



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation du profil des patients et de leur prise en charge en
hospitalisation programmée à durée déterminée gériatrique du centre
hospitalier de Valenciennes.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 2018 à 18 heures
Au Pôle Recherche
Par Antoine GOSSE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Puisieux François

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Deleplanque Denis

Monsieur le Professeur Chazard Emmanuel

Madame le Docteur Bayen Sabine

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Proye Emeline

Avertissement

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

Liste des abréviations

ADL	Activity of Daily Life
AEG	Altération d'Etat Général
CHV	Centre Hospitalier de Valenciennes
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CSG	Court Séjour Gériatrique
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement pour Personnes Âgées dépendantes
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
EMIOG	Équipe Mobile d'Intervention et d'Orientation Gériatrique
ETP	Équivalent Temps Plein
FMC	Formation Médicale Continue
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HDJ	Hôpital De Jour
HNP	Hospitalisation Non Programmée
HP	Hospitalisation Programmée
HPDD	Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MMSE	Mini-Mental State Examination
PAD	Personne Âgée Dépendante
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Projet Personnalisé de Soins
RAU	Rétention Aiguë d'Urine
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	5
I. Type d'étude	5
II. Population étudiée	5
III. L'HPDD Gériatrique de Valenciennes	5
IV. Constitution et déroulement de l'étude	6
A. Recensement des patients	6
B. Recueil des données.....	7
C. Déroulement du recueil de données.....	10
V. Analyse des données	11
VI. Cadre réglementaire	11
Résultats	12
I. Analyse descriptive de la population et des séjours hospitaliers	12
A. Caractéristiques de la population	12
B. Description des motifs d'hospitalisation.....	16
C. Description des médecins demandeurs du séjour hospitalier	17
D. Description des diagnostics de sortie principaux.....	21
E. Description des diagnostics de sortie associés	23
F. Description de la prise en charge gériatrique pendant les séjours d'hospitalisation programmée	24
II. Analyse des besoins des médecins généralistes et recueil de leur opinion sur l'HPDD Gériatrique.....	28
A. Motifs des hospitalisations programmées à la demande des médecins généralistes.....	28
B. Avis des médecins généralistes sur le service de gériatrie	28
Discussion	34
I. Résultats principaux	34
A. Population	34
B. Hospitalisations Non Programmées	35
C. Hospitalisations Programmées.....	35
D. Enquête auprès des médecins généralistes.....	41
II. Limites, faiblesses et points forts de l'étude	42
III. Perspectives de l'HPDD Gériatrique dans la prise en charge des personnes âgées	44
A. La place de l'HPDD Gériatrique	44
B. La collaboration avec les médecins généralistes	46
Conclusion.....	48
Références bibliographiques	50
Annexes	53

RESUME

Introduction : La prise en charge complexe du sujet âgé en hospitalisation se fait majoritairement après passage aux urgences sur demande du médecin traitant. L'accès à l'hospitalisation est difficile malgré les solutions de la circulaire de 2007. L'objectif principal était d'évaluer le profil des patients et du séjour en Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD) gériatrique du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) pour déterminer sa place dans la filière. Les objectifs secondaires étaient de préciser les attentes et l'opinion des médecins généralistes sur l'HPDD.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective sur tous les patients hospitalisés en HPDD Gériatrique au CHV en 2017. Les caractéristiques sociodémographiques et médicales du patient, et du séjour hospitalier ont été recueillies. Nous avons également réalisé une enquête transversale par un questionnaire, auprès des médecins généralistes exerçant dans le secteur du CHV.

Résultats : Nous avons inclus 357 séjours, la moyenne d'âge était de 84.4 ans, avec une prédominance féminine (72%). On retrouvait 279 séjours d'hospitalisation programmée (HP) et 78 séjours d'hospitalisation non programmée (HNP). Les patients étaient plus jeunes ($p= 0.0445$) pour les HP ($p= 0.00618$). La population était comparable sur les autres caractéristiques recueillies. On objectivait des différences sur le motif d'hospitalisation ($p= 2.16 \times 10^{-22}$), et le diagnostic principal de sortie ($p= 5 \times 10^{-4}$), la qualité des demandeurs selon le mode d'entrée. La sortie se faisait majoritairement vers le lieu de vie initial. Le taux de participation des médecins généralistes au questionnaire était de 38.43%. 72% ne connaissaient pas l'HPDD Gériatrique. 82% des utilisateurs de l'HPDD se déclaraient satisfaits.

Conclusion : L'HPDD Gériatrique permet la programmation d'hospitalisation pour des patients présentant des syndromes gériatriques. L'unité semble être un maillon intéressant dans la filière gériatrique intrahospitalière. La collaboration extrahospitalière est à développer.

INTRODUCTION

En France, d'après un rapport de l'Institut National de la Statistique et des Études Economiques (INSEE) paru en mars 2016, le vieillissement de la population se poursuit. Au 1^{er} Janvier 2016, les habitants âgés d'au moins 65 ans représentaient 18.8% de la population, et ceux d'au moins 75 ans environ 10%. On estime que la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans devrait encore fortement progresser jusqu'en 2035(1). Les seniors y compris les plus âgés demeurent majoritairement à domicile (96% des hommes et 93% des femmes en 2013) (2).

Or, chez cette population, le nombre, la fréquence et la gravité des maladies augmentent. On parle de développement des pathologies du grand-âge qui s'observe essentiellement à partir de 75 ans : chute, perte d'autonomie, dénutrition, troubles démentiels... Le sujet âgé, dans sa complexité médico-psycho-sociale a donc un risque d'hospitalisation plus important. La prise en charge de ces patients est un enjeu majeur de santé publique.

En effet, presque 30% des séjours hospitaliers concernent les plus de 65 ans et près de 25% des patients hospitalisés ont plus de 80 ans. Le recours aux soins hospitaliers semble inévitable en gériatrie (3).

Malheureusement les hospitalisations se font la plupart du temps après un passage aux urgences (3). Les services d'urgences sont une des principales voies d'accès à l'hôpital pour les patients âgés. En 2011, 41% des entrées en hospitalisation des patients de plus de 80 ans étaient réalisées après un passage aux urgences (4).

Or, cette population concentre justement un certain nombre de difficultés. Le vieillissement se caractérise par une diminution des réserves d'organe, démasquée lors de situations aiguës chez des patients souvent polyopathologiques. Leurs statuts fonctionnel et social sont des paramètres clés à prendre en compte. Leur prise en charge aux urgences est complexe du fait de motifs variés de consultation, du manque d'informations, d'atypies sémiologiques et d'un risque iatrogène majeur chez des patients souvent polymédiqués. Ils sont de plus, dans un contexte de polypathologie,

« ventilés » au gré des places disponibles dans des services parfois très spécialisés peu habitués à appréhender ce profil de patient.

On estime qu'une hospitalisation après passage aux urgences sur cinq serait non justifiée médicalement alors que 80% d'entre elles se font sur la demande du médecin traitant. On peut alors se demander pourquoi ces patients sont adressés aux urgences. Les réponses des médecins généralistes sont les suivantes (5) :

- Les difficultés du maintien à domicile
- L'accès au milieu hospitalier est difficile (difficultés à obtenir l'avis d'un médecin hospitalier au téléphone, obstacles à l'hospitalisation directe, défaut de moyens hospitaliers, difficultés d'organisation d'une hospitalisation programmée avec délai trop long et manque de temps par une activité professionnelle trop intense).

Les médecins généralistes connaissent les conséquences d'un passage aux urgences et l'hospitalisation est souvent mal vécue par le sujet âgé dont la rupture de prise en charge est parfois source de dégradation.

Ils savent aussi que l'hôpital surchargé n'acceptera pas toujours un patient certes précaire mais dont l'hospitalisation ne s'impose pas.

Face à ces difficultés organisationnelles et à l'opposition du sujet âgé à l'hospitalisation, celle-ci ne se fait essentiellement que lorsque l'équilibre précaire du maintien à domicile bascule, et donc dans l'urgence (5)(6).

Selon l'enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'impact des modes d'organisation sur « la prise en charge du grand âge » une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées (4). Celle-ci favorise de plus le développement en compétences des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce au partage du savoir-faire. La collaboration ville-hôpital devient alors un enjeu majeur. L'accent sur cette articulation est mis en avant dès la circulaire DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) relative à la filière de soins gériatrique de 2002 (7). L'organisation de cette filière est décrite dans la circulaire DHOS de 2007 (8).

En ce sens, des formules ont donc été développées pour mieux répondre aux attentes des uns et des autres et permettre d'éviter chaque fois que possible l'hospitalisation complète, et le passage aux urgences :

- La consultation d'évaluation gériatrique.
- L'Hôpital De Jour (HDJ).
- Les équipes mobiles extrahospitalières.

Mais cela reste insuffisant et ne permet pas d'apporter une réponse à toutes les demandes (9).

Considérant cet état des lieux, l'unité d'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD) ou encore appelée « hôpital de semaine » semble être une alternative intéressante pour permettre de gérer les hospitalisations programmables (10). De nombreux services de spécialités y ont recours. Le principe de l'hôpital de semaine est d'accueillir des patients en HPDD, et uniquement, pour des séjours de 2 à 5 jours, c'est-à-dire comprenant au moins une nuit et au plus 4 nuits passées à l'hôpital. Ces unités sont ouvertes la plupart du temps du lundi au vendredi. Certains prérequis sont nécessaires à son bon fonctionnement : suivi du patient, séjour réfléchi à l'avance, pathologies spécifiques, programmation anticipée des examens.

L'HPDD permettrait donc de lutter contre l'engorgement des services d'urgences et donc de diminuer les hospitalisations inappropriées dans les services du secteur Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) (11). Mais son recours est rare en gériatrie (10)(11)(12).

Au centre Hospitalier de Valenciennes (CHV), une unité d'HPDD a été ouverte depuis Novembre 2016 comprenant 7 lits. Son but est de répondre aux demandes des médecins généralistes. Cette HPDD reste expérimentale. Dans ce contexte nous avons voulu évaluer l'intérêt de cette nouvelle offre de soins.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la place de l'HPDD au sein de la filière gériatrique en précisant le profil des patients hospitalisés, les caractéristiques du séjour hospitalier et la prise en charge gériatrique dans l'unité d'HPDD.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Préciser les attentes des médecins généralistes sur l'HPDD
- Recueillir leurs avis, par un questionnaire à choix multiples, pour savoir si l'hôpital de semaine répondait à leurs attentes.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective monocentrique par recueil exhaustif de données au CHV sur l'année 2017.

Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête transversale au moyen d'un questionnaire à choix multiples adressé aux médecins généralistes exerçant dans le secteur du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de la filière gériatrique du Valenciennois (Annexe 1).

II. Population étudiée

Nous avons inclus tous les patients hospitalisés dans l'unité d'HPDD, du CHV, du lundi 02 Janvier au vendredi 23 Décembre 2017.

357 hospitalisations ont été recensées et étudiées.

Aucun dossier n'a été exclu.

III. L'HPDD Gériatrique de Valenciennes

L'unité accueille les patients en hospitalisation pour une durée de 2 à 5 jours, du lundi au vendredi, avec 5 semaines de fermeture par an.

L'équipe soignante se compose : de 2.5 équivalents temps-plein (ETP) aides-soignantes, 5.5 ETP infirmières diplômées d'état (IDE), 1 ETP secrétaire, 0.5 ETP kinésithérapeute, 0.5 ETP assistante sociale.

De façon mutualisée avec l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle de gériatrie aiguë : 1.6 ETP neuropsychologue, 0.5 ETP psychomotricienne, 0.2 ETP orthophoniste, 0.5 ETP diététicien, 1.5 ETP ergothérapeute.

L'HPDD est transformée en hospitalisation conventionnelle avec une ouverture 7jours/7jours lors des périodes d'épidémie hivernale et accueille des patients via les urgences du 12/01/2017 au 03/03/2017.

Pour les informer de l'ouverture de cette hospitalisation programmée, un courrier d'information a été envoyé aux médecins généralistes exerçant dans le secteur GCS de la filière gériatrique de Valenciennes en mars 2017 (Annexe 2), accompagné d'une plaquette explicative (Annexe 3).

IV. Constitution et déroulement de l'étude

A. Recensement des patients

Le listing des patients hospitalisés dans l'unité sur la période concernée nous a été fourni par le secrétariat de l'HPDD Gériatrique.

Cette liste, tenue à jour régulièrement via un tableur Excel®, rend compte de tous les patients hospitalisés physiquement dans l'unité d'hôpital de d'HPDD comprenant :

- Les patients hospitalisés sur un mode d'entrée programmée.
- Les patients hospitalisés sur un mode d'entrée non programmée, principalement durant la période hivernale.

Tous les séjours hospitaliers ont été étudiés.

B. Recueil des données

1. Recueil des caractéristiques des patients

Les données recueillies concernant les caractéristiques des patients sont détaillées dans une grille de recueil (Annexe 4).

a. Données administratives et démographiques :

- L'âge des patients, en années.
- Le sexe.
- Le mode de vie : à domicile seul, en couple, ou avec aidant, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), en foyer logement, en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ou autre (tout lieu de provenance non cité précédemment).
- Le lieu de vie, selon le territoire des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (Annexe 1) : Commune du secteur Valenciennois, Autre Commune du GCS de la filière gériatrique du Valenciennois (Amandinois, Denaisis et environs, Quercitain), Hors secteur.

b. Données médicales :

- Les antécédents regroupés en grandes catégories (les antécédents pris en compte pour chaque classe sont détaillés dans le Tableau I. (Annexe 5)) :
 - o Troubles cognitifs.
 - o Maladie cardio-vasculaire.
 - o Pathologie neurologique.
 - o Pathologie respiratoire.
 - o Diabète compliqué ou insulinorequérant.
 - o Insuffisance rénale chronique modérée à sévère toute cause (Débit de Filtration Glomérulaire <60mL/min).
 - o Pathologie Rhumatologique.

- Pathologie psychiatrique.
- Déficit neurosensoriel.
- Néoplasie.
- Autre.
- Traitements médicamenteux : inférieur à 5, entre 6 et 10, supérieur à 10.
- Patient ayant déjà été pris en charge en gériatrie au CHV ou non.
- Les différents intervenants pour les aides à domicile.
- L'autonomie du patient, selon l'index ADL (Activities of Daily Living) (Annexe 6).
- Niveau cognitif et mental selon le score MMSE (Mini Mental State Examination) (Annexe 7). Pour ce score, si celui-ci n'était pas renseigné au cours de l'hospitalisation, nous l'avons recherché dans les dossiers des séjours précédents, les comptes rendus de consultation mémoire, ou les évaluations de l'Équipe Mobile d'Intervention et d'Orientation Gériatrique (EMIOG). Celui-ci était pris en compte si sa réalisation avait eu lieu dans un intervalle maximum de 1 an avant le séjour hospitalier en HPDD Gériatrique.

2. Recueil des caractéristiques du séjour hospitalier

Les caractéristiques du séjour sont détaillées dans la fiche de recueil du séjour hospitalier (Annexe 8). Nous avons recueilli :

- Le délai de convocation du patient en hospitalisation, c'est-à-dire le délai entre la demande d'hospitalisation et le jour d'entrée en hospitalisation.
- La qualité du demandeur de l'hospitalisation.
- Le motif d'hospitalisation (ceux-ci ont été regroupés en fonction de leur prise en charge) :
 - Bilan de troubles cognitifs, de trouble du comportement ou évaluation psychogériatrique.
 - Bilan de chute ou trouble de la marche et/ou de l'équilibre.
 - Bilan d'Altération d'État Général (AEG), d'anémie ou évaluation oncogériatrique.
 - Support transfusionnel d'anémie.
 - Réévaluation thérapeutique.
 - Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ou Prise en charge de la

- douleur.
- Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle.
- Autre motif (tout motif non classable dans les catégories précédentes).
- La prise en charge paramédicale ou non pendant l'hospitalisation sur différents acteurs : assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, neuropsychologue, diététicienne, orthophoniste.
- La Réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ou non.
- L'évaluation, la consultation ou l'avis médical téléphonique pendant l'hospitalisation ou non : psychogériatre ou avis d'un autre spécialiste.
- Les différents actes et examens paracliniques pratiqués pendant l'hospitalisation.
- Le diagnostic de sortie principal (ceux-ci ont été regroupés en fonction de leur prise en charge) :
 - Troubles cognitifs (toute cause), trouble de l'humeur ou de l'anxiété.
 - Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie de chute, de trouble de la marche ou trouble de l'équilibre (toute cause).
 - Diagnostic étiologique d'anémie, diagnostic de néoplasie ou suspicion de néoplasie ou prise en charge actée en soins palliatifs et accompagnement de fin de vie.
 - Réévaluation thérapeutique (en prévention de la iatrogénie ou iatrogénie avérée).
 - Pathologie aiguë ou décompensation de pathologie chronique.
 - Support transfusionnel d'anémie.
 - Dénutrition.
 - Carence en vitamine D.
 - Ablation de sonde vésicale avec reprise mictionnelle ou échec.
- Les diagnostics associés (recueillis sur le même classement que le diagnostic principal. Ceux-ci n'apparaissent pas sur la grille de recueil (Annexe 8) pour un souci de clarté).
- La durée du séjour hospitalier, en jours, uniquement pour les hospitalisations programmées.
- Le lieu de sortie du patient.
- La réévaluation du plan d'aide avant sortie ou non.
- La programmation d'un suivi gériatrique ou non.

C. Déroutement du recueil de données

L'ensemble des données a été recueilli grâce au logiciel informatique du CH de Valenciennes, Cerner Millennium®.

Pour récupérer celles-ci, nous avons étudié différents éléments relatifs au séjour pour chaque patient : les observations médicales, les lettres de sortie, les comptes rendus d'examens paracliniques, les notes paramédicales IDE, Assistante sociale, Kinésithérapie, Ergothérapie.

Les données non recueillies dans le dossier médical étaient considérées comme manquantes.

Les informations ont été saisies sous forme d'un tableur à l'aide du logiciel Microsoft Excel® d'emblée anonymisé par attribution aléatoire d'un numéro patient de 1 à 330. En effet, sur les 357 séjours recensés, 330 patients ont été hospitalisés. Parmi eux, 24 patients ont bénéficié de plus de 1 séjour sur l'année 2017.

Le questionnaire adressé aux médecins généralistes a été établi sous la forme d'un questionnaire à choix multiples avec patron de réponse et avec des questions tiroirs, dans le but d'une étude quantitative. Ce dernier a initialement été conçu pour un envoi par courriel au moyen d'un lien internet. Les adresses e-mails ont été récupérées auprès des Centres de Formation Médicale Continue (FMC). L'envoi a été réalisé le 02 juillet 2018. En raison d'un faible taux de réponse, nous avons décidé ensuite de l'adresser par voie postale, une seule fois, associé à une enveloppe retour affranchie. Les adresses postales ont été récupérées dans le listing des destinataires du courrier d'information sur l'ouverture de l'HPDD. Tous les médecins pour lesquels nous avons récupéré l'adresse e-mail figuraient dans cette liste. Nous avons exclu les médecins ayant répondu par courriel. L'envoi postal a été réalisé le 03 septembre 2018. Nous avons organisé l'enquête avec une première question portant sur la réception de la fiche d'information d'ouverture de l'unité envoyée le 16 mai 2017. Les questions suivantes ont été rédigées pour connaître leur connaissance et leur ressenti à propos de notre service gériatrique (Annexe 9). Un courrier explicatif était joint au questionnaire.

V. Analyse des données

Concernant l'étude observationnelle, nous avons décidé d'analyser nos données en nombre de séjours.

L'analyse statistique a été réalisée par la cellule biostatistique du Centre Hospitalier de Valenciennes à l'aide du logiciel R version 3.2.4 *Copyright © 2013. The R Foundation for Statistical Computing.*

Pour cette étude, un descriptif complet des variables a été effectué. Les variables qualitatives et les variables binaires ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages, les variables quantitatives par leur moyenne et leur intervalle de confiance à 95% (IC95%).

Des analyses statistiques bivariées ont également été réalisées. Pour comparer deux variables qualitatives, un test du χ^2 était réalisé quand les conditions étaient réunies (tous les effectifs théoriques supérieurs ou égaux à 5). Dans le cas contraire, un test du Fisher exact était réalisé. Pour tous ces tests, le seuil de significativité était fixé à 5%.

Pour comparer une variable qualitative et une variable quantitative, un test non paramétrique de Wilcoxon indépendant était réalisé. Le seuil de significativité de ce test était aussi fixé à 5%.

Pour le questionnaire adressé aux médecins généralistes, les réponses ont été retranscrites dans un tableur à l'aide du logiciel Microsoft Excel ® de façon anonyme.

L'analyse statistique a été réalisée par nos soins.

VI. Cadre réglementaire

Notre étude est hors loi Jardé car elle n'implique pas la personne humaine. Le CHV a signé l'engagement à la méthodologie MR003 pour toutes les recherches en santé sans recueil de consentement. Notre projet a donc fait l'objet d'une déclaration simplifiée auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) par le correspondant informatique et libertés de l'établissement du CHV.

RESULTATS

Tous les pourcentages décrits dans ce chapitre sont arrondis à l'unité.

I. Analyse descriptive de la population et des séjours hospitaliers

Nous avons évalué l'ensemble des paramètres pour tous les séjours hospitaliers en séparant la population en 2 groupes : un groupe de 78 séjours d'hospitalisation non programmée (HNP), et un groupe de 279 séjours d'hospitalisation programmée (HP).

A. Caractéristiques de la population

1. Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 357 séjours inclus dans notre étude, les patients étaient des femmes dans 72% des cas. La population était âgée de 84.4 ans en moyenne et vivait majoritairement seule à domicile. Plus de la moitié des patients vivant à domicile avait au moins 1 intervenant pour des aides. Deux tiers habitaient sur le secteur Valenciennois.

Les 2 groupes étaient comparables sur la plupart des caractéristiques. Mais la population HP était plus jeune et la part du sexe masculin était plus importante. La différence était statistiquement significative pour ces 2 critères.

Les caractéristiques des populations sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1. Etude descriptive et comparative des caractéristiques sociodémographiques de la population en fonction du mode d'hospitalisation.

Caractéristiques sociodémographiques	Total N=357 N (%)	HNP N=78 N (%)	HP N=279 N (%)	P
SEXE				
Masculin	101 (28)	15 (19)	86 (31)	0.0445
Féminin	256 (72)	63 (81)	193 (69)	
AGE (en années)	84.4 +/- 5.84	86.05 +/- 5.16	83.94 +/- 5.95	0.00618
LIEU DE VIE				
Domicile	256 (72)	55 (71)	201 (72)	
Foyer logement	17 (4)	4 (5)	13 (5)	
EHPAD	71 (20)	19 (24)	52 (19)	
SSR	10 (3)	0 (0)	10 (4)	
Autre	3 (1)	0 (0)	3 (1)	
MODE DE VIE DM = 86				
Avec aidant	42 (15)	10 (17)	32 (15)	
En couple	84 (31)	13 (22)	71 (33)	
Vit seul (e)	145 (54)	36 (61)	109 (51)	
SECTEUR GÉOGRAPHIQUE				
Valenciennois	252 (71)	52 (67)	200 (72)	
GCS	77 (21)	20 (26)	57 (20)	0.61
Autre	28 (8)	6 (8)	22 (8)	
INTERVENANTS A DOMCILE DM = 86				
Aidant familial	187 (69)	41 (72)	146 (68)	
Aidant paramédical à domicile (kiné. Ou IDE)	138 (51)	33 (58)	105 (49)	
Kinésithérapeute à domicile	45 (17)	9 (16)	36 (17)	
IDE à domicile	119 (44)	29 (51)	90 (42)	
Aides professionnelles	176 (65)	37 (65)	139 (65)	

HP = Hospitalisations Programmées / HNP = Hospitalisations Non Programmées.
 DM = Données Manquantes, les données manquantes sont indiquées en valeur numérique. Pour les 86 données manquantes sur le mode de vie et les intervenants à domicile, celles-ci concernent 71 patients vivant en EHPAD, 10 patients vivant en SSR, 4 patients vivant à domicile, 1 patient classé dans « autre ».
 EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
 SSR = Soins de Suite et Réadaptation.
 GCS = Groupement de Coopération Sanitaire.
 Kiné. = Kinésithérapeute.
 IDE = Infirmier(e) Diplômé(e) D'État.

2. Caractéristiques médicales

Il s'agissait d'une population présentant pour la plupart des syndromes gériatriques.

En effet, 46 % des patients avaient des antécédents de troubles cognitifs. Mais le score MMSE était inférieur à 25/30 chez plus de 80% des patients.

70% des patients avaient plus de 5 médicaments dans leur traitement habituel.

Plus de la moitié des patients avaient un index ADL \leq 3.5.

Les 2 populations étaient comparables sur l'ensemble des critères, sauf pour les antécédents de prise en charge antérieure en gériatrie au CHV où la différence était statistiquement significative.

Les caractéristiques sont détaillées dans le tableau 2.

Tableau 2. Etude descriptive et comparative des caractéristiques médicales de la population en fonction du mode d'hospitalisation.

Caractéristiques médicales	Total N= 357 N (%)	HNP N= 78 N (%)	HP N= 279 N (%)	P
ANTECEDENTS				
Troubles cognitifs	164 (46)	37 (47)	127 (46)	0.764
Maladie cardiovasculaire	229 (64)	57 (73)	172 (62)	0.0628
Insuffisance rénale	52 (15)	15 (19)	37 (13)	0.186

Pathologie neurologique invalidante	68 (19)	9 (12)	59 (21)	0.0561
Pathologie respiratoire	54 (15)	10 (13)	44 (16)	0.52
Pathologie psychiatrique	90 (25)	22 (28)	68 (24)	0.491
Diabète insulinorequérant ou compliqué	32 (9)	3 (4)	29 (10)	0.0735
Déficit neurosensoriel	41 (11)	7 (9)	34 (12)	0.432
Néoplasie	49 (14)	12 (15)	37 (13)	0.63
Pathologie rhumatologique	70 (20)	13 (17)	57 (20)	0.459
Autres antécédents	227 (64)	24 (31)	203 (73)	9.55 ^{e-12}
TRAITEMENTS À DOMICILE				0.337
De 0 à 5	107 (30)	27 (35)	80 (29)	
De 5 à 10	186 (52)	41 (53)	145 (52)	
Plus de 10	64 (18)	10 (13)	54 (19)	
AUTONOMIE selon ADL				0.44
DM = 4				
[0 - 1,5]	87 (25)	23 (31)	64 (23)	
[2 - 3,5]	93 (26)	20 (27)	73 (26)	
[4 - 5,5]	129 (37)	24 (32)	105 (38)	
[6	44 (12)	7 (9)	37 (13)	
Score MMSE				0.129
DM = 82				
[0 - 10[	30 (11)	7 (17)	23 (10)	
[10 - 15[	45 (16)	5 (12)	40 (17)	
[15 - 20[	87 (32)	12 (29)	75 (32)	
[20 - 25[	67 (24)	14 (34)	53 (23)	
[25 - 30[	46 (17)	3 (7)	43 (18)	
PRISE EN CHARGE ANTERIEURE EN GERIATRIE AU CHV				0.00098
DM = 2	223 (63)	36 (47)	187 (67)	

DM= Données Manquantes ; indiquées en valeur numériques.

HP = Hospitalisations Programmées / HNP = Hospitalisations Non Programmées.

ADL = Activity of Daily Life.

MMSE = Mini-Mental Stata Examination
 CHV = Centre Hospitalier de Valenciennes.

B. Description des motifs d'hospitalisation

1. Hospitalisations non programmées

Pour les HNP, le motif le plus fréquent était le motif « autre ». Il représente 42% des demandes. En analysant les diagnostics de sortie principaux en fonction du motif, on observe que pour 80% des cas, celui-ci correspondait à une pathologie médicale aiguë ou à une décompensation de pathologie chronique. L'analyse des diagnostics stratifiée sur les motifs d'hospitalisation est détaillée dans le tableau II. (Annexe 10).

2. Hospitalisations programmées

Pour les HP, les 3 motifs les plus fréquents étaient :

- « L'EGS ou la prise en charge de la douleur ».
- « Le bilan d'AEG, d'anémie ou une évaluation oncogériatrique ».
- « L'ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle ».

Ces 3 motifs sont en proportions quasiment équivalentes et représentent chacun plus de 20% des demandes. La significativité a été testée pour l'ensemble des motifs, mais pas de façon individuelle. L'ensemble des motifs d'hospitalisation est détaillé dans le tableau 3.

Tableau 3. Etude descriptive des motifs d'hospitalisation en fonction du mode d'hospitalisation.

Motif d'hospitalisation	Total N= 357 N (%)	HNP N= 78 N (%)	HP N= 279 N (%)	P = 2.16 ^e -22
EGS ou prise en charge de la douleur	76 (21.29)	5 (6)	71 (25)	
Bilan d'AEG, anémie, ou évaluation oncongériatrique	79 (22.13)	21 (27)	58 (21)	
Bilan de chutes, trouble de la marche ou trouble de l'équilibre	46 (12.89)	10 (13)	36 (13)	

Bilan de troubles cognitifs, du comportement ou évaluation psychogériatrique	36 (10.08)	3 (4)	33 (12)
Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle	56 (15.69)	1 (1)	55 (20)
Transfusion	24 (6.72)	5 (6)	19 (7)
Autre	40 (11.2)	33 (42)	7 (3)

HP = Hospitalisations Programmées / H NP = Hospitalisations Non Programmées.

EGS = Évaluation Gériatrique Standardisée.

AEG = Altération d'État Général.

C. Description des médecins demandeurs du séjour hospitalier

L'étude descriptive complète des demandeurs en fonction du mode d'hospitalisation est détaillée dans le tableau III. ([Annexe 11](#)).

Nous avons effectué un regroupement de ces différents demandeurs en 3 catégories afin de préciser le recrutement des patients :

- Les demandeurs exerçant à l'hôpital (regroupant le service de gériatrie, la consultation de gériatrie, les services du CHV ou l'EMIOG après avis dans ce service, l'EMIOG après avis aux urgences).
- Les demandeurs exerçant en ville (regroupant les médecins traitants, les médecins coordinateurs d'EHPAD et le réseau Repér'âge).
- Les autres demandeurs (regroupant les urgentistes du CHV, des structures hospitalières hors CHV, et autres demandeurs).

Pour les HNP, la catégorie « autre » représentait les demandeurs principaux avec 68% des demandes.

Pour les HP, 66% des demandes étaient faites par des médecins hospitaliers. 29% des demandes étaient réalisées par des médecins de ville.

La qualité des demandeurs regroupés en classe en fonction du mode d'hospitalisation est détaillée dans le tableau 4.

Tableau 4. Etude descriptive des demandeurs de l'hospitalisation, regroupés en classes, en fonction du mode d'hospitalisation.

Demandeurs regroupés	HNP N= 78 N (%)	HP N=279 N (%)
Demandeurs exerçant à l'hôpital	17 (22)	185 (66)
Demandeurs exerçant en ville	8 (10)	81 (29)
Autres demandeurs	53 (68)	13 (5)

HP= Hospitalisations Programmées / HNP= Hospitalisations Non Programmées.

1. Hospitalisations non programmées

Pour les HNP, la part des demandes des urgentistes dans la catégorie « autre demandeur » représentait 100% des demandes (Tableau 5).

Tableau 5. Etude descriptive des demandeurs d'Hospitalisations Non Programmées (HNP) en fonction des demandeurs regroupés en classes.

Demandeurs HNP N= 78 N (%)					
Demandeurs exerçant à l'hôpital N= 17 (22) N (%)		Demandeurs exerçant en ville N= 8 (10) N (%)		Autres demandeurs N= 53 (68) N (%)	
Service de gériatrie	1 (6)	Médecin traitant	4 (50)	Urgentiste	53 (100)
Gérialtre ou neurologue en consultation	0 (0)	EHPAD	4 (50)	Structure hospitalière hors CHV	0 (0)
Autre Service CHV ou EMIOG après avis dans ce service	7 (41)	Réseau REPER'AGE	0 (0)	Autre	0 (0)
EMIOG après avis aux urgences	9 (53)				

EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

EMIOG = Équipe Mobile d'Intervention et d'Orientation Gériatrique.

CHV = Centre Hospitalier de Valenciennes.

2. Hospitalisations programmées

Pour les HP, parmi les demandes hospitalières, 50% étaient demandées par le service de gériatrie. Parmi les demandes de ville, 79% étaient réalisées par les médecins traitants (Tableau 6).

Tableau 6. Etude descriptive des demandeurs d'Hospitalisations Programmées (HP) en fonction des demandeurs regroupés en classes.

Demandeurs HP					
N= 279					
N (%)					
Demandeurs exerçant à l'hôpital		Demandeurs exerçant en ville		Autres demandeurs	
N= 185 (66)		N= 81 (29)		N= 13 (5)	
N (%)		N (%)		N (%)	
Service de gériatrie	93 (50)	Médecin traitant	64 (79)	Urgentiste	0 (0)
Gérialre ou neurologue en consultation	31 (17)	EHPAD	12 (15)	Structure hospitalière hors CHV	11 (85)
Autre Service CHV ou EMIOG après avis dans ce service	8 (4)	Réseau REPER'AGE	5 (6)	Autre	2 (15)
EMIOG après avis aux urgences	53 (29)				

EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

EMIOG = Équipe Mobile d'Intervention et d'Orientation Gériatrique.

CHV = Centre Hospitalier de Valenciennes.

Pour les HP, nous avons analysé les motifs d'hospitalisations en fonction de la qualité des demandeurs regroupés en classes. Cette analyse est détaillée dans le tableau 7.

Tableau 7. Etude descriptive du motif d'hospitalisation pour les séjours d'hospitalisation programmée en fonction des demandeurs regroupés en classes.

	Demandeurs exerçant à l'hôpital N= 185 (66) N (%)	Demandeurs exerçant en ville N= 81 (29) N (%)	Autres demandeurs N= 13 (5) N (%)
EGS ou prise en charge de la douleur	55 (30)	13 (16)	3 (23)
Bilan d'AEG, anémie, ou évaluation oncongéritique	30 (16)	26 (32)	2 (15)
Bilan de chutes, trouble de la marche ou trouble de l'équilibre	24 (13)	12 (15)	0 (0)
Bilan de troubles cognitifs, du comportement ou évaluation psychogériatrique	16 (9)	15 (19)	2 (15)
Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle	54 (29)	1 (1)	0 (0)
Transfusion	0 (0)	13 (16)	
Autre	6 (3)	1 (1)	0 (0)

EGS = Évaluation Gériatrique Standardisée.

AEG = Altération d'État Général.

Une analyse des motifs d'hospitalisation en fonction des demandeurs pour tous les séjours hospitaliers (comprenant HP et HNP) est retranscrite dans le tableau IV. (Annexe 12).

D. Description des diagnostics de sortie principaux

1. Diagnostic principal en fonction du mode d'hospitalisation

Pour les HP, le diagnostic principal de sortie le plus fréquent était « troubles cognitifs ou thymiques ». Celui-ci était porté dans 35% des cas.

Pour les HNP, le diagnostic de sortie principal le plus fréquent était « pathologie aiguë ou décompensation de pathologie chronique ». Il était posé comme diagnostic principal dans 51% des cas.

Les différents diagnostics sont détaillés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Etude descriptive des diagnostics de sortie principaux en fonction du mode d'hospitalisation.

Diagnostic principal de sortie	Total N= 357 N (%)	HNP N= 78 N (%)	HP N= 279 N (%)	P = 5^e-04
-Bilan étiologique d'anémie, -diagnostic de néoplasie ou suspicion de néoplasie, -prise en charge en soins palliatifs	49 (14)	14 (18)	35 (13)	
Troubles cognitifs ou thymiques	107 (30)	8 (10)	99 (35)	
Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie des chutes, des troubles de la marche et/ou de l'équilibre	53 (15)	7 (9)	46 (16)	
Ablation de sonde vésicale avec reprise mictionnelle, échec de reprise mictionnelle, ou RAU	54 (15)	0 (0)	54 (19)	
Réévaluation thérapeutique, ou iatrogénie	10 (3)	5 (6)	5 (2)	
Pathologie aiguë, décompensation de pathologie chronique	58 (16)	40 (51)	18 (6)	
Support Transfusionnel	19 (5)	4 (5)	15 (5)	
Autre	7 (2)	0 (0)	7 (3)	

HP = Hospitalisations Programmées ; HNP = Hospitalisations Non Programmées ;
(RAU = Rétention Aigue d'Urine).

2. Diagnostic principal en hospitalisation programmée en fonction du demandeur

Les diagnostics principaux d'HP étaient différents en fonction du demandeur :

- Pour les demandes des médecins hospitaliers, les diagnostics de sortie principaux les plus fréquents étaient « Troubles cognitifs ou thymiques » pour 30% des séjours, et « Ablation de sonde de sonde et tentative de reprise mictionnelle » pour 26% des séjours.
- Pour les demandes des médecins de ville les 2 diagnostics le plus souvent posés étaient « Troubles cognitifs ou thymiques » pour 43% des séjours et « le bilan étiologique d'anémie, de néoplasie ou suspicion de néoplasie ou une prise en charge actée comme palliative » pour 18% des séjours.

L'étude descriptive du diagnostic de sortie principal en fonction des médecins demandeurs est détaillée dans le tableau 9.

Tableau 9. Etude descriptive du diagnostic de sortie principal des séjours d'hospitalisation programmée (HP) en fonction des demandeurs regroupés en classes.

Demandeurs	TOTAL N = 279 N (%)	Demandeurs exerçant à l'hôpital N= 185 N (%)	Demandeurs exerçant en ville N= 81 N (%)	Autres demandeurs N= 13 N (%)
Diagnostic principal de sortie				
-Bilan étiologique d'anémie, -diagnostic de néoplasie ou suspicion de néoplasie, -prise en charge en soins palliatifs	35 (13)	17 (9)	15 (19)	3 (23)
Troubles cognitifs ou thymiques	99 (35)	58 (31)	37 (46)	4 (31)
Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie des chutes, des troubles de la marche et/ou de l'équilibre	46 (16)	35 (19)	11 (14)	0 (0)
Réévaluation thérapeutique,	5 (2)	5 (3)	0 (0)	0 (0)

ou iatrogénie

Pathologie aigue, décompensation de pathologie chronique	18 (6)	12 (6)	6 (7)	0 (0)
Ablation de sonde vésicale avec reprise mictionnelle, échec de reprise mictionnelle, ou RAU	54 (19)	52 (28)	2 (2)	0 (0)
Support transfusionnel	15 (5)	0 (0)	9 (11)	6 (46)
Autre	7 (3)	6 (3)	1 (1)	0 (0)

(RAU = Rétention Aigue d'Urine)

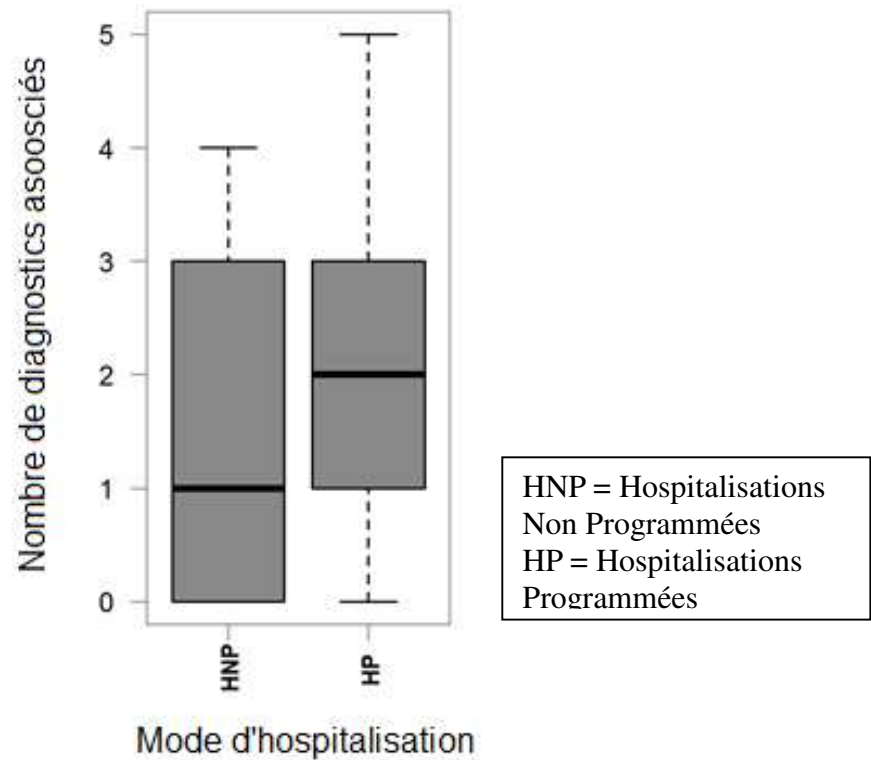
E. Description des diagnostics de sortie associés

L'analyse des diagnostics associés en fonction du mode d'hospitalisation est retranscrite dans le Tableau V. ([Annexe 13](#)).

Le diagnostic associé le plus fréquent en HP était celui de « Réévaluation thérapeutique ou iatrogénie », porté dans 56% des HP. Ce diagnostic associé n'était porté que pour 31% des HNP. La significativité statistique n'a pas été testée.

Le nombre moyen de diagnostics associés était plus important pour les HP (2.07+/-1.25), que pour les HNP (1.64+/-1.39) (Figure 1). La différence était statistiquement significative (p=0.00912).

Figure 1. Nombre de diagnostics associés en fonction du mode d'hospitalisation.

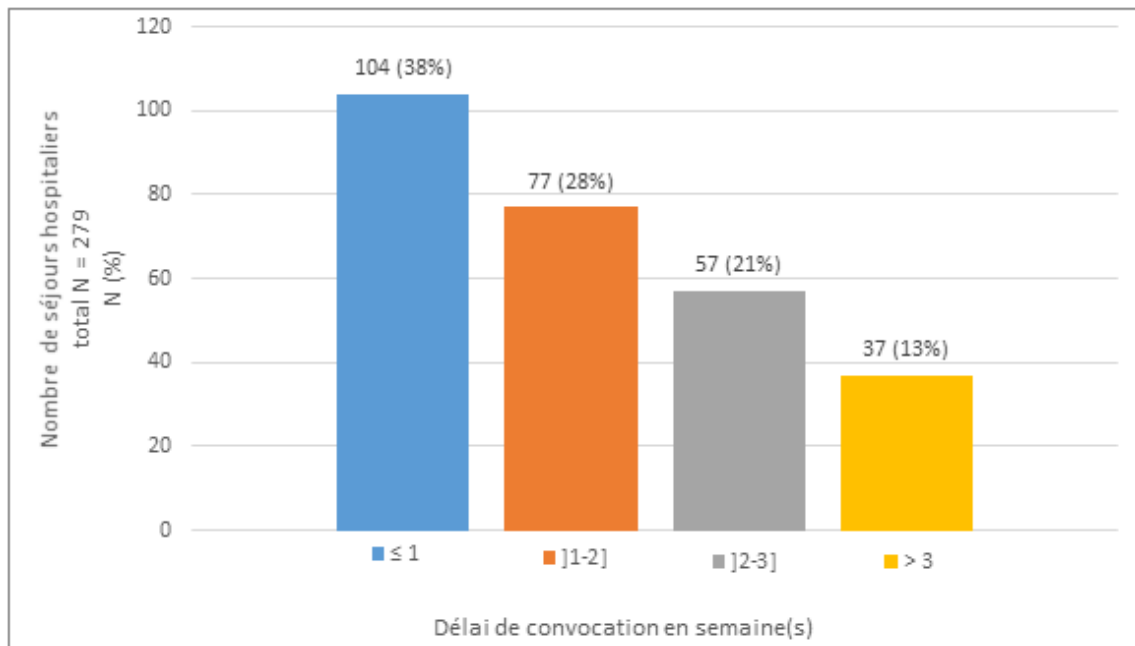


F. Description de la prise en charge gériatrique pendant les séjours d'hospitalisation programmée

1. Délai de convocation des séjours d'hospitalisation programmée

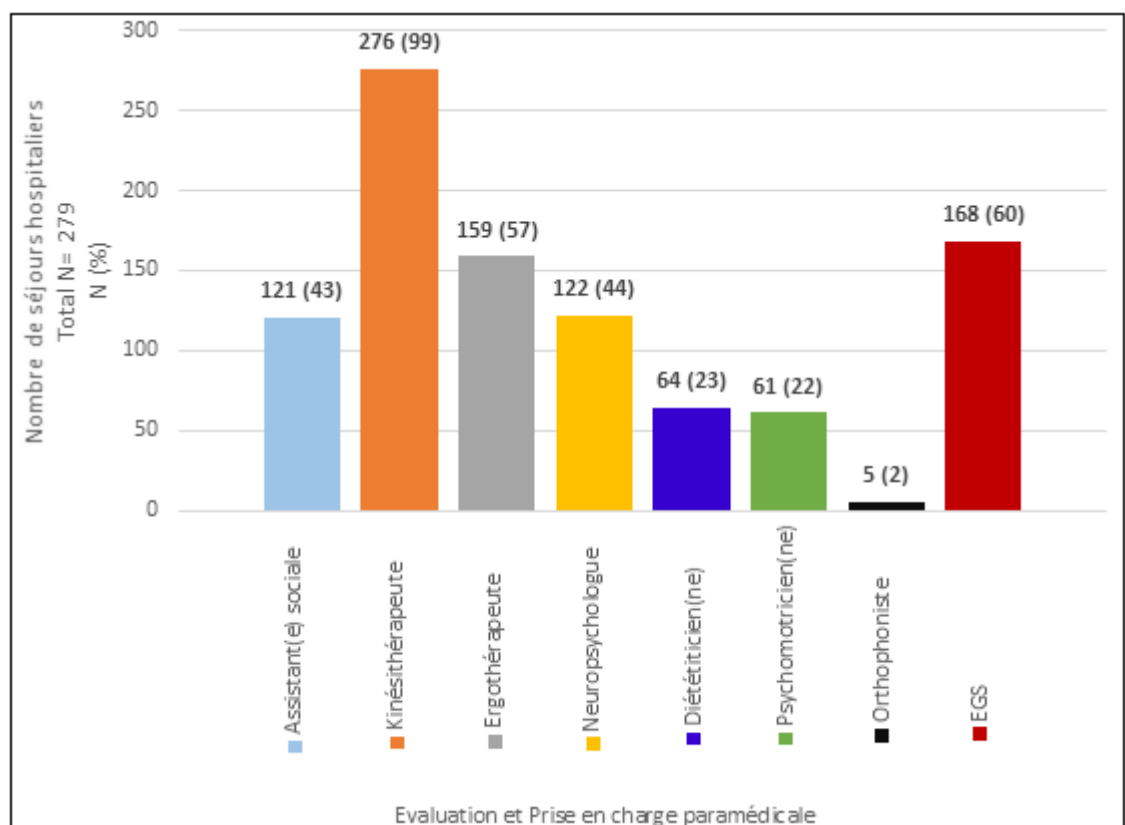
L'analyse des délais de convocation est retranscrite dans la figure 2.

Figure 2. Etude descriptive du délai de convocation des séjours d'HP.



2. Evaluation paramédicale et réalisation d'EGS des séjours d'hospitalisation programmée (Figure 3)

Figure 3. Etude descriptive des prises en charge paramédicales selon les différents intervenants et de la réalisation d'Évaluation Gériatrique Standardisé (EGS) par séjour d'HP.



Le nombre de séjours où les patients ont bénéficié d'au moins une prise en charge paramédicale (hors IDE) a été comparé en fonction du mode d'hospitalisation :

- Au moins une évaluation paramédicale a été réalisée pour 99% des HP.
- Au moins une évaluation paramédicale a été réalisée pour 90% des HNP.

Cette différence était statistiquement significative ($p=0.000118$).

3. Actes et Examens complémentaires réalisés en hospitalisation programmée

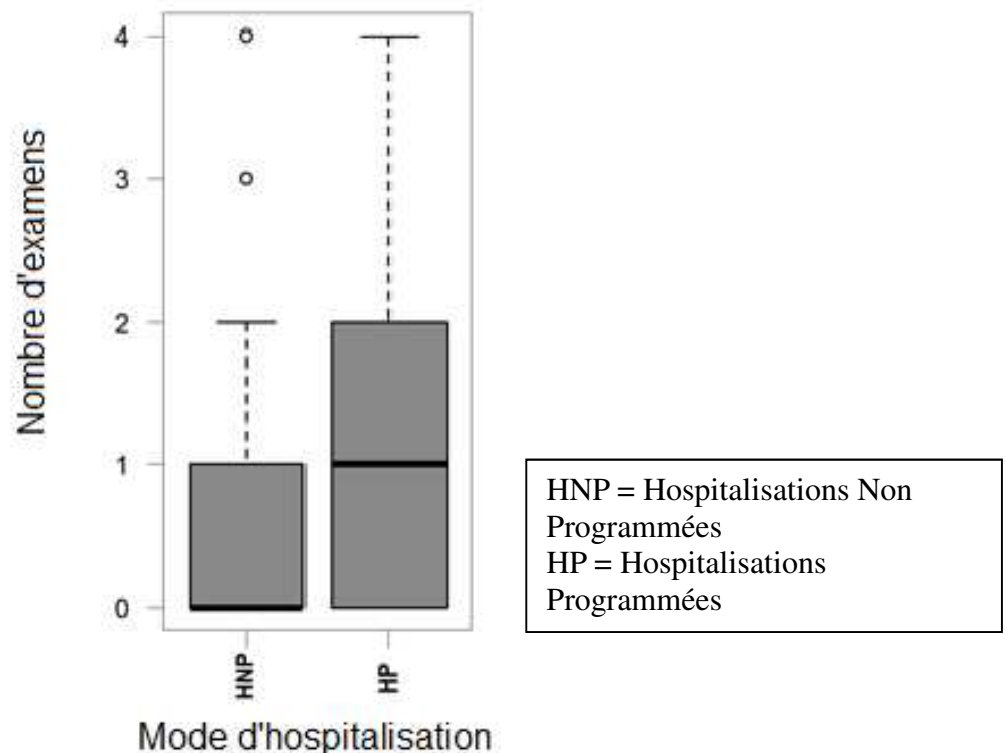
Le détail des actes et examens complémentaires est relaté dans le tableau VI. (Annexe 14).

Le nombre moyen d'examens par séjour-patient (Figure 4) était de :

- 1,147 +/- 1.054 pour les HP,
- 0.795 +/- 0.985 pour les HNP.

La différence était statistiquement significative ($p=0.00574$)

Figure 4. Nombre moyen d'examens paracliniques en fonction du mode d'hospitalisation.



4. Durée moyenne de séjour pour les séjours d'hospitalisation programmée

La durée moyenne de séjour en HP était de 3.83+/-1.25 jours.

5. Modalités de sortie des séjours d'hospitalisation programmée (Tableau 10.)

88% des patients sont retournés dans leur lieu de vie habituel.

10 % des patients ont dû être transférés en service MCO dont 82% d'entre eux vers les CSG.

Le nombre d'interventions pour « réévaluation du plan d'aide » a été comparé en fonction du mode d'hospitalisation. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les HP et les HNP ($p= 0.218$).

Tableau 10. Modalités de sortie des séjours d'hospitalisation programmée.

Caractéristiques du séjour hospitalier	HP N= 279 N (%)
LIEU DE SORTIE	
Retour lieu de vie habituel	244 (88)
Hébergement temporaire	4 (1)
EHPAD	1 (0)
SSR	2 (1)
Transfert CSG	23 (8)
Transfert MCO hors CSG	5 (2)
Décès	0 (0)
PROGRAMMATION DE SUIVI	103 (37)
REEVALUATION DU PLAN D'AIDE À LA SORTIE	38 (14)

HP = Hospitalisations Programmées.

EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

SSR = Soins de Suite et Réadaptation.

CSG = Court Séjour Gériatrique.

MCO = Médecine Chirurgie Obstétrique.

II. Analyse des besoins des médecins généralistes et recueil de leur opinion sur l'HPDD Gériatrique

Nous avons analysé spécifiquement les séjours hospitaliers en HP à l'initiative du médecin traitant.

A. Motifs des hospitalisations programmées à la demande des médecins généralistes (Tableau 11)

Les médecins traitants sollicitent des hospitalisations programmées principalement pour « Bilan d'AEG, d'anémie, ou évaluation oncogériatrique ». Ce motif représente 34% de leurs demandes.

Tableau 11. Etude descriptive des motifs d'HP des médecins généralistes.

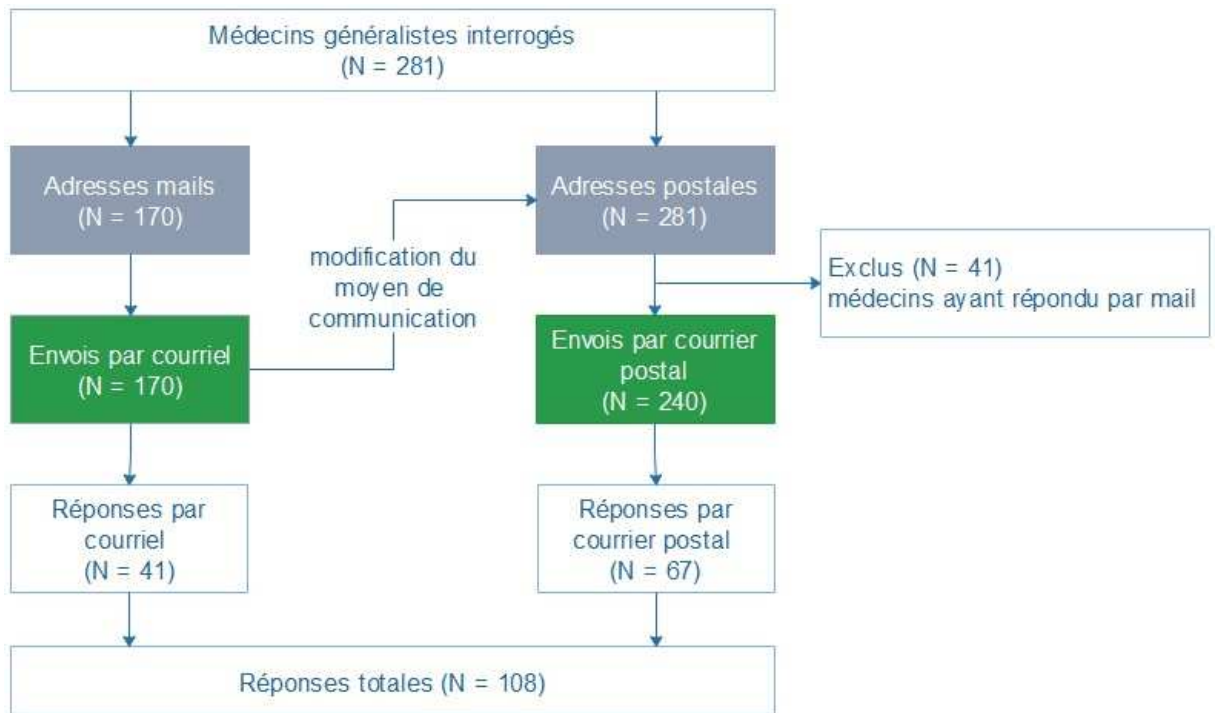
Motif d'hospitalisation	HP à la demande des médecins traitants N= 64 N (%)
Bilan d'AEG, anémie, ou évaluation oncogériatrique	21 (33)
Bilan de troubles cognitifs, du comportement ou évaluation psychogériatrique	13 (20)
Bilan de chutes	13 (20)
EGS ou prise en charge de la douleur	11 (17)
Transfusion	4 (6)
Ablation de sonde vésicale	1 (2)
Autre	1 (2)

EGS = Évaluation Gériatrique Standardisée ; HP = Hospitalisations Programmées.

B. Avis des médecins généralistes sur le service de gériatrie

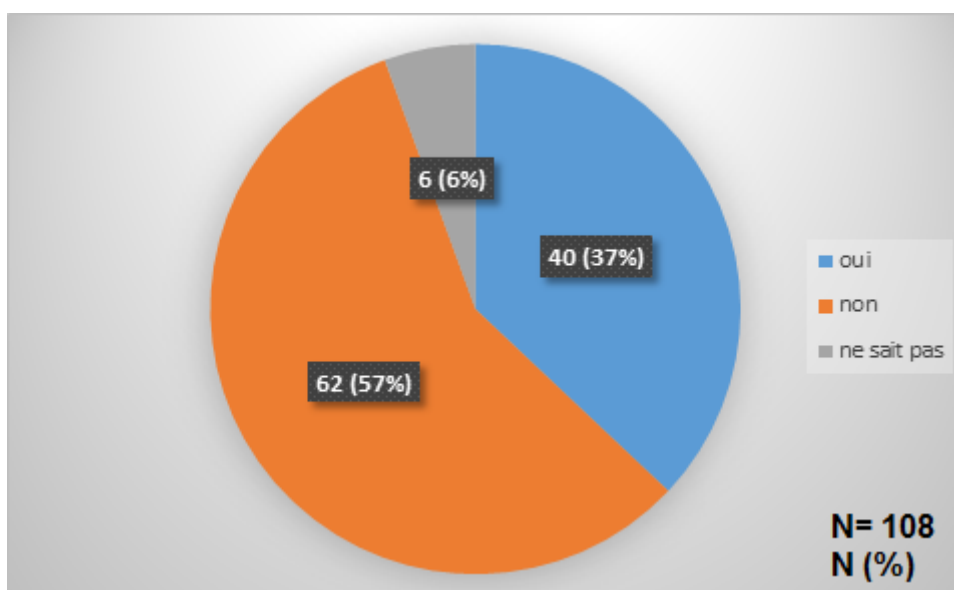
Sur les 281 questionnaires adressés aux médecins généralistes nous avons obtenu 108 réponses, soit un taux de participation de 38.43%. L'enquête est détaillée dans la figure 5.

Figure 5. Enquête auprès des médecins généralistes.



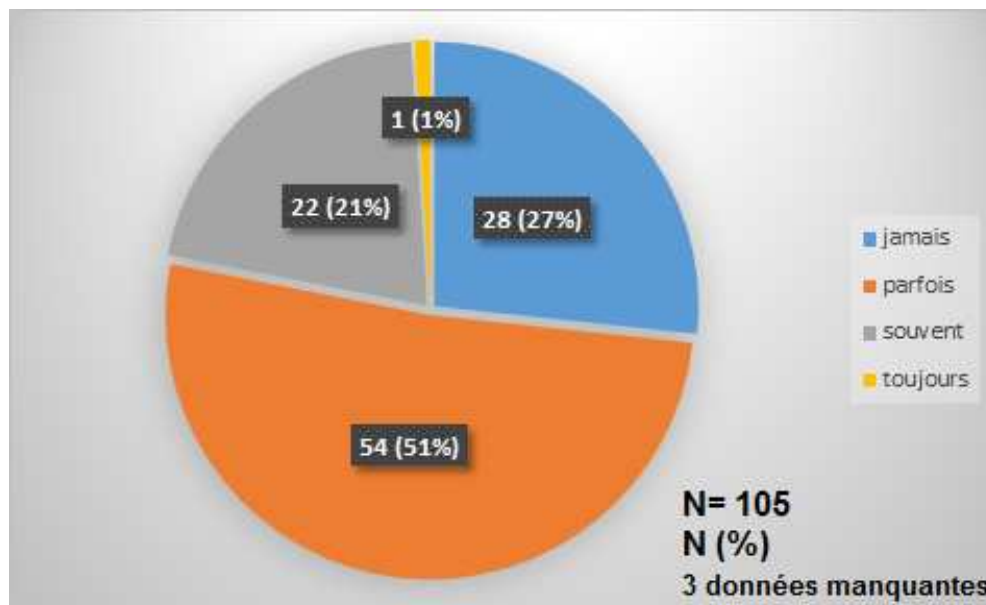
1. Réception du courrier et de la plaquette d'information (Figure 6)

Figure 6. Répartition de la réception du courrier et de la plaquette d'information sur l'ouverture de l'HPDD gériatrique par les médecins généralistes.



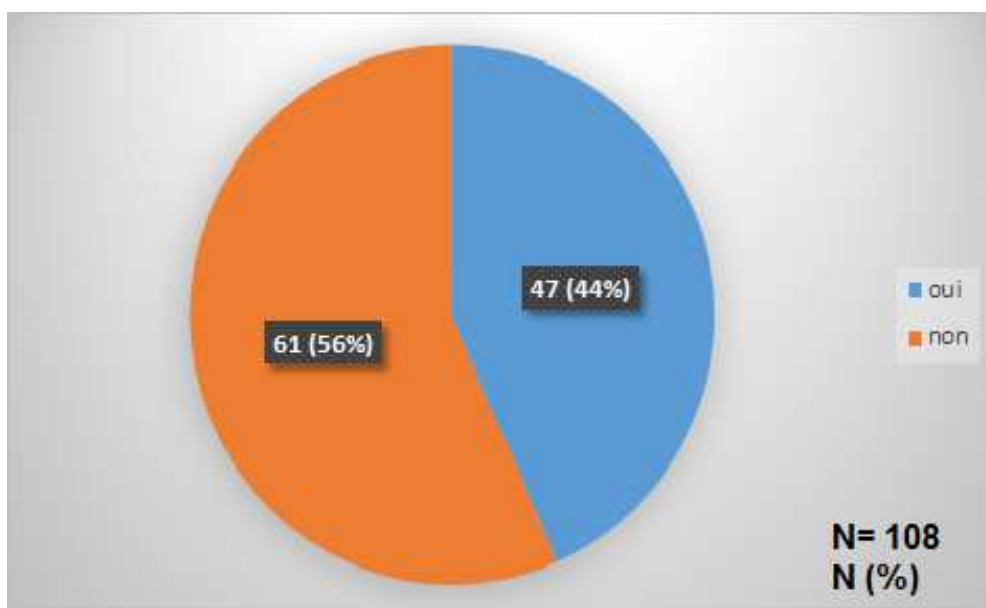
2. Difficultés à hospitaliser en Gériatrie au CHV (Figure 7)

Figure 7. Appréciation de l'accès à l'hospitalisation en gériatrie par les médecins généralistes.



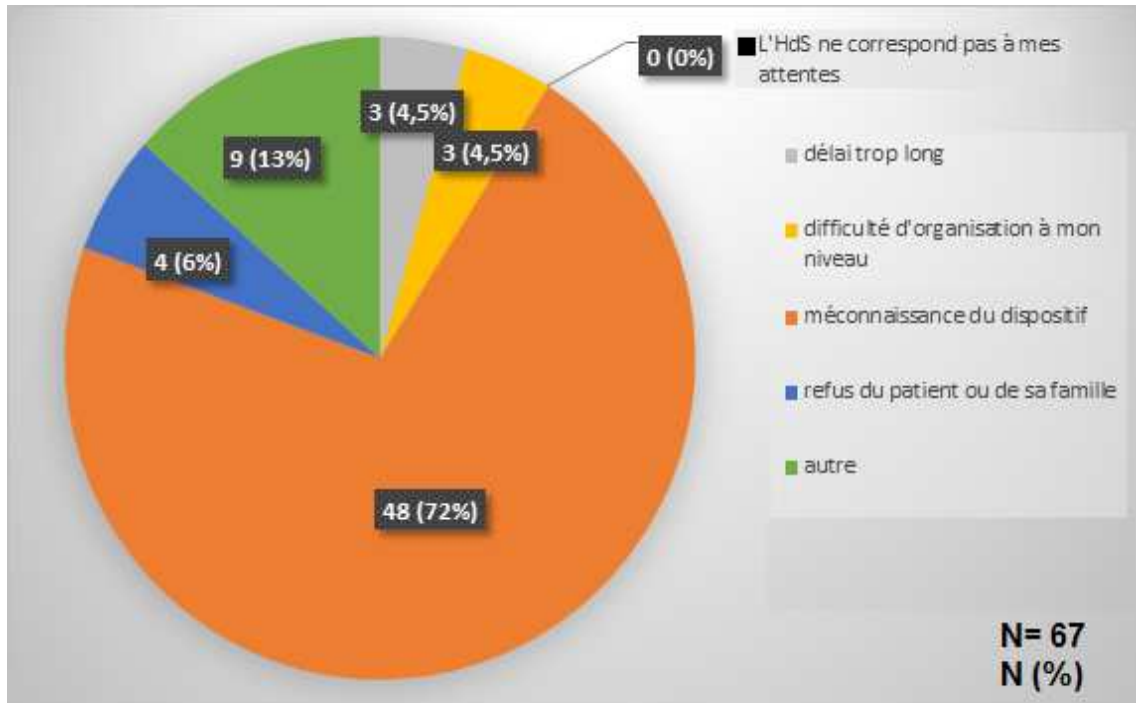
3. Recours à l'hôpital de semaine (Figure 8)

Figure 8. Recours à l'hospitalisation de semaine de l'HPDD Gériatrique par les médecins généralistes.



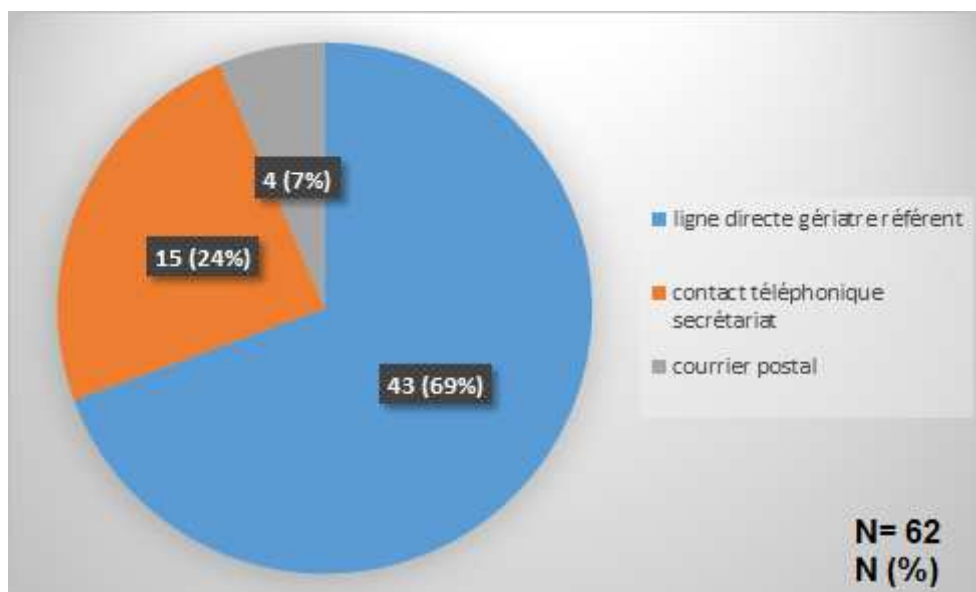
4. Motifs du non recours à l'hôpital de semaine (Figure 9)

Figure 9. Motifs du non recours à l'HPDD gériatrique, hôpital de semaine, par les médecins généralistes.



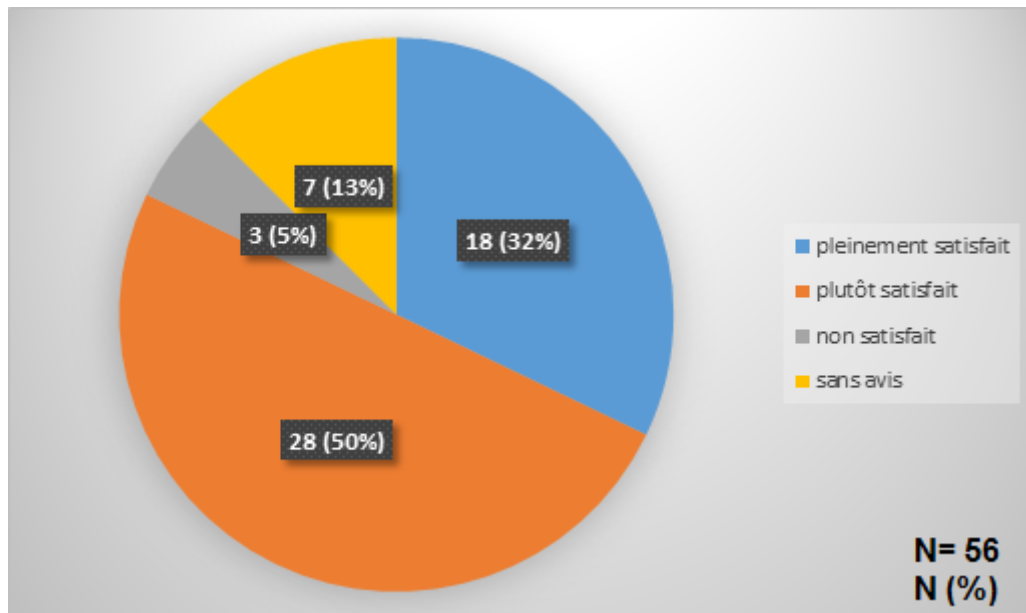
5. Moyens de contact pour l'organisation d'une hospitalisation programmée (Figure 10)

Figure 10. Moyens de contact du service de gériatrie des médecins généralistes pour l'organisation d'une HP.



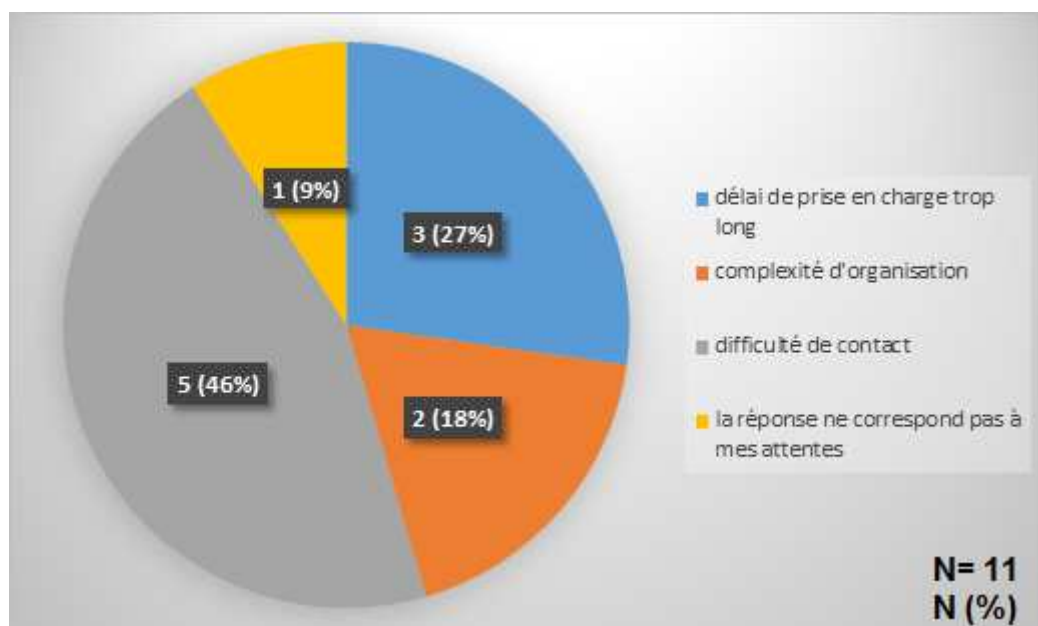
6. Satisfaction du séjour hospitalier en HPDD (Figure 11)

Figure 11. Satisfaction des médecins généralistes sur le séjour en HPDD Gériatrique de leurs patients.



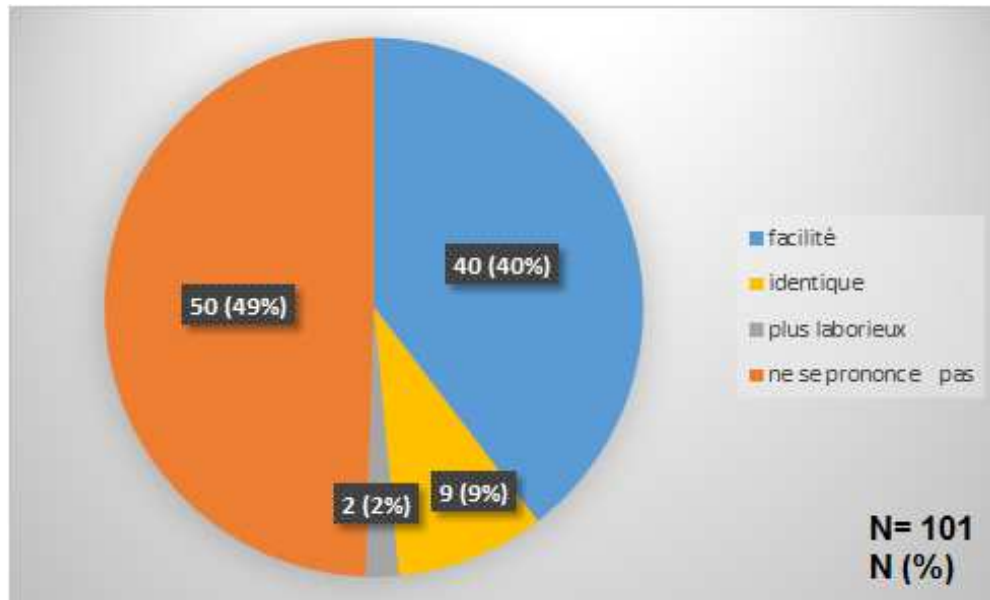
7. Raison de l'insatisfaction du séjour en HPDD (Figure 12)

Figure 12. Raisons de l'insatisfaction des médecins généralistes sur les séjours en HPDD Gériatrique de leurs patients.



8. Impact de l'ouverture de l'HPDD gériatrique sur l'accès à l'hospitalisation en gériatrie au CHV (Figure 13)

Figure 13. Accès à l'hospitalisation en gériatrie au CHV depuis l'ouverture de l'HPDD selon les médecins généralistes.



DISCUSSION

I. Résultats principaux

A. Population

Comme dans la littérature, la population de notre étude était une population âgée, majoritairement féminine, vivant préférentiellement seule à domicile et présentant des syndromes gériatriques. On peut citer la plus grande cohorte gériatrique hospitalière en France : la cohorte SAFEs (Sujets Âgés Fragiles) : Évaluation et suivi (13).

Pour les séjours d'HP, la population était plus jeune et la prédominance du sexe féminin était moins marquée que pour les séjours d'HNP. Ces différences étaient statistiquement significatives.

Les données de la littérature concernant les HPDD Gériatriques sont peu nombreuses, cette offre de soins étant peu développée. Une thèse, publiée en 2004, évaluait les caractéristiques d'une population d'HP de « l'hôpital de semaine » de Mulhouse en Alsace (12). Cette population est comparable sur l'âge (moyenne de 85 ans) et sur la répartition des sexes avec une prédominance féminine, bien que plus élevée (78% de femmes). On peut noter des différences sur : le mode de vie qui était majoritairement représenté par la vie en institution (56% des patients). Les patients à domicile bénéficiant d'aides ne représentaient que 54.5% des patients. Le reste des données ne peut pas être comparé, ayant été recueilli par une méthodologie différente. D'autres auteurs ont également étudié le mode d'hospitalisation des patients dans un CSG et notaient une moyenne d'âge plus jeune pour les patients hospitalisés sur un mode d'entrée directe à la demande du médecin traitant que pour les patients hospitalisés après un passage aux urgences (14).

B. Hospitalisations Non Programmées

1. Analyse des motifs d'hospitalisation et des diagnostics principaux de sortie

Les motifs et les diagnostics de sortie principaux à la sortie correspondaient à :

- La gestion diagnostique et thérapeutique des épisodes médicaux aigus pour environ la moitié des HNP.
- Pour l'autre moitié des séjours hospitaliers, l'analyse des motifs pourrait supposer qu'une part importante aurait pu être gérée en HP. Malheureusement l'analyse des diagnostics de sortie principaux en fonction du motif n'a pas été réalisée uniquement pour les HNP mais pour l'ensemble des séjours, car l'effectif était insuffisant.

2. Analyse de la qualité des demandeurs

L'analyse des demandeurs, mettait en avant que pour les HNP, les patients sont principalement issus des urgences.

Ces HNP témoignent de l'activité des CSG et des MCO (14).

C. Hospitalisations Programmées

1. Analyse des motifs d'hospitalisation

L'analyse des motifs témoignait :

- D'une demande importante de bilans diagnostique et thérapeutique « somatiques » concernant des symptômes généraux (« Bilan d'AEG, d'anémie ou évaluation gériatrique » pour environ 20% des motifs).

Cela correspond à une gestion d'épisodes non aigus, ou chroniques non décompensés. Ces hospitalisations répondent à un des objectifs de la circulaire DHOS de 2007 (8), pour éviter des passages aux urgences inappropriés et privilégier les hospitalisations programmées. Les maladies chroniques et la complexité de leur prise en charge augmentent avec l'âge (15). Dans ce contexte, les bilans diagnostiques nécessitent parfois une hospitalisation pour optimiser les moyens à mettre en œuvre : réalisation de plusieurs examens complémentaires et avis spécialisés sur une durée courte, prise en charge multidisciplinaire et synthèse du projet de soins.

- D'une demande importante de repérage de la fragilité (25% des demandes pour « EGS ou de prise en charge de la douleur », auxquelles on peut ajouter 13% des demandes pour « bilan de chute » et 12% des demandes pour « bilan de troubles cognitifs »).

Ces demandes peuvent être assimilées à du dépistage ou de la prévention secondaire.

- D'une demande importante pour des prises en charge spécifiques ne pouvant être réalisées à domicile mais ne nécessitant pas d'hospitalisation conventionnelle (20% des demandes pour « Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle », et 7% des demandes pour « la réalisation d'une transfusion de concentré érythrocytaire »).

La proportion des motifs de l'HPDD de Mulhouse était différente : 52% de « bilan somatique », 48% des demandes pour « repérage de la fragilité et bilan d'autonomie » (26% de « bilan d'autonomie et rééducation » et 22% de « bilan de syndrome démentiel et troubles du comportement ») (12). La méthodologie de recueil était différente et l'effectif faible. Les durées de séjours étaient également plus longues car le fonctionnement de cette HPDD semble plus s'orienter sur une prise en charge type « SSR » que « MCO », les durées d'hospitalisation pouvant aller jusqu'à 3 semaines avec des permissions le week-end.

2. Analyse de la qualité du demandeur et du motif d'hospitalisation en fonction du demandeur

L'analyse de la qualité du demandeur des séjours d'HP, montrait que l'HPPD Gériatrique était utilisée :

- Principalement par des médecins hospitaliers (66% des HP). Parmi ces demandeurs hospitaliers 96% étaient des gériatres (50% des demandeurs hospitaliers étaient des médecins du service de gériatrie, 29% l'EMIOG après avis aux urgences, 17% étaient des gériatres en consultations).

L'analyse du motif d'HP en fonction du demandeur nous laisse présumer que :

- l'HPDD est utilisée par le « service de gériatrie » pour reconvoquer leurs patients une fois l'épisode aigu géré et donc de diminuer la durée de séjour au CSG afin de réduire les complications liées à une hospitalisation prolongée (16). Le motif le plus fréquent des HP demandées par le service de gériatrie était « ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle ». Les demandes pour « EGS, ou prise en charge de la douleur » n'étaient pas négligeables. L'HDJ gériatrique ayant été recueilli, en qualité de demandeur, par regroupement avec le CSG sous l'intitulé « service de gériatrie » nous ne pouvons pas lui imputer directement ces demandes. Mais nous pouvons penser que L'HPPD est complémentaire du CSG et de l'HDJ.
- L'HPDD est utilisée par la consultation de gériatrie pour demander des évaluations plus approfondies pour repérer la fragilité avec le motif prédominant « EGS et prise en charge de la douleur ». L'HPDD gériatrique et la consultation gériatrique sont donc complémentaires également.
- La part d'HP à la demande de l'EMIOG était importante. L'évaluation de l'EMIOG aux urgences permet d'éviter des hospitalisations conventionnelles non urgentes et d'organiser celles-ci dans de meilleures conditions en anticipant la prise en charge, au profit d'une HP avec des durées plus courtes, via l'HPDD. Des auteurs ont montré que l'évaluation par une EMG aux urgences avait permis le retour à domicile dans des conditions de sécurité avec optimisation de la prise en charge pour environ 30% des patients évalués (17).

- Nous ne pouvons pas conclure sur les autres médecins hospitaliers, l'effectif étant faible.

L'HPDD semble donc utile dans la pratique des gériatres pour organiser des bilans diagnostiques non urgents, ou pour dépister la fragilité, en relais d'une hospitalisation conventionnelle à distance de l'épisode aigu, en relais de l'HDJ ou des consultations de gériatrie.

- Par des médecins de ville, de façon minoritaire, pour 29% des HP. Parmi ces médecins de ville, 79% étaient les médecins traitants :

- L'HPDD permet aux médecins traitants d'organiser des HP, sans intermédiaire ni passage aux urgences, même s'ils ne sont pas les utilisateurs principaux.
- L'HPDD est utile dans leur pratique pour la réalisation des bilans somatiques non réalisables en ambulatoire, repérer la fragilité des patients et donc les obstacles au maintien à domicile.

Des auteurs ont étudié les motifs d'hospitalisation de patients adressés en entrée directe par leur médecin traitant dans un CSG. Leurs résultats étaient cohérents avec ceux de notre étude, bien que les motifs avaient été recueillis différemment (14).

Il serait intéressant d'étudier les réhospitalisations de type HNP des patients pris en charge en HP pour analyser si le repérage de la fragilité et les propositions mises en œuvre permettent de prévenir les futurs épisodes aigus.

La part prédominante des gériatres et des médecins traitants parmi les demandeurs suivait la même tendance à l'HPDD de Mulhouse, mais la différence était moindre : 54% ont été adressés par un gériatre et 42% par leur médecin traitant (12).

3. Analyse des diagnostics de sortie

L'analyse des diagnostics de sortie principaux et des diagnostics associés montrait que :

- Le diagnostic de sortie principal le plus fréquent en HP était celui de « troubles cognitifs ou thymiques » (35%).

Le motif « bilan de trouble cognitif ou trouble du comportement » n'était pas le plus fréquent. De plus le diagnostic « troubles cognitifs ou thymiques » est le second diagnostic le plus fréquemment porté pour le motif « Bilan d'AEG, d'anémie, ou évaluation oncogériatrique ». Ceci laisse penser que les troubles cognitifs ne sont pas aisément repérés et donc sous-diagnostiqués. Bien qu'ils soient reconnus comme marqueur de la fragilité (18). Ce résultat témoigne de l'intérêt de l'HPDD pour le dépistage des troubles cognitifs, et également de sa complémentarité avec l'HDJ.

Le diagnostic de « démences ou pathologie psychiatrique » représentait également le diagnostic principal à la sortie le plus fréquent à l'HPDD de Mulhouse. Il était posé comme diagnostic principal dans 28% des séjours (12).

- Le nombre de diagnostics associés en HP était plus élevé qu'en HNP alors que la durée de séjour était plus courte. L'HPDD permet donc de réaliser des bilans plus approfondis, et un dépistage hors contexte aigu, avec une évaluation plus pertinente. L'HPDD répond aux missions de la circulaire DHOS de 2007 en termes d'évaluation gériatrique complexe et de prévention (8). Le diagnostic associé le plus fréquent en HP était « Réévaluation thérapeutique ou iatrogénie ». La réévaluation thérapeutique est essentielle en gériatrie. On estime que 20% des motifs d'hospitalisations des sujets de plus de 75 ans sont en partie liés à des effets médicamenteux indésirables (19). L'essai « Optimisation des médicaments chez les sujets âgés » (OMAGE) a montré qu'une optimisation du traitement en hospitalisation, diminuait la réadmission en urgence à 3 et 6 mois (20).

4. Description des séjours

a. Délai de convocation

Le délai de convocation était inférieur ou égal à 1 semaine pour 38% des HP.

Il aurait été intéressant d'analyser ce délai en fonction du motif afin de mieux cerner la réactivité en fonction du besoin. Il faut garder à l'esprit que les séjours demandés pour « ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle » (20% des demandes totales d'HP) étaient convoquées 3 à 4 semaines après le sondage vésical effectué en hospitalisation. Cela crée un biais de sélection avec un allongement du délai de convocation.

b. Examens complémentaires, actes médicaux, évaluation paramédicales et réalisation d'EGS

Le nombre moyen d'examens et d'actes médicaux était plus élevé en HP. Ce résultat témoigne lui aussi de l'intérêt de la programmation par son rapport efficacité-DMS. Les moyens hospitaliers sont en effet concentrés du lundi au vendredi. Seules les problématiques médicales aiguës sont gérées le week-end.

Le nombre de patients ayant bénéficié d'une EGS était élevé (60%). Il faut garder à l'esprit que 20% des séjours d'HP étaient demandés pour le motif « Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle ». Lors de ces séjours, demandés principalement par le service de gériatrie, les patients ne bénéficiaient que rarement d'une EGS.

Concernant l'évaluation et la prise en charge paramédicale, la rééducation était un des points essentiels de la prise en charge en HP : pour 99% des séjours, les patients ont bénéficié d'une kinésithérapie et 57% d'ergothérapie.

À l'HPDD de Mulhouse, le nombre de patients ayant bénéficié d'une kinésithérapie était plus faible (32% des patients) (12).

Il aurait été intéressant de recueillir l'ADL d'entrée et de sortie pour évaluer l'intérêt de cette rééducation. Cependant la durée de séjour semble courte pour obtenir des résultats significatifs. L'analyse des propositions faites par l'équipe d'ergothérapie et la mise en place de ces propositions à domicile aurait également présenté un intérêt. Des auteurs ont étudié le suivi des recommandations à 3 mois faites lors d'une évaluation hospitalière réalisée par une EMG : les propositions médico-sociales étaient les moins suivies, notamment pour l'aménagement du domicile (21). Mais les effectifs étaient faibles. Une autre étude évaluant la satisfaction des médecins

généralistes intégrés dans une EMG proposant l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) montre que les propositions de mise en place d'aides techniques à domicile sont refusées par les patients (22). Mais l'échantillon était faible.

c. Modalités de sortie

Il n'y avait pas de différence significative sur la réévaluation du plan d'aide entre les HP et HNP. Cependant le nombre de consultations réalisées par les assistantes sociales était important.

La sortie d'hospitalisation se faisait majoritairement par le retour vers le lieu de vie habituel, pour 88% des séjours. Cela nous laisse penser que le fonctionnement de notre HPDD n'est pas entravé par des problématiques sociales.

L'HPDD de Mulhouse obtenait des résultats identiques pour le mode de sortie (12).

Le taux de transfert en MCO était faible (10% des HP). Il serait intéressant de comparer ce taux aux HPDD d'autres spécialités. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de données à ce sujet dans la littérature. L'unité d'HPDD doit donc être nécessairement annexée à un service de CSG ou autre MCO.

Un suivi hospitalier a été programmé pour 37% des HP ce qui montre la nécessité d'un lien avec la ville pour le suivi des prises en charge initiées.

D. Enquête auprès des médecins généralistes

Les questionnaires adressés aux médecins généralistes montraient un défaut de communication entre les acteurs de ville et acteurs hospitaliers. Pourtant cette communication est la clé de la coordination des soins pour le développement d'une politique gériatrique efficace (3).

Moins de 50% des médecins interrogés avaient recours à l'HPDD mais 72% ne connaissaient pas le dispositif. Les médecins interrogés ont pourtant été inclus selon le listing des adresses postales auxquelles le courrier et la plaquette d'information sur l'ouverture de l'HPDD ont été envoyés. L'envoi postal ne semble pas adapté pour faire connaître la filière gériatrique et ses nouvelles offres de soin.

Le moyen de contact privilégié était la ligne directe du gériatre référent. Les médecins ayant recours à l'HPDD étaient néanmoins majoritairement satisfaits. La raison de non satisfaction principale était la difficulté de contact. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car pour certaines questions les effectifs étaient faibles.

Le service de gériatrie du CHV a en effet ouvert une ligne directe, avec un numéro unique accessible depuis la ville sans utiliser le standard du CHV. Cette ligne est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 18h. Elle permet une communication directe avec un gériatre du service. Elle existe depuis 2007, avec plusieurs notifications sur la création de ce numéro (lettre d'information en 2007 puis 2010, et ce numéro est noté en bas de page sur les courriers de sortie du service de gériatrie).

Cependant ce moyen n'est pas utilisé de façon optimale. Une enquête de satisfaction sur cette ligne avait été réalisée par le CHV auprès des médecins généralistes il y a quelques années lors d'une FMC. Celle-ci retrouvait une tranche horaire insuffisante et le manque de temps du médecin généraliste. Les données de ce questionnaire n'ont pas été publiées.

Dans la littérature, des auteurs ont néanmoins montré que la mise en place d'une ligne d'assistance téléphonique permettant aux médecins généralistes d'avoir un appel direct avec un gériatre, pour donner des conseils médicaux et proposer une solution alternative à l'admission aux urgences, permettait d'éviter les HNP via les urgences en proposant des solutions alternatives par une consultation gériatrique, un hôpital de jour, ou une hospitalisation programmée (23).

II. Limites, faiblesses et points forts de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites.

En effet, il s'agissait d'une étude rétrospective. La non standardisation du recueil de données dans les dossiers médicaux entraînait des données manquantes, même si celles-ci étaient peu nombreuses et, pour la plupart relatives aux patients ne vivant pas à domicile.

D'un point de vue méthodologique, nous avons recueilli certaines données telles que les motifs d'hospitalisation, la qualité des demandeurs et les diagnostics de sortie par regroupement. Cette méthodologie a été choisie afin de garantir de plus grands

effectifs, pour obtenir plus de puissance statistique, au détriment de la perte d'information. Cependant, pour certaines données, les échantillons demeuraient faibles. Dans ces cas, nous avons réalisé des analyses par regroupement, et nous n'avons pas réalisé de test statistique.

Le diagnostic de sortie principal a été retenu de façon subjective, soit parce qu'il était directement lié au motif initial, soit parce qu'il était considéré le plus pertinent médicalement. Ceux-ci auraient pu être recueillis sur les Résumés d'Unité Médicale. Mais cette codification peut être jugée subjective également, car elle est à l'appréciation du médecin réalisant la codification.

Le caractère monocentrique ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats.

Les séjours de type HNP inclus dans l'étude se sont déroulés majoritairement sur la période où l'HPDD fonctionne sur un mode conventionnel. Cela peut créer un biais de sélection pour les séjours de type HNP.

Il existait un biais de classement concernant la méthodologie de recueil pour les patients déjà connus de la consultation : la programmation d'un suivi a été recueillie comme positive si une date de consultation de gériatrie était notée dans le courrier de sortie du séjour, alors que certains de ces patients bénéficiaient déjà d'un suivi antérieur.

Concernant l'enquête auprès des médecins généralistes, certaines de leurs réponses ne respectaient pas la méthodologie décrite du patron de réponse et des questions tiroirs. Cela constitue également un biais de classement. De plus pour certaines réponses les échantillons étaient faibles.

Notre étude comporte également plusieurs points forts.

En effet, il s'agissait de la première étude évaluant une unité d'HPDD gériatrique avec un échantillon global important, et comparant le mode d'hospitalisation au sein d'une même unité.

Les caractéristiques recueillies étaient nombreuses concernant les caractéristiques des patients et du séjour hospitalier.

Notre étude n'était pas centrée uniquement sur le secteur hospitalier et portait un intérêt particulier aux médecins traitants qui occupent une place privilégiée en gériatrie par leur implication dans le maintien à domicile des personnes âgées (24).

Le taux de participation des médecins généralistes aux questionnaires peut être considéré comme important.

III. Perspectives de l'HPDD Gériatrique dans la prise en charge des personnes âgées

A. La place de l'HPDD Gériatrique

1. Gérer les hospitalisations programmables

Une des missions hospitalières, au sein de la filière gériatrique, selon la circulaire de 2007 (8) est d'assurer la prise en charge :

- Des hospitalisations non programmables sans passage préalable aux urgences.
- Des hospitalisations programmables.

Or, selon une analyse des enquêtes régionales déclarative annuelle dans la région du Nord-Pas-Calais, publiée en 2015 (9), soit 8 ans après la circulaire de 2007, les CSG demeurent en permanence saturés avec des HNP principalement issues des urgences. Les différentes analyses de la cohorte SAFEs («Sujets Âgés Fragiles ») : évaluation et suivi (16) affirment que dans 80% des cas, les hospitalisations des patients âgés sont des HNP. Notre étude trouvait des résultats similaires pour les HNP.

Dans notre étude, L'HPDD semble être une réponse intéressante pour la gestion des hospitalisations programmables.

De plus, nos résultats nous laissent penser que l'HPDD pourrait permettre de diminuer les HNP issues des urgences au profit d'HP, par l'intermédiaire d'une évaluation par l'EMIOG aux urgences. Cependant la réduction des hospitalisations évitables aux urgences n'est pas affirmée.

2. Effectuer les bilans non réalisables en ambulatoire

La réalisation de bilan à froid et des traitements impossibles à domicile sont des

missions attribuées à l'HDJ et la consultation gériatrique selon la circulaire DHOS de 2007 (8). Ces unités représentent des interfaces entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. La circulaire leur confère le statut de centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire par la réalisation d'évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant.

L'intérêt de l'HDJ dans la filière gériatrique est affirmé (25), (26), notamment pour le bilan des troubles cognitifs. Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le repérage des signes évocateurs. Le bilan de ces troubles est difficile en ville. L'HDJ est donc un relais essentiel pour le médecin traitant dans ce cadre. En effet la prise en charge diagnostique nécessite une évaluation multidisciplinaire, des examens complémentaires ; s'y associent une évaluation complète de la fragilité et un bilan des comorbidités associées pour l'élaboration d'un projet personnalisé de soins intégrant l'entourage (27), (28), (29).

On peut extrapoler le rôle de l'HPDD dans ce contexte. Les résultats de notre étude présumaient d'une complémentarité avec l'HDJ pour cet objectif.

De plus, les données du PMSI montrent que l'activité des HDJ est difficile à développer, avec un constat convergent des professionnels : complexité pour la personne âgée réticente à se déplacer à l'hôpital pour un HDJ, mais aussi complexité pour l'organisation hospitalière qui doit assurer une évaluation complète sur une durée courte (9). Nos résultats ne témoignent pas directement de cette difficulté pour l'HDJ, mais la part importante d'HP demandées par les gériatres en consultation nous laisse le présumer.

Devant ces difficultés, et selon notre étude, l'HPDD semble être une alternative intéressante pour réaliser ces bilans somatiques sur des hospitalisations courtes, en particulier pour les personnes âgées les plus dépendantes et isolées pour qui la prise en charge en HDJ n'est pas compatible ou insuffisante.

Cependant, pour avoir un réel impact, toutes les propositions formulées nécessitent une collaboration/communication étroite entre les différents acteurs : les médecins traitants, les paramédicaux libéraux et les services de soins à domicile (16), (30).

B. La collaboration avec les médecins généralistes

Une étude réalisée sur un panel de médecins généralistes par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), publiée en 2014 (24) illustre la place importante du médecin traitant dans la prise en charge des Personnes Âgées Dépendantes (PAD) vivant au domicile. Dans cette étude, les médecins interrogés rapportaient des difficultés sur la gestion des PAD par le manque de formation en gériatrie, la difficulté de la prise en charge des PAD à domicile qui est chronophage pour une rémunération faible. La plupart d'entre eux souhaiterait une meilleure coordination ville-hôpital.

Dans notre étude, l'HPDD semble être une réponse intéressante pour répondre à certaines missions de la filière gériatrique intra-hospitalière décrite dans la circulaire de 2007 (8). Mais la faible utilisation des médecins généralistes montre le cloisonnement encore trop important entre soins hospitaliers et soins de ville.

La loi confère la responsabilité au médecin généraliste de « s'assurer de la coordination des soins, nécessaire à ses patients » et le place au premier plan de la prise en charge des PAD au domicile (31). La HAS a publié en 2013 une recommandation sur le dépistage de la fragilité en soins ambulatoires (32), et sur leur prise en charge (30). L'élaboration d'un Projet Personnalisé de Soins (PPS) pour les personnes âgées fragiles est mise en avant pour anticiper et prévenir la perte d'autonomie. Ces recommandations insistent sur la nécessité d'une collaboration entre le médecin traitant, les différents acteurs ambulatoires du champ sanitaire et social et l'hôpital. Mais ces différents acteurs sont nombreux, et ont un profil d'activité et un lieu d'exercice différents.

Des projets se sont développés en ce sens. Dans la région, on peut citer :

- Le réseau de santé Repér'âge qui intervient dans les communes des CLICs du GCS de la filière gériatrique du Valenciennois (33). Ces réseaux permettent une expertise gériatrique au domicile, en collaboration étroite avec le médecin traitant pour établir un PPS pour les patients âgés au domicile en situation de fragilité et aussi être un lien avec la prise en charge hospitalière.

Une étude observationnelle rétrospective qualitative a analysé le niveau de

satisfaction de médecins généralistes du Grand Versailles, intégrés dans un réseau gériatrique ville-hôpital. Le niveau de satisfaction globale des médecins généralistes était de 8 sur 10. La satisfaction portait principalement sur l'avis d'expert donné, la prise en charge de type hospitalier et la facilitation à la mise en place d'aides par le réseau (22).

- Le projet PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) du Valenciennois-Quercitain (34). Cette expérimentation propose la mise en place de PPS par les médecins libéraux, en lien avec les intervenants à domicile et la personne âgée pour dépister les critères de fragilité. Le projet implique la ville et l'hôpital, mais une thèse sur les motivations des médecins traitants à participer ou non, montrait que la méconnaissance des dispositifs et le manque de temps du médecin généraliste étaient des freins à une prise en charge adaptée (35).
- Un projet de Plateforme Territoriale d'Appui (36) est en cours d'étude selon les dernières législations de 2016 relatives au système de santé (37), et le plan national d'accès aux soins du 13 octobre 2017 (38). Cette plateforme assurerait les missions d'information et d'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires sociales et médicosociales du territoire par un accueil téléphonique via un numéro unique, l'appui à l'organisation des parcours complexes et le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination (36).

L'organisation des soins de la personne âgée en parcours, suivant un PPS, nécessite une communication de qualité. Ceci implique un support pour le partage de l'ensemble des informations du patient et des éléments de sa prise en charge.

Actuellement, le dossier médical partagé géré par l'assurance maladie fait débat (39), (40).

CONCLUSION

Dans notre étude, l'analyse des séjours hospitaliers en HPDD Gériatrique montrait que les hospitalisations étaient programmées pour 279 séjours sur 357 comptabilisés sur l'année 2017.

Pour les séjours d'hospitalisation programmée la population était significativement plus jeune que pour les séjours d'hospitalisation non programmée ; La population était majoritairement de sexe féminin dans ces 2 populations. La population vivait majoritairement à domicile. Les 2 populations étaient comparables sur les autres caractéristiques sociodémographiques (lieu et mode de vie, aides à domicile), sur les caractéristiques médicales (antécédents, traitements à domicile, autonomie selon ADL, et statut cognitif selon MMSE).

Les motifs d'hospitalisation étaient différents en fonction du mode d'hospitalisation. Les séjours d'hospitalisation non programmée étaient motivés par des problématiques médicales aiguës ou une décompensation de pathologies chroniques. Les séjours d'hospitalisation programmée étaient motivés par des problématiques médicales non aiguës ou chroniques non décompensées, et par des demandes pour repérage de la fragilité par une EGS.

L'hospitalisation était demandée principalement par les urgentistes pour les séjours d'hospitalisation non programmée, et par des médecins hospitaliers gériatres pour les séjours d'hospitalisation programmée. Les séjours d'hospitalisation programmée demandés par les médecins généralistes étaient insuffisants.

Le diagnostic de sortie principal le plus fréquent pour les séjours d'hospitalisation programmée était celui de « troubles cognitifs ou thymiques ».

La sortie des séjours d'HP se faisait majoritairement par un retour vers le lieu de vie habituel.

L'enquête auprès des médecins généralistes montrait une méconnaissance de l'HPPD gériatrique pour la plupart des répondants. L'HPDD était appréciée des médecins qui connaissaient son existence.

Au CHV, L'HPDD permet donc d'organiser des hospitalisations programmées pour la prise en charge des maladies chroniques ou d'épisodes non aigus de patients gériatriques. Cette unité est complémentaire des autres structures hospitalières de la filière gériatrique (EMIOG, HDJ, consultation gériatrique) pour le dépistage de la fragilité afin de proposer la mise en place d'actions de prévention secondaire par un PPS pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

La collaboration ville-hôpital doit être affinée pour assurer la cohérence et la mise en place de ce PPS en extrahospitalier. L'organisation actuelle de la filière de soins gériatriques demeure cloisonnée et le parcours de soins du patient âgé s'organise par la prise en charge successive de différents acteurs, dans des lieux différents.

L'hypothèse d'un PPS centré sur le patient et d'une action cohérente des différents acteurs de la prise en charge s'articulant autour de la personne âgée est une piste à explorer. A l'heure du développement des technologies informatiques, la communication entre les différents professionnels de santé, patient et aidants pourrait se développer grâce à un logiciel support pour ce PPS, en intégrant un référent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
2. personnes âgés INSEE [Internet]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492220/FPORSOC16j7_F2.7_seniors.pdf
3. Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. *Gérontologie Société*. 2002;25 / n° 100(1):131–47.
4. Fouquet A, Tregoat JJ, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. *IGAS*; 2011 May p. 121.
5. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine* septembre 2010; 326-330.
6. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2015) 15. 316-322.
7. Circulaire DHOS/O 2/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. [Internet]. [cited 2018 Nov 1]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
8. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
9. Defèbvre M-M, Puisieux F. Les filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais : analyse huit ans après la circulaire de 2007. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2016 Oct;64(5):341–9.
10. Grosshans C, Passadori Y. L'hôpital de semaine. Une nouveauté et un maillon intéressant dans le paysage gérontologique. *Repères En Gériatrie*. 2009;11(86):32–5.
11. Rollin F. L'hôpital de semaine comme outil d'amélioration de la prise en charge hospitalière : L'exemple du Centre Hospitalier de Coulommiers. [Mémoire] 2004;120.
12. Christamann Otto-Bruc N. L'hôpital de semaine, nouvelle structure en gériatrie : Ses intérêts et ses limites. [thèse]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2004.
13. Blanchard F. SAFES - Etude longitudinale sur le Sujet Agé Fragile : Evaluation et Suivi.
14. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-

- Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. 2012 Jun;(2):143–150.
15. Viquant JP, Layo-Simbsler S. Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques. *adsp n° 72*; 2010.
 16. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. Que nous apprend la cohorte SAFEs sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? *Presse Médicale*. 2010 Nov;39(11):1132–42.
 17. Natali J-P, Schwald N, Bach F, Bourgoignie G, Chiffroy D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. *Soins Gérontologie*. 2015 Nov;20(116):22–4.
 18. Fougère B, Daumas M, Lilamand M, Sourdet S, Delrieu J, Vellas B, et al. Association Between Frailty and Cognitive Impairment: Cross-Sectional Data From Toulouse Frailty Day Hospital. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Nov;18(11):990.e1-990.e5.
 19. Kaltenbach G, Schlienger JL. Iatrogénie médicamenteuse. In: *Les 100 questions clés en médecine générale*. Elsevier Masson. 2013. p. 361–3. (Chapitre 13 Gériatrie.).
 20. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in aged multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:2017–28.
 21. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. 2012 Sep;(3):285–293.
 22. Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2016 Feb;16(91):53–8.
 23. Salles N, Diallo L, Videau M, Floccia M, Rainfray M. Does a hotline for general practitioners improve the care of older frail patients? A pilot study. *Eur Geriatr Med*. 2013 Sep;4:S171–2.
 24. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, et al. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Dress, études et résultats; 2014 n°869 [Internet]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
 25. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Vieillesse, longévité et assurance maladie; 2010 [Internet]. Available from: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf
 26. Prud'homme J, Somme D. Organisation du soin du patient âgé, filières et approche territoriale. *EMC - Traité de Médecine Akos* 2017;12(1):1-6 [Article 3-1079].
 27. Berg N. L'hôpital de jour gériatrique, un apport pour le médecin généraliste dans la

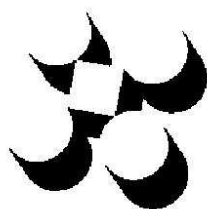
- mise au point et le suivi de troubles cognitifs. *Rev Med Brux*. 2010;6.
28. Lacaille S, Delpierre S, Karoubi E, Stoianovici I, Boutron I, Faucher N, et al. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique : l'expérience de l'hôpital Bichat-Claude Bernard-Paris. *Rev Gériatrie*. 2007;8.
 29. Pariel S, Boissières A, Delamare D, Belmin J. L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ? *Presse Médicale*. 2013 Feb;42(2):217–23.
 30. Haut Autorité de Santé - Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire?
 31. Article L.4130-1 du Code de la santé publique, introduite récemment par la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009. [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
 32. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
 33. Modalités d'intervention [Internet]. Available from: <http://www.reperage-sante.fr/modalites-prise-charge/>
 34. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
 35. Ramez C, Sarrazin F. Identifier les motivations des médecins traitants participant et refusant le projet PAERPA multirisque. [Thèse] : Faculté de médecine de Lille; 2018.
 36. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France - Cahier des Charges : Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination des parcours de santé complexe; 2018 [Internet]. Available from: http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS_V2_NPDCP/MH/cahier_charges_reseaux.pdf
 37. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
 38. Charte relative à la mise en oeuvre du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins entre l'Etat et les organisations représentatives des médecins libéraux. [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_relative_a_la_mise_en_oeuvre_du_plan_de_renforcement_de_l_acces_territorial_aux_soins_organisations_representatives_des_ml.pdf
 39. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. Available from: <https://www.dmp.fr/>
 40. Dossier Médical Partagé (DMP) : la mémoire de votre santé [Internet]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/dossier-medical-partage-dmp-la-memoire-de-votre-sante>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Sectorisation des CLIC du GCS de la filière Gériatrique du Valenciennois.

<http://www.reperage-sante.fr/cartographie-npdc.html>



ANNEXE 2 : Lettre d'information aux médecins généralistes.

CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

POLE 6 : GERIATRIE
SERVICE DE COURT SEJOUR
GERIATRIQUE

«BlocAdresse»

Responsable de pôle
Praticien Hospitalier – Gériatre
 Docteur Delphine DAMBRE
 N° RPPS : 10002290897

Responsable de service
 Docteur Emeline PROYE
 N° RPPS : 10004420021

Praticiens Hospitaliers – Gériatres
 Docteur Antoine CAILLIAU
 N° RPPS : 10100325280

Docteur Eléonore CANTEGRIT
 N° RPPS : 10100429397

Docteur Anne-Sophie DREUMONT-
 GORENFLOS
 N° RPPS : 10002257680

Docteur Géraldine GOMMEZ-
 MAZAINGUE
 N° RPPS : 10002304599

Docteur Céline JOST-GIROUX
 N° RPPS : 1004430525

Docteur Alexandre LEROOY
 N° RPPS : 10100325744

Assistant spécialisée – gériatre
 Docteur Mathilde FALCK
 N°RPPS : 10100870350

Unité 1 :
 Secrétariat : 03.27.14.32.34
 Hospitalisation : 03.27.14.32.33
 E.mail : sec-courtsejgeriatri@ch-valenciennes.fr

Unité 2 :
 Secrétariat : 03.27.14.35.13
 Télécopie : 03.27.14.34.76
 Hospitalisation : 03.27.14.36.27

PLATEFORME GERIATRIQUE DE TERRITOIRE

Consultation mémoire
et gériatrique : 03.27.14.05.27
SSR gériatriques : 03.27.14.05.28

GERIATRE REFERENT POUR LES
MEDECINS GENERALISTES

Avis gériatrique,
 Hospitalisation directe en gériatrie
 Portable : 06.34.20.54.36



Avenue Désandrouin – C.S. 50479
 59322 VALENCIENNES CEDEX
 Tél. : 03-27-14-33-33 (standard)
<http://www.ch-valenciennes.fr>

Valenciennes, le

Docteur,

Nous avons l'honneur de vous informer de la récente ouverture de notre service **d'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée du Court Séjour Gériatrique**, regroupant l'Hôpital de Semaine et l'Hôpital de Jour, situé au 4^{ème} étage, Tour A, du Centre Hospitalier de Valenciennes.

L'Hôpital de Semaine accueille vos patients pour une période de 2 à 5 jours en fonction du motif d'hospitalisation, et d'un profil patient déterminé :

- Evaluation onco-gériatrique,
- Bilan de chute,
- Evaluation des troubles cognitifs,
- Transfusion sanguine sur anémie,
- Evaluation du traitement pour prévenir la iatrogénie,
- Surveillance urinaire après ablation d'un sondage vésical,
- Evaluation gériatrique globale et individualisée à la fois médicale psychologique et sociale,
- Organisation avec le patient et son entourage des conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation...).

Ils seront pris en charge également par l'équipe pluridisciplinaire pendant la durée de leur hospitalisation, en fonction des demandes (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricienne...).

Dans tous les cas, cette hospitalisation de courte durée apporte une aide dans le suivi et l'accompagnement des personnes âgées fragilisées.

ANNEXE 2 : Lettre d'information aux médecins généralistes (suite).

L'Hôpital de Jour, quant à lui, accueille vos patients pour la journée pour une évaluation gériatrique globale. Il permet de dépister les critères de fragilité de la personne de plus de 70 ans. Au cours de cette journée, les patients rencontreront une infirmière et un gériatre, mais également, selon les besoins, pourra être proposé l'intervention d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'une assistante sociale, d'une neuropsychologue ou d'un diététicien.

Les demandes étant réalisées de médecin à médecin, nous vous invitons à joindre directement le Gériatre Référent au 06.34.20.54.36 en cas de demande d'hospitalisation programmée pour l'un de vos patients.

Nos secrétaires se tiennent également à votre disposition pour d'éventuelles questions concernant notre service au 03.27.14.03.65 pour l'Hôpital de Jour, et au 03.27.14.06.30 pour l'Hôpital de Semaine.

Restant à votre disposition pour toute demande complémentaire, nous vous prions d'agréer, Docteur, à l'expression de nos sentiments distingués.

Cordialement,

**Le Secrétariat
Service d'H.P.D.D. de Gériatrie**

ANNEXE 3 : Plaquette d'information HPDD.



L'Hôpital de Semaine

L'Hôpital de Semaine accueille les patients pour une période de 2 à 5 jours en fonction du motif d'hospitalisation.

Ce motif peut être de différents ordres :

- Réalisation d'examens de laboratoire, de radiologie, d'endoscopie nécessitant une préparation et/ou une surveillance de plus de 24h,
- Prise en charge des symptômes pouvant survenir après une chute (nécessitant des séances de rééducation, d'ergothérapie, de kinésithérapie),
- Aide à la réautonomisation (pour favoriser le maintien à domicile dans les meilleurs conditions possibles),
- Bilan d'anémie avec transfusion si nécessaire,
- Rééducation vésicale (avec retrait/changement de la sonde vésicale),
- Contribution à la prise en charge des pathologies cancéreuses,
- Evaluation des critères de fragilité (troubles de la déglutition, troubles de la marche...).

Dans tous les cas, cette hospitalisation de courte durée apporte une aide dans le suivi et l'accompagnement des personnes âgées fragilisées.

Au cours de son séjour, le patient rencontrera l'infirmière, le médecin gériatre et la secrétaire. Selon les cas, le médecin gériatre pourra proposer l'intervention de l'ergothérapeute, de l'assistante sociale, du kinésithérapeute, de la neuropsychologue, de la diététicienne, de l'orthophoniste ou de la psychomotricienne.

Des spécialistes médicaux peuvent également intervenir, et des examens radiologiques seront également réalisés en fonction des demandes du médecin gériatre (en cas d'examen radiologique avec résultats d'examens en attente, ces derniers vous seront directement transmis dès réception).



ANNEXE 4 : Grille de recueil des caractéristiques des patients.

P A T I E N T S	Age (en années)		
	Sexe	Homme	
		Femme	
	Secteur géographique du lieu de vie	Valenciennois	
		commune du GCS *(1) hors Valenciennois	
		Hors secteur	
	Antécédents	Troubles cognitifs	
		Maladie Cardio-vasculaire	
		Pathologie neurologique	
		Pathologie respiratoire	
		Pathologie Rhumatologique	
		Pathologie psychiatrique	
		Pathologie Néoplasique	
		Diabète compliqué ou insulino-requérant	
		Insuffisance rénale chronique	
		Déficit neuro-sensoriel	
	Autre		
	Traitement médicamenteux	≤5	
		[6-10]	
		>10	
	Mode de vie	A domicile seul	
A domicile avec aidant			
En foyer logement			
En EHPAD*(2)			
Autre			
En SSR*(3)			
Intervenants pour aides à domicile	aidant (au ou hors domicile)		
	Aide paramédicale		
	Infirmier(e) Diplômé(e) D'Etat		
	Kinésithérapeute		
	Aide professionnelle		
	Auxiliaire de vie		
Aide-ménagère			
Autonomie selon échelle "Activity of Daily Living" (ADL)	[0-2[		Sanitaire
	[2-4[		*(2) =
	[4-6[		Etablissement
	6		d'Hébergement
			pour Personnes
Niveau cognitif selon le score Mini Mental State Examination (MMSE)	<10		Âgées
	[10-15[		Dépendantes
	[15-20[		*(3) =
	[20-25[		Soins
	≥25		de Suite
Prise en charge antérieure en gériatrie	oui		et Réadaptation
	non		

Les unités prises en compte pour les antécédents de prises en charge en gériatrie antérieure à l'hospitalisation comprennent : le Court Séjour Gériatrique, L'HPDD gériatrique, la consultation de gériatrie et l'EMIOG, hors avis pour l'hospitalisation étudiée.

ANNEXE 5 : Tableau I : Détails des antécédents par classe.

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX REGROUPÉS EN CLASSE	PATHOLOGIES PRISES EN COMPTE POUR CHAQUE CLASSE
TROUBLES COGNITIFS	Toute cause
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	Cardiopathies et insuffisance cardiaque toute cause
	Fibrillation ou flutter atrial
	Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs (AOMI)
	Accident Ischémique Transitoire (AIT), Accident Vasculaire cérébral (AVC) ischémique ou hémorragique
	Valvulopathies symptomatiques ou opérées
	Thrombose Veineuse profonde ou Embolie Pulmonaire avec anticoagulation au long cours
PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE	Séquelles d'AVC ischémique ou hémorragique
	Séquelles d'hémorragie cérébrale post-traumatique
	Syndrome parkinsonien toute cause
	Epilepsie avec traitement médical
	Neuropathies toute cause
	Séquelles de méningite ou méningo-encéphalite
	Tumeurs cérébrales symptomatique ou séquelles de tumeurs cérébrales
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	Insuffisance respiratoire chronique toute cause
	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive toute cause
	Asthme avec traitement médical
	Syndrome d'Apnée du Sommeil appareillé
DIABETE COMPLIQUÉ ou INSULINOREQUERANT	Diabète avec insulinothérapie toute classe
	Complication(s) microangiopathique(s) (rétinopathie, néphropathie, neuropathie)
	Complication(s) macroangiopathique(s) (coronaropathie, AOMI)
	Pied diabétique
INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	Débit de filtration glomérulaire (DFG) < 60mL/min estimée sur le score Modification of the Diet in Renal Disease (MDRD)
PATHOLOGIE RHUMATOLOGIQUE	Ostéoporose fracturaire
	Polyarthrose (≥ 3articulations)
	Arthropathie inflammatoire chronique toute cause
	Lombosciatalgie, lombocruralgie, ou névralgie cervicobrachiale responsable de douleur chronique
PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE	Troubles de l'humeur
	Troubles anxieux
	Troubles psychotiques
	Addiction active à l'alcool
DÉFICIT NEUROSENSORIEL	Surdité non appareillée
	Baisse d'acuité visuelle définitive (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge, cécité toute cause)
NÉOPLASIE	Toute néoplasie active ou datant de moins de 5 ans (en dehors du carcinome basocellulaire)
AUTRE	Tout autre antécédent nécessitant des thérapeutiques médicamenteuses, non listé précédemment

ANNEXE 6 : Grille ADL

Echelle d'autonomie (ADL)

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

Total = /6

ANNEXE 7 : Score MMSE**Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)****Orientation**

/ 10

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 ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux, | <input type="checkbox"/> |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | <input type="checkbox"/> |

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 28. « Faites ce qui est écrit ». | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------|

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. »***** | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

Praxies constructives

/ 1

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

ANNEXE 8 : Grille de recueil déroulement du séjour hospitalier.

H o s p i t a l i s a t i o n	Délai de convocation (en semaines)	< 1 [1-2[[2-3[>3	*(1)= Etablissement d'Hébergement pour Personnes
	Qualité du demandeur	Médecin traitant Réseau Reper'âge EHPAD*(1) Service de Gériatrie Consultation de Gériatrie du CHV*(2) Autre Service CHV ou EMIOG*(3)après avis dans ce service EMIOG après avis aux urgences Urgentiste Structure Hospitalière hors CHV*(2) Autre demandeur	Agées Dépendantes *(2)= Centre Hospitalier de Valenciennes *(3)= Equipe Mobile d'Intervention
	Motif d'hospitalisation	Bilan de troubles cognitifs, de trouble du comportement ou évaluation psychogériatrique Bilan de chute, de trouble de la marche et/ou équilibre Bilan d'AEG, d'anémie, ou évaluation oncogériatrique Bilan d'anémie Transfusion pour anémie Réévaluation thérapeutique EGS ou prise en charge de la douleur Prise en charge de la douleur Ablation sonde vésicale et Tentative de reprise mictionnelle	et Orientation Gériatrique *(4)= Imagerie par Résonance Magnétique *(5)= Tomographie par Emission
	Prise en charge paramédicale pendant hospitalisation	Assistante sociale ergothérapeute Kinésithérapeute Psychomotricien Neuropsychologue Diététicien Orthophoniste	dePositons *(6)= Médecine Chirurgie Obstétrique
	EGS		
	Avis médical spécialisé pendant l'hospitalisation	psychogéiatre autre spécialiste	
	Actes et examens	Imagerie cérébrale (scanner ou IRM*(4)) Scanner Thoraco-Abdomino-Pelvien DaT-scan, scintigraphie ou TEP*(5)-scan Electromyogramme (EMG) Electroencéphalogramme (EEG) Holter ElectroCardioGramme ou Tensionnel Echocardiographie Transthoracique (ETT) Echo-doppler toute localisation Endoscopie digestive ou bronchique Transfusion de Concentré érythrocytaire Autre (tout autre examen d'imagerie, de biologie ou d'histologie non cité précédemment)	
	Diagnostic principal à la sortie	Trouble cognitif ou thymique Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie des chutes, troubles de la marche et/ou de l'équilibre Diagnostic étiologique d'anémie, diagnostic de néoplasie avérée ou suspectée, ou prise en charge actée palliative, soins de confort ou fin de vie Réévaluation thérapeutique ou iatrogénie Pathologie aiguë ou décompensation de pathologie chronique Support transfusionnel d'anémie Dénutrition Carence en vitamine D Ablation de sonde vésicale avec reprise mictionnelle ou échec de reprise mictionnelle	
	Durée du séjour hospitalier (en jours) (uniquement pour les hospitalisations programmées)		
	Lieu de Sortie	Retour lieu de vie habituel Transfert Soins de Suite et Réadaptation (SSR) Transfert Court Séjour Gériatrique CHV*(2) Transfert MCO*(6) CHV hors CSG Hébergement temporaire/EHPAD Décès	
	Réévaluation du plan d'aide avant sortie		
	Programmation d'un suivi	en consultation de gériatrie, Programmation d'un nouvel HPDD gériatrique, demande de suivi par le Réseau Reper'âge	

ANNEXE 9 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes**Evaluation de l'offre de soins hospitalière du service de Gériatrie du Centre Hospitalier de Valenciennes**

- 1- **Avez-vous reçu le courrier et le livret d'information sur l'ouverture de l'hospitalisation de semaine en 2017 ? (1 seule réponse possible)**
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- 2- **Rencontrez-vous des difficultés à hospitaliser vos patients en gériatrie au CHV ? (1 seule réponse possible)**
- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
- 3- **Avez-vous eu recours à l'Hôpital de Semaine de gériatre ? (Oui ou Non)**
- Oui
 - ◆ **Si vous avez y déjà eu recours :**
 - a. Par quel contact votre patient a-t-il été adressé ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Ligne directe gériatre référent
 - Contact téléphonique secrétariat
 - Courrier postal
 - Mail
 - Fax
 - Autre
 - b. Vous avez été : (1 seule réponse possible)**
 - Pleinement satisfait,
 - Plutôt satisfait,
 - Non satisfait,
 - Sans avis
 - c. Si non satisfait, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Délai de prise en charge trop long
 - Complexité d'organisation de l'hospitalisation (Gestions par vos soins)
 - Difficulté de contact
 - La réponse ne correspond pas à vos attentes.
 - Autre
 - Non
 - ◆ **Si vous n'y avez jamais eu recours, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**
 - Délai de prise en charge trop long
 - Difficulté d'organisation à votre niveau
 - La présentation de l'hôpital de semaine ne répond pas à vos attentes
 - Méconnaissance du dispositif

ANNEXE 9 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes (suite)

- Refus du patient ou de la famille
- Autre

4- Selon vous, depuis l'ouverture de l'HPDD Gériatrique, la programmation des hospitalisations en gériatrie est : (1 seule réponse possible)

- Facilitée
- Identique
- Plus laborieuse
- Ne se prononce pas

Merci pour votre participation !

ANNEXE 10 : Tableau II. Analyse des diagnostics de sortie principaux en fonction du motif d'hospitalisation.

MOTIFS D'HOSPITALISATION	Bilan d'AEG, anémie, ou évaluation onco-gériatrique	EGS ou prise en charge de la douleur	Bilan de troubles cognitifs, du comportement ou évaluation psychogériatrique	Bilan de chutes	Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise mictionnelle	Transfusion	Autre
DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE SORTIE	N= 79 N (%)	N = 76 N (%)	N= 36 N (%)	N= 46 N (%)	N= 56 N (%)	N= 24 N (%)	N= 40 N (%)
Total N= 357							
-Diagnostic étiologique d'anémie, -Diagnostic de néoplasie ou suspicion de néoplasie, -Prise en charge en soins palliatifs	33 (42)	5 (7)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	4 (17)	6 (15)
Troubles cognitifs ou thymiques	21 (27)	48 (63)	34 (94)	2 (4)	1 (2)	0 (0)	1 (2)
Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie de chute, de trouble de la marche ou trouble de l'équilibre	2 (3)	14 (18)	0 (0)	37 (80)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Réévaluation thérapeutique, ou iatrogénie	6 (8)	4 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pathologie aiguë, décompensation de pathologie chronique	13 (16)	3 (4)	1 (3)	6 (13)	2 (4)	1 (4)	32 (80)
Ablation de sonde et reprise mictionnelle, échec de reprise mictionnelle, ou RAU	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	53 (95)	0 (0)	0 (0)
Support Transfusionnel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19 (79)	0 (0)
Autre	4 (5)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)

EGS = Évaluation Gériatrique Standardisée

RAU = Rétention Aiguë d'Urine

Annexe 11 : Tableau III. : Etude descriptive des demandeurs de l'hospitalisation en fonction du mode d'hospitalisation

Demandeur	Total N= 357 N (%)	HNP N= 78 N (%)	HP N= 279 N (%)
Service de gériatrie	94 (26.33)	1 (1)	93 (33)
Gérialre ou neurologue en consultation	31 (8.68)	0 (0)	31 (11)
EMIOG après avis aux urgences	62 (17.37)	9 (12)	53 (19)
Autre Service CHV ou EMIOG après avis dans ce service	15 (4.2)	7 (9)	8 (3)
Médecin traitant	68 (19.05)	4 (5)	64 (23)
EHPAD	16 (4.48)	4 (5)	12 (4)
Réseau REPER'AGE	5 (1.4)	0 (0)	5 (2)
Urgentiste	53 (14.85)	53 (68)	0 (0)
Structure hospitalière hors CHV	11 (3.08)	0 (0)	11 (4)
Autre	2 (0.56)	0 (0)	2 (1)

HP = Hospitalisations Programmées / HNP = Hospitalisations Non Programmées.

EMIOG = Équipe Mobile d'Intervention et d'Orientation Gériatrique.

CHV = Centre Hospitalier de Valenciennes.

EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

ANNEXE 12 : Tableau IV. Etude descriptive des motifs d'hospitalisation en fonction du demandeur.

Motif d'hospitalisation	Qualité du demandeur									
	Service de gériatrie	Gériatre ou neurologue en consultation	EMIOG après avis aux urgences	Autre Service CHV ou EMIOG après avis dans ce service	Médecin traitant	EHPAD	Réseau REPER'AGE	Urgentiste	Structure hospitalière hors CHV	Autre
Total N = 357	N = 94 N (%)	N = 31 N (%)	N = 62 N (%)	N = 15 N (%)	N = 68 N (%)	N = 16 (N%)	N = 5 N (%)	N = 53 N (%)	N = 11 N (%)	N = 2 N (%)
EGS ou prise en charge de la douleur	13 (14)	15 (48)	25 (40)	5 (33)	11 (16)	0 (0)	2 (40)	2 (4)	1 (9)	2 (100)
Bilan d'AEG, anémie, ou oncogériatrique	13 (14)	6 (19)	10 (16)	5 (33)	23 (34)	3 (19)	2 (40)	15 (28)	2 (18)	0 (0)
Bilan de chutes	7 (7)	2 (6)	16 (26)	1 (7)	11 (16)	1 (6)	0 (0)	8 (15)	0 (0)	0 (0)
Bilan de troubles cognitifs, du comportement ou évaluation psychogériatrique	5 (5)	7 (23)	4 (6)	0 (0)	13 (19)	1 (6)	1 (20)	3 (6)	2 (18)	0 (0)
Ablation de sonde vésicale et tentative de reprise miccionnelle	51 (54)	0 (0)	4 (6)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Transfusion	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (10)	11 (69)	0 (0)	0 (0)	6 (55)	0 (0)
Autre	5 (5)	1 (3)	3 (5)	4 (27)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	25 (47)	0 (0)	0 (0)

ANNEXE 13 : Tableau V. Etude descriptive des diagnostics associés selon le mode d'hospitalisation

DIAGNOSTICS DE SORTIE ASSOCIES	HP N= 279 N (%)	HNP N= 78 N (%)	P
-Bilan étiologique d'anémie, -diagnostic de néoplasie ou suspicion de néoplasie, -prise en charge en soins palliatifs	20 (7)	6 (8)	
Troubles cognitifs ou thymiques	52 (19)	12 (15)	
Identification des facteurs de risque et/ou de l'étiologie de chute, de trouble de la marche ou trouble de l'équilibre	59 (21)	12 (15)	
Réévaluation thérapeutique, ou iatrogénie	155 (56)	24 (31)	
Pathologie aiguë, décompensation de pathologie chronique	70 (25)	16 (21)	
Ablation de sonde vésicale et reprise mictionnelle, échec de reprise mictionnelle ou échec, RAU	18 (6)	8 (10)	
Support transfusionnel	13 (5)	3 (4)	
Dénutrition	59 (21)	19 (24)	
Carence en vitamine D	108 (39)	28 (36)	
Autre	24 (9)	0 (0)	
NOMBRE MOYEN DE DIAGNOSTICS ASSOCIÉS	2.07 +/- 1.25	1.64 +/- 1.39	0.00912

HP = Hospitalisations Programmées / HNP = Hospitalisations Non Programmées.

RAU = Rétention Aiguë d'Urine

ANNEXE 14 : Tableau VI. Etude descriptive des actes médicaux, et des examens paracliniques réalisés sur les séjours d'hospitalisation programmée.

Caractéristiques du séjour hospitalier	HP N= 279 N (%)
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	
Imagerie cérébrale	105 (38)
Scanner thoraco-abdomino-pelvien	48 (17)
Scintigraphie, TEP-scan ou DaT-scan	13 (5)
Echocardiographie Transthoracique	14 (5)
Echo-doppler toute localisation	19 (7)
Holter ECG ou tensionnel	39 (14)
Electromyogramme	14 (5)
Electroencéphalogramme	15 (5)
Endoscopie digestive ou bronchique	18 (6)
Autres examens	74 (27)
TRANSFUSION	24 (9)

HP = Hospitalisations Programmées

ECG = Electrocardiogramme

TEP = Tomographie par Emission de Position

AUTEUR : Nom : Gosse

Prénom : Antoine

Date de soutenance : 29 Novembre 2018

Titre de la thèse : Évaluation du profil des patients et de leur prise en charge en hospitalisation programmée à durée déterminée gériatrique du centre hospitalier de Valenciennes.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Gériatrie

DES de Médecine Générale

Mots-clés : hospitalisation programmée, filière gériatrique, coordination ville-hôpital, entrée directe.

Résumé :

Introduction : La prise en charge complexe du sujet âgé en hospitalisation se fait majoritairement après passage aux urgences sur demande du médecin traitant. L'accès à l'hospitalisation est difficile malgré les solutions de la circulaire de 2007. L'objectif principal était d'évaluer le profil des patients et du séjour en Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD) gériatrique du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) pour déterminer sa place dans la filière. Les objectifs secondaires étaient de préciser les attentes et l'opinion des médecins généralistes sur l'HPDD.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective sur tous les patients hospitalisés en HPDD Gériatrique au CHV en 2017. Les caractéristiques sociodémographiques et médicales du patient, et du séjour hospitalier ont été recueillies. Nous avons également réalisé une enquête transversale par un questionnaire, auprès des médecins généralistes exerçant dans le secteur du CHV.

Résultats : Nous avons inclus 357 séjours, la moyenne d'âge était de 84.4 ans, avec une prédominance féminine (72%). On retrouvait 279 séjours d'hospitalisation programmée (HP) et 78 séjours d'hospitalisation non programmée (HNP). Les patients étaient plus jeunes ($p= 0.0445$) pour les HP ($p= 0.00618$). La population était comparable sur les autres caractéristiques recueillies. On objectivait des différences sur le motif d'hospitalisation ($p= 2.16 \times 10^{-22}$), et le diagnostic principal de sortie ($p= 5 \times 10^{-04}$), la qualité des demandeurs selon le mode d'entrée. La sortie se faisait majoritairement vers le lieu de vie initial. Le taux de participation des médecins généralistes au questionnaire était de 38.43%. 72% ne connaissaient pas notre HPDD. 82% des utilisateurs de l'HPDD se déclaraient satisfaits.

Conclusion : L'HPDD Gériatrique permet la programmation d'hospitalisation pour des patients présentant des syndromes gériatriques. L'unité semble être un maillon intéressant dans la filière gériatrique intrahospitalière. La collaboration extrahospitalière est à développer.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur PUISIEUX François

Assesseurs : Monsieur le Professeur DELEPLANQUE Denis

Monsieur le Professeur CHAZARD Emmanuel

Madame le Docteur BAYEN Sabine

Directrice de thèse : Madame le Docteur PROYE Emeline