

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de SANTE PUBLIQUE

par

Anne, Curec

Né le 08 Octobre 1976 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 7 Novembre 2007

**Etude descriptive des séjours longs en soins de suite et de
réadaptation gériatriques au CHU de Nantes**

Président : Monsieur le Professeur Pierre Lombrail
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean Pascal

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	4
1.1 Un vieillissement accéléré de la population.....	5
1.1.1 Les données démographiques en population générale (3) : le vieillissement inéluctable de la population.....	5
1.1.2 Etat de santé des personnes âgées de plus de 75 ans.....	7
1.2 Les besoins hospitaliers des personnes âgées : une demande de soins croissante et des besoins en soins hospitaliers spécifiques	20
1.2.1 Le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour augmentent avec l'âge	
1.2.2 Les besoins spécifiques : le patient gériatrique ou fragile n'est pas qu'un patient âgé et justifie une approche particulière	20
1.2.3 Le patient gériatrique relève d'une filière de soins	22
1.3 LES SSR GERIATRIQUES.....	23
1.3.1 Définition	24
1.3.2 Missions	25
1.3.3 Modalités de prise en charge	28
1.3.4 Intégration de la filière de soins	29
1.4 LES FACTEURS EXPLICATIFS DES SEJOURS LONGS EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE	30
2.MATERIEL ET METHODE.....	33
2.1 Objectifs de l'étude	33
2.2 Population et lieu de l'étude.....	33
2.3 Déroulement de l'étude :	34
2.3.1 Les variables.....	36
2.4 Analyse statistique	44
3 RESULTATS	46
PHASE QUANTITATIVE.....	46
3.1 Description de la population étudiée:	46
➤ Mode de vie et support social :	46
➤ Morbidité :	46
➤ Filière de soins :	47
➤ Dépendance et Prise en charge :	48

La mortalité	48
3.2 Durée de séjour	49
PHASE QUALITATIVE.....	58
3.3 Les caractéristiques liées au patient tant médicales que sociales sont d'abord explorées pour expliquer ces séjours :	
Caractéristiques médicales	
Caractéristiques sociales	59
3.4 La problématique du devenir du patient apparaît donc comme essentielle à la compréhension des causes de séjours longs :	60
3.4.1 Plusieurs mesures organisationnelles sont déjà mises en place dans le service afin de limiter ces séjours longs :	60
3.4.2 Les solutions d'amélioration possibles seraient :	61
 4. DISCUSSION.....	 65
5. CONCLUSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76

1. INTRODUCTION

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce.

Cette population aux besoins sanitaires très spécifiques va contraindre les hôpitaux à s'adapter au mieux à une double exigence :

- Une prise en charge adaptée prenant en compte la polypathologie et le degré de dépendance élevé caractérisant ces patients
- Une grande fluidité des séjours par un travail en filière

Il en va de l'intérêt du patient gériatrique comme de l'intérêt financier de l'hôpital, heureusement convergents.

Avec le développement de l'évaluation de l'activité dans les établissements de santé et la diffusion du PMSI, la durée de séjour est devenue une variable de premier ordre, au cœur des nouveaux modes d'administration dans les établissements de santé. Elle peut dans certains cas constituer un marqueur de productivité et de bonne organisation bien qu'elle ne soit pas intrinsèquement un indicateur de qualité des soins (1)

Ainsi dans un contexte où l'activité et le budget des hôpitaux est fonction du nombre et de la sévérité des patients hospitalisés et non de la durée des séjours, les séjours longs représentent un problème de gestion tant médicale qu'administrative.

Trop souvent, le patient gériatrique est perçu comme « embolisant » le service faute de place d'aval au moment où la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion hospitalière.

De plus, ces hospitalisations prolongées sont particulièrement délétères chez le patient âgé : Elle augmentent leur risque de complication iatrogène, de dégradation des capacités fonctionnelles et du degré d'autonomie (2)

Dans le champ de la gériatrie hospitalière, l'un des changements majeurs d'ordre médico-économique va être l'apparition de la tarification à l'activité dans les unités de Soins de Suite et de Réadaptation. Les règles de fonctionnement d'une T2A SSR ne sont pas encore connues mais il semble impensable qu'elles ne soient pas incitatives à effectuer la meilleure activité possible, la réadaptation dans un temps le plus court possible pour des patients de complexité variable .

Les hospitalisations prolongées ont fait l'objet de nombreuses études en court séjour mais jamais dans les services d'aval, les SSR. C'est dans ce contexte que notre étude a choisi de décrire les séjours longs dans deux services de SSR gériatriques

1.1 Un vieillissement accéléré de la population

1.1.1 Les données démographiques en population générale (3) : le vieillissement inéluctable de la population

La structure par âge de la France révèle un vieillissement accéléré de la population :

France métropolitaine*	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
1950	30,2	53,6	16,2	3,8
1960	32,3	51,0	16,7	4,3
1970	33,2	48,8	18,0	4,7
1980	30,6	52,4	17,0	5,7
1990	27,8	53,2	19,0	6,8
2000	25,6	53,8	20,6	7,2
2006	24,8	54,3	20,9	8,2
2007 (p)	24,7	54,0	21,3	8,4

Source : Insee, bilan démographique Champ : France métropolitaine p : données provisoires

Les personnes âgées constituent un groupe de population dont l'importance démographique est en forte progression, tant en effectifs qu'en proportion de la population.

Entre 1990 et 1999, le nombre de personnes de 75 ans et plus est passé de 4 à 4,5 millions, soit une progression de 10 %. Ce groupe d'âge, qui représentait 7,1 % de la population totale en 1990, en représente actuellement 8,4%. Cette évolution s'accompagne d'un vieillissement de la population âgée. Ce vieillissement démographique, qui caractérise l'ensemble des pays développés, est lié à plusieurs facteurs : la baisse de la fécondité, qui provoque une réduction du nombre des jeunes au sein de la population, et la baisse de la mortalité aux grands âges, qui, conjuguée à l'allongement de l'espérance de vie, entraînent une augmentation du nombre des personnes âgées.

L'espérance de vie atteint, en 2006, plus de **80** ans (84 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes), contre 73,7 ans en 1980. L'écart important et persistant d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est à l'origine de la forte proportion de femmes parmi les personnes âgées. Les deux tiers des personnes de plus de 75 ans et les trois quarts de celles de plus de 85 ans sont en effet de sexe féminin.

Le taux de mortalité est aujourd'hui l'un des plus faibles des pays développés : 9,20 p. 1 000 en 2007. Par ailleurs, ces taux de décès continuent à baisser fortement dans le temps. Ainsi, entre 1990 et 1997, la mortalité des personnes âgées de plus de 75 ans a diminué, pour les hommes comme pour les femmes, d'environ 10 %. Cette baisse a concerné tous les grands groupes de pathologies, avec un maximum pour les traumatismes et les morts violentes, les maladies cardiovasculaires et les maladies digestives. Seules les maladies du système nerveux et des organes des sens ont progressé (+ 10 % chez les hommes et + 25 % chez les femmes). Cette progression résulte essentiellement de l'augmentation de la mortalité par maladies d'Alzheimer et de Parkinson (une part de cette évolution pouvant être expliquée par une meilleure reconnaissance diagnostique de ces affections).

Ces tendances, qui s'observent dans tous les pays développés, vont se maintenir dans les prochaines décennies. Selon les projections démographiques de l'Insee, la France comptera 6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans en 2020, qui représenteront alors 9,6 % de la population. Les plus de 85 ans, dont l'effectif va continuer à baisser jusqu'en 2005 en raison de l'arrivée des classes creuses nées entre 1915 et 1919, seront 2,1 millions en 2020.

1.1.2 Etat de santé des personnes âgées de plus de 75 ans

A. Données de morbi-mortalité

L'état de santé de cette population âgée peut être approchée par :

1. Les données de morbidité déclarées issues de l'enquête SPS (santé et protection sociale)(4). Elles ne concernent que les personnes vivant à domicile, elles ne prennent pas en compte la morbidité des personnes âgées vivant en institution.
2. Les données de la CNAMTS : 163 000 personnes de 75 ans et plus relevant du régime général d'assurance maladie (qui couvre plus de 80 % de la population totale) ont été admises en affection de longue durée (ALD) en 1998. Cela représente 23 % de l'ensemble des admissions, pour une classe d'âge qui représente 7% de la population
3. Les données de mortalité (INSERM)
4. les données du PMSI

a. Les affections cardio-vasculaires, des affections fréquentes et graves

Les affections cardio-vasculaires occupent une place considérable parmi les problèmes de santé des personnes âgées. Pour les plus de 75 ans, elles représentent en effet 44 % de la pathologie déclarée et 40 % des causes de décès.

Ces affections représentent près de 40 % des admissions en affection de longue durée dans cette classe, les maladies cardio-vasculaires sont pour les deux sexes le motif le plus fréquent d'entrée en ALD. Premier motif de recours à la médecine de ville pour les personnes de plus de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire constituent également le groupe de pathologies le plus souvent à l'origine des hospitalisations. Elles sont responsables de près d'un séjour sur cinq. L'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques, les troubles du rythme et les maladies vasculaires cérébrales sont les principales pathologies en cause. Pour chacune de ces affections, les taux d'hospitalisation sont 1,5 à 2 fois plus élevés chez les hommes

b. Plus d'un cancer sur quatre survient après 75 ans

Les cancers constituent une cause importante de mortalité chez les plus de 75 ans. Les estimations établies par le réseau Francim des registres du cancer permettent de compléter cette approche par des estimations d'incidence qui, pour les plus de 75 ans, constituent des minima en raison de la moindre exhaustivité des registres pour les cancers des personnes les plus âgées. Sur les 240 000 nouveaux cas annuels de cancers, 27 %, soit 65 000 cas, surviennent chaque année chez des personnes de plus de 75 ans. Les 35 000 nouveaux cas féminins sont en premier lieu des cancers colorectaux (près de 7 000) et des cancers du sein (5 000). Chez les hommes, le cancer de la prostate représente à lui seul 12 000 nouveaux cas annuels, loin devant le cancer colorectal (3 000 cas), le cancer du poumon (2 600) et celui des voies aérodigestives supérieures (2 200).

Les cancers sont à l'origine d'environ 43 000 entrées en ALD : 22 000 pour les hommes (soit 1 admission sur 3) et 21 000 pour les femmes (soit 1 admission sur 5). Les localisations les plus souvent concernées sont le sein et le côlon-rectum chez les femmes. Chez les hommes, la prostate est de loin la localisation la plus fréquente, devant le côlon-rectum, le poumon et la vessie. Les tumeurs constituent la principale pathologie prise en charge pour 13 % des séjours masculins et 8 % des séjours féminins.

c. Arthroses et fractures liées aux chutes

- Globalement 27 % des personnes de plus de 75 ans déclarent souffrir d'atteintes arthrosiques. Cela explique la proportion relativement importante de personnes âgées déclarant porter une prothèse articulaire : près de 8 % pour la prothèse de hanche et 3 % pour la prothèse de genou. Il y a donc en France environ 360 000 personnes de plus de 75 ans qui vivent avec une prothèse de hanche et 140 000 avec une prothèse de genou. Les arthroses (hanche et genou essentiellement) représentent 10 % des motifs de séjours hospitaliers chez les femmes. Près de la moitié des 38 000 hospitalisations annuelles pour arthrose ont un but chirurgical puisque le PMSI dénombre pour cette classe d'âge 10 000 prothèses de hanche au cours d'arthroplasties simples de première intention et 6 800 prothèses du genou

- Les chutes sont des événements très fréquents dans la vie des personnes âgées. Bien que seulement une faible proportion d'entre elles s'accompagnent d'un traumatisme physique grave, leurs conséquences en termes d'hospitalisation et de décès sont importantes. On dénombre par ailleurs environ 7 600 décès par chutes. Au cours des années récentes, cette mortalité a connu un net recul (- 33 % entre 1990 et 1997), alors que les taux d'hospitalisation pour fractures du fémur ou du membre supérieur sont restés très stables. A coté de ces conséquences somatiques immédiates, les chutes des personnes âgées ont également des conséquences en termes de séquelles fonctionnelles et psychologiques, plus intriquées et difficiles à distinguer. Ces conséquences résultent soit de la réduction importante et prolongée de la mobilité et des capacités physiques qui suit les blessures graves, soit du choc psychologique provoqué par la chute, qui fait naître chez certaines personnes âgées un sentiment de peur de tomber, un manque de confiance en soi qui les conduit à limiter voire à abandonner leurs activités habituelles, accélérant le déclin fonctionnel.

Les hospitalisations pour traumatismes sont principalement liées à des chutes. Contrairement aux autres classes d'âge, 80 % de ces hospitalisations concernent des femmes. La fracture du col du fémur prédomine pour les deux sexes, avec toutefois une incidence 2,5 fois plus élevée pour les femmes. Pour les fractures du fémur comme pour celles du membre supérieur, on note peu d'évolution du taux d'hospitalisation au cours des années récentes. Ainsi chaque année, les fractures du fémur et du membre supérieur, qui sont les motifs traumatiques d'hospitalisation les plus fréquents, sont à l'origine de 91 000 séjours hospitaliers de personnes âgées de plus de 75 ans, dont 80 % donnent lieu à une intervention chirurgicale.

d. La déficience mentale concerne près d'une personne sur cinq, du fait de la fréquence de la démence

La démence est caractérisée par un déclin des fonctions intellectuelles avec un retentissement sur les activités de la vie quotidienne, évoluant le plus souvent progressivement vers une perte complète de l'autonomie, un état grabataire et la mort. Cette évolution dure en moyenne 5 ans, dix ans quand la maladie commence à moins de 70 ans, 3 à 4 ans quand elle débute après 80 ans. En plus des troubles cognitifs, les malades présentent des troubles de la personnalité (dépression, anxiété) et du comportement (agressivité, agitation, troubles du sommeil, délire fugue, hallucinations)

La maladie d'Alzheimer en est la cause la plus fréquente représentant environ deux tiers des cas. La majorité des cas de démences se rencontrent après 75 ans. En 2004, la prévalence de la démence est estimée à 13,2 % pour les hommes et à 20,5 % pour les femmes de plus de 75 ans, elle est proche de 30% après 85 ans tout sexe confondu : Ce qui en fait la morbidité la plus fréquente du sujet âgé. En France, la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés frappent environ 855 000 personnes et sont estimés à plus de 225 000 le nombre de nouveaux cas chaque année (5). Si l'on inclut l'entourage familial, ce sont ainsi près de trois millions de personnes qui sont directement concernées par la démence. La dépense annuelle consacrée à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer a été estimée à 9,9 milliards d'euros en 2004, soit 0,6 % du PIB. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer représenterait entre 0,74 et 0,94 % du PIB en 2020 et entre 1,0 et 1,9 % du PIB en 2040. L'augmentation considérable de la prévalence résulte de plusieurs phénomènes : le vieillissement de la population mais également une augmentation à âge égal de la prévalence liée à un diagnostic plus précoce et une meilleure survie des personnes atteintes de démence(6)

Compte tenu de l'absence de traitement curatif (les traitements médicamenteux ne sont efficaces que s'ils sont administrés précocement et ne font que freiner l'aggravation de la maladie), le diagnostic précoce est le seul moyen de ralentir l'évolution de la maladie, d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, prévenir les situations de crise et préparer l'institutionnalisation quand il faut y recourir(7)

Seule une démence sur deux est actuellement diagnostiquée, et un cas sur trois chez les sujets âgés de plus de 85 ans. En France, on estime qu'il s'écoule en moyenne une période de deux ans entre les premiers symptômes caractéristiques et le moment où la maladie est diagnostiquée. L'une des plus importantes conséquences de cette prise en charge tardive est le recours plus ou moins inadapté au système de soins et à l'hospitalisation d'urgence en raison d'une situation de crise mal gérée.

C'est dans ce cadre que la loi d'orientation de santé publique de 2004 a reconnu la maladie d'Alzheimer comme étant l'une des priorités de santé et que deux plans « Alzheimer » se sont

succédés : le Plan alzheimer 2001-2004 crée les consultations mémoire de proximité et reconnaît le rôle essentiel de l'information et du maintien à domicile, puis le « Plan Alzheimer 2004-2007 » (complété par la circulaire du 30 mars 2005) présente dix objectifs parmi lesquels trois insistent particulièrement sur la nécessité d'adaptation du système de santé :

« Mieux prendre en compte les besoins des malades et mettre en place une offre adaptée »,
« Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de la maladie » et

« Faciliter la prise en charge des patients en situation de crise ».

L'association spécifique de la démence à certaines pathologies est décrite par l'étude, REAL.fr : Les pathologies cardio-vasculaires représentent les comorbidités les plus fréquentes (34% des patients) ainsi que le handicap sensoriel (23%) et la dépression (39%). Les résultats retrouvés dans une cohorte américaine sont similaires : Les troubles de la marche et l'incontinence urinaire sont également plus fréquents chez ces patients déments. De plus, le nombre de comorbidités est fortement corrélé à la gravité de la démence. La survenue d'une démence majeure le risque de décès le multipliant par 1,87. Ainsi une fois la démence déclarée, la médiane de survie peut être estimée globalement à 4.5 ans(6). L'étude de Barberger (8) à partir de la cohorte Paquid prouve l'impact considérable de la démence sur le processus de perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé. Elle représente la première cause de dépendance lourde du sujet âgé (88%), de même 75 % des personnes considérées comme dépendantes sont démentes. Enfin, bien que particulièrement nombreuses dans cette classe d'âge, les personnes souffrant de démence sont à l'origine d'un nombre de séjours en unité de soins de médecine et chirurgie relativement peu élevé (7 séjours pour 1 000 femmes et 6 pour 1 000 hommes).

B. Polypathologie et polymédication

La fréquence de la plupart des maladies s'accroissant avec l'âge, il n'est pas surprenant que la majorité des personnes âgées déclarent souffrir de plusieurs états pathologiques.

- Le nombre moyen d'affections déclarées, qui est proche de 3 pour l'ensemble de la population, dépasse 7 chez les personnes âgées de 75 ans et plus(4)

- 85% des Personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique(4)
- L'Enquête Paquid révèle que les personnes âgées prennent 5,2 médicaments en moyenne par jour et 56% en prennent plus de quatre (9)

C. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé

Au delà des indicateurs de mortalité et de morbidité, l'appréhension de la santé des personnes âgées doit intégrer la dimension du retentissement fonctionnel de l'état de santé des personnes sur leurs conditions de vie, selon le modèle utilisé pour les maladies chroniques :

a. définitions

- La Dépendance :

La vision dominante actuelle de la dépendance des sujets âgés est d'origine médicale et l'envisage de façon essentiellement négative et liée à l'incapacité.

Le terme de «dépendance» est explicité par la loi qui a institué en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD) : sont considérées comme dépendantes « les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

- L'autonomie

Contrairement à la dépendance, l'autonomie n'a pas reçu de définition réglementaire lors de la création de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) par la loi du 20 juillet 2001. Dans ce texte, c'est le degré de perte d'autonomie qui est présenté comme devant être mesuré à l'aide d'un instrument réglementaire : la grille Autonomie gérontologie groupe iso ressources (AGGIR). Cette notion crée une confusion entre ces notions de dépendance et perte d'autonomie. .

L'autonomie est définie dans le dictionnaire des personnes âgées de la retraite et du vieillissement comme la « capacité et droit d'une personne à choisir elle même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir ».

b. Mécanismes physiopathologiques

L'OMS dans les années 1980 s'est référée aux travaux de Philippe WOOD pour définir la situation de Handicap. Ces recherches ont débouché sur la mise au point d'une nomenclature : la classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps. Le handicap est présenté comme la résultante d'une déficience et d'une incapacité.

Pour distinguer ce qui est de l'ordre causal, de l'ordre fonctionnel et de l'ordre situationnel, les termes de déficience, incapacité et désavantage ont été définis comme suit :

- **Lésion** : elle correspond à une maladie ou un trouble
- **Déficience** : elle correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Cette déficience n'entraîne pas forcément une incapacité ni un handicap : elle peut être traitée grâce à un traitement médical, chirurgical ou rééducatif approprié.
- **Incapacité** : C'est la réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité donnée. La classification Internationale des Handicaps liste différents types d'incapacités (Incapacité concernant la communication, les soins corporels, locomotion....)
- **Désavantage ou situation de handicap** : Le désavantage résulte pour un individu donné d'une déficience entraînant une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal en rapport avec son âge ou sa culture. Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap ou situation de handicap.

En 2001, ces concepts ont été révisés et remplacés par la Classification internationale du fonctionnement (CIF):

La CIF remplace la notion d'**incapacité** par celle de **limitation d'activités** (difficultés que l'individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités). De même, la **restriction de participation** (comparaison de la participation d'un individu à celle qu'on attend dans telle culture ou telle société d'un individu sans limitation d'activité) remplace la notion de désavantage.

L'élément le plus novateur réside dans l'intégration des facteurs contextuels dans l'analyse de la situation : la personne n'est pas handicapée par elle-même mais c'est par l'interaction avec l'environnement qu'une situation peut être vécue de façon plus ou moins «handicapante».

La dépendance est le terme gériatrique habituel pour désigner cette restriction de participation. Elle est non seulement liée à l'état de santé de l'individu mais aussi à son

environnement matériel : une personne âgée se déplaçant très difficilement sera très dépendante si elle habite en étage dans un immeuble sans ascenseur, mais plus autonome dans le cas contraire.

c. Evaluation du niveau d'autonomie et de la dépendance du sujet âgé.

Cette évaluation a plusieurs objectifs :

- Elle permet d'apprécier le retentissement des déficiences et des maladies sur le niveau de participation et la transmission d'information dans langage commun conduisant à une meilleure coordination des soins et services
- Elle caractérise le niveau moyen requis d'intervention et d'évaluer ses implications financières. Elle planifie les besoins d'une population.
- Elle permet d'étudier au fil du temps l'apparition ou l'évolution de la dépendance au niveau d'une population en fonction des interventions préventives ou curatives mises en oeuvre

Il existe plusieurs centaines d'outil d'évaluation mais trois sont particulièrement utilisés

- **L'échelle de Katz (1963)**

C'est une des échelles les plus anciennes et les plus utilisées pour évaluer les actes essentiels de la vie quotidienne aussi appelés activité de la vie quotidienne (Activity of daily living)

Six dimensions sont explorées :

- faire sa toilette
- s'habiller
- aller au toilette et les utiliser
- se coucher ou quitter son lit, s'asseoir ou quitter son siège
- contrôler ses selles et ses urines
- manger des aliments déjà préparés

Sa cotation en 8 groupes s'est inspirée de la constatation d'une progression de la dépendance :

- A indépendant pour les 6 activités
- B Dépendant pour une seule des 6 activités
- C. Dépendant pour deux activités dont faire sa toilette
- D. Dépendant pour 3 activités dont les 2 premières

- F.Dépendant pour 4 activités dont les 3 premières
- G.Dépendant pour les 5 activités dont les 4 premières
- H. Dépendant pour les 6 activités
- I dépendant pour au moins 2 activités sans être classé A, B,C

- **Echelle IADL de Lawton (1969)**

Partant du constat que l'échelle ADL construite pour les personnes vivant en établissement était insuffisante pour mesurer la dépendance à domicile, Lawton et Al. ont développé une mesure des activités complexe domestiques appelées «activités instrumentales de la vie quotidienne» (instrumental activity of daily living). Huit dimensions sont explorées :

- Utilisation du téléphone
- Capacité à faire les courses
- Préparer les repas
- Faire le ménage et la lessive
- Utiliser les moyens de transport
- Prendre ses médicaments
- Etre capable de gérer ses finances

- **La grille nationale AGGIR**

Cette grille a été retenue comme la grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance puis par la lors de la création de l'APA. Elle est créée avant tout comme outil d'ouverture des droits à l'allocation. L'attribution de l'APA est conditionnée à l'appartenance aux GIR 1 à 4.

Elle consiste à classer les individus en groupes dits « iso ressources ». L'outil comporte 10 variables :

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- Transferts
- Déplacement à l'intérieur

- Déplacements à l'extérieur
- Communication à distance.

Chaque variable possède trois modalités :

- A fait seul totalement habituellement et correctement
- B. fait partiellement ou non habituellement ou non correctement
- C. ne fait pas.

La notion «seul» correspond à «fait spontanément seul » : le sujet n'a ni besoin de stimulation ni d'incitation de la part d'un tiers. Un algorithme permet de distinguer 6 groupes consommant un niveau de ressources significativement proches.

Ce système d'évaluation a donné lieu à de nombreuses critiques : un rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie remis en 2003 souligne les faiblesses de l'outil :

- Sa validité et sa reproductibilité sont sujettes à caution (données divergentes selon les études)
- Les troubles cognitifs sont mal pris en compte
- L'analyse de l'environnement comme élément facilitateur ou obstacle est défailante
- Il n'existe pas de corrélation systématique entre un niveau GIR et le besoin d'aide tant en nature qu'en intensité

d. Les résultats de l'enquête HID

L'enquête HID (handicap - incapacité - dépendance) réalisée en 1999 permet d'estimer le nombre de personnes âgées dépendantes en France à 795 000 dont les deux tiers sont des femmes. L'âge moyen des personnes dépendantes est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. Sexe confondu, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans puis augmente rapidement avec l'âge. Elle touche 5 % des personnes de 70 à 79 ans, 18% des 80 à 89 ans et 43% des plus de 90 ans. Près de 80 % des résidents en services de soins de longue durée des hôpitaux sont très lourdement dépendants (confinés au lit ou au fauteuil –besoin d'aide pour la toilette et l'habillage)

Les probabilités d'aggravation de la dépendance augmentent avec l'âge et les rémissions, assez fréquentes jusqu'à 70 ans, deviennent très rares au-delà de 80 ans. A 80 ans les femmes très dépendantes ont un risque de décès quatre fois supérieur à celles des femmes non dépendantes De même, une autre étude démontre qu'à domicile, les sujets ayant des

difficultés pour réaliser les actes de la vie quotidienne, ont un risque de mortalité plus élevé ou un taux d'admission à l'hôpital ou en maison de retraite plus élevé que les sujets de la même classe d'âge autonomes [Gill].

e. Les aides aux personnes dépendantes : un coût. financier et humain

Cette aide peut être professionnelle ou informelle, l'une et l'autre pouvant se compléter. L'aide peut être assurée par l'entourage, les « aidants » ou organisée par les systèmes sociaux notamment dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Une constante se dégage en effet des différentes études menées : l'aide familiale (informelle) est beaucoup plus développée que l'aide professionnelle et ce à tous niveaux de dépendance. :

L'enquête menée en 1988 par la CNAV(10) (200 personnes de 75 ans et plus dans les départements du Doubs et de Loire Atlantique) révèle que 5 à 10 % des personnes sévèrement dépendantes vivant à domicile disposent uniquement d'aide professionnelle alors que plus de 50 % ne bénéficient que de l'aide de l'entourage et que 40 % cumulent les deux types d'aide.

Une enquête réalisée par le CREDOC en 1995 indique que 80 % des personnes sévèrement dépendantes c'est à dire confinées au lit ou au fauteuil reçoivent une aide de leurs proche dont environ 50 % de manière exclusive.

D'après le rapport «vieillesse et solidarité » (11), près de la moitié des aidants principaux sont le conjoint (l'épouse dans 2/3 des cas)et l'un des enfants dans 1/3 des cas, généralement une des filles. 4 aidants sur 5 ont de 50 à 79 ans. La fatigue morale et le stress sont ressentis par les trois quarts des aidants principaux

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmente d'avantage que celui des aidants potentiels : En effet, le nombre de personnes de 50 à 79 ans qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants devrait augmenter d'environ 10 % d'ici à 2040 tandis que le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera de 53 % (12)

Entrée en vigueur le 1er janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) a pour but de prendre en charge une partie des dépenses liées à la perte d'autonomie. Avec 865 000 bénéficiaires au 31 décembre 2004 pour la France métropolitaine et les Dom-Tom (13). Ce chiffre est proche du nombre de personnes âgées dépendantes mesuré par l'enquête HID, même si les concepts sont légèrement différents. Le montant total de l'Apa dépend du degré de dépendance selon la grille AGGIR et du lieu de résidence de la personne (institution ou domicile). Un ticket modérateur reste à la charge du bénéficiaire, en fonction de son revenu.

Les dépenses des conseils généraux, annualisées à partir des données de décembre 2004, s'élèvent à 3,8 milliards d'euros, tandis que les contributions restant à la charge des personnes âgées représentent 900 millions d'euros ((13)).

Le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes [cauchoix]

f. le plan «Solidarité Grand Age» énonce les principaux objectifs et mesures à entreprendre chez cette population âgée dépendante

- Donner aux personnes âgées le libre choix de rester chez elles en augmentant les capacités d'hospitalisation à domicile, les services de soins infirmiers
- Soutenir les aidants par un droit au répit.

Le rôle majeur de l'hôpital dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées après la survenue d'une maladie ou d'un accident. est également souligné : Les patients âgés devront bénéficier d'une prise en charge gériatrique spécifique et organisée dès l'accueil afin de préserver au mieux leur autonomie et un retour au domicile dans les meilleures conditions.

D. La fragilité

Dépister les facteurs de risque de la perte d'autonomie revient à se poser la question de la fragilité de la personne âgée.

a. Définition

Plus que la définition d'un patient gériatrique, c'est dorénavant le terme de fragilité qui est de plus en plus utilisé dans le langage du vieillissement démographique. Dans la plupart des définitions actuelles, les auteurs proposent une définition dynamique de la fragilité qui traduit

le risque de décompensation d'un équilibre précaire sous l'action de nombreux facteurs coexistants. La fragilité est un syndrome clinique qui se développe sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie, des changements des déterminants socioéconomiques au cours de l'avance en âge et des maladies. Elle témoigne d'une réduction des réserves physiologiques et d'un amenuisement de l'efficacité des systèmes assurant l'homéostasie du milieu intérieur, limitant ainsi les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement. Elle expose à des décompensations fonctionnelles en cascade et à un état morbide incapacitant (14, 15)

L'âge chronologique n'est pas, en tant que tel, un facteur de fragilité. Toutefois, un âge très élevé (*oldest old* des Anglo-Saxons (14) est souvent pris en compte, car il s'agit d'un facteur prédictif de l'institutionnalisation pour les personnes admises aux urgences. Des auteurs comme distinguent la tranche 75-84 ans de la tranche supérieure à 84 ans

Le syndrome de fragilité est un marqueur prédictif de l'état de santé au moins aussi important que celui donné par les diagnostics médico-chirurgicaux classiques. Les affections gériatriques rencontrées chez les sujets fragiles comme la confusion aiguë, l'incontinence, les chutes à répétition, l'hypotension orthostatique iatrogénique, ont un rôle pronostique important chez les sujets âgés hospitalisés.

b. Epidémiologie de la fragilité

Les études épidémiologiques montrent une répartition très inégale de trois catégories de personnes âgées individualisées en fonction de leur état de santé(16) :

- 1) les sujets vigoureux en bon état de santé, indépendants et bien intégrés socialement, c'est-à-dire autonomes représentent 45 à 50 % des plus de 75 ans ;
- 2) les malades dépendants, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social subi, représentent environ 10 à 15 % des plus de 75 ans, plus de la moitié d'entre eux souffrant de démence ;
- 3) La population fragile dont la prévalence dépend de la prise en compte de la sévérité de l'incapacité : selon la plupart des auteurs, la population des sujets de plus de 75 ans ayant un état de santé précaire et dont l'autonomie risque de rapidement se dégrader, représente 25 à 35 % des individus. Cette proportion tombe à 6-8 % en analysant les sujets vivant en milieu communautaire et en prenant en considération uniquement la tranche d'âge 65 à 75 ans. Au-delà de 85 ans, le déséquilibre homme-femme s'accroît (2 fois plus de femmes que d'hommes). Chaque année environ, 12 % de la population indépendante de plus de 75 ans

vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité (17) (18)

1.2 Les besoins hospitaliers des personnes âgées : une demande de soins croissante et des besoins en soins hospitaliers spécifiques

1.2.1 Le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour augmentent avec l'âge

Le taux d'hospitalisation est de (Base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees)

- 324 pour mille entre 55-64 ans,
- 437 entre 65-74 ans,
- 577 entre 75-84 ans
- 616 au-delà de 84 ans.

En parallèle, la durée d'hospitalisation augmente avec l'âge, la DMS passant de 8,9 jours de 65 à 74 ans à 12,7 jours pour les plus de 85 ans.

Les recours multiples à l'hôpital sont plus nombreux chez les personnes âgées (36 % au-delà de 80 ans).

Ainsi 30% de la totalité des hospitalisations et 50% de celles des services de soins de suite et réadaptation concernent des patients de plus de 75 ans.

1.2.2 Les besoins spécifiques : le patient gériatrique ou fragile n'est pas qu'un patient âgé et justifie une approche particulière

A. Les spécificités du patient âgé fragile hospitalisé

Lors d'une pathologie aiguë, la durée d'hospitalisation est plus longue chez les sujets fragiles que chez les sujets indépendants et leur taux de réhospitalisations est également plus élevé (19)

Leur risque de décès à 5 ans est multiplié par 3 et celui d'entrée en institution par 9 selon.(20)

La perte d'autonomie transitoire est la règle à la phase aiguë d'une maladie chez le sujet âgé fragile (jusqu'à 45 % des admissions en urgence) (21). Des études ont démontré qu'un tiers des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées pour une pathologie aiguë ont vu leur état fonctionnel se détériorer (22)

La non prise en compte de cette fragilité expose à des conséquences spécifiques (« syndromes gériatriques ») telles que chutes à répétition, syndromes confusionnels, incontinences,

« iatrogénie »...dont on sait qu'elles aboutissent à l'échelle individuelle à des pertes d'autonomie et à l'échelle de la collectivité à des hospitalisations en urgence, à l'encombrement de structures hospitalières et à des surcoûts

B. Caractéristiques de la prise en charge gériatrique

Une évaluation initiale des patients très âgés hospitalisés pourrait permettre de limiter les délais d'orientation médico-sociale, de raccourcir la durée d'hospitalisation et d'améliorer ainsi l'état de santé de ces patients à la sortie de l'hôpital. Des outils gériatriques pour mettre en application cette démarche ont été développés.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) comporte une évaluation médicale, psychosociale, ainsi que fonctionnelle du patient, et est souvent prolongée par un plan de soins incluant le traitement (notamment la rééducation) et le suivi à long terme. Les différents programmes intégrant l'EGS des patients âgés peuvent être réalisés soit durant un séjour hospitalier, soit à domicile – notamment à la sortie de l'hôpital. Le concept d'EGS a été développé à l'origine au Royaume-Uni dans les années 60, et a conduit notamment à la création d'unités d'évaluation et de prise en charge gériatriques dans plusieurs pays anglo-saxons et nord-européens. Dans ces unités, le patient âgé bénéficie d'un bilan approfondi puis d'un suivi à long terme, l'équipe médicale vérifiant l'application ultérieure du plan de soins.

Les performances de plusieurs programmes d'EGS ont été étudiées par de nombreux essais contrôlés, avec des résultats variables. Une méta-analyse de 28 essais randomisés a montré qu'un séjour dans une unité d'évaluation et de prise en charge gériatriques diminuait la mortalité à six mois de 35 % et le risque de réhospitalisation de 12 %, améliorait le statut fonctionnel à douze mois d'un facteur 1,7 et augmentait les chances de maintien à domicile d'un facteur 1,8. (23)

Les unités de court séjour gériatrique qui pratiquent une prise en soin globale avec une rééducation et une réhabilitation précoce, ont une plus grande efficacité que les services de médecine traditionnels (24)

1.2.3 Le patient gériatrique relève d'une filière de soins

L'admission en urgence représente le mode dominant d'entrée des malades âgés à l'hôpital. Les facteurs amenant à l'hospitalisation d'une personne âgée s'avèrent complexes : les aspects sociaux, comme l'isolement ou l'impossibilité d'assurer correctement les soins au domicile, s'intriquent avec la pathologie et la perte d'autonomie. L'hospitalisation est non programmée avec recours aux Urgences dans 75 % des cas (SESI 1989).

Dans tous les cas, la trajectoire du patient doit être réfléchie pour être la plus courte possible pour ne pas tomber dans le piège d'un hospitalisme générateur de perte d'autonomie ; conjointement, elle doit être suffisamment longue pour répondre à l'ensemble des problèmes de l'individu et ne pas tomber dans le piège d'une hospitalisation « boomerang ».

La circulaire sur les filières gériatriques du 18 mars 2002 donne des directives pour permettre une meilleure adéquation entre le motif d'hospitalisation et le service d'hospitalisation.

A. Les spécificités de l'offre sanitaire et médico-sociale

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être adaptée au caractère le plus souvent évolutif des besoins de patients atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages, aggravées par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes. Cette offre doit à la fois permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière du besoin individuel, et assurer une prise en charge continue. S'adressant très fréquemment au patient et à son aidant naturel, cette offre implique une prise en charge pluriprofessionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins et d'une filière hospitalière. Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres :

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

B. Les spécificités de l'offre hospitalière gériatrique

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients « gériatriques », l'offre hospitalière devrait comporter différentes unités fonctionnelles organisées en filière de soins :

- _ Pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultation gériatrique et/ou hôpital de jour gériatrique
- _ Court séjour gériatrique
- _ Soins de suite et réadaptation appropriés aux patients gériatriques
- _ Equipe mobile de gériatrie
- _ Soins de longue durée

La composition d'une telle filière de soins gériatriques et le nombre de places ou lits de chacune des unités fonctionnelles devrait prendre en compte les besoins spécifiques au territoire de santé au sein duquel se situe l'établissement, l'accès au plateau technique et l'offre de l'ensemble des établissements de santé du territoire concerné. Dans le souci d'assurer une offre de proximité, l'hôpital local peut participer à cette offre gériatrique : lits de médecine, de soins de suite, de soins de longue durée, consultations avancées de gériatrie. Dans l'optique d'une approche graduée il peut se situer en amont et/ou en aval du centre hospitalier.

1.3 LES SSR GERIATRIQUES

Deux malades sur trois hospitalisés en soins de suite et de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus, et un sur deux de 75 ans et plus. A elles seules, ces données chiffrées justifient qu'un effort substantiel soit réalisé pour que les établissements et services de soins de suite et de réadaptation offrent des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques des patients gériatriques et leur permettent, grâce à une réadaptation ajustée, de recouvrer un maximum d'autonomie.

Les SSR représentent un secteur clé de l'offre de soins hospitalière, par leur poids, leur place et leur rôle et les modalités de prises en charge qu'ils développent. Ils jouent un rôle d'interface entre l'offre de soins de court séjour dans de nombreux parcours de soins et le retour à domicile ou éventuellement l'admission en structure de longue durée

L'activité des SSR est en constante augmentation depuis plusieurs années en terme d'activité avec des capacités globalement stables. Cette activité représente 21 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète. La DMS est relativement stable : 33, 2 Jours en 2005 et 33, 1 Jours en 2004.

(Source DHOS et DREES, SAE et PMSI, données statistiques)

1.3.1 Définition

Les SSR gériatriques sont définis dans l'annexe IV de la circulaire DHOS du 18 mars 2002 qui fixe le cadre de l'amélioration de la filière de soins gériatrique hospitalière :

Ils accueillent des patients âgés généralement de plus de 75 ans présentant des risques particuliers de décompensation pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les SSR gériatriques prennent en charge des patients :

- à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie : domicile, EHPAD, USLD...
- directement du domicile

Comme l'ensemble des SSR, ils doivent mettre en œuvre les cinq fonctions suivantes, conformément à la circulaire du 31 décembre 1997

1. La limitation des handicaps physiques
2. La restauration somatique et psychologique
3. L'éducation du patient et éventuellement de son entourage
4. La poursuite et les suivis des soins et du traitement
5. La préparation de la sortie et de la réinsertion
6. La mission de rééducation et de réadaptation :

Ils visent également à prévenir les hospitalisations prématurées et permettent d'éviter la prolongation induite d'une hospitalisation en court séjour.

Au sein de ces SSR, on distingue :

Les services de médecine physique et de réadaptation se caractérisent par :

- la présence de médecins spécialistes qui coordonnent et assurent la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir –ou du moins réduire au minimum- les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités,
- l'existence d'un plateau technique de rééducation,
- une activité de réadaptation d'une durée supérieure à une heure par jour ou faisant appel à au moins deux intervenants en rééducation-réadaptation pour chaque patient.

Les services de soins de suite se caractérisent par :

- la poursuite des soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente ou d'une affection chronique avec accident évolutif récent,
- la possibilité de réaliser des prestations de réadaptation d'une durée inférieure à une heure (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...).

1.3.2 Missions

A. La poursuite du traitement et les suivis des soins et du traitement :

La convalescence est souvent émaillée d'épisodes aigus (25 à 30 % des malades selon une étude réalisée à l'Assistance Publique de Paris) qui exposent à nouveau à la perte d'autonomie fonctionnelle et à une symptomatologie en cascade.

Cette période n'est pas toujours linéaire, car des patients sont «chroniquement aigus» (cystites à répétition sur rétention d'urines incomplète, escarre du talon compliquant une ischémie d'un

membre) ou victimes de nombreuses rechutes (chutes à répétition, pneumopathie de déglutition) Le patient âgé est parfois victime de pathologies non revendiquées par la médecine de spécialité (véritables pathologies orphelines) comme la cachexie, l'état grabataire, les escarres, les chutes à répétition, la désorientation.

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

B. La rééducation et la réadaptation

Définition : Ce sont les instruments du système de santé qui visent la réduction maximale des handicaps de la personne (tels que définis par la loi du 11 février 2005) en lui permettant d'atteindre son meilleur niveau d'autonomie et de qualité de vie dans ses activités personnelles et dans sa participation à la vie sociale

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

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

Les caractéristiques spécifiques de la personne âgée appellent à une compétence adéquate : Après une pathologie aiguë, le temps de récupération motrice et fonctionnelle est trois fois plus long chez le sujet âgé fragile que chez l'adulte jeune La convalescence elle-même est souvent émaillée d'épisodes aigus. Le retard pour mettre en place des mesures de réadaptation est probablement l'effet le plus délétère pour le devenir des patients âgés. Cela a été montré scientifiquement par l'étude de Landefeld (25) en comparant des unités de soins traditionnelles orientées sur le diagnostic et le traitement, avec des unités spécialement conçues pour, en plus, aider les patients à maintenir leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Cette rééducation –réadaptation doit être :

- **Modulée** en prenant en compte la comorbidité et les évaluations médicales et paramédicales régulières des capacités fonctionnelles et des déficiences.
- **Adaptée** à la lenteur de récupération motrice, sensorielle et cognitive du patient. en effet, on sait qu'après une pathologie aiguë, le temps de récupération motrice et fonctionnelle est trois fois plus long chez le sujet âgé fragile que chez l'adulte jeune.[16]
- **Pluridisciplinaire** : mise en œuvre non seulement par les paramédicaux selon leur compétence propre (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute...) mais aussi par l'équipe de soins infirmiers notamment dans le suivi de la continence, de la nutrition, du lever et de la verticalisation. La pluridisciplinarité des équipes est un élément essentiel de la prise en charge en SSR. Cette approche améliore le devenir fonctionnel des patients [5].

C. La mission de préparation et d'accompagnement de la réinsertion

Le retour à domicile est l'objectif de toute prise en charge en SSR. Il doit s'envisager en concertation avec la famille, le patient, l'environnement social et médical

La mise en oeuvre de cette mission doit s'appuyer sur des méthodes qui ont fait l'objet de référentiels validés au niveau national :

- o Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, préparation de la sortie du patient hospitalisé, novembre 2001
- o Conférence de consensus «sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et / ou neuropsychologiques », 29 septembre2004, SOFMER
- o Conférence de consensus «sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personnes adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique »9 décembre 2004 SFES

Les différents moyens d'accompagnement sont :

- o Les visites du domicile effectuées conjointement par ergothérapeute-famille-malade

- Les sorties thérapeutiques permettant de déterminer les besoins techniques et aides humaines et le seuil de tolérance des aidants
- L'organisation d'une prise en charge dans un réseau ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Elle nécessite une collaboration étroite entre les unités de SSR et les structures de coordination comme les CLIC.

Un placement en établissement assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes peut être nécessaire lorsque le retour à domicile n'est pas possible. Le choix de la structure est guidé par le degré de la dépendance et le niveau de soins nécessaires mais aussi par le souhait du patient, l'environnement familial (critère géographique) et les possibilités de financement du patient et de sa famille. Ce sont les principales difficultés auxquelles sont exposées ces services : l'entrée dans un établissement pour personnes âgées dépendantes est presque toujours synonyme d'attente

1.3.3 Modalités de prise en charge

La **prise en charge globale** et la **continuité des soins** constituent des axes forts de la prise en charge en SSR

- **Les étapes clés sont :**

A. Assurer et réévaluer le bilan médico-psycho-social du patient notamment par la mise en place de réunions de synthèse régulières :

L'évaluation des capacités restantes, en utilisant des outils adaptés à la Gériatrie (grilles AGGIR, MIF, IADL...), doit être réalisée pour construire un projet de retour à domicile ou d'orientation en maison de retraite. En plus des problématiques médicales, cette évaluation permet de prendre en compte l'environnement familial, social et psychologique du patient. Son intérêt a été montré scientifiquement par de nombreuses études

B. Rédiger un projet thérapeutique personnalisé (plan de soins, plan d'aide) et assurer sa réévaluation périodique. Le projet thérapeutique personnalisé est établi dès l'admission du patient. Il définit les soins cliniques, psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite. Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et de son entourage. Il est actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient en fonction d'évaluations régulières de son état de santé.

C. Eduquer le patient et son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer,

1.3.4 Intégration de la filière de soins

La continuité des soins requiert que les structures de SSR aient formalisé leur rôle au sein d'une filière de soins gériatriques :

Avec les structures de court séjour, les échanges d'informations doivent être facilités. En effet, l'admission du patient en SSR doit être préparée en court séjour, celui-ci n'étant transféré que lorsqu'il est stabilisé médicalement. Des éventuels retours en court séjour en cas de complication et de dégradation de l'état de santé doivent également pouvoir être envisagés ;

De même, une collaboration avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC doit être optimale afin de préparer au mieux la sortie du patient. La continuité des soins concerne également l'organisation interne de la structure : Elle a pour objectif la prise en charge des urgences survenant au sein de l'établissement et la continuité de prise en charge du patient. Elle repose sur l'organisation de la permanence médicale et paramédicale.

Les services de SSR cristallisent les dysfonctionnements du système de santé, dont une partie notable est liée à l'incapacité du système à s'adapter aux besoins de santé d'une population vieillissante. Les réseaux de SSR sont toujours encombrés. Ces dysfonctionnements relèvent de plusieurs phénomènes :

- Le raccourcissement des durées de séjour en court séjour
- Les difficultés de placement
- L'insuffisance des structures de suivi et d'accompagnement à domicile.
- La dissociation des champs sanitaire et médico-social

Ces difficultés de transfert en SSR et les délais d'attente entraînent des conséquences sur toute la filière hospitalière (26).

1.4 LES FACTEURS EXPLICATIFS DES SEJOURS LONGS EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE

En court-séjour, les facteurs explicatifs des séjours prolongés ont fait l'objet de multiples études : On distingue les **variables médicales** (morbidité et motifs d'hospitalisation) et **sociales** (habitat et environnement) **intrinsèques au patient** des variables **extrinsèques** (structure de soins)

A. L'âge :

L'âge est un facteur reconnu d'hospitalisations prolongées (26) (27)

En revanche, chez les patients âgés de plus de 75 ans ses effets sur la durée de séjour semblent moins significatifs(28)

B. Nombre de pathologies chroniques associées:

La présence de plus de deux pathologies chroniques et surtout l'existence d'une détérioration des fonctions supérieures étaient les facteurs les plus fortement liés aux durées de séjours prolongés, aux placements et aux réadmissions (27). Pour Tran (29), les facteurs pathologiques liés à la durée de séjour sont essentiellement représentés par le pronostic à long terme(existence de pathologies de fond ayant un pronostic vital fatal dans les quatre ans)

C. Altération des fonctions supérieures :

Maguire(26) retrouve le rôle de l'âge et du score mental comme prédictifs d'hospitalisations prolongées, à cote du motif d'admission, de la continence et de l'aptitude aux activités de la vie quotidienne. En effet, les troubles cognitifs et plus spécifiquement la démence sont déjà connus comme étant un facteur allongeant la durée de séjour des personnes âgées dans les services de court séjour.

Tran(29) et Lang(30) considèrent la démence comme un facteur explicatif spécifique et indépendant comme Marcantonio(31) et Fulop(32) Saravay (33)

D. Le diagnostic

L'étude des durées de séjours par pathologie met en évidence l'importance des affections neuropsychiatriques y compris cérébrovasculaires sur la DMS (34) (26)

E. Caractère social de l'hospitalisation :

Glass (1977) est le premier à décomposer la durée de séjour d'un patient âgé hospitalisé (+ de 60 ans) en un temps purement « médical » consacré au diagnostic et aux soins suivi d'un « séjour social » qui correspond au délai d'attente d'une possibilité de sortie adapté à l'état du malade, à ses besoins de soins et à son environnement social. Dans plusieurs échantillons de patients hospitalisés aux USA, il identifie L'âge, entrée en institution et l'altération de l'état mental comme des variables corrélées à une longue durée de séjour et les utilise pour composer un indicateur d'hospitalisation sociale.

De même, Barberger-Gateau (34) a analysé la durée de séjour de 2134 patients âgées de plus de 75 ans admis dans 23 services de médecine ou de gériatrie de court séjour et a retrouvé une proportion identique de patients ayant eu un délai d'attente (18%). La durée du séjour social est liée aux motifs d'hospitalisation mais aussi à une modification récente de l'entourage. Ces résultats reflètent une difficulté d'accès aux structures d'hébergement de moyen et long séjour faisant suite à l'hospitalisation. Ce délai d'attente apparaît très lié à la présence de pathologies invalidantes et surtout à la démence. Il est également fortement lié à la destination à la sortie : Très faible pour un retour à domicile, il culmine avec l'attente d'une place en long séjour (le délai d'attente moyen représente 25% de la durée moyenne de séjour pour ces patients).

F. Orientation à la sortie du séjour:

Au terme de l'hospitalisation, l'environnement devenu inadapté à l'état du sujet par suite de l'épisode pathologique aigu, ou simplement du seul fait du séjour peut rendre nécessaire la recherche d'un mode d'hébergement collectif temporaire ou de longue durée. Le rôle de l'orientation vers un nouveau mode d'hébergement collectif apparaît déterminant dans l'explication de la durée de séjour(29, 34)

Lamont (35) a montré dans une étude californienne qu'en l'absence d'incapacité fonctionnelle une orientation vers une structure collective d'hébergement ou de soins s'accompagnait d'une durée de séjour deux fois plus longue pour des patients âgés de plus de 75 ans.

L'augmentation de la DMS lors d'une réorientation vers un établissement de sortie reflète ainsi les difficultés rencontrées lors du travail nécessité par la recherche d'une structure d'accueil.

G. Le support social ou environnement social

Le problème de l'incidence de l'environnement social est retrouvé avec une acuité particulière en gériatrie. Aux Etats unis, le statut économique et social des patients âgés a été retrouvé associé à des durées de séjour plus longue au sein d'un même DRG (36).

Cependant les dysfonctionnement médicaux engendrés par l'environnement social sont propres à chaque système de soins, et le type de support social des sujets âgés n'est pas toujours corrélé à la durée de séjour dans d'autres pays (26)

La modification récente survenue dans l'entourage de la personne âgée et le fait d'habiter seul apparaissent comme facteurs explicatifs de séjours prolongés (34)

H. Le statut matrimonial

Le rôle direct de la présence d'un conjoint dans le raccourcissement de la durée d'hospitalisation a été mis en évidence dans une population âgée masculine hospitalisée en court séjour(23).

I. Dépendance

Plusieurs auteurs ont déjà trouvé une association entre la dépendance et la DMS (27) (26) mais peu d'étude récente ne l'ont étudiée car cette variable peut se modifier entre la situation d'origine et la sortie d'hospitalisation, pour des raisons liées à une affection pathologique invalidante ou simplement par le retentissement du séjour sur l'autonomie du patient

J. Caractéristiques de l'hôpital

Les variations de durée de séjour entre établissement ne préjugent en rien de la qualité des soins apportées aux personnes âgées(34)

K. Difficultés à la marche, risque de chute

Ce sont des marqueurs précoces d'hospitalisation prolongée pour Lang (30)

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs de l'étude

1. **L'objectif principal** de cette étude est de mettre en évidence les parts respectives des variables médicales (morbidity et motifs d'hospitalisation) et sociales (habitat et environnement) caractérisant les séjours prolongés.
2. **L'objectif secondaire** est de déterminer une population à risque de séjour prolongé dans les services de SSR gériatriques afin de pouvoir mettre en place des mesures préventives et /ou correctives ciblées.

METHODE QUANTITATIVE

2.2 Population et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Nantes dans deux services de SSR gériatriques du CHU de Nantes :

- Un service de soins de suite gériatriques situé à l'hôpital Bellier au sein du pôle gériatrique
- Un service de soins de suite et de réadaptation gériatriques situé à l'hôpital St-Jacques au sein du pôle MPR.

Chaque service est divisé en deux unités, chaque unité comprenant entre 30 et 32 lits dont le taux d'occupation est proche de 100 %.

2.3 Déroulement de l'étude :

A- Echantillon et recueil des données

- Tous les séjours dont la date de sortie était comprise entre le 01/11/2005 et le 31/10/2006 ont été extraits de la base PMSI soit 1154 séjours.
- Lorsqu'il y avait un transfert en MCO lors du séjour en SSR et que le patient revenait en SSR avant 7 jours, nous avons considéré que le séjour ne faisait qu'un (Dans la base PMSI, le séjour d'amont et d'aval sont comptent pour deux séjours)

B- Les outils

1. Le PMSI SSR

Mis en œuvre depuis le 01/07/1998, le PMSI – SSR est un outil de mesure médico-économique de l'activité des établissements de l'ensemble du champ des soins de suite ou de réadaptation (SSR). Il entre dans le cadre du programme national de médicalisation des systèmes d'information des établissements de santé, destiné d'une part à disposer des données médicalisées sur l'activité hospitalière, et d'autre part à favoriser l'informatisation de la partie médicale des établissements de santé. Le PMSI n'a pas pour vocation une description exhaustive du détail des soins réalisés aux patients, ni des actes d'une catégorie professionnelle. Il utilise des caractéristiques médicales (morbidité, dépendance, prise en charge) discriminantes du niveau de consommation de ressources du patient ou de la semaine – patient.

Contrairement au PMSI pour soins de courte durée (MCO) qui a été construit à partir de la traduction de la classification américaine en DRGs, le PMSI - SSR est une création élaborée avec des experts et professionnels de terrain français.

La classification est unique pour la totalité du champ vaste et hétérogène du SSR (plus de 80 disciplines d'équipement étant recensées

Un certain nombre de critères définissant le résumé d'information standard (le RHS) diffèrent du PMSI MCO :

- La grande variabilité de la durée de séjour pour une pathologie donnée entraîne une classification à la journée pondérée et non à une classification valorisée à la durée moyenne de séjour.
- La variation fréquente des pathologies, du niveau de dépendance et surtout de la prise en charge du patient au cours du séjour implique un recueil hebdomadaire
- La grande fréquence des polyopathologies induit d'un nombre de diagnostics associés significatifs étendu à 20 par patient.
- La dépendance, facteur important de consommation de ressources, a été retenue pour le recueil et comme variable classante dans l'algorithme en GHJ.

Le Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) de la première et de la dernière semaine d'hospitalisation ont été exploités.

2. L'outil d'analyse : La classification OAP(37)

Mis en place en 2002, cet outil synthétise les données du PMSI – SSR selon les grands axes pathologiques de prise en charge.

Il permet un classement des séjours et non des journées pondérées, permettant une lisibilité médicale des données PMSI aussi bien qu'une réflexion en termes de flux des séjours. L'unité élémentaire d'analyse d'OAP SSR n'est pas le GHJ, mais les données de morbidité, de dépendance et d'activités de rééducation du RHS.

En postulant une analyse au séjour, seule la morbidité de la première semaine de prise en charge a été analysée. En effet, c'est au cours de cette première semaine qu'est défini l'axe initial de prise en charge au plan médical, même si le séjour est ensuite émaillé de complications.

Il permet de définir la lourdeur des séjours : un séjour est considéré comme correspondant à une déficience fonctionnelle significative dans l'outil OAP SSR lorsqu'il conjugue une dépendance physique importante et une rééducation individuelle importante. Après test de différents seuils sur la base de données expérimentale, le seuil d'au moins 30 minutes en moyenne par jour de rééducation individuelle (mécanique, sensorimotrice, nutritionnelle, neuropsychologique ou uro-sphinctérienne) sur l'ensemble du séjour a été choisi. Pour la dépendance physique, le seuil de dépendance physique moyenne sur l'ensemble du séjour a été fixé à 8.

Parallèlement, pour compléter la notion de lourdeur décrite ci-dessus, la complexité médicale des séjours est prise en compte. En effet, le terrain morbide du patient est susceptible d'interférer avec l'intensité de la rééducation pratiquée, ainsi qu'avec l'état de dépendance. Ainsi, lorsque le résumé de la première semaine d'hospitalisation comporte l'une des pathologies définies dans une liste fermée (démence, insuffisance cardiaque, retard mental, dépendance envers une dialyse rénale, insuffisance respiratoire chronique) le séjour est dit avec comorbidité significative (ou complexité médicale)

3. Compte Rendu d'Hospitalisation

Ces résumés informatisés sont accessibles via un serveur intra-hospitalier (clinicom). Leur consultation s'avère plus rapide que celle des dossiers médicaux originaux.

Ils permettent de compléter les variables issues du PMSI et préciser le contexte de vie du patient (lieu de vie, présence d'aides, entourage..) ainsi que sa destination après l'hospitalisation (retour à domicile, maison de retraite...).

2.3.1 Les variables

1- La durée de séjour

Donner la définition d'un séjour long en soins de suite peut paraître complexe si on essaie de le définir à partir d'une approche par pathologie, du fait de la grande diversité des pathologies prises en charges et des variations de durées de séjours pour des diagnostics médicaux identiques. Certains travaux ont mis en évidence la faible valeur explicative du modèle des GHM dans l'explication de la variance de la durée de séjour en population gériatrique hospitalisée en court séjour (38)

Musclin(39) dans le cadre des insuffisances respiratoires a montré que la corrélation entre la durée de séjour attendue selon la classification américaine proche de nos GHM et la durée de séjour réelle était faible et statistiquement non significative.

Quantin (40) a mis en évidence une grande variabilité de la durée de séjour à l'intérieur d'un GHM donné. Une analyse trop directe des données utilisant la classification GHM doit donc être évitée

D'ailleurs, l'opinion qu'un outil tel que le PMSI se montrera inadéquat à décrire fidèlement les séjours des patients les plus âgés est largement répandue chez les gériatres

Ainsi, la durée « brute » du séjour apparaît comme le critère le plus simple pour définir un séjour long en SSR. Les données de la littérature ne définissant pas un séjour long, le choix de la durée de séjour sera donc arbitraire.

Le choix d'une DMS définissant un séjour long s'est porté sur le 90^{ème} centile de la distribution de l'ensemble des durées de séjours de notre échantillon.

Le 90^{ème} centile correspondant à 74 jours, les séjours ont donc été séparés en 2 groupes :

- les séjours courts (< 74 jours)
- les séjours longs (≥ 74 jours)

2- Les variables sociodémographiques

- **L'âge et le sexe**
- **Lieu de vie avant l'hospitalisation** : domicile, maison de retraite, structure de soins de longue durée.
- **seul ou accompagné (époux, enfant, autre)** : On sait que le rôle direct de la présence d'un conjoint dans le raccourcissement de la durée de séjour a été mis en évidence dans une population âgée masculine hospitalisée en court séjour (23)
- **Problème social** : Lorsque était notifié dans le CRH une problématique interagissant avec la prise en charge du patient : Intervention concernant un nouveau type d'hébergement, problème de la famille, problème d'habitat non adapté.
- **Support social** : Défini par l'existence d'une aide à caractère sanitaire ou social antérieure à l'hospitalisation d'au moins trois heures hebdomadaires (IDE à domicile, aide ménagère, aide soignante, portage des repas...).

- **Présence d'un aidant « familial »** : L'aidant familial est « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques...

Par extension, la présence d'aidant était définie dans notre étude par la présence d'une personne référente participant à l'organisation et à la décision du devenir social du patient.

3- Les variables médicales :

- **Pathologie principale motivant la prise en charge** : elle a été étudiée grâce à l'analyse OAP.
- La **polypathologie**, reconnue comme l'une des caractéristiques majeures de la pathologie gériatrique, est analysée au travers de deux variables :

- o **Nombre de Diagnostics Associés Significatifs (DAS)** :

« Significatif » traduit le caractère actif d'un diagnostic donné chez un patient âgé polypathologique. Un diagnostic est considéré comme significatif s'il est pertinent pour le séjour ou s'il donne lieu à une action diagnostique évaluative ou thérapeutique nouvelle durant l'hospitalisation. Les pathologies chroniques et/ou stabilisées pour lesquelles l'action durant l'hospitalisation se limite à la poursuite d'un traitement antérieurement institué ne doivent pas être considérées comme des DAS (diagnostics associés significatifs).

- o **Présence d'une comorbidité OAP** : la comorbidité est considérée « significative » par l'outil OAP-SSR.

- **Présence d'une démence.** Cette variable est recherchée :
 - o Par le PMSI, dans le RHS de la dernière semaine.

Ce sont les Critères de la CIM 10 qui sont utilisés pour la définition de la démence dans le PMSI : Comme les critères du DSM IV, ils présentent la démence au travers de ses étiologies : Démence de type Alzheimer, vasculaire et due à d'autres affections généralisées.

Le **syndrome démentiel** est par définition l'association d'un trouble mnésique et d'au moins une altération d'une autre fonction cognitive. Celui-ci doit toujours avoir un retentissement sur la vie socio-professionnelle du patient avec en plus la nécessité d'un déclin par rapport à son niveau antérieur. La notion d'évolution chronique des troubles (supérieure à 6 mois) est spécifique à la CIM 10.

Les codes suivants ont été sélectionnés :

- F009 (démence de la maladie d'Alzheimer),
- F019 (démence vasculaire),
- F023 (démence de la maladie de parkinson),
- F03 (démence au cours d'autres maladies),

Ces codes ont été recherchés dans le volet « morbidité » du PMSI SSR : Manifestation Morbide Principale (MMP), Affection Etiologique (AE) ou Diagnostics Associés Significatifs (DAS) de chaque séjour à la période étudiée.

- o dans le CRH

Les variables suivantes ont été également recherchées dans le CRH :

- **Présence d'un éthyisme chronique.**

- **Antécédent de pathologie néoplasique :** Seuls les néoplasies ou antécédents de néoplasie ayant entraîné une modification de la prise en charge du patient (investigations complémentaires...) ont été prises en compte.

- **Présence de troubles de la marche et/ou chutes répétées** : Ils peuvent être à l'origine de l'hospitalisation ou diagnostiqués dans le service.
- **Troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement** : Ce sont les troubles de l'humeur ayant nécessité une prise en charge spécifique dans le service (médicamenteuse ou gériopsychiatrique) ainsi que les troubles du comportement dans le cadre d'un syndrome démentiel.
- **Présence d'une infection nosocomiale** : De façon conventionnelle, une infection est dite nosocomiale lorsqu'elle survient 48 heures au moins après l'admission dans un service hospitalier. Elle s'oppose aux infections communautaires qui surviennent chez des personnes non hospitalisées et qui vivent à leur domicile. Les personnes âgées à l'hôpital sont extrêmement exposées aux infections nosocomiales. En effet, on sait que l'âge, la durée de séjour importante et les polypathologies des patients hospitalisés en SSR gériatriques sont des facteurs de risque d'infections nosocomiales.

4. Les variables liées à la dépendance :

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Elle est évaluée et codée par l'équipe paramédicale chaque semaine sous forme d'items de dépendance en 4 classes (1.2.3.4).

Elle renseigne sur le besoin d'aide pour réaliser les activités simples de la vie quotidienne (elle s'inspire de l'échelle de KATZ) et permet ainsi d'évaluer indirectement la charge en soins infirmiers et aide-soignants.

Grille de dépendance du PMSI-SSR

1. indépendance complète ou modifiée (sans aide humaine)
2. supervision ou arrangement (présence d'un tiers qui surveille ou encourage)
3. assistance partielle (contact d'un tiers)
4. assistance totale (contact d'un tiers)

Ces niveaux (scores) précisent l'état du patient dans 6 rubriques :

- A. habillage (inclut l'habillage du haut du corps et du bas du corps).
- B. déplacements – locomotion (inclut les transferts), en indiquant si il s'agit de marche (M) ou d'une propulsion de fauteuil roulant (FR). L'indépendance complète comprend la montée et descente de 12 à 14 marches.
- C. alimentation.
- D. continence (ceci inclut la continence vésicale et fécale).
- E. comportement (interaction sociale) : décrit l'entente et la participation avec d'autres personnes à des activités sociales ou thérapeutiques
- F. relation (inclut la compréhension d'une communication visuelle ou auditive et l'expression par un langage verbal ou non verbal).

Nous avons recueilli les variables suivantes :

- **Le score de dépendance physique, codé score 1**, est obtenu en totalisant les scores des 4 variables de dépendance A, B, C, D.

Le score 1 évolue de 4 à 16 :

- Score inférieur à 4 : le patient est considéré « autonome »
- Score compris entre 4 et 12 : définit une dépendance modérée
- Score supérieur à 12 : définit une forte dépendance

- **Le score de dépendance psychique codé score 2** est obtenu en totalisant les scores E et F. Il évolue de 2 à 8.

- **Le différentiel du score physique (1) entre la sortie et l'entrée du patient dans le service.**

- **Le temps de rééducation :** Les activités de rééducation, réadaptation sont recueillies dans 12 grandes activités. Chaque activité est définie par des actes de rééducation, réadaptation repérés grâce au Catalogue des Actes de Rééducation, Réadaptation (CdARR). Chaque acte appartient à une et une seule des 12 activités. Le temps hebdomadaire de chaque activité est noté sur le RHS si les actes qui la composent ont été réalisés par les professionnels dûment repérés dans le CdARR (par exemple une aide à la marche réalisée par une infirmière n'est pas prise en compte alors que cet acte est pris en compte quand il est réalisé par un kinésithérapeute).

- **Variable « prise en charge lourde ou très lourde » :** Elle est définie comme correspondant à une déficience fonctionnelle significative dans l'outil OAP SSR lorsque se conjuguent une dépendance physique importante et une rééducation individuelle importante (les seuils de 30 minutes en moyenne par jour de rééducation individuelle et 8 de dépendance physique moyenne).

5. Les variables des Filières de soin

➤ **Mode d'entrée :**

Court séjour, domicile, entrée directe. Les admissions directes du domicile, sans passage par le court séjour, sur prescription du médecin traitant,

➤ **Mode de sortie :**

1. le retour à domicile concerne les personnes ayant regagné leur domicile ou celui d'un proche ou leur maison de retraite. Le foyer logement est considéré comme un substitut du domicile avec des aides.
 2. L'institutionnalisation a été définie comme l'entrée dans un établissement social, médico social temporaire ou une USLD (unité de soins de longue durée), mais différent du domicile initial.
 3. décès lors du séjour dans le service
 4. Lors d'un retour à domicile, il est précisé si de nouvelles aides ont été mises en place
- **Réhospitalisation à 3 mois :** Elle ne concerne que les ré hospitalisations au CHU, quel que soit le service (MCO, SSR ou Urgences).

2.4 Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS. Elle a fait appel aux techniques habituelles de statistiques descriptives (moyenne, déviation standard, valeurs extrêmes, fréquence).

La durée de séjour dichotomisée en deux modalités (inférieure ou égale, supérieure à 74 jours) est la variable « dépendante » ou « à expliquer ».

En analyse uni variée, toutes les autres variables citées ont été comparées pour rechercher des différences entre les groupes de patients « séjours longs » et séjours courts ».

- Le test de khi2 a été utilisé pour l'analyse des variables qualitatives.
- Le test t de Student pour l'analyse des variables quantitatives.

Le seuil de signification de 5% a été retenu.

Afin de déterminer les facteurs prédictifs d'un séjour long, une analyse multi variée (régression logistique) a été effectuée sur l'ensemble de l'échantillon. La régression logistique est un modèle d'analyse multi variée qui permet d'analyser les relations entre la survenue d'un événement et chacun de ses facteurs associés.

Le principal intérêt de la régression logistique est donc de fournir des *odds-ratios* qui sont ajustés sur l'ensemble des variables retenues dans le modèle. Une procédure dite « pas à pas descendante » a été employée.

METHODE QUALITATIVE

La phase qualitative de l'étude a été réalisée sous la forme de deux réunions réunissant les Unités Fonctionnelles de soins de suite du pôle MPR de l'Hôpital St-Jacques d'une part et les 2 unités fonctionnelles de soins de suite de l'hôpital Bellier d'autre part.

Elle associait les 3 groupes de professionnels impliqués dans l'orientation médico-sociale de la prise en charge des patients : deux médecins, deux cadres infirmiers et l'assistante sociale.

L'objectif était d'identifier les principaux facteurs expliquant un séjour long, d'interroger l'ensemble de l'équipe sur les mesures déjà mises en place dans leur service afin de diminuer la longueur de ces séjours ainsi que les solutions d'amélioration envisageables.

3 RESULTATS

PHASE QUANTITATIVE

3.1 Description de la population étudiée:

- 1076 séjours ont été analysés soit 41975 journées d'hospitalisation.
 - Ces séjours ont concerné 988 patients.
 - L'exploitation des résultats concernant les variables issues du CRH n'a pu concerné que 96.1% des séjours soit 992 observations (3.9% de données manquantes)
- La population féminine prédomine avec 70% de femmes.
- L'âge moyen est de 80,9 ans +/-9,2 [35-106] : 2.7 % des patients ont moins de 60 ans et 82% ont plus de 75 ans.

➤ Mode de vie et support social :

Avant l'hospitalisation, plus de 98% des patients vivaient à domicile, seuls 2% d'entre eux étaient institutionnalisés :

- 64% des patients vivaient seuls
- 62% bénéficiaient d'aides avant l'hospitalisation
- 70% avaient un aidant ou une personne de référence (enfant ou conjoint)

➤ Morbidité :

- Les **diagnostics principaux** sont dominés par la pathologie traumatologique (35%) et les chutes (7.8%) Les pathologies déméntielles et cérébrovasculaires représentent respectivement 6.4 et 6.1% des hospitalisations. L'ensemble des autres diagnostics concerne plus de la moitié des patients (51,2%) témoignant de la diversité des prises en charge dans les services de SSR gériatriques.

- Chaque patient a, en moyenne, moins de 2 diagnostics associés significatifs.
- Une comorbidité significative est retrouvée chez 23 % des patients et 9% d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge lourde ou très lourde
- Notre échantillon comprend 31.4% de patients déments

Ils sont significativement plus dépendants : Leur score de dépendance est significativement plus élevé que celui des autres patients (9, 8 versus 8, 8 chez les patients non déments) et plus du tiers d'entre eux sont très dépendants

Ils présentent plus souvent une comorbidité lourde (33,7% versus 46,1%) ($p < 0,001$)

Un aidant est identifié dans 74,2% des cas (versus 65,8%) ($p < 0,01$) Une aide à domicile est déjà mise en place avant l'hospitalisation dans 46,8 % des cas (versus 34,1%) ($p < 0,001$).

Près de 40% d'entre eux sont institutionnalisés (versus 15, 1%)

➤ **Filière de soins :**

- La très grande majorité des patients sont adressés par un service de court séjour du CHU (70%).
- Seuls 7% d'entre eux viennent directement de leur domicile. Les autres patients viennent de services extérieurs au CHU, de psychiatrie, des urgences ou d'unités de soins de longue durée
- À l'issue du séjour, plus de 70% retournent à leur domicile, la moitié d'entre eux bénéficiant d'une mise en place ou d'augmentation des aides.

Les autres patients sont institutionnalisés en maison de retraite (72%) ou dans une unité de soins de longue durée (28%).

Les patients institutionnalisés :

- ont significativement plus souvent des aides à domicile ($p < 0,001$)
- ont majoritairement déments ($p < 0,001$)
- sont plus fortement dépendant ($p < 0,001$)

➤ Dépendance et Prise en charge :

- 14% des patients sont très dépendants physiquement à l'entrée du service, et seuls 10% d'entre eux sont considérés comme autonomes.
- Près de la moitié des patients sont plus dépendants à la fin de leur séjour qu'à leur arrivée dans le service
- Seuls 13,6% d'entre eux ont vu leur autonomie s'améliorer pendant leur séjour.

94,5% des patients (1017) ont bénéficié d'une rééducation lors de leur séjour.

- Les rééducations mécanique (66%) et de « réadaptation – réinsertion » (61%) sont les deux activités prédominantes en terme de temps de prise en charge.

Les autres activités de rééducation se déclinaient comme suit :

- sensorimotrice (34.8%)
- « adaptation – appareillage » (12,8%)
- physiothérapie (7.5%)
- balnéothérapie (0.7%)
- urosphinctérienne : (< 0,1%)
- neuropsychologique (1.7%)
- cardiorespiratoire (4.8%)

- 18,3 % de ce temps de rééducation est réservé à la réalisation de bilans

➤ La mortalité

Elle est de 6.1%.

Ces 69 patients **décédés** en cours d'hospitalisation sont significativement plus âgés (85.5 ans) et significativement plus dépendants. La proportion d'hommes est significativement plus élevée. Leur durée de séjour est plus élevée mais la différence n'est pas significative (48.7 jours+/-52). Ils ont nécessité plus souvent une prise en charge lourde ou très lourde.

3.2 Durée de séjour

- La **durée moyenne de séjour** est de 39 jours (+/-33.96).
- La **durée médiane** est de 29 jours. Les données extrêmes varient de 2 à 413 jours.

10% des séjours (N=111) sont authentifiés comme « longs » (Durée supérieure à 74 jours)
Leur DMS est de 113.7 jours +/-51.48 contre 30,42 +/-16,4 pour les autres

Les séjours longs ont été comparés aux séjours courts. Ainsi est mise en évidence une association avec certaines variables au seuil de 5%.

La population de patients dont le séjour est long se différencie par :

1. L'absence plus marquée d'aidant
2. La mention dans leur courrier de sortie d'un problème social ainsi que de la mise en place de mesures de protection (tutelle/curatelle) pendant le séjour.
3. Leur motif d'hospitalisation, l'accident vasculaire cérébral ainsi que la fracture de jambe étant significativement plus fréquents.
4. Une dépendance (physique) à l'entrée plus sévère mais une moindre perte d'autonomie lors du séjour.
5. Un taux important d'institutionnalisation à l'issue du séjour.
6. Une moindre ré hospitalisation à distance.
7. Un diagnostic de démence plus fréquent.
8. L'apparition d'une infection nosocomiale.

En revanche, l'âge, le sexe, le fait de vivre seul ou le mode d'entrée dans le service ne semblent pas être des facteurs de prolongation du séjour.

Tableau 1 : Variables issues du CRH

	Ensemble	Séjours longs	Séjours courts	p
Absence d'aidant (%)	29.7	45	31.3	0.002
Vit seul (%)	64.3	71.6	63.4	0.09
Aides (%)	38.1	44	37.	0.106
Démence (%)	31.4	42.2	30.2	0.01
Ethylisme (%)	9	10.2	8.8	0.643
Problème psychiatrique (%)	18.7	21.9	18.7	0.369
Problème social (%)	37.4	50.9	36.1	0.009
Curatelle/tutelle (%)	6.7	6.1	11.3	0.043
Infection nosocomiale (%)	12.9	27.1	11.3	0.0001
Antécédent néoplasie (%)	13.8	17.4	13.3	0.242 50

tableau 2 : Variables issues du PMSI et de l'outil d'analyse OAP

	Ensemble N=1076	Séjours longs N=111	Séjours courts N=965	p
Sexe (Hommes) (%)	30	36	29.3	<i>0.3</i>
Age	80.9	81	79.3	<i>0.157</i>
Nombre de DAS	1.82	2	1.8	<i>0.135</i>
Comorbidité OAP (%)	19.5	26.1	18.8	<i>0.06</i>
PCL (%)	8.9	16.2	8.1	<i>0.01</i>
Démence PMSI (%)	20.1	27	19.3	<i>0.053</i>
Acte chirurgical (%)	10.1	15.3	9.5	<i>0.056</i>
Multiséjour (%)	12.86	10.8	12.8	<i>0.540</i>
Réhospitalisation à 3 mois (%)	22.3	14.4	23.2	<i>0.05</i>

I

Tableau 3 : Pathologies principales (outil OAP-SSR)

	Ensemble (%)	Séjours longs	Séjours courts (%)	p
Fractures col fémoral	11.2	16.2	9.5	0.074
Chutes	7.8	3.6	7.5	0.08
Fractures membre supérieur	4.7	5.4	4.7	0.910
Fractures membre inférieur	4.4	13.5	3.3	0.0001
Fractures autres	7.1	33.6	7.5	0.133
AVC	5.1	9.9	4.6	0.015
Démence	6.4	7.2	6.3	0.718

Tableau 4 : Autres diagnostics principaux (OAP-SSR) des séjours longs

	(%)
Alcool - Toxicomanie	0,9
Troubles psychotiques	0,9
Santé mentale, autre	1,8
Amputations membre inférieur	0,9
Atteintes périphériques	2,7
Parkinson et apparentés	0,9
Neurologie, autre	0,9
Coronaropathies	2,7
Cardiologie, autre	0,9
Gonarthrose	0,9
Rhumato – orthopedie, autre	0,9
Luxations de prothèse	1,8
Traumatisés crâniens	1,8
Plaies	0,9
Traumatologie, autre	0,9
Hepato-gastro-enterologie	4,5
Infections respiratoires	0,9
Pathologie infectieuse	4,5
Néphrologie	0,9
Tumeurs	3,6
Tumeurs broncho-pulmonaires	0,9
Pathologie tumorale	0,9
Problème social	0,9
Symptômes	2,7
Ulcères	0,9

Tableau 5 : Filières de soins : Provenance

	Ensemble	Séjours longs	Séjours courts	p
CHU MCO	77.2	86.5	76.2	0,135
Domicile	7.9	6.3	7.2	0,511
Autres	14.9	7.2	15.8	0,01

Autres : SSR, USLD, PSYCHIATRIE URGENCES, ETABLISSEMENTS EXTERIEURS AU CHU

Tableau 6 : Filières de soins - Modes de sortie

	Ensemble	Séjours longs	Séjours courts	p
Décès	6.4	9	6.1	0.238
RAD	70.9	51	73.1	
- Sans augmentation des aides	35.2	28.3	34.1	0.002
- Avec augmentation des aides	34.7	21.7	39	
Institutionnalisation	22.7	40	20.8	0.0001
- USLD	6.2	18	4.9	
- MDR	16.5	22	15.9	

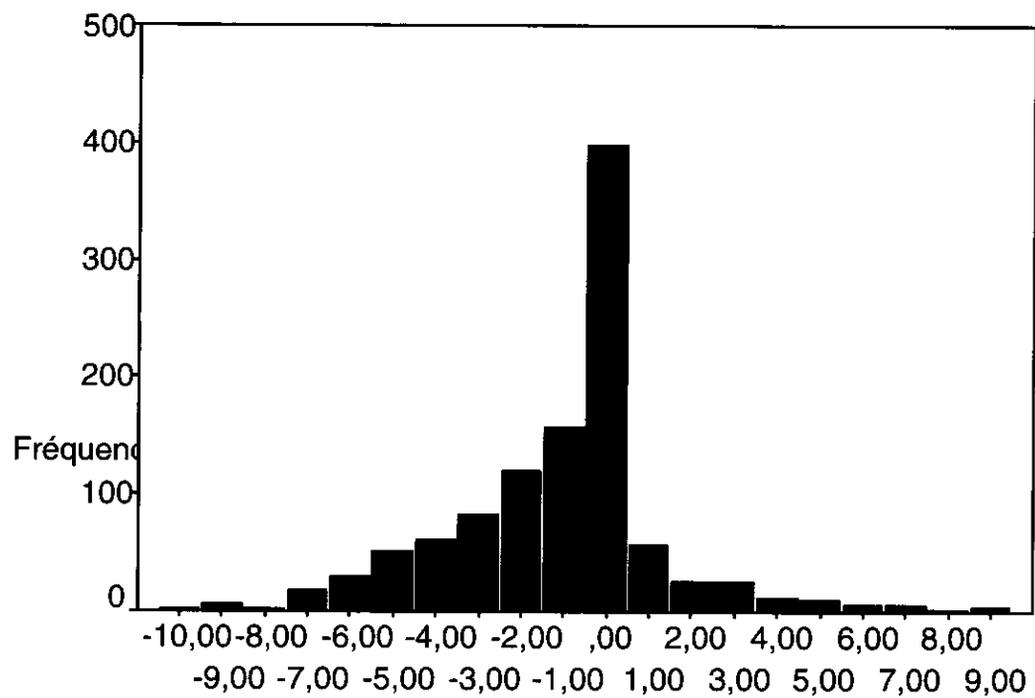
Tableau 7 : Dépendance 1

	Ensemble séjours	Séjours longs	Séjours courts	p
Score 1(entrée)	9.14+/-3.23	11.06+/-2.81	8.91+/-3.21	0.001
Score 1(sortie)	8.01+/-3.53	9.06+/-3.89	7.89+/-3.47	0.001
Score 2(entrée)	3.06+/-1.34	3.04+/-1.32	3.04+/-1.32	0.124
Score 2(sortie)	3.10+/-1.49	3.41+/-1.45	3.06+/-1.45	0.045

Tableau 8 : Dépendance 2

	Ensemble des séjours	Séjours longs	Séjours courts	p
Sujets très dépendants à l'entrée (%)	13.8	26.1	12.3	0.001
Sujets autonomes à l'entrée (%)	9.4	0	9.4	0.001
Évolution de la dépendance (%)	-1.07+/-2.53	-0.97+/- 3.65	-1.96 +/-2.34	0.001
Perte d'autonomie (%)	49.	65.8	49.4	0.001
Gain d'autonomie (%)	13.6	19.8	12.8	0.042
Temps de rééducation/semaine (minutes)	88.09 (+/-128.1)	95.7 (+/-74.5)	87.22 (+/132.97)	0.510

Figure 1 : Evolution du score de dépendance physique durant le séjour



L'analyse multivariée par régression logistique permet de déterminer la part explicative de chaque variable indépendamment des autres.

La régression logistique pas à pas descendante a été réalisée grâce au logiciel SPSS 9.0.

Les variables suivantes ont été utilisées comme variables explicatives :

1. Les 2 variables dites « forcées » : AGE et SEXE
2. institutionnalisation
3. diagnostic d'entrée
4. dépendance forte
5. démence
6. vit seul
7. absence aidant
8. différentiel d'autonomie

La variable indépendante à expliquer étant la DMS dichotomisée en « séjour long »/ « séjour court ».

Le modèle suivant a été retrouvé :

Tableau 9 : Régression logistique

Variables	OR	IC 95%	p
Absence d'un aidant	1.966	(1.288 - 2.999)	0.002
Dépendant	OR = 2.2	(1.1-5.3)	0.03
Sexe féminin	0,8	(0.5-1.4)	0,5
Age	1	(0.9-1.1)	0.8

La présence d'un aidant et le fait d'être dépendant à l'entrée dans le service apparaissent comme les premiers facteurs explicatifs du modèle.

Il n'existe pas d'interaction entre ces différentes variables.

PHASE QUALITATIVE

La phase qualitative de l'étude a été réalisée sous forme de 2 réunions dans les services de soins de suite de l'hôpital Bellier et de l'hôpital St Jacques. La pluridisciplinarité inhérente aux soins gériatriques était représentée par la présence des deux médecins, des deux cadres infirmiers de chaque unité et de l'assistante sociale.

La priorité de cet entretien était d'interroger chaque acteur de soins sur les facteurs influençant la durée d'un séjour et de tenter de dégager les causes principales capables d'expliquer ces séjours longs. Les différentes dimensions médicales, sociales et organisationnelles ont pu ainsi être explorées.

Toute définition d'un séjour long étant arbitraire, il a fallu dans un premier temps choisir l'indicateur définissant ces séjours.

Celui ci devant être commun à tous les patients, sa définition est apparue comme complexe au vu de l'extrême variabilité de l'état de santé des patients et des motifs d'hospitalisation dans ce service. L'excès de journées d'hospitalisation inappropriées pourrait caractériser un séjour long dit « inapproprié » mais cette définition imposerait une analyse systématique de chaque dossier, ce qui est impossible à réaliser de façon rétrospective.

La DMS de 74 jours initialement choisie a été validée par l'ensemble des cliniciens pour définir un séjour long.

3.3 Les caractéristiques liées au patient tant médicales que sociales sont d'abord explorées pour expliquer ces séjours :

Caractéristiques médicales

- L'état de santé du patient peut expliquer partiellement mais *directement* la longueur d'un séjour : en effet, certaines pathologies comme les fractures des membres inférieurs (du col fémoral et de la jambe), les chutes répétées, les plaies chroniques et les néoplasies nécessitent une prise en charge particulièrement longue. De même certaines co-morbidités comme l'éthylisme chronique ou l'obésité peuvent alourdir ces prises en charge et augmenter directement la durée d'un séjour.
- En revanche, d'autres pathologies sont décrites plus comme des *facteurs indirects* d'allongement de la durée de séjour : la pathologie n'alourdit pas la prise en charge médicale en tant que telle mais peut devenir le facteur principal *bloquant la sortie* vers les structures d'aval ou le domicile :
- La démence associée à des troubles du comportement apparaît ainsi comme la pathologie la plus à risque de séjour long.
- L'infection nosocomiale par BMR imposant un isolement prolongé (objet de refus quasi systématique de l'accueil du patient par les maisons de retraite) et l'Accident Vasculaire Cérébral entraînant une diminution brutale de l'autonomie du sujet sont également cités.

Caractéristiques sociales

- L'entourage apparaît comme un facteur essentiel dans la prise en charge sociale du patient :

L'isolement social caractérisé par l'absence de famille et /ou d'aidant ainsi que l'absence de cohésion familiale alourdit terriblement la mise en place du projet de sortie. De même la prise en charge en HAD apparaît comme impossible en l'absence d'aidant

- Les facteurs de précarité :

Les ressources financières limitées empêchent toute inscription dans certaines maisons de retraite et diminuent les possibilités de mode de sortie adapté.

L'insalubrité du lieu de vie recule également la date de sortie en raison de la réfection de l'habitat indispensable au retour du patient mais aussi en raison du refus de prise en charge par les aides à domicile.

3.4 La problématique du devenir du patient apparaît donc comme essentielle à la compréhension des causes de séjours longs :

Ces difficultés sont à la fois liées aux facteurs intrinsèques au patient (état de santé, précarité) mais également aux facteurs organisationnels.

Le retour à domicile est parfois freiné par le manque de personnel capable de prendre en charge certaines dépendances du patient comme l'aide totale à la toilette ou l'aide à l'alimentation.

Les maisons de retraite refuseraient trop souvent des patients néanmoins adaptés pour ces structures (ex : Porteurs de BMR, éthyliques chronique sevrés) en raison du manque de communication médicale et administrative avec l'hôpital.

Les places en long séjour apparaissent comme trop peu nombreuses particulièrement pour les patients très dépendants. Dès que la prise en charge est trop lourde médicalement ou que le patient a une autonomie trop limitée, le délai d'attente s'allonge de plusieurs mois.

3.4.1 Plusieurs mesures organisationnelles sont déjà mises en place dans le service afin de limiter ces séjours longs :

- Les entretiens systématiques entre la famille et le médecin permettent d'anticiper et d'organiser la sortie du patient pendant son hospitalisation.
- Les appels itératifs réalisés par les cadres infirmiers vers les maisons de retraite afin de leur rappeler l'actualité de l'inscription du patient.
- La limitation d'admission de patients dans le service dont le séjour est d'emblée présumé long. Ce sont les patients en attente de « placement » mais également les patients déments présentant des troubles du comportement.

3.4.2 *Les solutions d'amélioration possibles seraient :*

- Dans le service, la possibilité de réalisation d'un staff hebdomadaire pour chaque patient actuellement bimensuel.
- Le développement de moyen humain particulièrement auprès de l'assistance sociale afin d'améliorer les prises en charge sociales.
- Développer un réseau de coopération fort avec les responsables administratifs et médicaux des maisons de retraite afin d'améliorer la coordination non seulement des soins mais aussi des demandes d'inscription : La mise au point d'un dossier unique et standardisé d'inscription pour l'ensemble des maisons de retraite paraît essentiel.
- Enfin, l'amélioration de la filière de soins gériatriques est nécessaire afin de faciliter l'accès du patient aux structures de long séjour, quelque soit son lieu d'hospitalisation ou d'habitation,

4. DISCUSSION

Notre étude présente plusieurs limites :

Elle comporte des biais inhérents à la méthode rétrospective d'observation. Les risques de biais sont importants, particulièrement ceux de sélection et de mémoire.

Le PMSI, nouveau venu dans le paysage sanitaire, suscite des prises de positions passionnelles. Certains lui accordent toutes les vertus et d'autres le considèrent comme le dernier avatar de la bureaucratie

Il présente cependant des qualités certaines : exhaustivité, standardisation et informatisation des données.

La qualité des données PMSI retentit sur la qualité des mesures effectuées dans cette étude :

- La première concerne les biais de codage :

Ils résultent des erreurs mais aussi des habitudes de codage : Une étude a déjà prouvé que ces habitudes affectaient directement le diagnostic principal (41)

L'outil PMSI SSR étant relativement récent, les procédures d'assurance qualité au sein des établissements qui l'utilisent sont encore hétérogènes en l'absence de mise en place d'un contrôle de la qualité des données en routine par les tutelles. Il est ainsi possible que dans certains cas les données devant être renseignées de façon hebdomadaire pendant tout le séjour du patient aient été recopiées à l'identique pendant tout le séjour. Cette distorsion dans le recueil des données, si elle est plausible n'est cependant actuellement pas chiffrable dans ce contexte d'absence de contrôle de la qualité.

Ainsi dans notre étude, du fait de ces biais de codage, la prévalence de la démence est sous-évaluée par le PMSI : seuls 20% des patients en sont atteints selon les données du PMSI alors que d'après les CRH, la démence concernerait plus de 30 % des patients.

Plusieurs études ont déjà souligné le sous codage spécifique des syndromes démentiels dans les services de soins [12-13].

- Les outils du PMSI-SSR ne sont pas adaptés à la gériatrie

Depuis le début des années 1990, la communauté gériatrique s'est émue du peu de pertinence de cet outil pour la mesure des activités gériatriques. Cette remarque est généralement basée sur plusieurs éléments :

- un certain nombre de syndromes ou de finalités de prises en charge utilisés habituellement par les gériatres n'existent pas explicitement dans le PMSI-SSR (ex. pour les syndromes de régression psychomotrice, les reprises d'autonomie, ...)
- on ne reconnaît pas l'activité dans les résultats du groupage (problème de lisibilité)
- certaines activités de rééducation réadaptation, entre autres celles réalisées par les infirmières et les aides soignantes ne peuvent être prises en compte dans le PMSI.

- Une des caractéristiques du PMSI SSR est sa lourdeur et son caractère chronophage:

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

- les différences entre les outils du PMSI (CIM10, grille de dépendance, activités de rééducation réadaptation) et ceux déjà utilisés par les gériatres : le PMSI est perçu alors comme une contrainte et non comme une opportunité.
- le caractère répétitif du recueil hebdomadaire,
- le temps nécessaire pour le codage,
- la sous médicalisation de certaines équipes (le rapport nombre de lits ou de patients/équivalent temps plein de médecin est particulièrement élevé en gériatrie), ce qui augmente le nombre de RHS à renseigner par médecin.

- Le caractère unicentrique de notre étude constitue très probablement une limite à la généralisation de nos résultats.
- Notre étude ne différencie pas les unités soins de suite des unités de réadaptation fonctionnelle alors que les prises en charge et le recrutement des patients est différent
- Les difficultés méthodologiques étaient avant tout liées à la présence de nombreux facteurs de confusion : en effet, les caractéristiques médicales et sociales sont fortement liées entre elles particulièrement en gériatrie

En revanche, la population sur laquelle a été réalisée cette étude est particulièrement intéressante puisque ses caractéristiques sociodémographiques sont comparables à celles des populations âgées hospitalisées habituellement décrites.

En effet il s'agit d'une population :

- composée de plus de deux tiers de femmes
- composée de plus de 60% des patients vivent seuls
- et dont l'âge moyen est de 81 ans

I

Nous avons retrouvé que l'isolement familial et le degré de dépendance physique sont des facteurs prédictifs indépendants d'un séjour prolongé en SSR gériatriques.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature :

Dans notre étude, le degré de dépendance physique du patient apparaît comme un facteur explicatif d'hospitalisation prolongée.

Comme souvent chez les patients âgés fragiles, les variables de l'état fonctionnel sont de plus puissants prédictifs de la mortalité, de la morbidité et du placement que le diagnostic médical principal ayant motivé l'admission. S'y ajoutent l'âge et l'état cognitif. Ces divers facteurs ont été testés et validés dans une large population américaine de patients admis dans de grands ensembles hospitaliers. Il en ressort un profil de risque déterminé à l'admission (HARP: Hospital Admission Risk Profile) et qui comprend l'âge (risque ++ > 85 ans), l'état cognitif (risque ++ pour MMS simplifié < 14), et le niveau d'ADL avant l'admission (42)

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

Plus que la mesure statique de la dépendance, il nous a semblé logique de mesurer le taux d'amélioration fonctionnelle lors de la prise en charge hospitalière de chaque patient :

Ce taux est faible et négatif (-1.07) pour l'ensemble des patients mais comparable à celui retrouvé dans l'étude de Holstein (43). Il est probablement en rapport avec les objectifs d'amélioration fonctionnelle qu'il est possible de fixer pour un patient âgé polypathologique. En effet, s'il est logique de viser une réadaptation totale dans certains cas, l'objectif de prise en charge peut, dans certaines autres situations se limiter à une stabilisation de l'état fonctionnel du patient.

En revanche, ce taux d'amélioration fonctionnelle est significativement meilleur quand le séjour se prolonge.

A la différence des services de court séjour, la perte d'autonomie n'apparaît pas être une conséquence des séjours prolongés (2). Au contraire, la prolongation du séjour peut apparaître bénéfique dans certains cas sur le plan de l'autonomie fonctionnelle.

Même s'il existe peu d'études sur le bénéfice de la rééducation chez les sujets âgés, on sait néanmoins que certains facteurs influencent son efficacité :

- La polypathologie, les complications, plus fréquentes retardent et compliquent la rééducation. En effet, la convalescence est souvent émaillée d'épisodes aigus (25 à 30 % des malades selon une étude réalisée à l'Assistance Publique de Paris) qui exposent à nouveau à la perte d'autonomie fonctionnelle et à une symptomatologie en cascade.
- Pour certains auteurs il est nécessaire d'avoir un certain niveau fonctionnel à l'admission pour espérer un bénéfice fonctionnel de la rééducation chez les sujets de plus de 75 ans : plus la dépendance à l'admission est lourde, plus le potentiel de récupération est faible. Cependant d'autres auteurs ont prouvé que c'était d'avantage le degré d'autonomie antérieur à l'épisode aigu qui était prédictif du potentiel de récupération.
- Chez les patients âgés opérés d'une prothèse de hanche, trois facteurs de fragilité avaient une incidence sur la ré acquisition de l'autonomie : l'altération des fonctions supérieures, la dénutrition et le lieu de vie avant l'intervention. La dénutrition serait un signe clinique important à ne pas méconnaître. Elle diminuerait la capacité de cicatrisation tissulaire et participerait à la survenue de troubles trophiques tels que les escarres. Ces conséquences poseraient de nombreux problèmes, dont une augmentation de la durée d'hospitalisation.

Même si dans notre étude la dépendance « psychique » n'apparaît pas comme un facteur prédictif indépendant de séjour prolongé, la démence est un facteur connu d'allongement de la durée d'hospitalisation.

Le rôle spécifique de la démence sur la DMS apparaît souvent complexe et s'explique différemment selon les auteurs. Saravay (33) évoque la sensibilité plus marquée des patients déments aux effets iatrogènes de l'hospitalisation. La confusion et les troubles du comportement, les chutes, la déshydratation et les infections urinaires allongeraient leur durée d'hospitalisation. De plus, les comorbidités associées comme l'incontinence ou la malnutrition sont plus nombreuses et insuffisamment diagnostiquées. Pour Marcantonio(31) et Fulop (32), les mauvaises compliances aux traitements et les délais prolongés pour obtenir des examens complémentaires induits par les troubles du comportement, expliqueraient ces prolongations de durée de séjour. Enfin Tran (29) et Lang (30) considèrent la démence comme un facteur explicatif spécifique et indépendant de la durée du séjour alourdissant la prise en charge sociale et augmentant les indications d'institutionnalisation.

Plusieurs études européennes ont mis en évidence qu'une prise en charge intensive et adaptée du patient dément mais aussi de sa famille pendant l'hospitalisation permettraient non seulement de réduire sa durée de séjour mais aussi de diminuer ses risques d'institutionnalisation.

L'augmentation de la durée de séjour lors d'une institutionnalisation a déjà été retrouvée dans de nombreuses études et pourrait refléter les difficultés rencontrées lors de la recherche d'une structure d'accueil.

Ainsi la durée de séjour d'une personne âgée à l'hôpital peut être décomposée en un temps médical et un «séjour social»(34)

Ce « séjour social », défini par Glass en 1977(44), correspond au délai d'attente d'une possibilité de sortie adaptée à l'état du malade, à ses besoins de soins et à son environnement social. Dans plusieurs échantillons de patients hospitalisés aux USA, il identifie l'âge, l'entrée en institution et l'altération de l'état mental comme des variables corrélées à une longue durée de séjour et les utilise pour composer un indicateur d'hospitalisation sociale.

En court-séjour, ce séjour social concerne environ 20% du total des journées d'hospitalisation d'une personne âgée(34) (44, 45),

Notre étude n'a pas pu quantifier cette part de « séjour social » :

Même s'il existe plusieurs codes dans la CIM 10 permettant de signaler ces difficultés dans le PMSI (Z 751 « Sujet attendant d'être admis ailleurs dans un établissement adéquat » ou Z 659 « difficulté liée à des situations psychosociales »), seuls 2 patients de notre étude sont classés dans la Catégorie Majeure Clinique 30 : « attente de placement » et dans l'item « problème social » de l'outil OAP-SSR. L'emploi de ces codes apparaît en effet négligé.

Une étude en 2005 au CHU de Reims (46) dans un service de SSR a permis d'identifier 7.6% des séjours (39 séjours/ 515) pour lesquels une attente de placement était signalée par le service médico-social. Ces patients étaient significativement plus âgés et plus dépendants. Leur DMS était significativement plus longue et 2 prises en charge prédominaient : les prises en charge de pathologies neuro-musculaires et les prises en charge de pathologies de santé mentale.

En revanche, cette notion de « séjour social » peut être approchée dans notre étude par l'identification d'un « problème social » dans le CRH: Il permet de rendre compte de l'activité sociale du service. Il concerne 31% des patients dans notre étude et apparaît très fortement lié à l'institutionnalisation du patient (dans 81% des cas).

Ce séjour social ou attente de placement peut traduire un blocage d'accès aux structures d'aval, soit par encombrement des places, soit par complexité des conditions d'accès. En effet, la recherche d'une place est compliquée par les formalités administratives nécessaires et l'archaïsme des moyens d'information : Le plus souvent c'est la surveillante du service, armée de son téléphone, qui part en chasse un peu au hasard. Une meilleure information sur les conditions de ressource et d'autonomie requises, pour l'admission dans chaque établissement, sur les démarches et les documents nécessaires, sur les places réellement disponibles en fonction de ces critères, pourrait contribuer à réduire ce délai d'attente. Avec les moyens d'informatique actuels, ceci est techniquement possible, à condition que les différentes structures acceptent le jeu.

Mais ce temps d'attente peut également refléter l'effet de facteurs humains, tels que le temps nécessaires aux personnes âgées pour accepter l'idée de ne pas retourner à leur domicile et pour l'assistante sociale de « négocier » avec elle ou leur famille.

Une équipe parisienne a développé un index de six variables prédictives : le souhait des proches sur le lieu de vie futur du patient, la présence d'une maladie chronique, la capacité de se laver, les troubles de mémoire (lieu, âge) et les facilités de logement (10). Cet index est

indicatif du risque de placement avec une sensibilité de 74% et une spécificité de 63%, a une valeur prédictive positive de 58% et négative de 81%. L'opposition du principal soignant familial à un retour à domicile est un facteur particulièrement prédictif de placement (11). Cette évidence qui tombe sous le sens, pourrait être prise en considération pour adapter précocement le plan de sortie.

On sait également que les facteurs de précarité peuvent compliquer le travail social et prolonger l'hospitalisation d'une personne âgée :

Pour une population âgée, le fait de disposer de bas revenus, un faible niveau d'instruction, un défaut de couverture médicale et un isolement socio familial sont des facteurs pertinents pour définir leur précarité.

Parmi les premières enquêtes sur le sujet, les deux enquêtes d'Arnold M. Epstein, Robert S. Stern et coll. (36), successives (1981-1985 et 1987), et portant sur deux catégories différentes de patients et d'établissements du Massachusetts, ont abouti à la même conclusion : les indicateurs de « statut économique » (revenu, activité professionnelle, éducation) ont chacun une forte influence sur la durée de séjour. Selon ces auteurs, les hospitalisés à faibles statuts socio-économiques auraient en effet des durées de séjour plus longues que les patients de statuts socio-économiques les plus élevés.

Une autre enquête, celle de C. Mathy et M. Bensadon (47) relative aux durées de séjour et au surcoût de l'hospitalisation des patients en situation de précarité, a permis de vérifier ces résultats au niveau français : à partir d'une enquête de 1998, menée par la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux, les séjours des patients hospitalisés dans vingt établissements de l'Etude Nationale des Coûts (publics et PSPH), pendant trois mois, - soit plus de cinquante mille séjours - , ont été étudiés.

Les trois critères de précarité pris en compte (financier, isolement, environnement) ont, à GHM identique, une influence sur les durées de séjour, mais cette influence est très différente selon le critère utilisé :

La précarité « financière » entraîne des durées moyennes de séjour supérieures d'environ 20 %. Cette augmentation de DMS est de 14 % pour la précarité « environnement » et de 54 % pour la précarité « isolement »

Dans notre étude, aucune variable de précarité financière, de niveau d'éducation ou de couverture sociale n'a pu être explorée.

En revanche l'isolement social du patient défini ici par l'absence d'aidant apparaît comme un facteur indépendant de prolongation du séjour.

Ce résultat mettant en évidence l'influence de l'isolement social converge avec ceux d'autres travaux s'intéressant à ce thème. Par exemple, une enquête (34) concernant les flux de personnes de soixante-quinze ans et plus, hospitalisées à Dax et Pau en 1992, explique la présence de séjours excessifs par la perte d'autonomie et / ou l'absence d'un environnement social hors de la structure de soins.

La présence d'un aidant (enfant ou conjoint) apparaît comme un pivot dans la vie d'un patient âgé dépendant.

Le fait que de plus en plus de personnes en perte d'autonomie vivent à domicile entraîne de nouvelles responsabilités pour les familles et les proches. Dans la majorité des pays, la plus grande partie des soins reste assurée dans le cadre familial. Aujourd'hui, en France, 80% des personnes lourdement dépendantes reçoivent de l'aide de leurs proches, dont 50% de manière exclusive (Breuil-Genier, 1999). Le réseau de la santé et des services sociaux, et la collectivité dans son ensemble, doivent prévoir des mesures pour soutenir les proches. Cette aide est essentielle non seulement comme mesure de solidarité sociale, mais pour prévenir la fatigue, le stress et l'épuisement des proches. Lorsque des familles vivent de telles situations, les conséquences peuvent être désastreuses pour elles. De plus, ces situations se traduisent généralement par une nouvelle demande de services dans le système de soins, d'où la nécessité de considérer la personne aidante comme un usager, au même titre que la personne en perte d'autonomie. S'assurer du consentement de la personne aidante, surtout lorsque la personne aidée a besoin de soins de plus en plus importants, est primordial. De même, il convient de préciser la responsabilité des professionnels en ce qui a trait au suivi et au soutien de l'aidant. Entre 2006 et 2010, 2500 places d'accueil de jour et 1100 places d'hébergement temporaires devraient être créées, au niveau national, pour permettre aux aidants familiaux de récupérer.

De manière un peu schématique mais toutefois assez habituelle, on considère que les hospitalisations de personnes âgées relèvent soit de considérations médicales, soit de considérations sociales, soit des deux. La plupart du temps, le caractère éventuellement injustifié de l'hospitalisation se définit implicitement par rapport à des critères médicaux. Les hospitalisations pour raisons « médicales » seraient utiles. Celles pour raisons « sociales » ne le seraient pas et devraient alors être évitées en raison de leur coût. La question serait alors de savoir quelle dose de médical il convient d'avoir pour parler d'utilité à l'occasion d'une hospitalisation, dans la mesure où les hospitalisations à caractère social exclusif paraissent très peu nombreuses en pratique. En fait, une hospitalisation pour des motifs a priori sociaux conduit à s'interroger aussi sur l'état de santé de la personne âgée. La justification médicale est alors presque toujours présente, même si elle n'apparaissait pas à l'origine. Cette utilité médicale justifierait ainsi quasi systématiquement toute hospitalisation de personne âgée quel qu'en soit le motif initial. La distinction entre médical et social apparaît ainsi réductrice par rapport à la complexité des situations conduisant à l'hospitalisation d'une personne âgée. Ce n'est pas nécessairement en cherchant à tout prix à « médicaliser » la justification de l'hospitalisation des personnes âgées, souvent pour des raisons économique administratives (course aux points ISA), qu'on définira le mieux leur utilité intrinsèque.

Dans l'axe du temps, une perte d'autonomie est toujours précédée par une ou des pathologies (organiques ou psychiques...) ; les réponses sociales apportées sont sensées s'adapter à l'état d'autonomie, et à ses fluctuations. Mais l'insuffisance des moyens sociaux notamment (structures et / ou procédures) conduit trop souvent le secteur médical à répondre seul à ces situations complexes, en particulier en situation de crise ou d'urgence. Une hospitalisation gériatrique doit en fait s'appuyer sur une analyse bénéfice risque. Toute hospitalisation de personne âgée comporte des risques iatrogènes, soit du fait des éventuels actes médicaux pratiqués, soit du fait même de l'hospitalisation qui peut entraîner, par exemple, des phénomènes de désorientation ; Décider d'une hospitalisation consiste donc à apprécier la balance entre les bénéfices escomptés et les risques encourus. Une hospitalisation utile est donc celle dont les bénéfices sont supérieurs aux risques. A l'inverse, une hospitalisation est inadaptée si les risques courus sont supérieurs aux bénéfices escomptés pour la personne, directement ou indirectement. Une telle définition inclut la dimension médicale mais également les autres types de préoccupation, y compris d'ordre économique. Elle permet également de prendre en compte tous les points de vue. Ainsi, une hospitalisation sera utile si elle correspond à la nécessité de permettre au conjoint ou à l'entourage de « souffler » un peu pour leur permettre de continuer ensuite un accompagnement à domicile.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de diminuer le caractère «inadapté» d'une hospitalisation si elle est discutée.

Mais le bénéfice, ou le risque, se détermine également en fonction de l'existence de solutions alternatives à l'hospitalisation. Une hospitalisation inadaptée peut-être une hospitalisation évitable dans la mesure où il existe des modalités de prise en charge plus appropriées, c'est-à-dire présentant un meilleur apport bénéfice risque. Cette appréciation peut concerner le principe même de l'hospitalisation, mais aussi ses modalités ou sa durée.

Dans notre étude, un séjour prolongé diminue le risque de réhospitalisation.

La définition de la durée d'hospitalisation à partir d'un seul séjour est souvent considérée comme insuffisante. Il est fondamental de prendre en compte cette donnée dans toute analyse de durée d'hospitalisation chez les sujets âgés : des mesures draconiennes incitant à abrégé artificiellement les durées de séjour pourraient amener à des retours au domicile hâtifs, voués à l'échec, et amenant à des ré hospitalisations.

Nos résultats pourraient d'ailleurs illustrer les travaux de Rubenstein (48) : il a démontré qu'une hospitalisation initiale plus longue, mais associée à une prise en charge gérontologique spécifique pourrait être en fait un facteur de réduction des hospitalisation ultérieures.

5. CONCLUSION

Finalement notre étude a permis de confirmer le rôle, déjà connu en court séjour, de deux facteurs de fragilité dans la prolongation d'une hospitalisation en SSR : **la dépendance physique et l'isolement familial**.

En effet, Winograd (19) avait déjà déterminé les 15 critères de fragilité prédictifs d'hospitalisation prolongée, de mortalité, d'institutionnalisation, de perte de fonction :

- **65 ans et plus**
- **accident cérébro-vasculaire, maladie chronique et invalidante**
- **confusion, dépression**
- **démence**
- **troubles de la mobilité, dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne**
- **chute dans les trois mois**
- **alitement prolongé**
- **escarres**
- **malnutrition, perte de poids et d'appétit**
- **polymédication**
- **déficit sensoriel (vision, audition)**
- **problèmes socio-économiques et familiaux**
- **utilisation de contention**
- **incontinence**
- **hospitalisation non programmée dans les trois mois**

En revanche, notre étude ne nous permet pas de juger la pertinence de ces hospitalisations prolongées.

Dans tous les cas, la durée de séjour doit être **celle qui convient au patient**, non celle qui convient uniquement à l'hôpital : elle ne doit pas mettre en danger l'état physique ou psychique des malades.

Les déterminants qui influencent les durées de séjour ne peuvent généralement pas être modifiés par les établissements hospitaliers. A défaut d'agir sur les déterminants eux-mêmes, l'hôpital doit aujourd'hui s'adapter.

L'enjeu essentiel n'est pas de modifier la durée d'hospitalisation ou les coûts, mais surtout d'augmenter **la qualité du suivi à domicile** sans rupture de prise en charge pour les médecins de famille, les équipes soignantes qui interviennent à domicile et les aidants familiaux

principaux, tout en réduisant à moyen terme le déclin fonctionnel. Pour être pertinente, l'approche de la dépendance doit être globale en envisageant le domaine physique, le domaine psychique/mental, le domaine social, l'environnement physique (cadre de vie, habitat, ...) et le domaine économique. Cette globalité implique une coordination des soins et des aides au sein de réseaux gérontologiques. Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter. En effet, les personnes âgées préfèrent être soignées chez elles, la limitation des ruptures avec leur environnement faisant partie de la qualité des soins. Le maintien à domicile d'une personne âgée fragile pourrait être facilité par le développement de nouvelles places d'hospitalisation à domicile. Les soins de réhabilitation et d'accompagnement dispensés actuellement principalement dans les services de SSR pourraient se développer en HAD, alternative économique pour les financeurs publics. De même, l'hospitalisation de jour une autre alternative à l'hospitalisation classique pourrait être développée afin d'éviter ou réduire la durée d'hospitalisation des personnes âgées (ordonnance Juppé 1996). La mise en place de ces alternatives est cependant conditionnée par la présence d'un aidant, l'hospitalisation restant encore la seule solution pour une personne âgée isolée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lombrail. Les éléments de la "performance" hospitalière. Les conditions d'une comparaison. Etudes et résultats. 1999;42.
2. Hirsch. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients
J Am Geriatr Soc. 1996;38:1296-303
3. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee Première 2006;1089.
4. Allonier C. health care and insurance survey 2004. questions d'économie de la santé IRDES. 2006;110.
5. Helmer C, Joly P, Letenneur L, Commenges D, Dartigues JF. Mortality with dementia: results from a French prospective community-based cohort. Am J Epidemiol. 2001 Oct 1;154(7):642-8.
6. Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. Rev Neurol (Paris). 2003 Apr;159(4):405-11.
7. Anaes. prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés 2003.
8. Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four Instrumental Activities of Daily Living Score as a predictor of one-year incident dementia. Age Ageing. 1993 Nov;22(6):457-63.
9. Emeriau JP, Fourrier A, Dartigues JF, Begaud B. [Drug prescriptions for the elderly]. Bull Acad Natl Med. 1998;182(7):1419-28; discussion 28-9.
10. • D. Bouget RT. Enquête Cnav. Le prix de la dépendance échantillon de 1 000 personnes âgées vivant à domicile ou en logement-foyer dans deux départements français Doubs et Loire-Atlantique 1989.
. La Documentation française ,Le Prix de la dépendance. 1990.
11. Palach. Une société pour tous les âges. Rapport n° 1999126. 1999.
12. Bontout O. "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" Études et résultats - 2002;N° 160.

13. Weber A. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. *Etudes et résultats*. 2005;388.
14. Champion EW. The value of geriatric interventions. *N Engl J Med*. 1995 May 18;332(20):1376-8.
15. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med*. 1992 Feb;8(1):1-17.
16. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. [Individualization of the frail elderly people and use of health care services]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2003 Sep;1(3):187-96.
17. Sauvel C, Barberger-Gateau P, Dequae L, Letenneur L, Dartigues JF. [Factors associated with a 1-year development in the functional autonomy of elderly persons living at home]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1994;42(1):13-23.
18. Hebert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Am J Epidemiol*. 1999 Sep 1;150(5):501-10.
19. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Jr., Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Aug;39(8):778-84.
20. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999 Jan 16;353(9148):205-6.
21. Labet T, B J. Les urgences gériatrique médicales en hôpital général pour une meilleure prise en charge. *Rev Geriatr*. 1995;20(471-480).
22. McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial. *Ann Intern Med*. 1989 Jan 1;110(1):79-84.
23. Cusin C, Stuckelberger A, Vuilleumier J, Michel JP. [Discharge from a geriatric hospital: return home or placement in a home for the aged. Prospective study of factors forecasting the destination]. *Rev Med Suisse Romande*. 1991 Mar;111(3):257-65.
24. Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med*. 1990 May 31;322(22):1572-8.
25. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med*. 1995 May 18;332(20):1338-44.

26. Maguire PA, Taylor IC, Stout RW. Elderly patients in acute medical wards: factors predicting length of stay in hospital. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 May 10;292(6530):1251-3.
27. Evans RL, Hendricks RD, Lawrence KV, Bishop DS. Identifying factors associated with health care use: a hospital-based risk screening index. *Soc Sci Med*. 1988;27(9):947-54.
28. Holstein J. Facteurs explicatifs du devenir et de la durée de séjour dans une unité de court séjour gériatrique. *Sciences sociales et santé*. 1995;13:46-79.
29. Tran B, Zureik M, Davido A, Levy A, Trouillet JL, Lang T, et al. [Hospital discharge planning and length of hospital stay in elderly patients admitted through the emergency department]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1995;43(4):337-47.
30. Lang PO, Heitz D, Hedelin G, Drame M, Jovenin N, Ankri J, et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Jul;54(7):1031-9.
31. Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Jun;48(6):618-24.
32. Fulop G, Strain JJ. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991 Apr;42(4):389-94.
33. Saravay SM, Kaplowitz M, Kurek J, Zeman D, Pollack S, Novik S, et al. How do delirium and dementia increase length of stay of elderly general medical inpatients? *Psychosomatics*. 2004 May-Jun;45(3):235-42.
34. Barberger-Gateau P, Dabis F, Moise A, Gimbert M, Galley P, Salamon R. [Factors related to length of hospitalization of elderly patients during short stay]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1987;35(6):463-73.
35. Lamont CT, Sampson S, Matthias R, Kane R. The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1983 May;31(5):282-8.
36. Epstein AM, Stern RS, Tognetti J, Begg CB, Hartley RM, Cumella E, Jr., et al. The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups. *N Engl J Med*. 1988 Jun 16;318(24):1579-85.
37. Holstein J, O D, Taright N, Leroux V. Analyse des données PMSI en SSR- Présentation de OAP SSR. *Gestions hospitalières*. 2002;418:527-33.

38. Mayeux R, Denaro J, Hemenegildo N, Marder K, Tang MX, Cote LJ, et al. A population-based investigation of Parkinson's disease with and without dementia. Relationship to age and gender. *Arch Neurol.* 1992 May;49(5):492-7.
39. Mushlin AI, Black ER, Connolly CA, Buonaccorso KM, Eberly SW. The necessary length of hospital stay for chronic pulmonary disease. *Jama.* 1991 Jul 3;266(1):80-3.
40. Quantin C, Entezam F, Bourdais C, Moreau T, Brunet-Lecomte P, Bouzelat H, et al. [Modelling of length of stay and costs in 2 homogeneous groups of hematological and pneumological patients: clinical characterization of patients with long-stay and high costs]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1997 Apr;45(2):117-30.
41. Saint Jean S. PMSI en SSR. *Rev Geriatr.* 1998;23:281-6.
42. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Mar;44(3):251-7.
43. Holstein J. Evaluation de l'autonomie fonctionnelle en soins de suite. *Santé Publique.* 2006;18:235-44.
44. Glass. the 4 score : an index for predicting a patient's non medical hospital days. *Am J Public Health.* 1977;67:751-5
45. Farag RR, Tinker GM. Delay in discharge of patients from an acute geriatric unit. *Health Trends.* 1985 May;17(2):41.
46. Nidegger D. Trajectoire de soins intra-hospitalière des patients en attente de placement dans un service de soins de suite et de réadaptation du CHU de Reims en 2005. 2005.
47. Mathy C, B M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *Journal d'économie médicale.* 2002;20:263-78.
48. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984 Dec 27;311(26):1664-70.

NOM : CUREC

PRENOM : Anne

Titre de thèse : Etude descriptive des séjours longs en soins de suite et de réadaptation gériatriques au CHU de Nantes

RESUME

. Avec le développement de l'évaluation de l'activité dans les établissements de santé et la diffusion du PMSI, la durée de séjour est devenue une variable de premier ordre, au cœur des nouveaux modes d'administration dans les établissements de santé. Les hospitalisations prolongées ont fait l'objet de nombreuses études en court séjour mais jamais dans les services d'aval, les SSR. C'est dans ce contexte que notre étude a choisi de décrire les séjours longs dans deux services de SSR gériatriques. Le degré de dépendance physique et l'absence d'aidant apparaissent être les deux principaux facteurs prédictifs d'hospitalisation prolongée. Ces résultats concordent avec les études précédentes en court séjour.

MOTS-CLES

PMSI-SSR - Durée Moyenne de Séjour- dépendance – aidant - personne âgée fragile