons de démence lorsque ceux-ci ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient et qu'il doit être aidé, au moins pour les activités les plus élaborées.(25) La démence est d'ailleurs l'une des premières causes de perte d'autonomie dans le monde (37), et les troubles cognitifs sont un facteur majeur d'allongement de la durée de séjour, d'autant plus lorsqu'ils nécessitent une institutionnalisation à la sortie. (38)

Etonnamment, la proportion de patients institutionnalisés en fin d'hospitalisation était comparable, quel que soit leur état cognitif, alors que la maladie d'Alzheimer est le premier motif d'entrée en institution. (25)

L'âge moyen élevé, les troubles cognitifs et la dépendance de plus en plus importante peuvent expliquer la part importante de patients vivant en EHPAD avant l'hospitalisation (2% dans notre étude contre seulement 0,3% en moyenne en France) (60). Ce résultat reste cependant bas en comparaison à la proportion de sujets âgés dans les services de médecine et chirurgie, notamment parce que la prise en charge peut être réalisée au sein de l'EHPAD, qu'elle soit rééducative avec les kinésithérapeutes intervenant sur place, en hospitalisation à domicile, ou même palliative grâce aux équipes mobiles de soins palliatifs, permettant un retour plus rapide du patient dans son lieu de vie habituel.

L'hospitalisation était par ailleurs l'occasion d'une institutionnalisation pour plus de 10% des patients. Parfois, l'attente d'une institutionnalisation est responsable d'un allongement de la durée du séjour en raison d'une taux élevé d'occupation des EHPAD (98%). (39) L'institutionnalisation est toujours difficile, même lorsque le patient est en demande. La décision doit être discutée de façon collégiale avec la personne et ses proches, l'assistante sociale et le médecin responsable, afin d'éviter toute entrée non consentie. (40) En 2011, les trois quarts des personnes âgées vivant en EHPAD déclarent avoir bien vécu leur changement de lieu de vie et plus de 8 sur 10 déclarent bien y vivre (41), alors que le plus souvent la décision initiale n'est pas à l'initiative du patient lui-même. (42)

Par ailleurs, cette même année, environ 14000 résidents permanents d'EHPAD en sont sortis pour un retour à domicile. (43) Le fait d'évoquer cette possibilité peut permettre au patient de ne pas se sentir « piégé ». De même, le décret du 15 mai 2007

institue le projet personnalisé, reposant sur le respect, de la personne, ses attentes, ses choix, afin de lui permettre de conserver son autonomie sociale, physique et psychique : l'objectif est ici de donner du sens à la vie de la personne institutionnalisée.(44)

Dans notre service de SSR, nous avons porté un travail sur la thématique du projet de vie en partenariat avec les patients, les familles et les EHPAD. La réflexion autour d'un changement brutal de lieu de vie est d'autant plus difficile pour un patient isolé. Un grand nombre de patients n'ont pas anticipé la possibilité d'une institutionnalisation future. Ce changement non désiré peut être néfaste sur l'évolution du séjour, de la rééducation et sur la qualité et l'acceptation de l'admission en EHPAD. Ce travail a permis d'éveiller l'attention de chaque professionnel à cette problématique, d'améliorer l'intégration des patients comme résidents en prenant en compte notamment leurs préférences, habitudes et histoire de vie. L'évaluation des résidents intégrés montrait un retour positif et une meilleure adaptation. Cette étude a renforcé les liens entre l'Hôpital, la ville et l'EHPAD. (45)

Sur le plan nutritionnel, plus de la moitié des patients de notre étude présentaient une dénutrition sévère à l'entrée en SSR. Une indication d'une nutrition entérale était retenue pour moins d'un patient sur 10. En 2007, la HAS publie des recommandations concernant le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée, qui doit être réalisé à l'entrée de chaque hospitalisation. (46) Nos chiffres montrent que l'albuminémie, la préalbuminémie et le poids sont bien relevés en début d'hospitalisation, pour la plupart des patients. Toutefois, si près de la totalité des patients étaient vus par la diététicienne en SSR, seul un peu plus de la moitié d'entre eux bénéficiait d'une telle consultation dans le service en amont. La dénutrition est donc plutôt bien dépistée mais finalement peu prise en charge. L'évaluation de la perte

de poids, bon reflet d'une dénutrition récente, est rarement réalisable par manque de mesure à domicile et donc de données disponibles.

Nous n'établissons aucune relation entre la dénutrition et les troubles cognitifs, la dépendance ou une pathologie onco-hématologique, pourtant clairement identifiés comme facteurs de risque. (46) L'atteinte des fonctions instrumentales, la survenue de troubles du comportement alimentaire et les facteurs environnementaux tels que le manque de stimulation sont responsables de l'apparition de la dénutrition chez le patient présentant des troubles cognitifs. (47,48) Dans un contexte de pathologie onco-hématologique, un hypercatabolisme protéino-énergétique directement lié à la maladie et/ou les effets secondaires des traitements (dysgueusie, nausées et vomissements, asthénie, atteinte des muqueuses...) est responsable d'une dénutrition chez 30 à 50% des patients. (49) Nous ne retrouvons pas de spécificité de notre population pouvant expliquer cette différence par rapport à la littérature.

Récemment, une relation claire est montrée entre l'anémie et la dénutrition. (50) Celle-ci est fortement retrouvée au sein de notre population ( $p=0,035$ ). Les déficits en fer, vitamine B9 et/ou B12 constituent effectivement une part non négligeable d'anémie d'origine nutritionnelle par carence d'apport. (51)

Dans le cadre de notre étude, l'amélioration de l'état nutritionnel est corrélée à la durée d'hospitalisation, ce qui montre la qualité de la prise en charge dans le service. Ce résultat s'explique probablement grâce au passage quasi systématique d'une diététicienne et la surveillance clinicobiologique des paramètres nutritionnels. Nous pouvons penser aussi que les patients les plus dénutris sont hospitalisés plus longtemps et que les valeurs s'améliorent donc proportionnellement plus. Il s'agit d'une comorbidité pouvant aggraver un état de fragilité ou de dépendance, aggraver le pronostic des maladies sous-jacentes et augmenter le risque de décès (46), rendant

sa prise en charge primordiale en vue de la sortie. La durée moyenne de séjour (20 jours) restant relativement courte pour voir une amélioration nutritionnelle, nous pouvons supposer que celle-ci peut être observée au domicile grâce à la poursuite des mesures mises en place durant l'hospitalisation, telles que les conseils nutritionnels ou compléments nutritionnels oraux. Toutefois, le suivi nutritionnel en ambulatoire est difficile à organiser. Néanmoins de multiples supports sont disponibles plus facilement et des supplémentations sous diverses formes sont accessibles. Des formations et des sensibilisations sont proposées au personnel médical comme au grand public comme le parcours du patient dénutri organisé sur la métropole arrageoise. (52) Durant l'hospitalisation, les équipes para médicales pallient à certaines difficultés, dont la nécessité d'une aide pour l'alimentation aussi bien les aides-soignantes du service sensibilisées à la gériatrie que les ergothérapeutes. De même, des adaptations de la texture des repas peuvent être faites, ainsi qu'une consultation avec l'orthophoniste pour dépister les troubles de la déglutition. Il est primordial de prendre en compte ces difficultés dans l'adaptation des aides en cas de retour à domicile.

Près de 75% de notre population était polymédiquée, en rapport à la part importante de patients polypathologiques. En moyenne, la consommation journalière est de 4 médicaments chez les patients de plus de 75 ans. (53) La polymédication s'associe à un risque de iatrogénie, conduisant à la nécessité d'optimisation thérapeutique. L'outil DICTIAS (Diagnostic, Indication, Contre-indication, Tolérance, Interaction, Ajustement de dose, Surveillance) (Annexe 2), créé par l'équipe de l'Hôpital Charles Foix à Ivry sur Seine, permet une révision de l'ordonnance d'un patient, et est particulièrement performant dans l'individualisation de l'analyse de la prescription. (54) Cet outil est utilisé durant l'hospitalisation en SSR, à défaut d'une conciliation médicamenteuse institutionnelle. Son objectif est une actualisation du

traitement en éliminant au mieux les prescriptions inappropriées. Toutefois, notre étude montre qu'une hospitalisation est marquée par l'ajout d'un traitement per os en moyenne. Une première explication à ce résultat est la supplémentation vitaminique (vitamine D) systématiquement reprise dans l'ordonnance de sortie et rarement mentionnée dans le traitement à domicile. De plus, une hospitalisation étant souvent motivée par une pathologie intercurrente, celle-ci peut nécessiter la mise en place d'une nouvelle prise médicamenteuse.

A travers cette étude, nous avons uniquement comparé le nombre de traitement per os entre le domicile et la sortie. Il aurait été intéressant d'étudier plus précisément les modifications, afin d'identifier l'arrêt de certaines thérapeutiques jugées inutiles au profit de nouveaux traitements justifiés. Nous ne mettons pas en évidence de relation entre la polymédication et les chutes ou la dénutrition, pourtant habituellement associés (55,56), ou les troubles cognitifs. Il est toutefois possible que le recueil de données concernant les chutes durant l'hospitalisation ne soit pas exhaustif, d'autant plus si celles-ci ont lieu la nuit ou le weekend, et peuvent ainsi ne pas être retranscrites dans le dossier par l'équipe qui les constate.

Notre étude comporte des limites. Il s'agit d'un travail rétrospectif, comportant donc des valeurs manquantes ; le recueil des données dépend ainsi des données saisies lors de l'hospitalisation du patient. Les patients ayant un séjour d'une durée inférieure à 2 jours n'étaient pas inclus dans l'étude (2 patients). Ces patients présentaient un état clinique non compatible avec un séjour en SSR, devaient être retransférés rapidement en unité de soins aigus. Leurs caractéristiques cliniques et biologiques n'étaient pas représentatives du profil type du patient hospitalisé en SSR. L'évaluation de la dépendance des patients pose question : une cotation selon les échelles plus connues et étudiées telles que le GIR (31), l'Activities of Daily Living



(ADL) (57) ou l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (58), aurait permis une meilleure comparaison aux données actuelles de la littérature. Suite à notre étude, il paraît essentiel de systématiser l'évaluation de la dépendance des patients via ces échelles au sein du service. Lors du recueil de données, l'évolution fonctionnelle était décrite mais rarement cotée de façon hebdomadaire, rendant impossible l'étude de celle-ci. Aucune échelle ou bilan défini de façon systématique n'est utilisé à l'entrée ou dans l'évaluation de sortie. Certains syndromes gériatriques étaient recherchés dans une population qui ne l'est pas, puisque 25% des patients étaient âgés de moins de 78 ans.

Notre travail était monocentrique, rendant les données peu extrapolables. Nous n'avons pas effectué de recueil exhaustif de tous les syndromes gériatriques mais nous nous sommes centrés sur les plus fréquents (59). Les troubles du comportement, fréquents et déterminants dans la prise en charge médicale, dans la rééducation et dans le devenir de la personne âgée, n'étaient pas collectés, car leur description n'était pas systématique dans le dossier médical, de même pour les troubles du sommeil ou les troubles sensoriels. De plus, les consultations et soutiens psychologiques sont peu fréquents au sein du service, rendant l'équipe moins à l'aise avec cette problématique.

## V. Conclusion

Le SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul est polyvalent. Notre étude montre cependant que les patients sont majoritairement gériatriques. Leur prise en charge nécessite donc une approche spécifique du patient, nécessitant l'intervention de multiples professionnels médicaux et paramédicaux.

Certains pans de la gériatrie sont d'ores et déjà pris en charge de façon optimale par l'équipe soignante. Pour exemple, la prise en charge nutritionnelle semble adaptée, avec la quasi-totalité des patients bénéficiant d'une consultation diététicienne. La réadaptation/rééducation semble aussi efficiente puisqu'un nombre important de patients retourne au domicile à la fin de l'hospitalisation. D'autres domaines de compétence semblent moins abordés et devraient être dépistés et pris en compte.

L'hospitalisation en SSR est souvent l'occasion d'évaluer de multiples problématiques, médicales, paramédicales et sociales. Le domaine de la gériatrie nécessite de nombreux intervenants, une multidisciplinarité, mais également plus de temps qu'une prise en charge adulte classique. La mise en place d'un projet de vie avec un patient requiert un temps de réflexion, pour lui-même et ses proches, et lorsqu'une institutionnalisation est envisagée, le temps nécessaire aux démarches administratives peut s'y ajouter. Une telle prise en charge, si elle se veut qualitative, se fait au prix d'un allongement de la durée de séjour.

Le développement d'une filière gériatrique étiquetée permettrait encore une amélioration de la prise en charge, avec une sensibilisation et une professionnalisation de l'équipe. Nous pouvons peut aisément imaginer l'intervention de professionnels tels

que les psychologues ou psychomotriciens, auprès des patients mais également des familles.

## VI. Bibliographie

1. Insee. Espérance de vie à divers âges en 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
2. Insee. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Médecine chirurgie, obstétrique : patientèle en 2016. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche12-4.pdf>
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er928-2.pdf>
5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés médecine, chirurgie obstétrique 2016. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_mco.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_mco.pdf)
6. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neur.* déc 2011;(4):387–390.
7. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. *Psychol Neuropsychia.* 1 sept 2003;1(3):187-96.
8. HAS. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir\\_la\\_dependance\\_iatrogene\\_liee\\_a\\_lhospitalisation\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees\\_-\\_fiche\\_points\\_cles.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf)

9. Rosenthal GE, Landefeld CS. Do Older Medicare Patients Cost Hospitals More? : Evidence From an Academic Medical Center. Arch Intern Med. 11 janv 1993;153(1):89-96.
10. Defebvre MM, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique. 2007;19(2):133-46.
11. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Synthèse : analyse de l'activité hospitalière de 2016. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese\\_mco\\_had\\_psy\\_ssr\\_2016\\_vd.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese_mco_had_psy_ssr_2016_vd.pdf)
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Soins de suite et de réadaptation - SSR 2016. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
13. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés SSR 2016. [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_sr\\_2016.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_sr_2016.pdf)
14. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés 2016 Hauts de France. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/chiffres\\_cles\\_2016\\_hauts\\_de\\_france.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/chiffres_cles_2016_hauts_de_france.pdf)
15. Defebvre MM, Puisieux F. Les filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais : analyse huit ans après la circulaire de 2007. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2016;64(5):341-907

16. Mangerel K, Armand-Branger S, Rhalimi M. Le pharmacien clinicien face aux syndromes gériatriques. *J Pharm Clin*. 1 mars 2014;33(1):7-19.
17. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
18. HAS. Dénutrition personne âgée - recommandations 2007. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition\\_personne\\_agee\\_2007\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf)
19. HAS. Maladie d'Alzheimer - synthèse 2009. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie\\_dalzheimer\\_-\\_synthese\\_-\\_septembre\\_2009.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimer_-_synthese_-_septembre_2009.pdf)
20. Insee. Pyramides des âges – Bilan démographique 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
21. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaïsse B. Hypertension artérielle du sujet âgé en France : caractéristiques du traitement et fréquence de la plainte cognitive selon l'enquête FLAHS 2014. *Ann Cardiol Angéiologie*. 1 juin 2015;64(3):145-9.
22. Podvin-Deleplanque J, Dreuil D, Huvent D, Puisieux F. Prévention des chutes en EHPAD. *Rev Gériatrie*. 2015;8.
23. Raschilas F. Le vieillissement sensoriel. *Soins gériatrie*. 18 févr 2008. Vol. 11, n°51. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/84986/resultatrecherche/2>

24. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *Presse Med.* 12 juin 1999; 28(21):1141-8.
25. HAS. Recommandation maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)
26. Insee. Une perte d'autonomie chez les seniors plus fréquente qu'au niveau national. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3561203>
27. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Db Syst Rev.* 5 juin 2013; Issue 6. Art. No.: CD003260.
28. HAS. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1\\_2006\\_12\\_01\\_\\_10\\_19\\_53\\_157.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01__10_19_53_157.pdf)
29. Université médicale virtuelle francophone. Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie10/site/html/cours.pdf>
30. Insee. Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie par niveau de dépendance et par lieu de prise en charge. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386701#graphique-Donnes>

31. Service public. Qu'est-ce que la grille Aggir ? <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
32. Strauss Y, Mourey F. Aides à la marche et personnes âgées. *Kinésithérapie Rev.* juin 2011;11(114):41-6.
33. Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et Réadaptation. Item 53, Rééducation, réadaptation : Objectifs - Définition. [http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=445](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=445)
34. Gedda M, Guillez P. Ergothérapie et kinésithérapie : des complémentarités en évolution. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt.* janv 2009;5(2):1-13.
35. Insee. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906697?sommaire=1906743>
36. Collège des Enseignants de Neurologie. Confusion, démences — Troubles cognitifs du sujet âgé — État confusionnel et trouble de la conscience chez l'adulte et chez l'enfant. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/confusion-demences-troubles-cognitifs-du-sujet-age-etat-confusionnel-trouble>
37. OMS. La démence. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
38. Champlon S, Cattenoz C, Mordellet B, Roussel-Laudrin S, Jouanny P. Déterminants de la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées. *Rev Med Interne.* juin 2008; 29(S1):70.
39. Insee. Résultats de l'enquête EHPA 2015. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61794/1/er1015.pdf>



40. Moulias R, Poch B. Le syndrome d'« entrée en institution non consentie ». NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2017;17(102):382-8.
41. Ramos-Gorand M. Les migrations des personnes âgées lors de l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Neothèque. 2016. [http://www.neotheque.info/wp-content/uploads/2016/12/CDL-2013\\_14-115\\_154-M\\_Ramos\\_Garand.pdf](http://www.neotheque.info/wp-content/uploads/2016/12/CDL-2013_14-115_154-M_Ramos_Garand.pdf)
42. Leblanc-Briot MT. Fin de vie des personnes âgées. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2014;(119):97-108. [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=JALMALV\\_119\\_0097](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=JALMALV_119_0097)
43. Insee. Les durées de séjour en EHPAD. [http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62954/1/dossiers\\_15.pdf](http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62954/1/dossiers_15.pdf)
44. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2007-975 mai 15, 2007.
45. Sadki S, Deplanque X. Création d'un recueil de données pour les patients gériatriques nécessitant une institutionnalisation. Reperes en Geriatr. 2017;19(151):1-4.
46. HAS. Stratégie de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée. <http://pharmaetudes.fr/ressources/cours%20internat/section4/35%20-%3E%2052%20-%20Biochimie/52%20-%20D%E9nutrition%20prot%E9ino-%E9nerg%E9tique%20/HAS5.pdf>

47. Mobiqua. Les troubles du comportement alimentaire et risque de dénutrition dans la maladie d'Alzheimer ou apparentée. [http://www.mobiqua.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR\\_DU\\_PATIENT/PDF/A4.TROUBL\\_COMPORT\\_ALIM.pdf](http://www.mobiqua.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A4.TROUBL_COMPORT_ALIM.pdf)
48. Ghisolfi Marie. Perte de poids, Dénutrition et maladie d'Alzheimer. [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/perte\\_poids\\_denutrition\\_alzheimer\\_ghisolfi\\_marque.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/perte_poids_denutrition_alzheimer_ghisolfi_marque.pdf)
49. Réseau Espace Santé Cancer. Prise en charge du risque nutritionnel et de la dénutrition chez le patient atteint de cancer. <https://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/referentiels/BPA-1501DENUT.pdf>
50. Frangos E, Trombetti A, Graf CE, et al. Malnutrition in Very Old Hospitalized Patients: A New Etiologic Factor of Anemia? *J Nutr Health Aging*. 2016;20(7):705-13.
51. Frangos E, Samii K, Perrenoud JJ, Vischer UM. L'anémie du sujet âgé : une pathologie fréquente à ne pas banaliser. *Rev Med Suisse* 2010; 6: 2125-9
52. Brocquet E, Roussel A, Florent V, Petit V. GHICL Parcours du patient âgé dénutri : dépistage et prévention de la dénutrition et des facteurs de risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital ; Fragilité du sujet âgé - Le Vieillissement en Santé - Prévention de la Perte d'Autonomie. Avril 2018
53. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie Société*. 2002;25 / n° 103(4):13-27.

54. Nawabzad R, Friocourt P. Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structurée. Rev Gériatrie. 2015;8.
55. Beauchet O, Annweiler C, Hureau-Huynh R, Leonart S, Barré J, Dubost V. Médicaments et chute de la personne âgée. Ann Gériatrie. 1 oct 2008;1(1):47-52.
56. Bouteloup C. Polymédication et prise alimentaire. Nutr Clin Métabolisme. 1 janv 2005;19(1):20-4.
57. Société Francophone d'Onco Gériatrie. Grille ADL. [http://sofog.org/system/download\\_files/18/files/original/ADL\\_de\\_Katz.pdf?1469175953](http://sofog.org/system/download_files/18/files/original/ADL_de_Katz.pdf?1469175953)
58. Société Francophone d'Onco Gériatrie. Grille IADL. [http://sofog.org/system/download\\_files/19/files/original/Katz\\_ADL\\_LawtonIADL.pdf?1469175795](http://sofog.org/system/download_files/19/files/original/Katz_ADL_LawtonIADL.pdf?1469175795)
59. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Elsevier Masson, 2014. Chapitre 6 Item 126 – UE 5 – La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. <http://www.seformeralageriatrie.org/chapitre6cneq>
60. Scansanté. Analyse de l'activité nationale, secteur SSR. <https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-nationale?secteur=SSR>

# Annexe 1 : Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</b>	Etiquette du patient
Date : .....	
Évalué(e) par : .....	
Niveau socio-culturel .....	

## ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |        |                              |        |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ?       | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ?            | !___!  | 5. Quel jour de la semaine ? | !___!  |
| 3. en quel mois ?                | !___!  |                              |        |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- |                                                                        |       |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?                       | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                                  | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?           | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ?                                     | !___! |

## APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- |            |         |            |       |
|------------|---------|------------|-------|
| 11. Cigare | [citron | [fauteuil  | !___! |
| 12. fleur  | ou [clé | ou [tulipe | !___! |
| 13. porte  | [ballon | [canard    | !___! |

Répéter les 3 mots.

## ATTENTION ET CALCUL

- ☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- |        |       |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

## RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |         |            |       |
|------------|---------|------------|-------|
| 19. Cigare | [citron | [fauteuil  | !___! |
| 20. fleur  | ou [clé | ou [tulipe | !___! |
| 21. porte  | [ballon | [canard    | !___! |

## LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. !\_\_\_!
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre !\_\_\_!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » !\_\_\_!
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. !\_\_\_!
26. Pliez-la en deux. !\_\_\_!
27. et jetez-la par terre ». !\_\_\_!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. «faites ce qui est écrit ». !\_\_\_!
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » !\_\_\_!

## PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». !\_\_\_!



**SCORE TOTAL (0 à 30)** !\_\_\_!

## Annexe 2 :

### Révision systématique de l'ordonnance avec DICTIAS

Date :

Nom du patient :

Fonction rénale :

Notes :

Liste des médicaments actuellement reçus et ceux qui pourraient être ajoutés

#### **D I C T I A S**

Nom du médicament + dose	Diagnostic	Indication	Contre – Indication	Tolérance	Interaction	Ajustement de dose	Sécurité	Commentaire	Conclusion
									ok : continuer STOP : arrêter DOSE : modifier posologie AJOUT : ajouter

Dans chaque case DICTIAS noter / si ok, X si problème

**AUTEUR : Nom :** DEBIENNE

**Prénom :** Juliette

**Date de Soutenance :** 3 octobre 2018

**Titre de la Thèse :** Photographie de l'activité d'un Service de Soins de Suite et Réadaptation et association de syndromes gériatriques

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement :** DES de médecine générale

**Mots-clés :** personne âgée, soin de suite et réadaptation, dénutrition, syndrome gériatrique, polyopathie

### **Résumé :**

**Contexte :** Les personnes âgées constituent une part importante des hospitalisations en médecine et chirurgie. Elles nécessitent souvent au décours de celle-ci d'un séjour en soins de suite et réadaptation (SSR). Les objectifs de l'étude étaient d'établir la photographie de l'activité du SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille (SSR polyvalent adulte) et d'étudier certains syndromes gériatriques au sein de la population.

**Méthode :** Etude rétrospective observationnelle, incluant tous les patients hospitalisés dans le service. Les patients qui séjournaient moins de 2 jours dans le service n'étaient pas inclus.

**Résultats :** 245 séjours étaient enregistrés, dont 67% de femmes, avec un âge moyen de 82,8 ans. L'entrée se faisait majoritairement par mutation depuis un service de médecine au sein de l'Hôpital. 5% des patients habitaient en EHPAD avant l'hospitalisation, alors que 16,3% étaient institutionnalisés à la sortie. Les syndromes gériatriques étaient fréquents dans cette population : polyopathie (73,9%), polymédication (71,8%), dénutrition (modérée 39,8% et sévère 54%), troubles cognitifs (légers 22,4%, modérés 41,8% et sévères 4,8%) et dépendance (score moyen de 17, avec un maximum de 24 correspondant à une dépendance totale). La quasi-totalité de la population bénéficiait d'une consultation diététique, et un séjour plus long en SSR s'associait à une amélioration nutritionnelle plus fréquente, témoin de la prise en charge optimale. Notre étude montrait une corrélation entre la dénutrition et l'anémie, ainsi qu'entre la dénutrition et la présence d'une infection. La polymédication n'était pas associée à un risque de chute. Les troubles cognitifs étaient responsables d'un allongement de la durée de séjour en SSR et d'une plus grande dépendance physique et cognitive sans être associés à une institutionnalisation plus importante. L'hospitalisation était marquée par l'ajout d'un traitement en moyenne.

**Conclusion :** Notre étude montre que le SSR de l'Hôpital Saint Vincent de Paul accueille une part importante de sujets gériatriques. Cette population nécessite une prise en charge adaptée et spécialisée : médicale, para médicale mais également sociale. La gériatrie nécessite une prise en charge globale du sujet et il est nécessaire que les équipes soient formées en ce sens.

### **Composition du Jury :**

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Xavier DEPLANQUE