



GÉRIATRIE 2011

LIVRE BLANC
de la Gériatrie Française



Composition du comité de pilotage du Livre Blanc

Claude Jeandel, coordonnateur scientifique

Jean-Pierre Aquino

Gilles Berrut

Philippe Chassagne

Jean-Paul Emeriau

Nathalie Maubourguet

Geneviève Ruault

Michel Salom

Le comité de pilotage s'est réuni les 11 mars 2010, 12 avril 2010, 17 mai 2010, 31 août 2010, 16 décembre 2010, 20 janvier 2011, 22 mars 2011, 21 juillet 2011 au siège de la Fédération Hospitalière de France (FHF) – rue Cabanis à Paris.

Merci à la FHF pour la mise à disposition de ses salles.

Le comité de pilotage remercie tout particulièrement les médecins gériatres, experts et personnalités qui ont participé à la rédaction de ce Livre Blanc, en particulier les chefs de rubrique et relecteurs :

Joël Ankri

Joël Belmin

Xavier Gervais

François Piette

Les deux enquêtes ont été réalisées
par les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) de Bretagne et d'Aquitaine :

- Isabelle Tron, directrice de l'ORS de Bretagne

- André Ochoa, directeur de l'ORS d'Aquitaine

- Nadine Scandella, démographe (ORS d'Aquitaine)

- Léna Pennognon, expert démographe (ORS de Bretagne)

La coordination et la logistique ont été assurées par **ESVproduction**

276 rue Lecourbe 75015 - PARIS :

Marc Bonnel, directeur, gérant

Contact téléphonique : 06 08 51 35 96

Pascal Lacoste, directeur de production

Conception – Réalisation – Impression : **36nco.com**



Cet ouvrage a été réalisé à l'initiative
du COLLEGE PROFESSIONNEL DES GERIATRES FRANÇAIS, organisme
représentatif des quatre instances nationales de la gériatrie :

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de GÉRIATRIE et GÉRONTOLOGIE
(SFGG)**

**COLLÈGE NATIONAL
des ENSEIGNANTS-CHERCHEURS
de GÉRIATRIE
(CNEG)**

**SYNDICAT NATIONAL
de GÉRONTOLOGIE CLINIQUE
(SNGC)**

**FÉDÉRATION FRANÇAISE des ASSOCIATIONS
de MÉDECINS COORDONNATEURS en EHPAD
(FFAMCO-EHPAD)**

Table des matières

Prologue : Le grand âge, une découverte collective

par Marc-Olivier Padis – rédacteur en chef de la revue ESPRIT8

Préface : Pourquoi un second Livre Blanc

de la gériatrie française ? *par Claude Jeandel*14

I. Les besoins de santé face au vieillissement

de la population française17

De l'intérêt des grandes bases de données pour l'étude

de santé des personnes âgées *par Joël Ankri*.....22

Etat de santé des personnes âgées *par Catherine Sermet*.....30

Démographie et santé du grand âge *par Jean-Marie Robine*.....38

II. Les réponses aux besoins de santé liés au vieillissement53

Domaines, champs et spécificités de l'activité gériatrique

par Jean-Pierre Aquino et François Piette54

L'offre de soins71

Les spécificités de l'offre de soins gériatrique

en établissement de santé *par Claude Jeandel*72

Le court séjour gériatrique *par Muriel Rainfray*.....74

Les établissements et services médico-sociaux

*par Marie-Pierre Hervy, Xavier Gervais, Nathalie Maubourguet,
Stephan Meyer et Bernard Oddos*.....78

Les personnes âgées prises en charge par les services de soins
à domicile (SSIAD) et en hospitalisation à domicile (HAD)

par Joël Ankri.....88

III. Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie	94
Coordination scientifique : <i>Claude Jeandel</i>	
Travail collectif sous l'égide du collège professionnel des gériatres français (CPGF)	95
 IV. Enquêtes réalisées par les ORS d'Aquitaine et de Bretagne	 127
-Volet 1 : sur l'exercice quotidien du gériatre auprès de 1 800 médecins gériatres dans le cadre de 1 234 consultations de patients âgés	129
-Volet 2: dans 7 des 9 segments de l'activité gériatrique	152
 V. Formation des gériatres	 269
L'enseignement de gériatrie à la faculté : où en sommes-nous ? <i>par Philippe Chassagne</i>	270
L'enseignement de la gériatrie au cours du troisième cycle des études médicales, le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de Gériatrie et le projet de DES de gériatrie <i>par Philippe Chassagne</i>	271
La capacité de gérontologie <i>par Pierre Pfitzenmeyer (†) et Claude Jeandel</i>	273
La Formation Médicale Continue en gériatrie : les Diplômes d'Université (DU) et les formations courtes <i>par Joël Belmin</i>	276
La formation des médecins coordonnateurs d'EHPAD <i>par Xavier Gervais et Claude Jeandel</i>	282
Comment anticiper les besoins futurs en médecins qualifiés en gériatrie ? <i>par Claude Jeandel</i>	286

VI. La recherche clinique	288
La recherche clinique en gériatrie en France	
<i>par Joël Belmin</i>	289
VII. Conclusion	293
<i>par Claude Jeandel – Président du Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF)</i>	
- Gilles Berrut – <i>Président de la Société Française de Gériatrie et de Gériatologie (SFGG)</i>	
- Philippe Chassagne – <i>Président du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG)</i>	
- Michel Salom – <i>Président du Syndicat National de Gériatologie Clinique (SNGC)</i>	
- Nathalie Maubourguet - <i>Présidente de la Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD)</i>	
Annexes	294
1. Le Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF)	
2. La Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG)	
3. Le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG)	
4. Le Syndicat National de Gériatologie Clinique (SNGC)	
5. La Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD)	
6. MobiQual <i>par Geneviève Ruault</i>	



» Prologue

Le grand âge, une découverte collective

Marc Olivier Padis,

rédacteur en chef de la revue ESPRIT

La vieillesse est une expérience personnelle, intime, qui change, parfois insensiblement, parfois brutalement, les perceptions fondamentales de l'espace et du temps. L'expérience de l'âge, avec la sensibilité changeante aux priorités de l'existence, transforme le rapport à soi, la perception de son corps, de ses capacités, de ses désirs. Mais cette reformulation du souci de soi, souvent vécue dans la solitude, relève aussi d'une expérience collective en pleine transformation.

La perspective d'une vie plus longue change assurément les anticipations de chacun sur son avenir personnel mais elle transforme aussi l'ensemble des relations entre les âges et entre les générations. C'est pourquoi il ne faut pas retenir des chiffres de la démographie uniquement la progression moyenne de l'espérance de vie ou la part des personnes âgées dans la population globale. Derrière les statistiques se joue une recomposition d'ensemble des relations intergénérationnelles mais aussi du rapport

homme-femme, de l'idée de parcours de vie et des solidarités qui s'instaurent de manière privée ou collective. Le débat public sur le vieillissement se limite le plus souvent à des arguments d'experts sur les coûts des changements démographiques, au risque, trop souvent, d'instrumentaliser l'inquiétude sur l'« impossible » équation financière qui serait à notre charge. C'est ainsi qu'on tourne une bonne nouvelle – la progression de l'espérance de vie, et qui plus est, de l'espérance de vie en bonne santé – en angoisse collective de l'avenir...

Les changements sociaux liés à la vieillesse ne se limitent pas au vieillissement global de la population ou à l'augmentation du nombre de centenaires. Le mouvement en cours, d'ailleurs, ne se poursuivra sans doute pas indéfiniment⁽¹⁾. Pour la première fois dans un pays développé, on a mesuré cette année une baisse de l'espérance de vie aux États-Unis. Alors que les médias parlent volontiers des utopies du « trans-humanisme », qui promettent, grâce à

1. Voir Jacques Vallin et France Meslé, « Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? » Population et sociétés, n° 473, décembre 2010.

toutes sortes de prothèses promises par les biotechnologies, un recul indéfini de la mortalité, il apparaît plus prosaïquement que le stress de la vie urbaine, la dégradation de l'environnement, les effets de l'alimentation industrielle et la dégradation du niveau de vie risquent de faire plafonner les gains d'espérance de vie.

Changement du cycle de vie

Ce qu'on appelle le «vieillessement» est, à bien des égards, un rajeunissement : à âge égal, on vit mieux, sans maladie invalidante, en étant plus actif, avec un niveau de vie plus favorable que les générations précédentes. C'est donc plus exactement notre rapport à l'âge qui se transforme, à tous les moments de la vie. Il s'individualise en partie, puisque l'état d'esprit de deux personnes du même âge peut être très différent selon qu'elles sont actives ou non, en bonne santé ou non, seules ou entourées etc. L'âge, à lui seul, décrit désormais assez mal la situation d'une personne. On l'a vu au moment du débat sur les retraites : le couperet de l'âge, par exemple 62 ans, apparaît absurde et injuste, tant les situations professionnelles et personnelles sont variables malgré l'appartenance à une cohorte commune. On le voit aussi dans le débat sur la distinction entre handicap et dépendance, où intervient le critère d'âge des 60 ans. C'est désormais une difficulté des politiques publiques, qui reposent en grande partie sur la catégorisation des ensembles de populations à partir de l'âge, que cette inadéquation de l'âge et des situations individuelles. On peut évoquer les mêmes difficultés dans les politiques de la jeunesse, avec des seuils très marqués du point de vue des catégories administratives (et la grande césure du passage

à la majorité à 18 ans) et des situations personnelles fluides, faites d'aléas et de trajectoires en boucles plutôt que de parcours linéaires. Si l'âge constitue un outil en apparence objective, il est aussi largement trompeur au sens où il n'appréhende les situations personnelles que de manière approximative.

Notre rapport à l'âge ne change pas seulement « en bout de course » : c'est l'ensemble du parcours de vie qui se transforme dès la naissance et qui redéfinit les étapes, de la jeunesse à la maturité, chaque moment de la vie appelant aujourd'hui des définitions nouvelles. L'adolescence commence plus tôt (l'âge de la puberté est avancé), se prolonge et se diffuse au sein de la vie adulte. Les grands seuils qui marquent l'entrée dans la vie adulte (décohabitation, entrée dans le monde du travail, procréation...) sont désynchronisés, les calendriers se décalent, les temps de loisir et de travail, d'activité et d'inactivité, interfèrent les uns avec les autres. Cela ne veut pas dire que les étapes disparaissent mais que les parcours ne sont pas synchrones.

L'âge reçoit également une nouvelle signification du fait du décalage de genre. L'écart de l'espérance de vie entre homme et femme n'est qu'un signe d'un déphasage qui commence dès la jeunesse. Les parcours se différencient très vite en raison du rapport aux études (que les filles mènent moins loin bien que les résultats scolaires soient meilleurs jusqu'au bac), de l'entrée dans la vie active, de l'expérience de la maternité, du partage des tâches domestiques, de l'écart de progression professionnelle. La prise en charge des activités de soin, nous y reviendrons, de la petite enfance à la dépendance, marque plus que jamais les inégalités de genre.

Cette relativisation des âges change enfin les relations entre les générations. Dans le monde de l'État-providence, la solidarité entre les générations s'est réorganisée. En l'absence de transferts sociaux, on attendait des enfants qu'ils soutiennent leur parent dans le grand âge. Les jeunes générations remboursaient ainsi leur dette, et rendaient à leurs aînés ce qu'ils avaient reçu d'eux au cours de leur éducation. En créant des mécanismes collectifs de transferts liés à la protection contre l'inactivité (en cas de maladie, de chômage ou d'entrée dans la retraite), l'État-providence change la signification des échanges : le rapport filial est remplacé par une solidarité entre actifs et inactifs, entre biens portants et malades. Les transferts socialisés sont simultanés (et non différés) : il ne s'agit plus de rendre ce qu'on a reçu mais de répartir des cotisations et des prestations en temps réel au sein de la population. Un tel système, cependant, ne neutralise pas les effets générationnels car le soutien aux inactifs et aux malades concerne bien en grande partie les retraités et les personnes âgées. L'efficacité de notre système de redistribution et les changements de la démographie font d'ailleurs des personnes âgées des bénéficiaires nets de notre système de redistribution, alors même que les déficits récurrents mettent en doute la survie de ces institutions : le système de retraites, par exemple, va-t-il se maintenir et bénéficier demain à ceux qui commencent à cotiser aujourd'hui ? Le difficile maintien des transferts entre actifs et inactifs se fait au détriment des entrants dans la vie active, les jeunes qui, faute d'accès au travail, ne

sont pas encore entrés dans ce système d'échanges. En contrepartie, ce sont les transferts familiaux privés, des parents aux enfants ou des grands-parents aux petits enfants, qui permettent de soutenir les parcours juvéniles et éviter, quand ils le peuvent, une paupérisation des jeunes⁽²⁾. Une telle analyse en termes d'équité intergénérationnelle a le mérite d'attirer l'attention sur les difficultés de l'entrée des jeunes dans la vie active, difficultés qui fragilisent à terme l'ensemble des mécanismes de transfert qui reposent sur le travail. Ils encouragent également un discours plus polémique à l'encontre de la génération du baby-boom, qui découvre aujourd'hui progressivement le vieillissement, dont l'ensemble du parcours a été facilité et soutenu par l'État-providence, qui profite aujourd'hui à plein des budgets publics mais qui laisse derrière elle un système endetté et fragilisé. En objectivant ces déséquilibres, on pourrait encourager une « guerre des âges » ou un nouveau « conflit des générations » opposant des jeunes actifs, frappés de plein fouet par l'entrée dans le monde post-industriel, dont les parcours ne se font pas selon les normes de l'État-providence (emploi stable, progression continue des carrières...) aux générations aujourd'hui inactives dont le revenu est garanti par des caisses dont le déficit chronique sera pris en charge par les nouveaux entrants. Ce type de calcul, s'il permet de mettre en lumière des déséquilibres sociaux dont on ne veut guère parler, reste incomplet et, de ce fait, contestable. On peut en effet donner une photographie des transferts entre générations tels qu'ils fonctionnent

2. Louis Chauvel, *le Destin des générations*, Paris, Puf, 1998. Claudine Attias-Donfut, « Rapports de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale », *Revue française de sociologie*, n° 41-4, 2000 ; Luc Arrandel et André Masson, « Solidarités publiques et familiales », dans Daniel Cohen (sous la dir. de), *Une jeunesse difficile. Portrait économique et social de la jeunesse française*, Paris, Éd. rue d'Ulm, 2006 ; André Masson, *Des Liens et des transferts entre génération*, Paris, EHESS, 2009

actuellement. Mais pour déterminer s'ils sont inévitables, il faudrait en effet pouvoir faire un bilan de l'ensemble des échanges par générations, c'est-à-dire se placer dans une position temporelle qui nous est inaccessible. Les tendances actuelles ne sont pas bonnes mais l'heure n'est pas au bilan. Il faudrait en outre mettre au crédit des générations âgées les inventions, découvertes, transmission du patrimoine qui contribuent aujourd'hui au bien-être des jeunes générations... et à leur débit la dégradation de l'environnement, du climat, la consommation des matières premières non-renouvelables... L'impossibilité d'un tel bilan comptable nous incite donc à retrouver l'inspiration de la première philosophie sociale de la République, le solidarisme⁽³⁾. Celle-ci considérerait en effet qu'à une représentation en termes de conflits sociaux, il fallait substituer une pensée de la dette, dette constituée par les biens (y compris immatériels) que les générations avant nous ont accumulé : nous entrons dans l'existence démunis de tout mais entourés d'un monde que nous n'avons pas créé et que nous devons à notre tour transmettre à nos héritiers. On ne peut donc pas mettre en équation ce que deux générations se doivent en comptabilisant combien les parents et les enfants ont reçu et donné. Le circuit de la dette fonctionne en trois temps : on ne rend pas à ses parents ce qu'on a reçu d'eux, on le transmet à ses enfants. Ce n'est pas du donnant-donnant, c'est un passage de témoins. On donne parce qu'on a reçu, on reçoit parce qu'on donnera à son tour.

On ne rembourse donc pas la génération précédente autrement qu'on prenant en charge celle qui suit. La question n'est donc

pas de savoir si les jeunes rendent à leurs aînés ce qu'ils ont reçu, ni s'ils recevront autant qu'ils ont donné mais si l'échange social permet de passer un héritage de ceux qui ne sont plus là vers ceux qui ne sont pas encore nés. Il faut la pérennité de l'État pour organiser le transfert et l'équilibre dans le temps d'un échange dont le terme est toujours différé.

On ne rend pas à ses parents ce qu'on a reçu d'eux, on le transmet à ses enfants

Ces réflexions sur l'équité intergénérationnelle montrent aussi la limite de la lecture de la solidarité par les transferts financiers. Avec le vieillissement, on prend en effet mieux la mesure d'un autre enjeu de la prise en charge des personnes, qui ne relève pas seulement du versement d'une prestation. La dépendance du grand âge, notamment, suppose en effet toujours une intervention personnelle, un échange de proximité, une relation de soin, parfois avec une implication des proches, parfois par l'intervention d'un professionnel, parfois à domicile, parfois en institution, le plus souvent les deux à la fois, successivement ou alternativement.

La prise en compte de la question du soin dépasse l'identification d'un public spécifique qui serait la cible d'un dispositif particulier : elle invite à prendre en compte la

3. Voir Serge Audier, La Pensée solidariste. Aux sources du modèle social républicain, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2010

variété et la richesse des relations mutuelles qui se tissent entre personnes engagées dans une relation de soin. C'est pourquoi, il convient d'accorder aussi une attention aux « aidants », dont la situation, la disponibilité, la capacité à faire face aux difficultés est le plus souvent déterminante pour les personnes aidées. Une politique du soin doit donc aussi porter sur les aidants, ou plutôt s'intéresser à eux comme aux personnes dépendantes, pour ne pas isoler, dans le soin, un « prestataire » et un « bénéficiaire ». Il s'agit au contraire de prendre en compte une relation mutuelle à considérer comme un tout.

Construit à partir des situations professionnelles, notre système d'État-providence reste marqué par une conception de l'autonomie directement liée à l'engagement dans le travail. Le travail est facteur d'autonomisation parce qu'il donne lieu à un revenu, qui permet l'indépendance financière, mais aussi parce qu'il vise un accomplissement de soi à travers une tâche et une contribution à l'utilité sociale commune. L'interruption du travail, et du revenu auquel il donne lieu, est compensée, en cas de maladie, d'accident du travail ou de chômage, par une prestation monétaire : telle est la base de notre système de protection. Mais ces situations d'interruption du travail, envisagées comme temporaires (la retraite constitue, de ce point de vue, une situation un peu différente) ne prennent en compte la fragilité de la personne que relativement à l'autonomie dont il est présumé capable à travers son travail. La solidarité est donc toujours liée à un projet d'émancipation, lui-même articulé sur la force potentiellement libératrice

du travail (même si cela doit donner lieu à des luttes collectives, syndicales ou politiques).

On peut critiquer cette idée de l'autonomie en remarquant que cette représentation de l'émancipation repose sur l'occultation des processus par lesquels chacun peut devenir un sujet indépendant : les soins primaires, l'éducation, les tâches ordinaires de la vie quotidienne essentiellement prises en charge par les femmes dans notre contrat de genre. Autant de travaux peu reconnus, souvent invisibles et dévalorisés. Le mythe de l'individu autosuffisant est par excellence masculin. Il illustre un regard sur la vie sociale qui tient pour négligeables les situations d'apprentissage, de dépendance et de vulnérabilité.

Cela ne signifie pas qu'il faudrait abandonner l'idéal d'autonomie mais qu'il convient d'en construire une compréhension moins abstraite. L'autonomie ne disparaît pas, en effet, pour les personnes dépendantes. Elle se maintient tout d'abord, à titre de règle morale, pour le respect de la personne, dans l'éthique médicale, par-delà toutes les situations de vulnérabilité ou de défaillance du sujet. Mais, même pour les situations plus ordinaires de dépendance, l'autonomie ne disparaît jamais complètement. Il ne s'agit plus, simplement, d'une autonomie conçue comme capacité à se délier des autres. La question est souvent plus concrète : comment mener à bien par soi-même les actes essentiels de la vie quotidienne ? C'est l'autonomie comme capacité à accomplir une tâche, une action vitale sans dépendre de l'intervention d'un tiers. Ici, l'autonomie ne se

présente pas comme un bloc, elle n'est possible ou en échec que relativement à un objectif. C'est pourquoi, la plupart des situations de dépendance renvoient à un mixte de fragilité et de capacité d'agir. Le travail du soin consiste justement à aider les personnes fragiles à faire par elles-mêmes ce dont elles sentent encore capables de faire, à ne pas les déposséder de leurs gestes, à mettre en œuvre leur capacité d'agir. Prendre soin, c'est donc le contraire du « maternage » ou de l'infantilisation, il s'agit au contraire de toujours viser l'autonomie, tout en acceptant que celle-ci soit en construction ou limitée. Elle suppose donc un savoir-faire particulier, bien différent de l'acte médical qui guérit (« to cure » en anglais, d'où le jeu de sonorités dans l'opposition avec « to care ») fait d'intervention et d'accompagnement, où il faut autant valoriser la capacité d'agir de la personne aidée qu'accomplir des tâches d'aide. Et la personne aidée doit tout autant à la fois accepter l'aide qui lui est apportée et maintenir des projets autonomes, même si ceux-ci doivent se réajuster au changement des capacités.

La question du soin, on le voit, nous rappelle que la solidarité ne doit pas être réduite à des débats sur le financement et les dispositifs, aussi importants soient-ils. Elle nous invite aussi à considérer avec prudence les sempiternels discours généraux sur les ravages de l'individualisme dans la société contemporaine. Trop général, le diagnostic est aussi partial : il laisse délibérément de côté tous les actes de solidarité concrète, mais aussi d'interdépendance subie, qui apparaissent dans le travail de soin et d'aide aux personnes fragiles. Pire : il contribue à laisser dans

l'ombre ces actes, ces situations d'entraide longtemps négligées et méprisées. Reconnaître le travail de soin est donc un impératif à double sens. Il signifie tout d'abord accorder une plus grande reconnaissance, notamment professionnelle, aux personnes engagées dans la relation de soin. Mais il demande aussi, plus empiriquement, de commencer par décrire le soin tel qu'il existe déjà concrètement, accepter d'ouvrir les yeux pour reconnaître que personne, aussi indépendant qu'il se pense, ne vit sans relations – des relations multiples qui tissent ensemble la richesse des échanges sociaux. ▀





» Préface

Pourquoi un second livre blanc de la gériatrie française ?

Pr Claude Jeandel, *Coordonnateur Scientifique du Livre Blanc Président du Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF)*

Spécialité médicale officiellement reconnue en France en 2004, année de parution du premier livre blanc, la gériatrie, médecine plus particulièrement orientée vers les patients âgés de 75 ans et plus, trouve ses champs d'application dans l'évaluation des risques et la prévention, dans le contrôle et le suivi des affections chroniques dont la prévalence augmente avec l'avance en âge, dans les urgences médicales et sociales, dans les différentes dimensions du soin et dans l'accompagnement de fin de vie. La gériatrie vise à apporter une réponse adaptée à des besoins pluriels résultant de la polypathologie et à assurer une continuité de prise en charge dans un objectif de réinsertion dans le milieu de vie antérieur.

La gériatrie développe une vision holistique, scientifique et éthique du contrat médical noué avec le patient, contrat individuel mais lié à la réalité collective, et conscient de la finitude de la vie et des ressources individuelles. Elle dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer leur qualité de

vie et leur autonomie. Elle ne peut donc s'accomplir pleinement que dans une approche multiprofessionnelle et interdisciplinaire.

L'objectif que visent les deux premiers chapitres de ce Livre Blanc est de présenter les besoins de santé actuels et futurs au regard du vieillissement démographique de la population française et les réponses à apporter face aux besoins de santé liés au vieillissement. Les différentes structures sanitaires et médico-sociales, hospitalières et ambulatoires, impliquées dans ce dispositif sont ainsi présentées dans le deuxième chapitre de ce Livre Blanc.

Depuis 2004, suite aux conséquences dramatiques de la canicule qui ont révélé les insuffisances quantitatives et qualitatives de nos dispositifs de prise en charge des personnes âgées et tout particulièrement des plus vulnérables d'entre elles, une organisation des soins mieux adaptée aux problématiques gériatriques a pu être mise en œuvre. Cette évolution significative est inscrite dans les différents rapports et plans de santé publics déployés au cours des 5 dernières années : le rapport de mission 2006 « un programme pour la gériatrie »,

le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, la circulaire 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, la circulaire 2007 relative au référentiel national des réseaux « personnes âgées », le Plan National « Bien Vieillir », le Plan national de développement des soins palliatifs, le Plan psychiatrie et de santé mentale, le déploiement des unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG) du Plan cancer, le rapport de mission 2009 « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD, le rapport de mission « vivre chez soi » 2010, et les 44 mesures du Plan Alzheimer 2008-2012. Riche de deux enquêtes réalisées par les Observatoires Régionaux de Santé d'Aquitaine et de Bretagne, ce second Livre Blanc présente pour la première fois un outil essentiel : le REFERENTIEL METIER de la spécialité de GERIATRIE.

Fruits d'un travail collectif de la discipline, ces enquêtes et l'élaboration du référentiel métier ont impliqué un grand nombre de collègues. Qu'ils en soient ici remerciés !

La première de ces enquêtes fournit des informations relatives aux modes d'exercice, aux activités et aux pratiques des gériatres, ainsi qu'aux modalités de leur formation.

La seconde enquête a pour finalité de préciser leurs pratiques dans le champ des principaux segments d'activité du métier de gériatre.

Le référentiel métier revêt plusieurs enjeux qui intéressent aussi bien les professionnels que les organisations :

- faire évoluer les métiers en termes de valorisation et de reconnaissance,
- se donner les moyens et l'opportunité de dynamiser les professions concernées,
- faire évoluer les contenus de la formation initiale et de la formation professionnelle,
- élaborer le référentiel de formation et de compétences

- mettre en place des Validations des Acquis de l'Expérience (V.A.E.).

Les derniers chapitres de ce nouveau livre blanc abordent la formation et la recherche. Notre discipline souhaite atteindre un niveau d'excellence et poursuivre son développement afin d'assurer la formation des futurs médecins, généralistes et spécialistes, et celle des futurs gériatres et des acteurs du soin spécifique au grand âge. Elle se doit également d'assurer l'accès à de nouveaux métiers (Médecin coordonnateur d'établissement pour personnes âgées dépendantes...) et la formation de cadres et d'enseignants de qualité. Elle se doit enfin, pour atteindre pleinement son développement, de promouvoir la recherche fondamentale, la recherche clinique et la recherche en Sciences Humaines et Sociales dans le domaine du vieillissement et des maladies associées au grand âge.

Plaidoyer pour une gériatrie de qualité au service de nos concitoyens, ce Livre Blanc a pour finalité de mieux faire connaître les spécificités et l'organisation de la gériatrie, ses forces et ses faiblesses, ses exigences et ses contraintes. Il vise à fournir aux gériatres et aux autres disciplines de la Gérontologie une base synthétique d'informations pour faciliter la réflexion nécessaire à l'évolution de leur exercice.

Puisse ce Livre Blanc 2011 sensibiliser, informer, expliciter, rassurer et convaincre l'ensemble des acteurs et décideurs qui doivent oeuvrer solidairement et de concert afin de poursuivre la mise en œuvre et le développement des dispositifs de prise en charge des malades âgés concernés par les différents plans de santé publique, et tout particulièrement le plan ALZHEIMER, priorité du présent quinquennat présidentiel. ▀



I.

**Les besoins de santé
face au vieillissement
de la population française**



» Introduction

Les besoins de santé face au vieillissement de la population

Pr Joël Ankri,

*Centre de Gérontologie GH Ste Péline (APHP) - Université de
Versailles - St Quentin.*

La santé est au cœur des préoccupations individuelles et des politiques publiques. Notre système de santé se doit d'être réactif aux modifications de la société tant démographiques que culturelles. Le vieillissement de la population constitue un enjeu et un défi majeur pour notre organisation sanitaire et sociale.

Néanmoins cette adaptation du système est loin d'être simple et les réponses à apporter ne sont pas automatiquement linéaires à la proportion de personnes âgées présentes ou à venir.

En effet, de nombreuses questions se posent laissant entrevoir la complexité des réponses possibles. L'offre doit suivre la demande, cela semble évident comme toute activité productrice dans notre système économique, mais d'un point de vue de santé publique on peut chercher à savoir dans quelle mesure la demande de santé reflète de manière adéquate les besoins réels de la population, et dans quelle mesure l'offre de soins et l'utilisation des

services de santé y satisfont.

En fait, nous le savons bien, la santé n'est pas directement mesurable. Parmi les critères utiles pour évaluer l'ampleur et la nature des besoins de santé figurent les caractéristiques de la population que l'on cherche à satisfaire ainsi qu'un certain nombre d'indicateurs comme la mortalité, la morbidité et l'espérance de vie. Ce sont ces indicateurs que l'on cherchera à modifier tout en sachant qu'agir sur les facteurs de santé seuls n'est souvent pas suffisant pour atteindre ces objectifs. Par ailleurs, la demande de santé n'est pas un fait fixe et les progrès de la science médicale suscitent de nouvelles demandes de soins tant au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement qu'il soit symptomatique, curatif ou palliatif sans oublier toutes les techniques de rééducations et de réadaptation. Progrès dont la large médiatisation ne fait que renforcer l'impact sur la demande des populations. Enfin, l'environnement et ses modifications devient un déterminant de plus en plus

important de l'état de santé de la population quel que soit son âge au travers des pollutions de l'air tant extérieur qu'intérieur, l'eau de boisson, des conditions climatiques (faut-il rappeler les effets désastreux de la canicule de 2003 ?) et l'environnement viral ou microbien (virus grippal en particulier). Pour complexifier les choses, rappelons que le système de santé en soi est un déterminant de l'état de santé d'une population et donc ses modifications sont susceptibles d'agir dans un sens ou dans l'autre sur la santé de ladite population.

Certes, la taille de la population ainsi que sa structure par âge et par sexe sont les variables les plus fondamentales de la demande de santé. Le type de soins demandés évolue avec l'âge, en partie parce que les personnes âgées ont tendance à recourir plus souvent au système de santé dans la mesure où elles développent des maladies chroniques, essentiellement cardio-vasculaires et respiratoires mais aussi des cancers qui deviennent un des premières causes de mortalité dans la tranche d'âge 65-75 ans. L'oncogériatrie est appelée à se développer dans les années à venir.

Ainsi les profonds changements dans la structure démographique et l'augmentation des problèmes médicaux et médicosociaux liés avec l'avancée en âge soumettent les systèmes de soins et de protection sociale à des demandes croissantes dans le domaine des soins curatifs et à la nécessité de mettre en place des services médicosociaux d'aides et de soins de longue durée pour ces personnes âgées appelées dépendantes. Il en résulte des dépenses supplémentaires pour les systèmes de protection sociale. Les politiques de santé, d'action sociale et médicosociale cherchent alors à répondre aux besoins de la population âgée en développant des mesures qui visent à faciliter le maintien à domicile des personnes

du grand âge atteintes d'incapacités d'origine physique ou mentale, et à adapter les institutions de soins de longue durée aux problèmes de leurs clientèles tout en contrôlant les coûts.

En tenant compte de ce qui précède, il apparaît nécessaire de rechercher la meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de santé en sachant que le vieillissement de la population s'accompagne donc d'une demande de soins de santé nouvelle en qualité et en volume.

Il est établi que la demande de soins augmente quantitativement et qualitativement dans notre société en raison du vieillissement de la population, de l'accroissement des pathologies chroniques, de l'évolution de la nature des attentes des usagers vis-à-vis du système de santé mais aussi de l'organisation et de la démographie des professionnels de santé et du secteur médico-social. La fragmentation des organismes et la multiplicité des professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes âgées font partie des caractéristiques de notre système et ont des conséquences dans la délivrance des services et le fonctionnement des institutions. La première conséquence majeure est la variation de la définition des besoins des personnes âgées par les différents professionnels et gestionnaires de service. Les professionnels, d'une façon générale, évaluent les besoins plus souvent selon l'adéquation du client aux prestations procurées par le service que sur les réels besoins de la personne. Il peut s'ensuivre des effets adverses conduisant peut-être à tort à des réaménagements du système. Ainsi, pour les médecins par exemple, on peut observer une tendance à « médicaliser » toute demande, y compris celle d'ordre psychologique ou sociale, par des prescriptions en particulier médicamenteuses

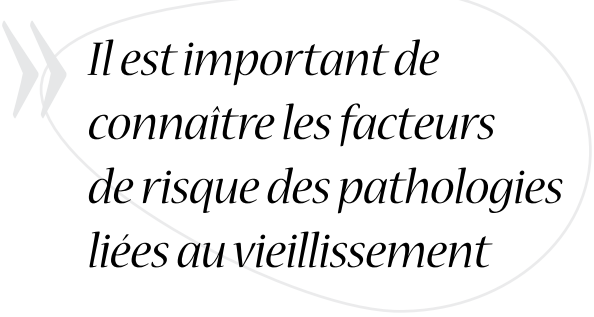
ou par des recours à des hospitalisations qui ne devraient pas conduire obligatoirement au développement du secteur sanitaire. Certes il existe les pressions des patients âgés ou la nécessité de se couvrir face à risque potentiel aux conséquences médico-légales. Mais les autres professionnels ne sont pas de reste dans la difficulté de cette appréhension des besoins de la population vieillissante. Les travailleurs sociaux, formés à une pratique normative, sont tiraillés entre le cas particulier et l'application de réglementations. Leurs réponses tendront à orienter vers un développement de l'institution. Les gestionnaires de services, quant à eux, définissant les besoins selon une procédure bureaucratique et également normative chercheront à satisfaire l'adéquation de leur clientèle au meilleur coût. Autre conséquence et non des moindres, est la difficulté de la coordination des services et des divers intervenants auprès des cas complexes. Les efforts pour promouvoir la coordination de leur gestion ont donné lieu à de multiples tentatives qui toutes, jusqu'à présent, ont échoué à se généraliser.

Ainsi, le vieillissement de la population accroît la prévalence des pathologies de la sénescence, du handicap et des maladies chroniques invalidantes. Ce point sera abordé en détail dans les chapitres suivants avec un développement des aspects de santé spécifiques aux populations les plus âgées notamment les centenaires.

Face à cette morbi-mortalité, les pouvoirs publics, les professionnels et la population sont de plus en plus attentifs à la prévention. Le maintien en bonne santé et l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques ou nécessitant des traitements au long cours font maintenant partie des préoccupations de tous les acteurs du système.

Pour pouvoir agir de manière préventive, il

est important de connaître les facteurs de risque des pathologies liées au vieillissement et de les prendre en considération dans des politiques et programmes efficaces et efficaces. Les grandes bases de données sur l'état de santé des populations âgées sont de première nécessité et ce point sera traité plus loin. Seules ces bases de données permettent aux chercheurs de déterminer les



*Il est important de
connaître les facteurs
de risque des pathologies
liées au vieillissement*

facteurs de risque des états pathologiques sur des arguments solides.

Cette politique de prévention est probablement le challenge des années à venir. Dans une logique de prévention primaire, la prévention de la perte d'autonomie ou de la dépendance passe par la prévention de la déficience et de ses causes. Elle doit donc s'exercer à tout âge vis-à-vis des accidents de la vie aux conséquences handicapantes (rôle des structures de prévention comme celles de la médecine du travail et de la prévention des risques professionnels, de la lutte contre les accidents domestiques, ou de la prévention routière). Elle doit également s'exercer par le traitement des facteurs de risque classiques des maladies cardio et cérébrovasculaires tout en établissant au mieux la valeur des facteurs de risque aux âges avancés de la vie. Cette prévention secondaire comme le traitement de l'hypertension artérielle visant à prévenir les risques d'AVC ou d'insuffisance cardiaque, ou encore le dépistage du diabète

constitue également une prévention des déficiences et des limitations d'activités.

Notre pays connaîtra peut-être à l'instar de certains autres pays, les politiques de promotion de la santé intégrant les usagers âgés avec des programmes ciblés sur un niveau territorial donné.

La nature des besoins change également car les patients deviennent des "consommateurs avertis". Ils sont exigeants sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes et s'impliquent de façon croissante, en tant que patients-usagers, dans le fonctionnement des établissements de santé.

Les réponses en lien avec l'évolution des besoins en santé et la demande des usagers se traduisent notamment par de nouvelles organisations permettant l'accès aux soins (on a assisté au développement des réseaux gériatologiques, des services polyvalents d'aide à la personne, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de l'hospitalisation à domicile (HAD), mais aussi des systèmes intégrés comme les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), des territoires médicaux de santé, des maisons de santé, de la permanence de soins, etc.). De nouveaux modes de prise en charge, en effet, se sont développés, en lien avec les spécificités des besoins de santé, des évolutions sociétales, des aspirations et des comportements de tous les acteurs du système de santé. C'est ainsi que l'on peut noter une réduction importante des durées moyennes de séjour des patients âgés dans les structures de soins, leur admission la plus tardive possible dans les structures d'hébergement, plus ou moins médicalisées, des soins intégrés avec des parcours coordonnés dans lesquels s'exerce la complémentarité entre les professionnels de santé et les autres acteurs du médico-social.

Ces réponses se traduisent par des restructurations et/ou des innovations dans un environnement territorial cohérent où se créent et se développent des réseaux de soins ou d'autres modes d'organisation s'inscrivant dans une logique de filière ou de parcours de soins.

Les politiques ont aussi répondu à ces besoins et à cette demande sociétale par la mise en œuvre de plans et/ou de programmes fixant les priorités de santé publique : le plan bien vieillir, les consultations de prévention, le plan Alzheimer étant des exemples parmi d'autres.

Enfin, les personnes âgées sont devenues acteurs de leur santé comme peut en témoigner leur présence en tant qu'usager dans les conseils des établissements de santé, des établissements d'hébergement et même dans les grandes décisions comme dans la conférence nationale de santé, etc.

Les professionnels ont été aussi réactifs à ces nouveaux besoins et à ces nouvelles demandes. Leurs compétences gériatriques et gériatologiques se sont accrues, professionnalisées, spécialisées.

Ainsi le vieillissement de la population entraîne de profonds bouleversements dans l'organisation sanitaire et sociale de notre pays dans une conjoncture économique qui s'annonce difficile. La transition démographique avec la baisse conjointe de la mortalité et de la natalité a conduit au vieillissement des populations, la transition épidémiologique à l'émergence des pathologies chroniques au premier rang desquelles se trouvent les pathologies de la sénescence et nous vivons aujourd'hui la transition « sanitaire ou systémique » qui nous oblige à repenser l'offre de soins et son organisation face aux besoins de cette population âgée sans oublier la dimension éthique d'une telle restructuration. ▀



» Bases de données

De l'intérêt des grandes bases de données pour l'étude de l'état de santé des personnes âgées

Pr Joël Ankri,

Centre de Gérontologie GH Ste Péline (APHP) - Université de Versailles - St Quentin.

Il est classique de rappeler le défi majeur que représente le vieillissement des populations pour nos sociétés en ce début de XX^e siècle notamment en raison de la dépendance générée par les maladies chroniques liées à l'avancée en âge.

Il est donc nécessaire d'avoir un système d'information pertinent et valide sur ces états de santé permettant à la fois des recherches translationnelles, des recherches cliniques et épidémiologiques afin de répondre aux besoins de santé de cette population et de permettre de façon ajustée la meilleure organisation de prise en charge.

Cependant, la recherche clinique et épidémiologique sur le vieillissement et sur les pathologies du grand âge pose au chercheur un certain nombre de questions que nous allons aborder ici.

L'épidémiologie du vieillissement et du grand âge en effet se caractérise par la différenciation toujours délicate entre le vieillissement normal et pathologique et par le caractère insidieux du début des pathologies chroniques qui entraînent également un défaut de recours aux soins et qui peut être également à l'origine d'une confusion entre cause et conséquence de la maladie.

L'autre caractéristique de cette population est la prévalence importante de la morbidité chronique et de la comorbidité chronique dans un contexte psychologique et social qui rend l'analyse difficile du fait de l'intrication très fréquente pour ne pas dire permanente des phénomènes biologiques, psychologiques et sociologiques de l'étude du vieillissement.

La définition du terme de maladie chronique n'est pas unanime et les différentes

définitions peuvent avoir des conséquences sur l'estimation des conséquences, des besoins et sur la mise en place des programmes d'amélioration de la prise en charge des patients. Les différentes approches utilisées pour caractériser les maladies chroniques peuvent se résumer à l'approche par pathologies et approches par conséquences. L'approche par pathologie bien connue des médecins est celle de la classification internationale des maladies (CIM) ou la classification des diagnostics. Cette approche soulève un certain nombre de difficultés particulièrement dans l'étude des phénomènes morbides liés au vieillissement ou au grand âge. La cause d'une maladie ne suffit généralement pas à apprécier son retentissement et donc à préciser sa prise en charge. Par ailleurs, l'approche par pathologie ne permet pas de considérer l'individu dans sa globalité. Une pathologie diagnostiquée n'apporte que peu d'information quant aux autres pathologies associées chez le même patient ni sur les facteurs de risque qui peuvent exister. Enfin, il est fréquent dans ces populations âgées que les patients présentent des tableaux cliniques qui ne correspondent pas à une pathologie particulière. Il est en effet classique de rencontrer des sujets qui présentent une souffrance physique et/ou psychique retentissant sur leur qualité de vie et leur vie quotidienne et qui ne bénéficient pas du statut de malade faute d'exploration étiologique suffisante. C'est pourquoi depuis les années 80, sous la houlette de l'OMS, la définition de la maladie chronique qui semble la plus intéressante et la plus opérationnelle en particulier en santé publique est celle qui est centrée sur l'approche des pathologies par leurs conséquences et non leurs causes. C'est la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

(CIF, 2001) basée sur un modèle biopsychosocial centré sur l'individu dans son intégralité et permettant d'envisager les prises en charge médicales, sociales et économiques. Il est donc nécessaire pour étudier la santé des populations âgées de disposer de données qui ne peuvent être issues que de grandes enquêtes en population, représentatives de la population générale ou de grandes cohortes de patients suivis sur des années.

De quoi pouvons nous disposer dans notre pays qui nous permette d'étudier la morbidité des populations âgées voire des processus du vieillissement ?

Le dispositif de statistiques de mortalité est bien établi et apparaît maintenant comme une source de données mieux adaptée aux problématiques de santé publique après le grave épisode caniculaire de 2003. À la fin des années 70, les pouvoirs publics ont pris conscience de l'insuffisance de statistique de santé en ce qui concerne les états chroniques en particulier invalidants. Jusqu'à là les statistiques nationales (INSEE) étaient essentiellement intéressées par l'étude de la consommation de biens et services médicaux. Parallèlement le concept de dépendance a été développé par le milieu gériatrique attirant l'attention des tutelles sur l'importance du travail que représentait l'aide aux fonctions élémentaires de leurs malades. Une première approche sur les incapacités de la population âgée a été réalisée en 1980 lors d'une extension en Aquitaine de l'enquête nationale sur la consommation de biens et services médicaux des Français. Mais il a fallu attendre la fin des années 90 pour que voit le jour l'enquête HID (Handicap, Incapacité, Dépendance) qui mettait en place pour la première fois en France une enquête nationale sur les conséquences des états

chronique afin de disposer d'un outil permettant de préciser la prévalence de ces états de santé, leurs déterminants et leurs conséquences et permettre des calculs précis du nombre de personnes dans des états de dépendance particuliers ou de calculer les valeurs d'espérance de vie sans incapacités. Prenant acte de l'unicité de conception en matière de conséquence des états chroniques, aucun seuil d'âge n'avait été retenu dans la constitution de l'échantillon de plus de 20 000 personnes représentatives de la population française quel que soit son lieu de résidence domicile ou institution. Enfin, une seconde vague de l'enquête deux ans plus tard a permis de préciser par exemple les flux d'entrée en dépendance.

Aujourd'hui ce sont des enquêtes mixtes « handicap-santé » qui sont réalisées et qui utilisent des modules communs européens de questionnement pour permettre des études comparatives au niveau de l'Union Européenne.

Ces enquêtes, réalisées par l'INSEE et la DREES, comprennent différents volets, notamment une enquête de filtrage (INSEE, enquête Vie Quotidienne et Santé, 2007), une enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM, réalisée par l'Insee et la DREES en 2008) et une enquête Handicap-Santé en institution (HSI, réalisée par l'INSEE et la DREES, collecte fin 2009).

L'enquête Handicap-Santé permet d'actualiser les résultats de l'enquête HID près de 10 ans après le passage sur le terrain de cette enquête. L'enquête s'intègre dans un nouveau contexte, notamment législatif, avec la création de l'allocation personnalisée pour l'autonomie de 2002, l'adoption de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi de santé publique du 9 août 2004.

Ce nouveau contexte a été pris en compte dans le questionnaire, d'autant que l'enquête doit permettre d'apporter des informations contribuant à l'évaluation des nouveaux dispositifs.

Au niveau international, un règlement européen en matière d'enquêtes de santé contraint maintenant les états membres à réaliser tous les cinq ans une enquête comportant un questionnaire commun (ECHIS, « European Core Health Interview Survey »). Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé tient compte, pour les questions concernées, des formulations envisagées par Eurostat.

L'enquête s'intègre dans un nouveau contexte, notamment législatif

Les objectifs de l'enquête sont :

- d'estimer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes (en assurant autant que possible une comparabilité avec HID),
- de relever la nature, la quantité et l'origine des aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits ;
- de mesurer les désavantages sociaux subis des personnes handicapées ;
- d'évaluer les flux d'entrée en incapacité (à partir d'une interrogation rétrospective sur la date à laquelle les incapacités déclarées sont apparues) ;
- de mesurer certains indicateurs annexés à la loi de santé publique ;
- d'intégrer les modules européens élaborés par Eurostat (ECHIS).

Elles s'accompagnent également d'une enquête adossée à l'enquête santé en ménages ordinaires (HSA, DREES, 2008) sur les aidants informels des personnes âgées dépendantes notamment qui permet là encore de préciser l'ampleur des conséquences de la fonction aide sur les états de santé de ces populations aidantes et sur les déterminants positifs ou négatifs de l'aide. D'autres grandes bases de données existent comme l'enquête sur la santé et la protection sociale, enquête biennale qui produit des données sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales. Elle est réalisée par l'IRDES depuis 1988. Elle est menée auprès d'un échantillon de 8000 ménages d'assurés sociaux, soit 22000 personnes. Elle est représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine. Elle analyse les modes de protection sociale (obligatoires et facultatives), les maladies et les troubles de santé déclarés, les recours au médecin, la consommation de biens médicaux, les soins d'auxiliaires, l'hospitalisation et le renoncement aux soins et les opinions sur la santé. Des données issues de ces enquêtes sont publiées dans le chapitre développé par Catherine Sermet.

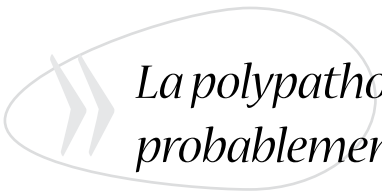
PMSI

La base PMSI est la seule base d'exhaustivité des hospitalisations disponible en France. Le PMSI couvre la totalité des activités d'hospitalisation. Depuis sa mise en place en France, il décrit le court séjour en tant que séjours d'hospitalisations complètes, séances et venues en hospitalisation de jour des disciplines médicales, chirurgicales et obstétricales (MCO).

C'est d'ailleurs dans ces disciplines que le système est pleinement opérationnel dans la mesure où il est largement utilisé aussi bien pour la mesure de l'activité que pour la tarification à l'activité. Il décrit également le moyen séjour par le PMSI SSR qui a été institué en juillet 1998 pour les établissements publics et privés dont l'activité de SSR est financée par dotation globale (DGF). Il a été étendu en juillet 2003 aux établissements privés dont la même activité est financée par objectif quantifié national (OQN). Cet outil est destiné à la description médico-économique de l'activité des établissements de l'ensemble du champ des soins de suites ou de réadaptation. L'objectif et les grands principes du PMSI-SSR sont les mêmes que pour le PMSI MCO à savoir « réduire les inégalités budgétaires à partir de l'analyse médicalisée de l'activité des établissements de soins ».

Contrairement au PMSI MCO qui a été construit à partir de la traduction de la classification américaine en DRG, le PMSI SSR est une création entièrement nouvelle élaborée par des experts et professionnels de terrain français. La classification « à la journée pondérée » selon la lourdeur de la prise en charge du patient a été privilégiée.

Le PMSI constitue pour la discipline gériatrique un enjeu stratégique majeur. En effet, la gériatrie est concernée par différentes prises en charge hospitalières que ce soit le soin aigu, le soin de suite, les hospitalisations de jour, l'hospitalisation à domicile. Cependant, le modèle de groupe homogène de malades (GHM) peut s'avérer assez peu pertinent pour décrire les séjours des patients âgés. L'activité gériatrique hospitalière produit peu d'actes classants lors



La polypathologie et la fragilité sont des critères probablement plus pertinents que l'âge en soi.

de la prise en charge de ses patients et les durées moyennes de séjour (DMS) sont supérieures à celles observées pour des adultes plus jeunes (souvent en raison de facteurs sociaux et d'intrication de polypathologies ou encore de dysfonctionnement des filières d'aval). Il s'en suit un certain degré de pénalisation lors du calcul de la valorisation des séjours.

Face à cette problématique, plusieurs modifications ont été introduites, qui intéressent les malades très âgés. La première consiste en la création de quelques GHM spécifiquement clivés à 80 ans et non plus à 69 ans comme c'était le cas au début. La création de ces GHM a été le fruit de travaux menés conjointement par le ministère de la santé et les représentants de la Société Française de Gériatrie. Il s'agit des psychoses, des troubles mentaux organiques (incluant entre autres les syndromes démentiels), des maladies dégénératives du système nerveux et des accidents ischémiques transitoires. Ainsi, il a été attribué, pour ces GHM, une valorisation supérieure à celle des patients de moins de 80 ans. Nous pouvons néanmoins nous questionner sur ce critère d'âge seuil pour identifier le patient gériatrique dont on sait que la polypathologie et la fragilité sont des critères probablement plus pertinents que l'âge en soi mais peut être plus difficile à appréhender.

En terme d'utilisation de ces bases de données comme outil de recherche et non plus comme simple instrument médico-économique, la possibilité de chaînage des séjours

en court séjour et en moyen séjour est une avancée considérable qu'il serait fondamental de l'exploiter aussi bien dans un objectif d'amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées que dans des objectifs de planification de l'offre de soins ou de réduction des dépenses de santé. Il serait intéressant d'exploiter ces données dans un but d'évaluation de la filière gériatrique hospitalière par exemple comme élément d'une meilleure organisation des soins. Ce type d'étude peut se décliner au niveau régional par l'intégration des données PMSI et la fusion avec d'autres bases de la même dimension territoriale.

À côté de ces enquêtes de cadrage et de ces données médico-administratives, il existe des grandes cohortes épidémiologiques qui permettent des analyses fines des problèmes de santé spécifiques de la population âgée.

Les Cohortes

La plus connue dans le domaine gérontologique est la cohorte PAQuid. Commencée en 1988, l'étude Paquid (Personnes Âgées QUID) est la première grande étude française sur la démence, et une des toutes premières études épidémiologiques conduites en population générale en France. Paquid avait pour objectif général d'étudier le vieillissement cérébral normal et pathologique et de décrire la perte d'autonomie après 65 ans. Un objectif spécifique majeur de l'étude était d'estimer la prévalence et l'incidence de la démence, de rechercher

des facteurs prédictifs de la survenue d'une démence, de définir les facteurs de risque de la perte d'autonomie.

Les participants à l'étude Paquid (N = 3 777) ont été recrutés par tirage au sort sur les listes électorales de 75 communes de Gironde et Dordogne, avec surreprésentation des dernières classes d'âge, afin d'avoir un effectif suffisant de personnes très âgées. De plus, 357 personnes institutionnalisées, sélectionnées à partir d'un échantillon d'établissements des deux départements ont été incluses dans l'étude.

La cohorte PAQUID est suivie depuis maintenant plus de 25 ans, l'intervalle entre deux examens de suivi étant au maximum de 3 ans et, en règle générale, de 2 ans.

Les estimations les plus fiables de la prévalence et de l'incidence de la démence en France viennent des données de Paquid. Paquid a été le support de nombreuses études ancillaires, parmi lesquelles on peut citer celles sur la relation entre aluminium et démence, l'estimation de l'espérance de vie des personnes démentes, le coût de la démence, ou la relation entre le taux de DHEA, la santé subjective et la mortalité.

La cohorte EVA (Épidémiologie du vieillissement artériel) est une autre étude portant sur le vieillissement. Commencée en 1991, l'étude EVA avait pour objectif d'étudier, d'une part, les facteurs de risque du déclin des performances cognitives (vieillesse cognitive) et, d'autre part, les

facteurs de progression de l'athérosclérose carotidienne (vieillesse vasculaire). Une des hypothèses de la recherche était que les deux processus pouvaient comporter des facteurs de risque biologiques communs, en relation avec le stress oxydatif.

Les 1 389 participants à l'étude EVA ont été recrutés parmi les personnes âgées de 60 à 70 ans inscrites sur les listes électorales de la ville de Nantes. La cohorte EVA a été suivie jusqu'en 2001, avec un examen tous les deux ans. Cette étude a apporté un ensemble cohérent de résultats en faveur d'un lien entre facteurs vasculaires et déclin cognitif.

Comme l'étude Paquid, l'étude EVA a permis le développement de nombreuses études ancillaires, notamment sur la relation entre psychopathologie, consommation de psychotropes et détérioration cognitive, sur la migraine, sur la relation entre fonction respiratoire et athérome carotidien.

Fort des résultats de ces deux grandes études, les arguments indiquant une association entre facteurs vasculaires et démence devenaient nombreux et solides. Il apparaît de plus que cette association concerne non seulement les démences vasculaires ou mixtes, mais aussi la maladie d'Alzheimer.

Dans cette perspective, l'objectif général de l'étude des Trois Cités (3C) a été d'estimer le risque de démence attribuable aux facteurs de risque et aux pathologies vasculaires, ainsi que l'effet de la réduction du risque vasculaire (par la prévention ou le traitement) sur l'incidence et la prévalence de la démence.

...les arguments indiquant une association entre facteurs vasculaires et démence devenaient nombreux et solides...

La cohorte 3C est constituée de 9809 personnes âgées de 65 ans et plus, recrutées sur les listes électorales de la communauté urbaine de Bordeaux, de la ville de Dijon et du district de Montpellier. De nombreuses publications internationales sont issues de ces travaux.

À côté de ces cohortes qui recrutent essentiellement des personnes âgées de plus de 65 ans, il se met en place dans notre pays une grande cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 à l'inclusion, consultants des Centres d'examens de santé (CES) de la Sécurité sociale. Les objectifs de cette cohorte dénommée **CONSTANCES** sont de constituer une plateforme largement ouverte à la communauté des chercheurs et de la santé publique, afin de contribuer au développement de la recherche épidémiologique et de fournir des informations à visée de santé publique. Constances deviendra ainsi un outil pour la recherche épidémiologique, par son effectif, la qualité et la diversité des données, les modalités de suivi. Elle se comparera aux plus importantes cohortes existant à l'échelle internationale. Ce projet Constances, mené grâce à la participation des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et des Centres d'examens de santé, fait l'objet d'un partenariat entre l'Inserm, l'Université Versailles Saint-Quentin et la CNAMTS, avec le soutien du ministère de la Santé (Direction générale de la santé). Les analyses à partir des données de cette cohorte sont particulièrement attendues car les études confinées à des catégories d'âge supérieures à 65 ans donnent peu d'indication sur les périodes antérieures de la vie, essentielles quand on s'intéresse aux processus du vieillissement et que l'on sait que les facteurs qui conduisent à des

déficiences, incapacités et maladies chroniques aux âges avancés ont souvent leur origine à des périodes précoces de la vie, et se cumulent tout au long de celle-ci.

L'orientation principale choisie pour Constances repose sur le « vieillissement réussi ». Ce concept implique une faible probabilité de survenue de maladies chroniques, de bonnes capacités intellectuelles et physiques, un engagement actif, et comporte des dimensions physiques, psychiques et sociales. Un certain nombre d'éléments sont considérés comme pouvant influencer négativement ou positivement le vieillissement réussi : événements de vie (décès d'un proche, maladie grave, etc.), insécurité financière, problèmes de santé physique, perception de sa propre santé, détresse psychologique, caractéristiques de personnalité du sujet, contrôle, soutien social, notamment. Pour promouvoir un vieillissement en bonne santé et retarder l'émergence de la fragilité, le parcours de vie doit intégrer différentes composantes biologiques, sociologiques, cliniques, psychologiques et environnementales. Récemment, les recherches se sont portées sur les moyens de retarder l'apparition des incapacités, d'augmenter le nombre d'année de vie active sans incapacité (espérance de vie en bonne santé), et une forte tendance existe aujourd'hui pour explorer la qualité de vie plus que la durée de vie comme un élément essentiel du vieillissement réussi. Le vieillissement réussi doit donc intégrer ces différentes dimensions, afin de promouvoir le bien-être, améliorer la qualité des soins et accroître la qualité de vie des personnes âgées par la prévention, le traitement, l'adaptation environnementale et une organisation efficiente des prestations. Les objectifs scientifiques porteront sur l'étude des déterminants du vieillissement

réussi en prenant en compte le rôle de facteurs de risque de nature diverse au cours de la vie. Il s'agit aussi de documenter les déterminants de santé les plus fréquemment rencontrés ou suspectés dans les pathologies chroniques du vieillissement.

En relation avec les autres thèmes de la cohorte Constances, le suivi longitudinal mis en place offrira de larges possibilités d'étudier de façon dynamique les effets retardés des conditions de travail et des expositions professionnelles sur le vieillissement (perte d'autonomie, cancers, maladies chroniques, santé mentale), les facteurs qui peuvent conduire à l'inactivité et à l'isolement, les facteurs et mécanismes

qui concourent à un vieillissement réussi, ou au contraire sont à l'origine des incapacités et/ou de la dépendance. Constances permettra aussi le suivi détaillé des parcours de prévention et de soins des plus âgés sur de longues périodes.

Ainsi, pour connaître l'état de santé des populations âgées, leurs déterminants et pour mieux comprendre le processus du vieillissement pathologique de nombreuses bases de données se sont développées dans notre pays offrant au chercheur, au décideur et au professionnel de santé des éléments de qualité dans leurs diverses approches. ▀





» État de santé des personnes âgées

Dr Catherine Sermet,

IRDES. 10, rue Vauvenargues, 75018 PARIS

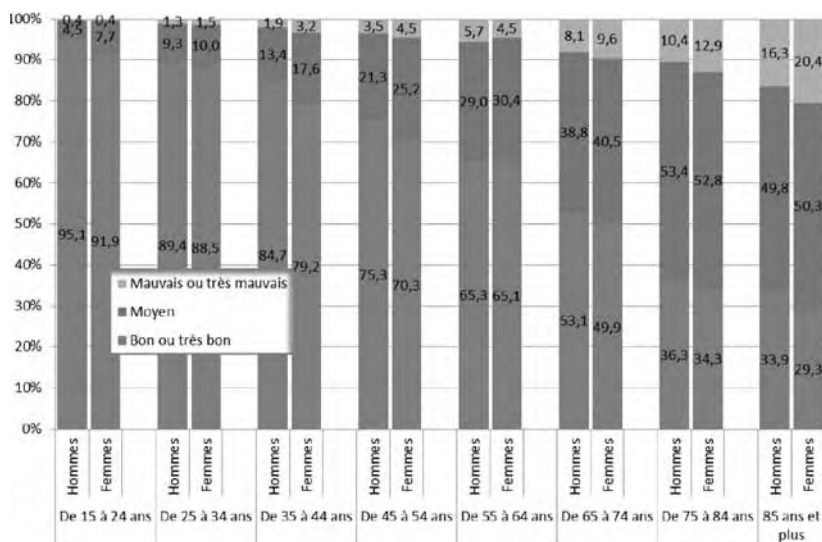
sermet@irdes.fr

La vieillesse a de tout temps été synonyme d'apparition de maladies et de perte d'autonomie. Cette relation revêt une importance nouvelle à l'heure où le vieillissement des populations touche la plupart des pays d'Europe du fait de l'arrivée massive des générations nées après-guerre aux âges de la vieillesse. Même si la France a globalement mieux résisté que les autres pays Européens à ce vieillissement, il n'en reste pas moins qu'elle doit se préparer, à plus ou moins brève échéance, à l'afflux de personnes malades, puis aux conséquences redoutables de ces maladies que sont les incapacités et la dépendance. L'étendue de ce que certains appellent la pandémie des maladies chroniques n'est en revanche pas encore réellement prévisible. Elle dépend de plusieurs hypothèses d'évolution de l'état de santé. L'hypothèse de compression de la morbidité suppose que la date d'apparition des maladies chroniques et des incapacités est plus tardive et que, l'espérance de vie totale augmentant moins rapidement, le temps passé avec des maladies se trouve comprimé sur une plus

courte période (Fries, 1980). À l'opposé, d'autres auteurs craignent une expansion de la morbidité qui conjugueraient une date d'apparition des maladies inchangée et une survie plus longue de personnes malades ou atteintes de limitations fonctionnelles en lien avec l'amélioration du traitement des maladies chroniques (Kramer, 1980).

L'objectif de ce chapitre est de dresser un bilan de l'état de santé des personnes âgées et d'apporter quelques éléments d'information sur les perspectives d'évolution. Les indicateurs de santé retenus sont classés selon les trois catégories proposées par le modèle de Blaxter (Blaxter, 1985 ; Sermet & Cambois, 2007). Dans le modèle subjectif, l'état de santé est mesuré par la perception qu'ont les individus de leur propre état de santé. La santé perçue est l'indicateur le plus souvent utilisé dans ce cadre. Le modèle médical ou biologique définit le mauvais état de santé par un écart à une norme physiologique ou psychique. Il s'agit ici de relever les pathologies dont souffre l'individu ou

Figure 1: Santé perçue selon l'âge et le sexe en 2008 (%)



Source: IRDES, Enquête Santé et Protection Sociale 2008

d'objectiver par différentes mesures la présence d'anomalies physiques ou biologiques. Enfin, selon le modèle fonctionnel, l'état de santé est évalué par des restrictions d'activité et des limitations fonctionnelles. Un mauvais état de santé est alors défini comme l'incapacité à assurer un rôle social et à réaliser un certain nombre de tâches de la vie quotidienne.

Une minorité de personnes âgées se perçoit en bonne santé

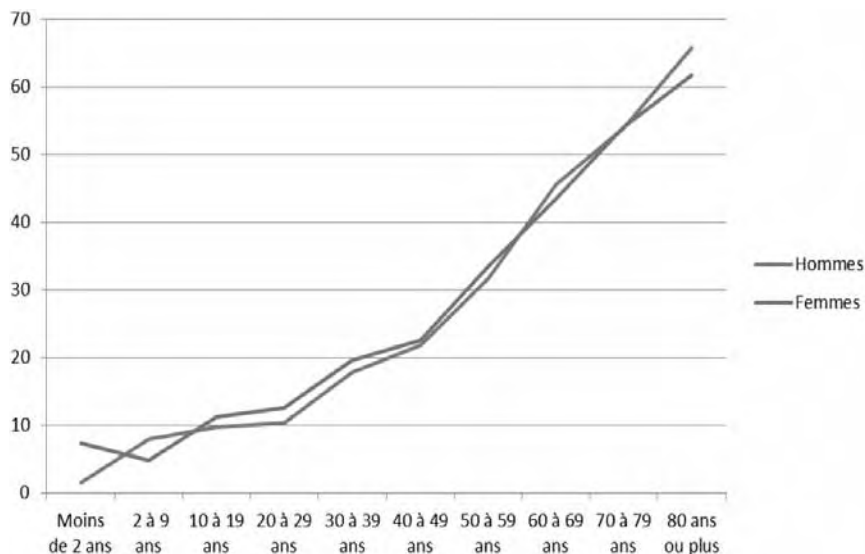
Seule une minorité de personnes âgées se perçoivent en bonne santé. La santé perçue se dégrade régulièrement avec l'âge jusqu'à 84 ans. Ainsi, entre 65 et 74 ans, 53 % des hommes et 50 % des femmes

déclarent être en bonne ou très bonne santé. Ces pourcentages chutent rapidement pour la classe des 75-84 ans (respectivement 36 % et 34 %) puis moins fortement ensuite (34 % et 29 %) (Figure 1).

Ces indicateurs de santé perçue évoluent défavorablement. L'enquête santé et protection sociale de l'Irdes recueille selon la même méthodologie tous les deux ans un autre indicateur de santé perçue reposant sur une note de 0 pour la plus mauvaise santé à 10 pour la meilleure santé possible. Entre 2000 et 2008⁽¹⁾, la note moyenne des personnes de 70 à 84 ans est passée de 6.8 à 6.3, elle est passée de 6.2 à 5.8 chez les 85 ans et plus (Allonier, Dourgnon & Rochereau, 2010; Auvray, Dumesnil & Le Fur P., 2001).

1. Données communiquées par l'IRDES

Figure 2: pourcentage de personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique selon le sexe et l'âge en 2008



Source: IRDES, enquête ESPS 2008

Des personnes âgées polypathologiques

Globalement, les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à leur domicile privé, sont 44,3 %, à déclarer avoir une maladie chronique versus 28,9 % seulement des 40-69 ans. Ce pourcentage augmente régulièrement avec l'âge et est similaire à tous les âges chez les hommes et les femmes (Figure 2).

En termes de pathologies, les enquêtes en population générale nous permettent d'avoir une image de la morbidité déclarée par les individus résidant à leur domicile

privé. En 2008, d'après les données de l'enquête Santé Protection Sociale du CREDES, chaque personne âgée de 65 ans et plus (hors institutions) déclare, hors maladies des dents et troubles de la réfraction, 6 maladies un jour donné.

Les maladies cardiovasculaires arrivent au premier rang avec 133 déclarations pour 100 personnes (une même personne pouvant déclarer une hypertension artérielle et une coronaropathie par exemple). 3 affections se distinguent au sein de ce groupe, l'hypertension artérielle, 51 maladies pour 100 personnes⁽²⁾, les troubles du rythme

2. Au niveau de la maladie, on peut globalement considérer que le nombre de maladies pour 100 personnes est équivalent au pourcentage de personnes atteintes de la maladie.

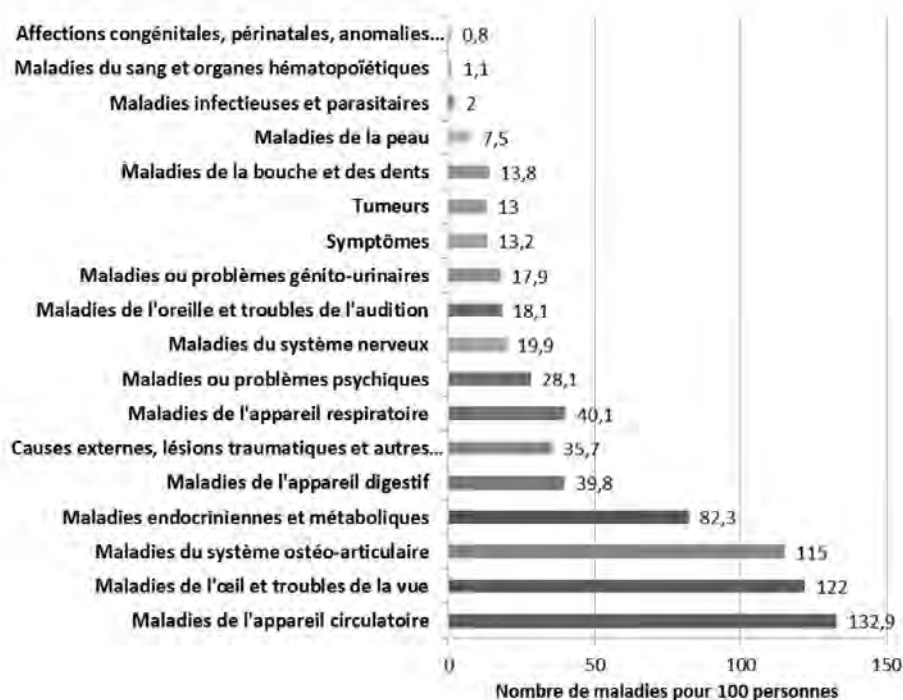
cardiaque, 16,8 et les varices 17,6 pour 100 (Figure 3). Leur répartition varie selon le genre: l'hypertension artérielle est aussi fréquemment déclarée par les hommes que par les femmes, les troubles du rythme sont nettement plus fréquents chez les hommes et les varices chez les femmes.

Les affections ostéo-articulaires viennent ensuite avec 115 maladies pour 100 personnes. L'arthrose et la pathologie lombaire (lombalgie, sciatique, lumbago) dominent ces maladies: on dénombre 26,7 arthroses du genou pour 100 personnes, 15,6 arthroses de la hanche, 20 arthroses d'autres

localisations et 21 problèmes lombaires. Enfin l'ostéoporose est relevée 12,6 fois pour 100 personnes. À l'exception des lombalgies, aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes, toutes les pathologies ostéo-articulaires sont plus souvent déclarées par les femmes.

En troisième position on trouve les maladies endocriniennes et métaboliques avec 82 maladies déclarées pour 100 personnes. Elles comportent essentiellement des troubles des lipides (35,2 pour 100 personnes), plus fréquents chez les hommes avant 70 ans et chez les femmes après

Figure 3. Principales maladies déclarées par les personnes âgées de 65 ans et plus en 2008



Source: IRDES, enquête ESPS 2008

70 ans, du diabète (14,8), plus fréquemment déclaré par les hommes et des affections de la thyroïde (9,3), essentiellement chez les femmes.

Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (40,1 maladies pour 100 personnes), les maladies de l'appareil digestif (39,8), les traumatismes et autres causes externes de morbidité (35,7). Puis les troubles psychiques (28,1). Parmi ces derniers, il faut signaler la fréquence de l'anxiété (17,1 pour 100 personnes) et

*30 à 40 % des plus
de 60 ans chutent
au moins une fois
dans l'année*

de la dépression (9,1). À tous les âges, l'anxiété et la dépression sont beaucoup plus souvent déclarées par les femmes que par les hommes. Enfin, les cancers, (globalement 11,7 maladies pour 100 personnes) sont plus fréquents chez les femmes avant 70 ans et chez les hommes après cet âge. Il faut enfin signaler l'extrême fréquence des problèmes de vue, même s'ils ne sont pas toujours considérés comme une pathologie : chez les 65 ans et plus on dénombre 92 troubles de la vue ou de la réfraction pour 100 personnes, auxquels s'ajoutent la cataracte (16,1) et le glaucome (5). Les déficits auditifs sont relevés 15,6 fois pour 100 personnes et les maladies de la bouche et des dents 13,8 fois. Les troubles dentaires sont également fréquents et graves : 38 % des personnes de 65 ans et plus ont perdu

toutes ou presque toutes leurs dents, 56 % portent un dentier (données 2004).

Certaines situations pathologiques sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées et méritent qu'on les cite spécifiquement, d'autant que leur fréquence est parfois mal mesurée par les enquêtes en population générale.

Ainsi, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont les plus fréquentes des fractures rencontrées chez les personnes âgées. L'incidence de ces fractures est estimée à 42,1 pour 10 000 chez les 55 ans et plus et s'accroît exponentiellement avec l'âge passant de 5,7 chez les 55-64 ans à 251,4 pour 10 000 chez les 85 ans et plus. Leur fréquence est deux fois et demie plus élevée chez la femme. La mortalité liée à ces fractures est loin d'être négligeable et est estimée pendant le séjour hospitalier à 7,7 % chez les hommes et 3,7 % chez les femmes (Oberlin & Mouquet, 2010). Les conséquences sur la dépendance sont majeures.

De même, les chutes sont un événement extrêmement fréquent : 30 à 40 % des plus de 60 ans chutent au moins une fois dans l'année, entraînant une mortalité multipliée par deux en cas de chutes multiples. Les chutes sont chez les personnes âgées, la principale cause de décès par accident.

Des estimations à partir de l'enquête PAQUID évaluent la prévalence des démences à 4,3 % chez les personnes de plus de 65 ans et à 17,8 % chez les personnes de 75 ans et plus, ce qui rapporté aux effectifs de personnes âgées dans la population française conduit à 769 000 personnes de plus de 75 ans atteintes (Ramaroson, Helmer, Barberger-Gateau, Letenneur & Dartigues, 2003). La prévalence de la démence augmente avec l'âge et elle double environ tous les 5 ans.

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité augmentent avec l'âge.

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité sont très fréquentes chez les personnes âgées et leur prévalence est de plus en plus élevée au fur et à mesure de l'augmentation de l'âge (Dos Santos & Makdessi, 2010). 25 % des personnes âgées de 60 ans vivant en ménages ordinaires et plus déclarent au moins une limitation physique absolue, c'est-à-dire qu'elles sont dans l'impossibilité de réaliser au moins un des actes mettant en œuvre des fonctions physiques telles que marcher, monter/descendre un escalier, lever le bras, porter un sac, etc... A 80 ans et plus, cette prévalence atteint 52 %. Les limitations cognitives graves sont moins fréquentes, mais touchent malgré tout 14 % des 60 ans et plus et 26 % des 80 ans et plus.

Les restrictions absolues dans les activités essentielles de la vie courante concernent 4 % des 60 ans et plus et 12 % des 80 ans et plus. Il s'agit ici des incapacités les plus lourdes, voire vitales, comme se nourrir ou assurer seul les fonctions d'élimination. Enfin, les personnes concernées par des restrictions des activités instrumentales de la vie courante sont nettement plus nombreuses, respectivement 18 % et 44 % des deux classes d'âges analysées.

La combinaison de ces difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne avec l'environnement dans lequel vivent les personnes âgées conduit certaines d'entre elles à la dépendance.

Les personnes de 60 à 79 ans résidant en ménages ordinaires⁽³⁾ sont majoritairement

autonomes : 83 % d'entre elles peuvent en effet être considérées comme telles alors que 17 % sont en perte d'autonomie. Parmi, celles-ci, 13,7 % ont une perte d'autonomie modérée, associant des difficultés motrices des membres inférieurs, une limitation physique absolue pour 62 % d'entre elles, des restrictions d'activités instrumentales dans 41 % des cas et une limitation cognitive grave dans 23 % des cas. Aucune de ces personnes ne rencontre de restriction pour les activités essentielles.

Les personnes dépendantes représentent 2,7 % des personnes de 60 à 79 ans. 90 % ont des limitations fonctionnelles physiques qui les empêchent de réaliser au moins une des activités instrumentales courantes. Les problèmes cognitifs sont également très fréquents dans ce groupe puisqu'ils touchent 60 % des personnes. Un tiers d'entre elles sont de plus dans l'incapacité d'assurer des actes quotidiens essentiels comme faire sa toilette.

Enfin, 0,6 % sont fortement dépendantes et souffrent conjointement de limitations motrices absolues et d'au moins une restriction d'activité absolue. La moitié d'entre elles sont confinées au lit ou au fauteuil et 80 % présentent des problèmes cognitifs graves (Dos Santos & Makdessi, 2010).

Les projections d'évolution des effectifs de personnes dépendantes sont indispensables pour anticiper la réponse du système de santé à des besoins accrus de prise en charge. Ces projections sont construites à partir de trois hypothèses de travail : un scénario pessimiste d'extension de la morbidité dans laquelle l'âge d'apparition de la dépendance recule moins vite que l'âge au décès, un scénario central de maintien de la

3. À l'exclusion des personnes résidant en EHPAD ou dans toute autre forme de résidence collective

morbidité où l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès se décalent parallèlement et scénario central plus optimiste de réduction de la morbidité (Duée & Rebillard, 2006). Dans le scénario central, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040 pour atteindre 1 230 000 personnes à cette date.

s

Quel que soit le scénario, une première augmentation a été amorcée en 2005 correspondant à l'entrée en dépendance des générations 1920 à 1940 plus nombreuses que les générations nées pendant la première guerre mondiale. L'augmentation deviendrait ensuite plus rapide à partir de 2030 lorsque les générations du baby-boom atteindront l'âge de 80-85 ans. Parallèlement, l'âge moyen des personnes dépendantes sera plus élevé passant de 78 à 82 ans pour les hommes et de 83 à 88 ans pour les

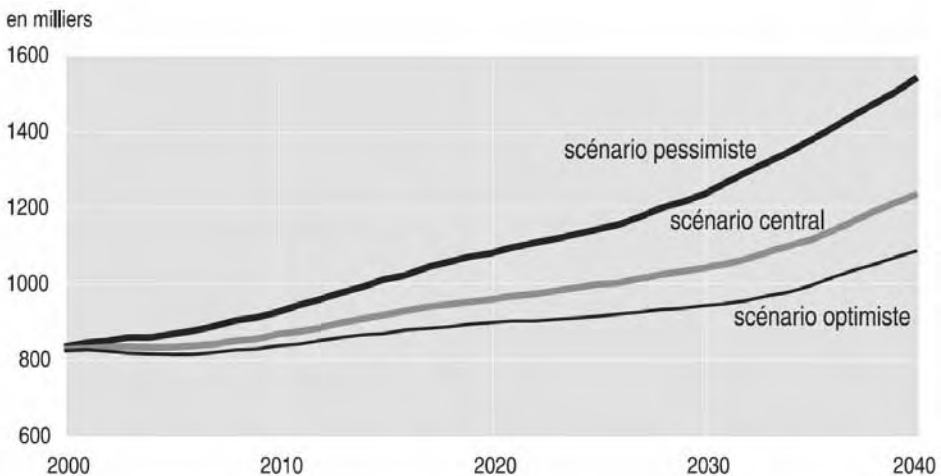
femmes. Les dernières informations scientifiques conduisent les auteurs de ces projections à privilégier le scénario central.

Cet effet purement mécanique du vieillissement pourrait toutefois être modifié par l'évolution relative des incapacités chez les personnes âgées. Alors qu'on observait une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité depuis 1980, les évolutions récentes montrent que les années de vies gagnées s'accompagnent de davantage de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité (Sieurin, Cambois & Robine, 2011).

Quelles perspectives d'évolution ?

Les estimations démographiques pour les années à venir ne laissent pas beaucoup de place à l'incertitude et dans les prochaines décennies on assistera à un vieillissement

Figure 4 : Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes



Source : (Duée & Rebillard, 2006)

inéluctable de la population française. De nombreuses inconnues subsistent en revanche quant à l'évolution des incapacités et de la morbidité. Le vieillissement sera en effet mécaniquement associé à une augmentation importante du nombre de personnes ayant des incapacités, mais cette évolution pourrait être modifiée par des variations relatives des taux d'incapacité et des prévalences de maladie. Les indicateurs que nous présentons ici semblent en effet évoluer plutôt défavorablement: la santé perçue se dégrade, les espérances de vie sans incapacité n'évoluent plus aussi favorablement que par le passé. S'agit-il d'une dégradation des perceptions ou d'une réelle détérioration de l'état de santé? Des arguments en faveur des deux hypothèses peuvent être avancés. L'amélioration de la prise en charge de certaines maladies, l'apparition de nouveaux traitements et leur application à une large part de la population, le développement de certaines politiques de prévention et

de dépistage peuvent en effet expliquer les tendances passées à la diminution des incapacités.

S'agit-il d'une dégradation des perceptions ou d'une réelle détérioration de l'état de santé

À l'inverse, l'augmentation de la survie des personnes atteintes de maladies chroniques peut expliquer une dégradation apparente de l'état de santé tandis que la sensibilisation croissante de la population aux problèmes de santé et à la dépendance peut altérer les perceptions. ■

Références

- Allonier, C., Dourgnon, P., & Rochereau, T. (2010). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. (p.-258p).: Paris: IRDES.
- Auvray, L., Dumesnil, S., and Le Fur P. (2001). *Santé, soins et protection sociale en 2000*. Questions d'Économie de la Santé (Irdes), (46), -8p.
- Blaxter, M. (1985). *A comparison of measures of inequality in morbidity*. *Health Inequalities in European Countries* (pp.199-230).
- Dos Santos, Séverine and Makdessi, Yara (2010). *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées: premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008*. études et Résultats (Drees), (718), -8p.
- Duée, M., & Rebillard, C. (2006). *La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040*. In Insee (Ed.), *Données Sociales - La société française* (pp.613-619).
- Fries, J.F. (1980). *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. *N Engl J Med*, 303 (3), 130-135.
- Kramer, M. (1980). *The rising pandemic of mental disorders and associated chronic disease and disabilities*. *Acta Psychiatrica Scand*, 62 (suppl.285) 282-297.
- Oberlin, Philippe and Mouquet, Marie (2010). *Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007: quel impact du vieillissement? Études et Résultats* (Drees), (723), -6p.
- Ramarosan, H., Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., & Dartigues, J.F. (2003). *[Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]*. *Rev.Neurol. (Paris)*, 159 (4) 405-411.
- Sermet, C., & Cambois, E. (2007). *Mesurer l'état de santé*. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch (Eds.), *Démographie: analyse et synthèse*. III. Les déterminants de la mortalité (pp.25-52).: Éditions de l'INED.
- Sieurin, A., Cambois, E., & Robine, J.M. (2011). *Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé*. Paris: INED.

» Démographie et Santé du Grand âge

Jean-Marie Robine,
INSERM – Paris & Montpellier

Lorsque l'on aborde la question de la démographie du grand âge en France, c'est souvent de la façon la plus spectaculaire qui soit, à travers les chiffres de l'espérance de vie à la naissance, de celui des victimes de la canicule de 2003, du nombre futur des centenaires, ou bien encore de la multiplication prochaine des épisodes caniculaires due au réchauffement climatique. Ainsi l'espérance de vie des Françaises, 84,8 ans en 2010 (Pia et Beaumel, 2011), serait sur le point de franchir la valeur symbolique de 85 ans qui était, il n'y a pas si longtemps, proposée comme la valeur limite de l'espérance de vie du genre humain (Fries, 1981), valeur par définition inatteignable. Le nombre des centenaires double tous les dix ans depuis 1950, passant d'environ 200 individus à 15 000 centenaires en France métropolitaine aujourd'hui. L'Insee prévoit désormais, en prolongeant les tendances du passé, qu'il y aura 200 000 centenaires en France en 2060. L'incertitude est toutefois assez grande pour que l'Insee publie une fourchette de chiffres allant

de 380 000 à 120 000 selon des scénarios plus ou moins optimistes d'évolution de la mortalité (Blanpain, 2010). Sur la base d'un exercice similaire mené en Grande Bretagne, le *Telegraph* a titré « 10 millions de Britanniques actuellement vivants atteindront l'âge de 100 ans ou plus ». ⁽¹⁾ La canicule d'août 2003 a entraîné en une dizaine de jours un excès de 14,800 décès supplémentaires en France concernant essentiellement des personnes très âgées (Hémon et Jouglà, 2004). À l'échelle de l'Europe, l'excès de mortalité au cours de l'été 2003 a atteint 70 000 décès (Robine et al., 2008) et les modélisations climatiques les plus récentes suggèrent que dans quelques décennies la surmortalité d'été pourrait dépasser la surmortalité hivernale (Ballester et al, 2011). Lorsque l'on aborde la question de la santé au grand âge, et avec des chiffres encore moins fiables, on fait alternativement preuve soit de pessimisme en pointant les estimations du nombre des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou

1. *The Telegraph*, 29 décembre 2010

<http://www.telegraph.co.uk/health/8230749/10m-alive-in-Britain-today-will-live-to-be-more-than-100-years-old.html>

de démences séniles ou du nombre des personnes dépendantes d'un tiers pour les activités les plus élémentaires de la vie quotidienne, soit preuve d'optimisme en soulignant que l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie totale. Il y aurait eu en fait 754 000 personnes atteintes de démence vivant en France en 2010 et ce nombre pourrait atteindre 1 813 000 cas en 2050 (Mura et al, 2010). Seul le nombre des centenaires double tous les dix ans, pas celui des personnes atteintes de démences séniles. Entre 1981 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité en France a autant augmenté pour les femmes et un peu plus pour les hommes que l'espérance de vie totale (Robine et Mormiche, 1993). Malheureusement cette tendance très positive ne s'est pas poursuivie jusqu'à aujourd'hui et les dernières études suggèrent une tendance récente moins favorable (Sieurin et al., 2011).

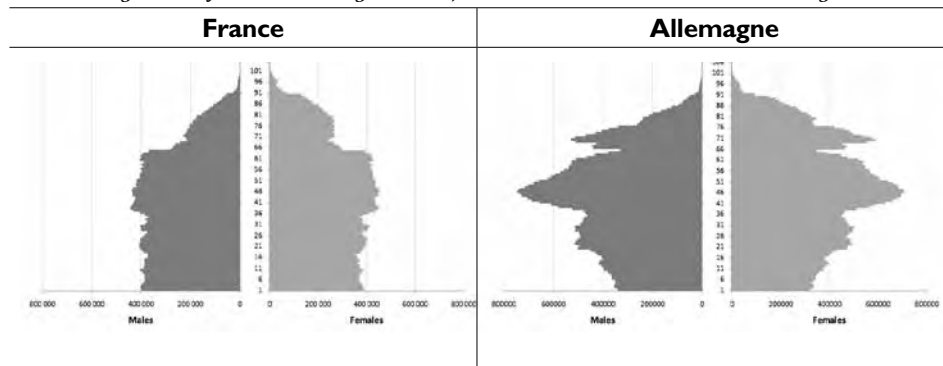
Mais fondamentalement, tous ces chiffres ne veulent pas dire grand-chose une fois qu'on les a sortis de leur contexte, contexte démographique d'abord car les personnes très âgées font partie d'une population et c'est dans ce cadre-là que les chiffres doivent être replacés pour prendre du sens, contexte international ensuite car, sans éléments de comparaison avec nos voisins, il est difficile de juger des situations. Ainsi, pour reprendre l'exemple des centenaires français, ils représentaient 0,02 % des Français en 2010 et atteindront 0,27 % de la population en 2060 (Blanpain et Chardon, 2010). C'est un changement mais ce n'est pas une révolution. Ou bien encore, le nombre de personnes atteintes de démences séniles en France est égal en effectif à 2,8 % de la population active

(Mura et al, 2010) ; ce nombre est égal toutefois à 10 % du nombre des plus de 75 ans et à la moitié du nombre des plus de 85 ans. Voilà quelques ordres de grandeurs. On ne peut malheureusement pas comparer ces chiffres avec ceux de tous nos voisins. La tendance récente est de privilégier la comparaison avec l'Allemagne qui est notre principale partenaire économique au sein de l'Union européenne. Ainsi, il apparaît que l'espérance de vie des femmes françaises est pratiquement de 2 ans plus élevée que l'espérance de vie des femmes allemandes (2,4 %) ; ce qui pour le coup est considérable. Nous allons donc essayer de replacer systématiquement les chiffres du grand âge dans un contexte démographique général en comparant chaque fois que possible les valeurs françaises et les valeurs allemandes. Notre plan nous conduit de (1) la pyramide des âges au (6) flou de l'état de santé des très âgés, en passant par (2) les rapports des générations, (3) l'augmentation du nombre des très âgés, (4) les travailleurs dans le secteur de la dépendance (Long Term Care), et (5) l'incertitude des projections.

La pyramide des âges

La comparaison rapide de la pyramide des âges en France en 2010 avec celle de l'Allemagne montre des répartitions par âge très différentes (Figure 1). La pyramide allemande apparaît beaucoup plus irrégulière. On note en particulier (i) une forte diminution des effectifs dans la tranche d'âge 70-76 ans correspondant à la politique nataliste du III^e Reich, (ii) l'effondrement des naissances de 1945, (iii) le fantastique et très irrégulier baby-boom allemand, comparé au baby-boom français, qui évolue en miroir de l'effectif des générations parentales, (iv)

Figure 1: Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2010 en France et en Allemagne



Sources: Insee pour la France et Human Mortality Database (HMD) pour l'Allemagne

son arrêt brutal en 1970, correspondant aux individus âgés de 40 ans aujourd'hui, (v) le petit rebond des années 1980s, (vi) l'effondrement des naissances depuis les années 1990 et finalement depuis 1999 (v) le dépassement du nombre des naissances allemandes par les naissances françaises (Figure 1).

On voit immédiatement que la situation des deux pays n'est pas la même. Il y a beaucoup plus de seniors en Allemagne pour prendre en charge les très âgés comme va le montrer le calcul du Oldest Old Support Ratio (OOSR). Il semble qu'il y ait une forte concentration de la population dans les tranches d'âge correspondant à l'âge de l'activité professionnelle mais attention à la forme très irrégulière de la pyramide. Là le calcul des taux de dépendance démographique est vraiment nécessaire pour voir où la situation est la plus favorable en termes du nombre de cotisants potentiels pour un retraité. Enfin le déficit de jeunes est flagrant en Allemagne. Il est clair que

les deux pays n'ont pas à faire face aux mêmes coûts d'éducation ou de financement des frais médicaux liés à la maternité et à la surveillance de la santé des jeunes enfants, sans compter le coût des allocations familiales.

Les rapports des générations

Le calcul de toute une série de taux nous permet de formaliser ces différences dans la structure des âges et dans les rapports des générations. Ainsi le taux de fécondité apparaît beaucoup plus favorable en France qu'en Allemagne. Dans ce dernier pays, le taux de fécondité s'est établi à 1,4 enfant par femmes en 2010, minant la base de la pyramide des âges, alors qu'en France il approche du taux de renouvellement des générations⁽²⁾ avec un peu plus que 2 enfants par femme (Tableau 1). La situation de la population française apparaît bien plus viable à terme que la situation allemande. Le taux de dépendance démographique (TDD) mesure le nombre de jeunes âgés

2. Compte tenu du taux de masculinité à la naissance (environ 105 garçons pour 100 filles), le taux de fécondité qui assure le renouvellement des générations féminines est de 2,1 enfants par femmes.

de moins de 20 ans et d'adultes âgés de 65 ans et plus pour une personne âgée de 20 à 64 ans, tranches d'âge où se concentre habituellement l'activité professionnelle. En Allemagne le taux de dépendance démographique était en 2010 inférieur de 5 points au taux observé en France, 0,65 versus 0,70 personne potentiellement à charge pour un adulte en âge de travailler. C'est indéniablement une situation plus favorable en termes de charges économiques et sociales. La décomposition de ce taux en TDD pour les jeunes et pour les plus de 65 ans fait apparaître qu'en fait la situation est plus favorable pour l'Allemagne que pour les jeunes avec 0,31 jeune potentiellement à charge pour un adulte en âge de travailler

versus 0,42 en France. Inversement, en 2010, on comptait déjà en Allemagne 0,34 personne âgée de 65 ans et plus pour un adulte en âge de travailler versus 0,29 en France (Tableau 1). Il y a encore beaucoup plus de jeunes que de personnes âgées en France alors qu'il y a déjà plus de personnes âgées que de jeunes en Allemagne.

Enfin le calcul du taux de support des très âgés, qui apprécie l'importance numérique des aidants potentiels, montre qu'il y a en Allemagne 14,2 personnes dans la tranche d'âges 50-74 ans pour une personne âgée de 85 ans ou plus contre 10,8 en France.

Au total la démographie allemande apparaît bien plus favorable aujourd'hui que la démographie française. Les adultes en âge de travailler ont moins de personnes à charge et les très âgés disposent de bien plus d'aidants potentiels dans la tranche d'âge des 50-74 ans. Mais à regarder de plus près, on voit que le rapport des plus âgés aux adultes en âge de travailler est déjà moins favorable qu'en France et surtout la forme actuelle de la pyramide des âges, comme le taux de fécondité atteint en 2010, nous indique que la situation va se dégrader beaucoup plus vite et beaucoup plus fortement en Allemagne qu'en France. Ainsi le TDD pour les plus âgés devrait atteindre 0,39 personne âgée de 65 ans et plus pour un adulte en âge de travailler en Allemagne en 2020 puis 0,62 dès 2040⁽³⁾ (Federal Statistical Office, 2009) alors que les valeurs correspondantes françaises seront de 0,37 en 2020 et 0,50 en 2040⁽⁴⁾ (Blanpain et Chardon, 2010).

Tableau 1: Taux de fécondité, taux de dépendance démographique et taux de support des très âgés en France et en Allemagne, en 2010

	France	Allemagne
Taux de fécondité	2,01	1,42
Taux de dépendance démographique (TDD)	0,70	0,65
TDD pour les moins de 20 ans	0,42	0,31
TDD pour les plus de 65 ans	0,29	0,34
Taux de support des très vieux (OOSR)	10,8	14,2

Sources: Insee, Statistisches Bundesamt, Human Mortality Database

3. Variante: lower limit of the medium population

4. Hypothèse centrale

Tableau 2: Sélection d'indicateurs issus des tables de mortalité française et allemande pour l'année 2009

	Hommes		Femmes	
	France	Allemagne	France	Allemagne
Espérance de vie (EV)	77,78 ans	77,45 ans	84,49 ans	82,53 ans
Mortalité infantile	4,05 0/00	3,86 0/00	3,26 0/00	3,02 0/00
EVPO-65	62,56 ans	62,94 ans	63,75 ans	63,83 ans
EV65	18,42 ans	17,27 ans	22,63 ans	20,48 ans
Survie médiane (50 %)	81-82 ans	80-81 ans	87-88 ans	85-86 ans
Âge modal au décès (M)	86 ans	85 ans	89 ans	89 ans
EVM	5,40 ans	5,35 ans	5,37 ans	4,40 ans
Survie à 90 ans	19,7 %	15,5 %	39,5 %	28,1 %
Survie à 95 ans	6,1 %	4,2 %	17,1 %	9,2 %
Survie à 100 ans	0,9 %	0,6 %	3,8 %	1,4 %
Survie à 105 ans	0,06 %	0,03 %	0,3 %	0,08 %

EVPO-65: Espérance de vie partielle entre 0 et 65 ans;
EVM: Espérance de vie restante à l'âge modal des décès
Sources: Human Mortality Database (HMD)

Au total la population française ne devrait cesser de croître pour atteindre plus de 73 millions d'habitants en 2060 alors que dans le même temps l'Allemagne devrait perdre 15 millions d'habitants. La population française devrait dépasser en taille la population allemande avant 2050. Cela change les perspectives économiques des deux pays.

L'augmentation du nombre des très âgés

Une faible natalité n'est pas la seule cause d'un vieillissement accéléré de la population, il y a aussi l'augmentation de la durée de vie des adultes; ce que l'on appelle de plus en plus souvent la révolution de la longévité des adultes par opposition à la chute de la mortalité infantile qui a été le moteur principal de l'augmentation de l'espérance de vie jusqu'au milieu du 20^e siècle. Là encore la comparaison des principaux indicateurs issus de la table de mortalité avec ceux de l'Allemagne nous aide à préciser les spécificités françaises. D'abord, on note beaucoup moins de différences pour les hommes que pour les femmes (Tableau 2).

Pour les hommes l'espérance de vie à la naissance apparaît très peu différente entre les deux pays, 77,8 versus 77,5 années. Au total, les Français peuvent espérer vivre 4 mois de plus que les Allemands. On note toutefois

que la mortalité infantile est légèrement plus basse en Allemagne qu'en France et que la mortalité prématurée y est plus faible. En effet sur les 65 années de vie possible entre la naissance et le 65^e anniversaire les Allemands en vivent 97 % contre 96 % en France. Avec un taux de mortalité infantile égal au taux allemand, on aurait évité entre 70 et 80 décès de

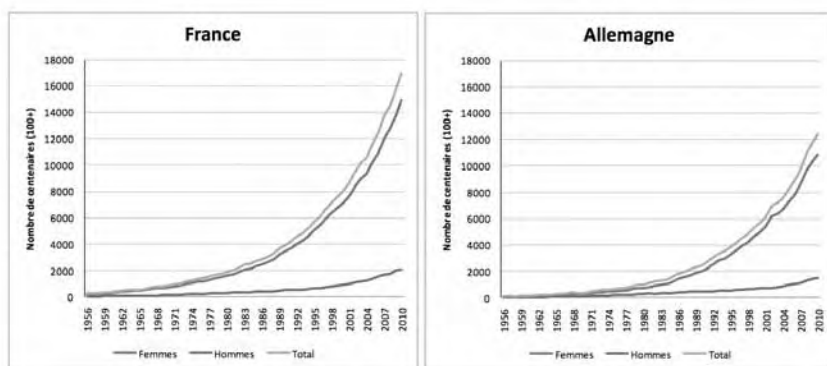
petits garçons en 2009 ; ce qui est loin d'être négligeable. Par contre à partir de 65 ans les écarts se creusent en faveur de la France. Ainsi à 65 ans, les Français peuvent espérer vivre plus d'une année de plus que les Allemands. 20 % des Français survivent à 90 ans contre 16 % des Allemands (Tableau 2).

Pour les femmes, les écarts sont bien plus importants. Ainsi les Françaises peuvent espérer vivre 2 ans de plus que les Allemandes (1,96 année). On note toutefois, là aussi, que la mortalité infantile est légèrement plus basse en Allemagne qu'en France et qu'avec le taux de mortalité infantile allemand on aurait évité en France environ 90 décès de petites filles en 2009. Mais au total la mortalité prématurée n'est pas vraiment plus faible en Allemagne qu'en France. Ainsi sur les 65 années de vie possible entre la naissance et le 65e anniversaire les Allemandes en vivent 98,2 % contre 98,1 % en France. Par contre à 65 ans, dans les conditions de mortalité de 2009, les Françaises peuvent

espérer vivre plus de deux années de plus que les Allemandes (2,15 années). 40 % des Françaises survivent à 90 ans contre 28 % des Allemandes et 3,8 % des Françaises deviennent centenaires contre 1,4 % des allemandes (Tableau 2).

Ces fortes divergences dans la longévité des adultes se traduisent par d'importantes différences dans les effectifs des personnes très âgées en France et en Allemagne. Ainsi il y a plus de centenaires en France qu'en Allemagne, près de 17 000 centenaires en France en 2010 contre un peu plus de 12 000 en Allemagne, alors que la population de ce dernier pays dépasse encore de 17 millions d'habitants la population française. Comme on peut le voir à la figure 2, il y a nettement plus de centenaires en France. Cette situation spécifique est moins due à la taille des cohortes de naissance qu'aux chances respectives de devenir centenaire. Il a ainsi été démontré que c'est en France que la probabilité pour un individu âgé de 60 ans en 1965 d'avoir fêté son

Figure 2: Augmentation du nombre des centenaires en France et en Allemagne depuis la fin des années 1950



Sources: Human Mortality Database, <http://www.mortality.org/>.

100^e anniversaire en 2005 (CR60) a été la plus élevée parmi les 26 pays européens qui disposent des données nécessaires à ce calcul (Robine et Saito, 2009).

Tableau 3: Facteur de multiplication du nombre des centenaires au cours des décennie successives en France et en Allemagne depuis 1960

	France	Allemagne
1960-1970	2,3	2,5
1970-1980	2,2	2,6
1980-1990	2,1	2,5
1990-2000	2,0	2,3
2000-2010	2,1	2,2

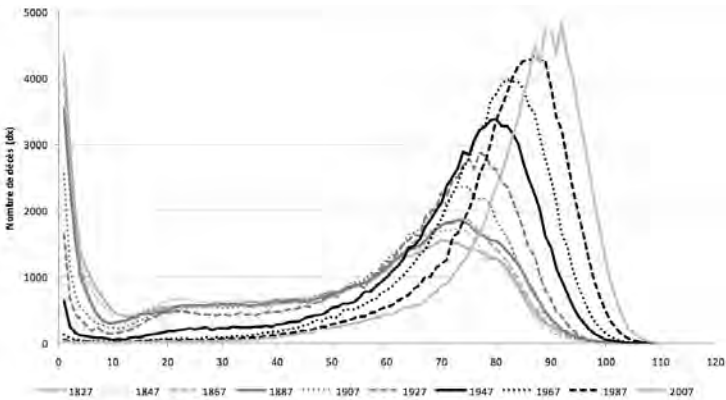
Cependant, au-delà des effectifs, on n’observe pas vraiment de différence dans le rythme d’augmentation du nombre des centenaires dans ces deux pays. Ce nombre a globalement doublé au cours de

chaque décennie depuis les années 1960. Le *Tableau 3* montre même que le rythme d’augmentation a été légèrement plus fort en Allemagne. Notons au passage que la très grande majorité des centenaires sont des femmes.

La *figure 3* illustre plus en détail la révolution de la longévité des adultes, actuellement en cours en France, au travers de l’évolution de la distribution des âges féminins au décès, dans les conditions du moment, depuis 1827 avec des courbes espacées de 20 ans en 20 ans.

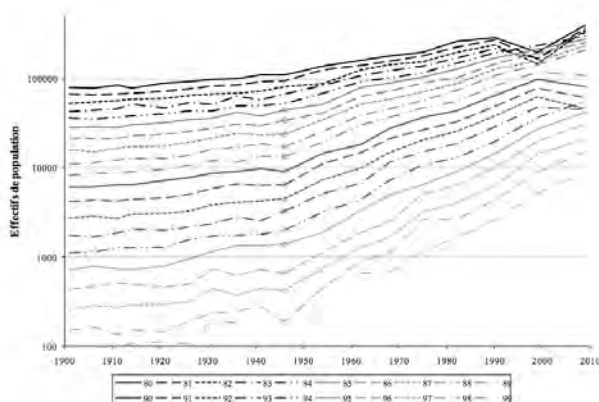
Sur le plan de la mortalité, il ne se passe pas grand-chose au cours du XIX^e siècle et avant 1907 si ce n’est la chute de la mortalité infantile qui permet à toujours plus d’enfants de devenir des adultes. De 1827 à 1907, l’âge modal au décès des adultes ne varie pratiquement pas, restant dans le voisinage de 70-73 ans. Il atteint environ 80 ans en 1947 au lendemain de la deuxième guerre

Figure 3: Évolution de la distribution des âges au décès en France, dans les conditions du moment, depuis 1827, sexe féminin, pour 100 000 à la naissance



Sources: Human Mortality Database, <http://www.mortality.org/>.

Figure 4: Évolution des effectifs de population par âge, de 80 à 99 ans, depuis le recensement de 1901



Sources: Insee, recensement de population et enquête de recensement pour les estimations au 1^{er} janvier 2009 (résultats provisoires arrêtés fin 2009).

mondiale avant d'entreprendre sa formidable ascension moderne qui le conduit au-delà de 90 ans en 2007. Sur la *figure 3*, la distribution des âges au décès se déplace clairement vers des âges plus élevés à partir de 1907. Dans les conditions de mortalité de 1907 1,2 % des décès féminins se produisent à 90 ans ou plus contre 39 % dans les conditions de mortalité observées en 2007 (Robine, 2010). Les Français connaissent une évolution similaire bien que l'allongement de leur durée de vie ait commencé plus tard que pour les femmes (Cheung et al, 2008).

Une des conséquences de cet impressionnant allongement de la durée de la vie des adultes est d'augmenter fortement les effectifs des personnes âgées à partir de la fin de la seconde guerre mondiale. Cette augmentation est illustrée à la *figure 4* qui rapporte, par année d'âge, les effectifs dénombrés entre 80 et 99 ans à l'occasion des recensements de la population qui ont eu lieu tout au long du 20^e siècle. Les estimations pour

l'année 2009, après le dernier recensement classique de 1999, proviennent des enquêtes de recensement qui ont été mises en place par l'Insee à partir de 2002. L'échelle des effectifs à la *figure 4* est logarithmique; ce qui permet d'apprécier directement le taux de croissance des effectifs. En effet, avec une telle échelle, un taux d'accroissement des effectifs constant au cours du temps est représenté par une droite alors qu'avec une échelle arithmétique standard une telle croissance serait représentée par une courbe exponentielle, comme celle représentée à la *figure 2* pour les centenaires.

Trois points sont à noter sur la *figure 4*. D'abord, avant le recensement de 1946, les effectifs des personnes très âgées augmentent faiblement mais constamment, comme le montrent les tendances linéaires des effectifs de chaque âge de 1901 à 1946. À titre d'exemple, 80 304 personnes âgées de 80 ans avaient été dénombrées en 1901 contre 109 536 en 1946, soit une

augmentation de 36 % en 45 ans. Le fait que ces tendances soient parallèles signifie que les taux d'accroissement sont identiques pour tous les âges. Ensuite après le recensement de 1946, les pentes deviennent beaucoup plus fortes. Les tendances pour chaque âge restent linéaires mais les taux d'accroissement sont beaucoup plus élevés qu'avant 1946. Ce nouveau rythme d'accroissement se poursuit jusqu'en 2009. À titre d'exemple, les effectifs des personnes âgées de 80 ans passent de 1 095 36 en 1946 à 3 943 49 en 2009, soit une augmentation 10 fois plus forte de 360 % en 63 ans. Toutefois les tendances ne sont plus parallèles ; les pentes tendent à être d'autant plus fortes que les âges sont élevés. Ainsi les taux d'accroissement des effectifs des nonagénaires sont beaucoup plus forts que ceux des octogénaires. Enfin, on note qu'après le passage des classes creuses de 1915-1919 qui a fortement diminué le nombre des octogénaires recensés en 1999, précisément ceux âgés de 80, 81 et 82 ans, les estimations pour 2009 sont de nouveau sur les tendances à la hausse installées dès 1946. En 2009, le passage des classes creuses de 1915-1919 réduit les effectifs des personnes âgées de 90, 91 et 92 ans (Robine, 2010). Sur les 22 millions d'individus supplémentaires (+ 55 %) que compte la France en 2009 par rapport à 1946, 6 millions sont des personnes de 65 ans ou plus (+ 135 %) et plus de 2 millions et demi des personnes âgées de 80 ans ou plus (+ 473 %).

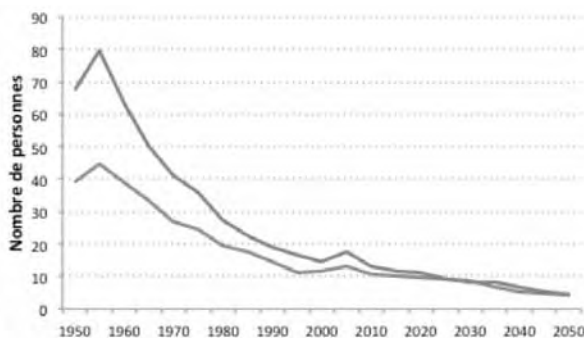
Les travailleurs dans le secteur de la dépendance

Il semble raisonnable de remettre en cause le modèle de population généralement utilisé qui oppose les trois classes d'âge traditionnelles, les jeunes, les adultes

en âge de travailler et les adultes âgés, comme on l'a fait dans les premières sections de ce chapitre, pour lui substituer un modèle se composant d'au moins quatre groupes d'âges, en distinguant les très âgés (oldest old) des seniors. Nous avons proposé de retenir 85 ans comme limite d'âge, séparant ces deux groupes, sur la base de données épidémiologiques et gériatologiques. D'autres ont proposé les seuils de 75 ou de 80 ans. L'avantage de distinguer plusieurs groupes parmi les personnes âgées, c'est de pouvoir introduire de nouveaux indicateurs de dépendance et/ou, inversement de support, comme le taux de support des personnes très âgées qui indique combien d'adultes âgés de 50 à 74 ans sont potentiellement disponibles pour faire face au besoin d'aide d'une personne âgée de 85 ans ou plus (Robine et al., 2007 ; Herrmann et al., 2010). Si toutes les personnes très âgées ne sont pas dépendantes d'un tiers dans la vie de tous les jours, les risques de perte de l'autonomie sont loin d'être négligeables au-delà de 85 ans.

La *figure 5* illustre l'évolution du taux de support des personnes très âgées en France et en Allemagne de 1950 à 2050. Elle montre qu'avant 1960, il y avait près de 40 personnes âgées de 50 à 74 ans pour une personne de 85 ans ou plus. Ce taux de support potentiel est tombé à 11,6 en l'an 2000 et, grâce aux prévisions de population des Nations unies, on peut l'estimer aux alentours de 4,4 en 2050. La *figure 5* apporte ainsi un complément essentiel aux figures précédentes, à savoir que l'augmentation du nombre des personnes âgées au sein de la population française s'accompagne d'un très profond changement dans la structure par âge de

Figure 5: Évolution du taux de support des personnes très âgées en France et en Allemagne depuis 1950 et prévision jusqu'en 2050



Sources: World Population Prospects: The 2004 revision population database. United Nations Population division, 2005.

la population âgée elle-même. Il y a relativement de moins en moins de seniors potentiellement disponibles pour s'occuper des personnes très âgées en France comme en Allemagne même si la situation allemande apparaît légèrement meilleure.

Peu d'information est disponible en France sur ceux qui aident les personnes âgées dépendantes, les care givers, que ce soit des volontaires, souvent la famille, ou des professionnels. On sait grâce à quelques études menées dans les pays anglo-saxons que les travailleurs du secteur de la dépendance sont souvent des travailleurs immigrés. On connaît mieux la situation de ceux qui travaillent dans les maisons de retraite. On connaît moins la situation de ceux qui travaillent au domicile de la personne.

Depuis 2008, l'OCDE essaye de collecter des données sur les caractéristiques des travailleurs du secteur de la prise en

charge de la dépendance des personnes âgées, LTC workers, (Fujisawa et Colombo, 2009). C'est une tâche difficile à cause des différences dans les systèmes statistiques et de leur caractère incomplet (Pond et McPake, 2006; Diallo, 2004). Une part importante pourrait être constituée de travailleurs clandestins, même en maison de retraite (Leppard, 2008). Jusqu'à présent ces questions font plus souvent l'objet d'ar-

ticles dans la presse quotidienne que dans les journaux scientifiques (Leppard, 2008; Newman, 2006) et c'est souvent à l'occasion de la mise en place de programmes de régularisation que l'on découvre l'ampleur du phénomène comme en Allemagne, en Autriche, et dans tous les pays du sud de l'Europe sans exception, Espagne, Grèce, Italie et Portugal (DeParle, 2008; Phalnikar, 2005). Toutes les études soulignent des risques de maltraitance pour la personne âgée et des risques d'exploitation pour mes travailleurs migrants, en particulier pour les clandestins (Herrmann et al., 2010). Se posent aussi de nombreuses questions sur la communication entre la personne âgée et son aide. Les Nations unies, comme l'Organisation mondiale de la santé, rappelle régulièrement que l'emploi de travailleurs immigrés n'est pas la solution magique pour faire face à la dépendance des personnes très âgées des économies avancées. Le fort déclin

du Oldest Old Support Ratio à l'échelle mondiale semble leur donner raison (Herrmann et al., 2010).

L'incertitude des projections

À quelques mois de distance, à l'occasion de la publication de leurs plus récentes projections de population, la France comme le Royaume-Uni ont centré, sans concertation, leur communication sur l'augmentation des effectifs des centenaires. La comparaison de ces deux exercices est très éclairante sur l'incertitude qui prévaut quant à ces chiffres. Dans les deux cas les instituts de statistiques, l'Insee pour la France et l'ONS (Office for National Statistics) pour le Royaume-Uni, se servent de ce qu'ils appellent les projections centrales, celles qui normalement poursuivent les tendances observées dans le passé. Partant avec 11,800 centenaires en 2010, l'ONS prévoit que le Royaume en hébergera 378 200 en 2060 donc 5 600 personnes âgées de plus de 110 ans (Price, 2010). Partant avec 15 000 centenaires en 2010, l'Insee prévoit que la France en accueillera 200 000 en 2060 (Blanpain, 2010). Cet écart considérable en défaveur de la France est d'autant plus étrange que les centenaires sont déjà plus nombreux dans notre pays et que l'espérance de vie féminine y est bien plus élevée qu'en Angleterre. Un examen minutieux de ces projections montre que les estimations proposées au Royaume-Uni correspondent très exactement à un doublement du nombre des centenaires tous les 10 ans; ce qui a effectivement été observé dans l'Europe occidentale depuis les années 1960 et prolonge bien les tendances du passé. Les projectionnistes de l'Insee ont quant à eux apporté quelques corrections sur les tendances les plus récentes de la diminution de la mortalité chez les femmes.

Un doublement du nombre des centenaires en France tous les 10 ans conduirait à un effectif de 480 000 centenaires en 2060 au lieu des 200 000 prévus par l'Insee.

Les chiffres sont colossaux et rien n'indique qu'ils soient réalistes. Nous ne savons rien des limites de la longévité humaine. Si de tels chiffres apparaissent aberrants dans les conditions de mortalité et de développement technique actuel, nous devons nous rappeler que les survies que nous observons aujourd'hui semblaient tout à fait impossibles, il y a 60 ans en arrière, en 1950. Les projectionnistes ont toujours péché par défaut, refusant de poursuivre des tendances qu'ils jugeaient impossibles, et du coup, n'ont jamais anticipé le formidable allongement de la durée de vie des adultes. Pour l'instant le recours à des « experts » est de peu d'utilité dans la mesure où on trouve à peu près autant de médecins ou de biologistes qui considèrent que l'espérance de vie ne peut plus beaucoup augmenter (voir par exemple Lebourg, in press) ou inversement qui considèrent qu'elle pourrait atteindre des valeurs beaucoup plus élevées au cours du XXI^e siècle (voir par exemple Alexandre, 2011 et Radman, 2011). Entre les deux, les projections statistiques ne sont que la poursuite mécanique des tendances passées. Mais même chez les démographes et les épidémiologistes on trouve de grands écarts. Ainsi Christensen et ses collaborateurs considèrent que si les tendances se poursuivent, la plupart des enfants nés en France depuis l'an 2000 deviendront centenaires (Christensen et al., 2009) alors que d'autres considèrent que de telles prévisions ne sont absolument pas réalistes (Olshansky et Carnes, 2010). Selon l'INED, qui reconnaît que l'exercice est difficile, environ 11 % des enfants nés en l'an 2000 pourraient devenir centenaires.⁽⁵⁾ Selon le Département for

les survies que nous observons aujourd'hui semblaient tout à fait impossibles, il y 60 ans en arrière, en 1950

Work and Pensions, 22,1 % des garçons qui sont nés au Royaume-Uni en l'an 2000 ont une chance de devenir centenaire et 29,5 % des filles. Pour ceux qui sont ou vont naître en 2011, ces chances vont respectivement atteindre 25,7 % pour les garçons et 33,4 % pour les filles (Evans J, 2011). On ne peut être plus illustratif quant à l'incertitude des prévisions.

L'état de santé des très âgés

Au-delà des enquêtes « Handicap-Santé » du ministère de la santé (DRESS) et de l'Insee (Voir le chapitre de Catherine Sermet dans cet ouvrage), il n'y a pas beaucoup d'enquêtes disponibles en France pour apprécier l'état de santé des personnes âgées, surtout des personnes très âgées. Par exemple l'échantillon français de SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) ne contient que très peu de personnes âgées de plus de 85 ans. Dans ces conditions, les projections du nombre des personnes âgées dépendantes reposent souvent sur un ratio supposé constant entre l'espérance de vie (EV) et l'espérance de vie sans incapacité (EVS). Or si les tendances observées à la fin du XX^e siècle étaient assez favorables, ce n'est plus le cas des tendances actuelles (Sieurin et al., 2011). Quoi qu'il en soit, dans le cadre des projets gouvernementaux pour une meilleure prise en charge de la dépendance,

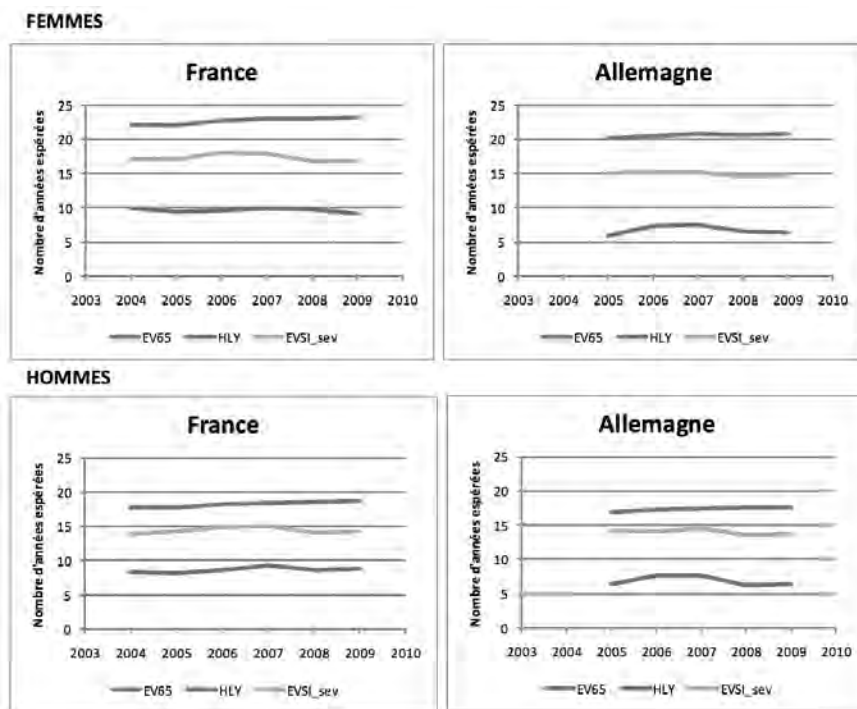
le groupe de travail présidé par Michel Charpin doit remettre de nouvelles projections en matière de dépendance.

La figure 6 illustre les évolutions les plus récentes de l'espérance de vie sans incapacité (EVS), en France et en Allemagne, calculée à l'âge de 65 ans à partir du GALI (Global Activity Limitation Indicateur, présent dans l'enquête européenne SILC (Statistics on Income and Living Condition) et qui sert de base au calcul de l'indicateur structurel européen : « les années de vie en bonne santé (HLY) ». Nous avons aussi fait figurer sur la figure l'évolution de l'espérance de vie à 65 ans (EV65) et l'évolution de l'espérance de vie sans limitation sévère dans les activités usuelles (EVS_{sev}). Alors que l'espérance de vie continue d'augmenter, l'espérance de vie sans limitation d'activité, quel que soit le niveau de sévérité retenu, semble avoir stagné au cours des dernières années en France et en Allemagne comme dans la plupart des pays européens. Il n'est pas si sûr aujourd'hui que l'espérance de vie sans incapacité suive le rythme d'augmentation de l'espérance de vie totale. Comme pour cette dernière, les valeurs de l'espérance de vie sans incapacité sont plus élevées en France qu'en Allemagne.

Au total, l'information disponible sur l'état de santé des personnes très âgées en France est très insuffisante. Il serait important de pouvoir disposer d'une enquête spécifique

5. http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/centenaires_france/

Figure 6 : Évolution de l'espérance de vie à 65 ans (EVSI), de l'espérance de vie sans limitation d'activité (HLY, indicateur structurel européen) et de l'espérance de vie sans limitation d'activité sévère, en France et en Allemagne depuis 2004



Sources: EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System) www.ehemu.eu.

régulière, tous les 5 ans par exemple, mesurant chez eux les différentes dimensions de la santé physique et mentale (pathologies, comorbidité, fonctionnalité, fragilité, santé perçue et qualité de vie) afin de s'assurer que l'allongement de la durée de la vie des adultes s'accompagne bien d'une augmentation des années de bonne santé. Seule la disposition d'une telle enquête, à domicile et en institution, permettrait à terme d'accompagner les prévisions de population d'une prévision des états de santé du futur. Mettre en place des cohortes est aussi nécessaire pour comprendre les mécanismes qui mettent en péril

ou au contraire favorisent le vieillissement en bonne santé des personnes très âgées. Suivre une cohorte de personnes initialement âgées de 85 ans serait de ce point de vue très instructif. Il faut aussi renforcer les études qui comme 5-COOP (5-Country Oldest Old Study) visent à établir la prévalence réelle de la perte de l'autonomie, de la démence et des différents symptômes gériatriques à l'âge de 100 ans (Robine et al, 2010). Cela ne peut que renforcer notre connaissance des trajectoires de morbidité, incidence et prévalence, avec l'âge des individus.



comprendre
les mécanismes qui
mettent en péril
ou au contraire
favorisent
le vieillissement
en bonne santé des
personnes très âgées

Références:

- Alexandre L (2011) La mort de la mort. JC Lattès, 425p.
- Ballester, J., Robine, J.-M., Herrmann, F.R., and Rodó, X. (2011) Long-term projections and acclimatization scenarios of temperature-related mortality in Europe. *Nature Communications*. DOI: 10.1038/ncomms1360
- Blanpain, N. (2010) 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060? *Insee Première* 1319 :1-4.
- Blanpain, N., and Chardon, O., (2010) Projections de population à l'horizon 2060. *Insee Première* 1320 :1-4.
- Cheung, S.L.K., Robine, J.-M., and Caselli, G. (2008) The use of cohort and period data to explore changes in adult longevity in low mortality countries. *Genus* LXIV (1-2):101-129.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., and Vaupel, J.W. (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374:1196-1208.
- DeParle, J. (2008) Spain legalize 600,000 Illegal Immigrants, US may also relax rules. Accessed: 12.03.2009 <http://www.internationalreporter.com/News-3724/spain-legalize-600-000-illegal-immigrants-us-may-also-relax-rules.html>.
- Dialla, K. (2004) Data on the migration of health-care workers: sources, uses and challenges. *Bull World Health Organ*, 82: 601-607.
- Evans, J. (2011) Number of future centenarian by age group. Department for Work and Pension. Accessed 19.08.2011 http://research.dwp.gov.uk/asd/asd1/adhoc_analysis/2011/centenarians_by_age_groups.pdf
- Federal Statistical Office (2009) Germany's population by 2060. Results of the 12th coordinated population projection. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Fries, J.-F. (1980) Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *The New England Journal of Medicine* 303 (3): 130-135.
- Fujisawa, R., and Colombo, F. (2009) The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. OECD Health working papers No. 44. OECD, Paris, pp. 62.
- Héron, D. and Jougl, E. (2004) La canicule du mois d'août 2003 en France. *Rev Epidemiol Santé Publique* 52:3-5.
- Herrmann, F.R., Michel, J.-P., et Robine, J.-M. (2010) Worldwide decline in the oldest old support ratio. *European Geriatric Medicine*. 1:3-8.
- Herrmann, F.R., Robine, J.-M., and Michel J.-P. (2010) Changes in Broad Demographic Behaviors after the 2003 European Heat Wave. In: Kuros, S., Bengtsson, T., Campbell C., editors. *Demographic Responses to Economic and Environmental Crises: Proceedings of the IUSSP Seminar May 21-23, 2009, Reitaku University. Kashiwa, Japan: Reitaku University*; 2010. p. 227-238.
- Le Bourg, E. (in press) Fantasmies autour du vieillissement et de la longévité. In: Yaya, S. (ed.), *Prolongévisme, transhumanisme et biogérontologie. La réponse de la science médicale au devenir vieux*, Presses de l'Université Laval, Québec, sous presse.
- Leppard, D. (2008) Home Office in illegal immigrants cover-up. *The Sunday Times* Accessed: 12.03.2009 <http://www.timesonline.co.uk/tol/news/politics/article3646516.ece>.
- Mura, T., Dartigues, J.-F., and Berr, C. (2010) How many dementia cases in France and in Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050. *Eur J Neurol* 17 (2):252-9.
- Newman, B. (2006) Who will care for u.s. elderly if border closes? *Wall Street Journal*, Accessed: 12.03.2009 <http://www.globalaging.org/elderrights/us/2006/bordercloses.htm>.
- Olshansky, S.J., and Carnes, B.A., (2010) Ageing and health, *Lancet* 375:25.
- Phalnikar, S. (2005) A German Amnesty for Illegal Immigrants? Accessed: 12.03.2009 <http://www.dw-world.de/dw/article/0,1564,1513837,00.html>
- Pia, A. et Beaumel C. (2011) Bilan démographique 2010 : La population française atteint 65 millions d'habitants. *Insee Première* 1332 :1-4.
- Pond, B., and McPake, B. (2006) The health migration crisis: the role of four Organisation for Economic Cooperation and Development countries. *Lancet* 367: 1448-1455.
- Price, E. (2010) Number of Future Centenarians. Department for Work and Pension. Accessed: 19.08.2011 http://research.dwp.gov.uk/asd/asdl/adhoc_analysis/2010/Centenarians.pdf
- Radman, M. (2011) Au-delà de nos limites biologiques. *Plan*, 168p.
- Robine, J.-M. (2010) La situation démographique de la France: état des lieux et perspectives. In: Lebourg, E., editor. *Retraites, démographie, santé Vieillir en France aujourd'hui et demain: Vuibert*; 2010.p. 23-48.
- Robine, J.-M., Cheung, S.L.K., Saito, Y., Jeune, B., Parker, M.G., Herrmann, F.R. (2010) Centenarians today: New insights on selection from the 5-COOP study. *Current Gerontology and Geriatrics Research*; 2010.
- Robine, J.-M. and Mormiche, P. (1993) L'espérance de vie sans incapacité augmente. *Insee Première* 281 :1-4.
- Robine, J.-M., Cheung, S.L.K., Le Roy, S., Van Oyen, H., Griffiths, C., Michel, J.-P. et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003 / Plus de 70 000 décès en Europe au cours de l'été 2003. *Comptes rendus biologies*. 2008;331 (2):171-178.
- Robine, J.-M., and Saito, Y. (2009) The number of centenarians in Europe. *European papers on the New Welfare, The counter-ageing society: Steps towards the European Welfare*. 13:47-62.
- Robine, J.-M., Michel, J.-P., and Herrmann, F.R. (2007) Who will care for the oldest people in our ageing society? *Br Med J*. 334 (7593):570 – 571.
- Sieurin, A., Cambois, E., and Robine, J.-M. (2011) Les espérances de vie sans incapacité en France. *INED, Documents de travail* 170.



II.

Les réponses aux besoins de santé liés au vieillissement



» Domaines, champs et spécificités de l'activité gériatrique

Pr François Piette,
Hôpital Charles Foix – Ivry sur Seine
et Dr Jean-Pierre Aquino,
Clinique de la Porte verte - Versailles

I - introduction :

La Gériatologie s'intéresse à tous les phénomènes du vieillissement des êtres vivants, tant dans leurs aspects individuels, physiques et psychiques que dans leurs aspects collectifs, sociologiques, économiques, géographiques...

La Gériatrie est la médecine concernée par les maladies des sujets âgés, leur prévention en amont et la prise en compte de leurs conséquences en aval.

Tout gériatre se veut un peu gérontologue tant il sent que des connaissances fondamentales doivent sous-tendre sa réflexion médicale. Actuellement, seul le diplôme de docteur en médecine puis une spécialisation peuvent aboutir au titre de gériatre mais l'universitarisation des professions paramédicales pourrait conduire à la notion par exemple d'infirmier spécialisé en gériatrie.

II – les domaines d'activité de la gériatrie

La population âgée est hétérogène : comment lui assigner des limites et une segmentation ?

Il n'y a évidemment pas de réponse précise à la question de savoir à partir de quand on est une personne âgée. On peut citer :

- L'âge auquel on peut faire un bilan des actions préventives passées d'hygiène de vie et prendre le temps d'anticiper sa future vieillesse. Cet âge pourrait se situer autour de la cessation d'activité, donc vers la soixantaine.
- L'âge « officiel » au-delà duquel on est classé dans la catégorie « personnes âgées » par les instituts statistiques nationaux et internationaux : cet âge, longtemps fixé à 65 ans, tend à évoluer vers 75 ans.
- L'âge à partir duquel on accepte de consulter un gériatre ou d'acheter un produit dans une gamme senior... : en général, cela se situe vers 75-80 ans.

- L'âge moyen des patients dans les services hospitaliers de gériatrie, les institutions gériatriques, qui est habituellement au-delà de 85 ans.

Le gériatre peut tout à fait s'impliquer au-delà de l'une de ces limites.

Une segmentation : une segmentation par tranche d'âge, par exemple tous les 10 ans, est un moyen simple pour tenter de réduire l'hétérogénéité. Mais elle a ses limites puisque chacun connaît de grands vieillards de 70 ans et des nonagénaires d'un dynamisme étonnant... Il y a donc des facteurs d'hétérogénéité plus importants que les tranches d'âge. En outre, les images attachées à chaque tranche d'âge sont très reliées à l'espérance moyenne de vie du pays considéré, c'est-à-dire un chiffre avec des écarts très importants de la Russie au Japon en passant par les États-Unis et l'Europe, sans même parler des pays en voie de développement.

Une segmentation basée sur l'état de santé et l'autonomie est déjà plus universelle en théorie. En fait, elle dépend aussi d'une catégorisation nationale des individus. Ainsi, on peut distinguer en France :

- Le vieillissement réussi, le bien-vieillir.
- La polypathologie « simple ».
- La reconnaissance d'une ou plusieurs affections de longue durée.
- La fragilité.
- La perte d'autonomie.
- La fin de vie.

1° Le vieillissement réussi (successful aging) reconnaît plusieurs définitions qui intègrent des dimensions objectives comme un état physique et mental satisfaisant, une intégration sociale, voire la poursuite d'une activité rémunérée, une durée de vie sans incapacité, par exemple supérieure à 75 ans, et une satisfaction vis-à-vis de la santé et du

statut social, y compris la religion, les loisirs, la vie conjugale...

Certaines définitions ajoutent la notion d'absence de maladie ou de faible risque de maladie, ce qui paraît impossible à soutenir, compte tenu de la polypathologie quasi inéluctable avec l'âge comme on le verra plus loin. Par contre, il est évident que l'absence de maladie invalidante est un critère obligatoire. Arbitrairement, nous avons choisi d'en exclure aussi la présence de maladies reconnues comme les affections de longue durée. La notion de « bien-vieillir » en France est assez proche de celle du vieillissement réussi.

*Chacun connaît de
grands vieillards de 70 ans
et des nonagénaires d'un
dynamisme étonnant...*

On peut faire plusieurs remarques :

- Le vieillissement réussi comporte donc des maladies non invalidantes (et non ALD dans notre segmentation) mais aussi des « micro-polyhandicaps » comme le besoin de lunettes, une hypoacousie en ambiance bruyante, une difficulté à retrouver instantanément un nom propre, une perte de souplesse de l'appareil locomoteur, une baisse de capacité de course à pied, une difficulté avec son ordinateur... Ces éléments sont hors du champ de la perte d'autonomie et n'excluent pas le bien-vieillir sous réserve qu'ils n'altèrent pas (trop...) la satisfaction vis-à-vis de la santé qui est nécessaire à la catégorisation en « bien-vieillir ».

- Sauf à mourir brutalement en pleine santé à un âge avancé, il faut admettre que le bien-vieillir est un état temporaire qui peut ne pas concerner les derniers mois ou années de la vie. Que dire par exemple d'un octogénaire ayant des critères de vieillissement réussi et qui passerait ensuite 10 ans de sa vie dans un fauteuil sans pouvoir en bouger ?
- Les premières estimations faisaient état de 15 à 50 % de vieillissement réussi, avec un taux d'auto-déclaration supérieur à la réalité objective. Il n'est pas sûr que tout ceci s'applique actuellement aux Français dont on dit qu'ils sont les plus pessimistes du monde... même si le pessimisme est moins prononcé dans la tranche d'âge 50-70 ans.

Le nombre de maladies dépend aussi :

- De la rigueur mise à faire le diagnostic, permettant de passer de la notion de symptôme mal défini (mauvaise digestion, douleurs des membres inférieurs, difficulté à vider sa vessie...) à la notion de maladie définie comme une œsophagite peptique, une arthrose fémoro-tibiale, une hypertrophie bénigne de la prostate... Sauf exception, le test thérapeutique ne correspond pas un diagnostic du fait de l'irrégularité d'efficacité du traitement et de l'évolution spontanément régressive de nombreux symptômes !

Des seuils pour définir les maladies et de la capacité des médecins à accepter l'évolution de ces seuils. Pratiquement, tout le

» *le bien-vieillir est un état temporaire qui peut ne pas concerner les derniers mois ou années de la vie*

2° Les maladies chroniques et la poly-pathologie « simple » : selon le CREDES, chez les 70 ans et plus, 97 % ont une maladie déclarée ou plus et 27 % en ont 8 ou plus ! Le nombre moyen de maladies passe de 5,3 entre 70 et 74 ans à 6,1 au-delà de 85 ans. La hiérarchisation de ces maladies dépend évidemment du critère retenu :

- Si l'on s'intéresse à la mortalité, maladies cardio-vasculaires et cancers sont au premier plan.
- Si l'on s'intéresse à la perte d'autonomie et au coût pour la société, la maladie d'Alzheimer a la vedette.
- Si l'on s'intéresse seulement à la prévalence des affections douloureuses de l'appareil locomoteur, le paracétamol est le médicament le plus consommé en France.

monde admet qu'il n'y a pas d'anémie associée avec l'âge mais que la fréquence des causes d'anémie augmente avec l'âge. Par contre, la notion de surpoids pour un IMC à 25 reste ancrée dans les esprits, alors que cette valeur est généralement associée à la plus grande espérance de vie après 65 ans. L'outil de définition des maladies (formule MDRD ou formule de Cockcroft) change rapidement le nombre de cas d'insuffisance rénale des sujets âgés.

3° Les affections de longue durée : l'exonération du ticket modérateur peut s'obtenir du fait de la présence d'une affection figurant sur la liste des 30 ALD ou d'une affection hors liste ou d'une situation de polypathologie responsable de perte

d'autonomie. Elle concerne plus de 8 millions de personnes avec plus d'1 million de nouveaux cas par an. Près des 2/3 d'entre elles concernent des affections dont l'âge moyen et l'âge d'entrée sont supérieurs à 65 ans. Environ 1/3 des personnes âgées à 70 ans est en ALD.

Cette classification ALD/non ALD est loin d'être parfaitement objective. Un certain nombre de patients âgés qui bénéficient d'une couverture complémentaire par leur mutuelle n'ont pas nécessairement déclaré leur ALD. Les décisions gouvernementales peuvent faire varier notablement le chiffre des ALD. Il en est ainsi de la suppression récente de l'hypertension artérielle sévère du champ des ALD qui pourrait en faire baisser le chiffre de plus d'1 million.

4° La fragilité, porte d'entrée vers la perte d'autonomie : certains libellés d'ALD comportent la notion de perte d'autonomie pour prétendre à l'exonération du ticket modérateur, d'autres non. Les liens entre maladie et perte d'autonomie sont variés et complexes. La perte d'autonomie résulte d'une interaction entre un état de santé donné et des facteurs environnementaux. On conçoit qu'une perte d'autonomie puisse provenir de la coexistence d'un environnement particulièrement défavorable comme par exemple la perte d'un proche et d'un vieillissement altéré par un état pathologique mal défini. On envisage mal qu'une personne strictement normale puisse basculer dans une perte d'autonomie du fait seulement de conditions sociales défavorables sauf si il existe un relais telle qu'une personnalité dite fragile ou d'un état dépressif. L'entrée dans la perte d'autonomie peut être brutale ou progressive. Toute maladie aiguë ne permettant plus de bouger entraîne par définition une perte d'autonomie. Celle-ci est le plus

souvent réversible lorsque la maladie aiguë est guérie sans séquelle (état fébrile, infarctus du myocarde...). Mais la réversibilité peut n'être que partielle (accident vasculaire cérébral, fracture...). L'essentiel est de retenir qu'une perte d'autonomie peut être réversible ce qui est évidemment important pour les actions de prévention secondaire et tertiaire. Lorsque l'entrée dans la perte d'autonomie est progressive, elle apparaît très habituellement après une phase de fragilité. La fragilité décrit précisément un état d'équilibre précaire avec un risque de déstabilisation, une sorte d'état intermédiaire entre la robustesse et la perte d'autonomie. Si la définition garde des contours flous, il s'agit déjà d'un concept opérant, surtout dans le domaine de la prévention où il détermine des stratégies de soins spécifiques. La définition la plus unanime est empruntée à Campbell et Buchner avec « une réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement ou une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu ». L'approche la plus cohérente et la plus articulée pour aborder la fragilité a été élaborée par Fried. Cinq caractéristiques du « phénotype de fragilité » ont été établies : faiblesse musculaire, asthénie, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire au cours de la dernière année. Les personnes qui présentent au moins trois de ces caractéristiques sont qualifiées de fragiles, tandis que l'on considère « pré-fragiles » celles qui n'en présentent qu'une ou deux. Les personnes considérées comme fragiles sont plus à risque de chuter, de développer des limitations fonctionnelles au niveau de la mobilité, d'être hospitalisées et de décéder dans un délai de trois ans. Selon Fried, la notion de réversibilité est

limitée au stade de pré-fragilité et de fragilité mais n'existe plus au stade de la perte d'autonomie. Ceci diffère donc notablement de la perte d'autonomie apparue lors d'une affection aiguë. Bien évidemment, les deux modèles peuvent se cumuler. Ainsi, 2/3 des premières entrées dans la perte d'autonomie chez les personnes âgées se produisent à l'occasion d'un épisode aigu. En cas de récupération, la deuxième entrée dans la perte d'autonomie ne se fait plus que dans 1/3 des cas sous forme d'un épisode aigu.

Une autre présentation de la fragilité est celle de Rockwood qui décrit un score de fragilité en 7 points. Il comprend des éléments neuro-psychiques peu présents dans le score de Fried et surtout, il continue à s'appliquer aux sujets ayant perdu leur autonomie (stade 5 et plus). En effet, la fragilité favorise l'aggravation de la perte d'autonomie et notamment l'altération des fonctions qui n'étaient pas précédemment atteintes. Dans le schéma de Rockwood, la prise en charge des maladies conduisant à une fragilité, y compris au stade de perte d'autonomie partielle, est un élément essentiel de prévention tertiaire pour ralentir ou éviter la progression de la perte d'autonomie.

Le système de santé français prévoit, pour les USLD et les EHPAD accueillant par définition des personnes ayant perdu tout ou partie de leur autonomie, une allocation budgétaire forfaitaire basée sur une évaluation périodique des besoins de soins médico-infirmiers des résidents appelée «évaluation PATHOS», dont les modalités font l'objet de critiques mais dont le principe est assez consensuel.

Quelle que soit la définition de la fragilité, il n'existe pas de donnée française permettant de définir le nombre de personnes âgées fragiles.

il n'existe pas de donnée française permettant de définir le nombre de personnes âgées fragiles...

5° La perte d'autonomie : là encore, le plus simple est probablement de considérer qu'une personne ayant perdu son autonomie (après 60 ans car avant, c'est une autre législation qui s'applique), est une personne qui a obtenu une Allocation de Perte d'Autonomie (APA) ! Cette catégorisation est critiquable car certaines personnes âgées aisées ne demandent pas nécessairement cette allocation et certains Conseils Généraux sont plus ou moins rigoureux pour attribuer l'APA dans les cas limites. La législation fiscale en vigueur change aussi considérablement les choses puisque la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), ancêtre de l'APA qui était récupérable sur succession, ne concernait que 400 000 personnes alors que l'APA, non récupérable sur succession, concerne 1 200 000 personnes. L'APA est attribuée au vu d'une mesure de l'autonomie par une grille AGGIR cotée de 1 à 6. Seuls les niveaux 1 à 4 ouvrent droit à l'APA avec une dégressivité en fonction du niveau d'autonomie et une atténuation financière selon le niveau de ressources. L'APA est versée à des personnes âgées vivant schématiquement pour moitié à domicile et pour moitié en institution. Mais le niveau moyen de perte d'autonomie est plus élevé en institution. La quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA sont aussi porteurs d'une affection de longue durée.

6° La fin de vie : au niveau d'une population, il ne peut s'agir que d'une vérité statistique car on ne peut pas prédire l'avenir ! Ainsi, pour la tranche d'âge de 85 à 90 ans, l'espérance de vie moyenne est de 5 ans. À l'échelon d'un individu, il existe un ensemble de symptômes correspondant à un ou plusieurs états pathologiques irréversibles qui laissent augurer une issue fatale prochaine dans une échelle de temps habituellement située en semaines ou en mois. Cette phase terminale représente la majorité mais non la totalité de l'activité des soins palliatifs qui peut aussi concerner des maladies graves évolutives non terminales. Le nombre des lits dans les unités de soins palliatifs (1 200 lits en 2010) et des lits dédiés aux soins palliatifs hors unités (4 800 lits en 2010) reste assez modeste au regard des 500 000 décès annuels en France. On constate cependant que 100 000 décès se situent dans des maisons de retraite, que 36 000 patients sont envoyés depuis ces maisons de retraite vers l'hôpital pour y assurer les soins des derniers jours ou semaines et que 30 000 séjours d'hospitalisation à domicile sont consacrés à cette activité. Ces chiffres non négligeables doivent être tempérés du fait qu'un certain nombre de décès ne concernent pas les soins palliatifs, les décès rapides par exemple. Cette activité de soins palliatifs s'est incontestablement structurée dans les 10 dernières années, même s'il reste encore beaucoup à faire pour obtenir partout des soins optimaux en termes de qualité.

7° Limites de la segmentation : il existe une tendance, parmi les gérontologues non-médecins et même parmi les gériatres, à caractériser d'abord les individus par ces descripteurs globaux (fragilité, perte d'autonomie, fin de vie...) et considérer comme presque accessoire une caractérisation diagnostique classique. L'intérêt

épidémiologique de ces descripteurs globaux est indubitable dans la mesure où ils peuvent justifier des allocations de moyens, des orientations vers des actions de prévention, de traitement curatif ou de choix palliatifs. Mais, maniés sans une réflexion étiologique sur le pourquoi des événements, ils peuvent représenter une perte de chance individuelle et encore plus une perte durable de chance pour la recherche clinique en gériatrie, comme on le reverra.

III – Un paysage en mutation

Les maladies changent de visage avec la transformation d'affections létales en affections chroniques, tels que le cancer... Mais on assiste aussi, avec l'âge, à côté des maladies chroniques invalidantes, au vieillissement des handicapés adultes. Les tentatives d'unification de la loi 2005 entre ces deux catégories sont actuellement abandonnées.

Face à cette mutation, la dépendance est devenue une préoccupation majeure des pays industrialisés. On conçoit l'importance respective de la prévision par une épidémiologie contributive, de la prévention par la mise à disposition du plus grand nombre des avancées médicales et de la compensation pour y répondre avec efficacité qu'elle soit humaine, technique ou financière.

La tarification à l'activité (T2A) est entrée dans les pratiques depuis plusieurs années dans le MCO. La discipline gériatrique fait preuve d'une grande vigilance afin de veiller à une juste valorisation des pathologies traitées. La T2A étant prévue aussi pour le SSR, il faut être attentif à la bonne valorisation des actes pratiqués dans le SSR spécialisé « gériatrique » afin de ne pas mettre en difficulté ce dispositif essentiel de la filière de soins.

De nouvelles agences ont été mises en place ces dernières années. Deux d'entre elles, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), créée en 2004, et l'Agence Nationale de l'Évaluation et la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), créée en 2006 apportent, dans leurs champs de compétence respectifs, une contribution utile à la réflexion, à l'organisation et à l'action.

L'installation des ARS qui représentent maintenant un guichet unique favorise l'émergence d'initiatives territoriales ou de thématiques spécifiques concernant la santé et la prévention.

Mais au-delà de ces mutations, il faut réfléchir à l'adaptation du système de santé pour répondre à des besoins nouveaux, dans un contexte caractérisé par une démographie médicale bien fragile... Ainsi est-il nécessaire de repenser l'articulation entre la prévention, le sanitaire et le médico-social, mais aussi entre la ville et l'hôpital, sans oublier de promouvoir l'éducation thérapeutique.

IV – Les champs d'activités de la gériatrie

Ils concernent la prévention, les traitements curatifs classiques et ceux basés sur la fonction et, enfin, l'accompagnement.

I° La prévention est pratiquement séparée en 3 stades :

- Primaire, visant à diminuer le risque d'apparition de nouveaux cas d'une maladie.
- Secondaire, visant à empêcher ou retarder l'apparition d'une maladie par un diagnostic et un traitement précoce.
- Tertiaire, visant à empêcher l'incapacité et/ou la récurrence d'une maladie.

Certains y ajoutent une prévention quaternaire qui est en fait l'accompagnement.

• **En prévention primaire**, le nombre de maladies existant déjà à 70 ans pourrait laisser penser qu'il n'y a plus grand-chose à faire. En fait, cette vision est assez pessimiste. Par exemple, les vaccinations continuent à connaître un grand succès, notamment le vaccin antigrippal. La promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée intéresse un nombre croissant de seniors. L'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) pour créer du lien social (tablettes, réseaux sociaux) ou de la simulation cognitive (jeux en ligne, Wii) fait son irruption dans un domaine que l'on croyait dévolu aux seuls adolescents.

• **La prévention secondaire**, qui suppose un diagnostic précoce, voire un dépistage et un éventuel traitement plus ou moins contraignant, pose des problèmes d'acceptabilité, notamment après 75-80 ans. Par exemple, l'arrêt à cet âge des campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein par mammographie et du cancer colorectal par Hémocult, a été trop souvent interprété par les patients, voire par certains médecins, comme synonyme d'inutilité de ces examens passés 75 ans. Il faut répéter que l'espérance moyenne de vie à 80 ans est de 10 ans et qu'il n'y a donc aucune raison, en l'absence d'une maladie létale à court terme, de renoncer à diagnostiquer précocement un cancer du colon ou du sein.

La généralisation des traitements efficaces des principaux facteurs de risque vasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie) a considérablement fait reculer la mortalité cardio-vasculaire précoce.

La prévention des fractures, longtemps

parente pauvre de la prévention, fait l'objet d'un regain d'intérêt, avec des traitements retard qui facilitent l'observance par rapport aux traitements quotidiens.

- **La prévention tertiaire** est le grand triomphe de la médecine du XX^e siècle. Les personnes sont porteuses des mêmes maladies que durant la période mais le diagnostic est plus précoce avec une nosologie plus précise et, au cours du vieillissement, à maladie égale, la perte d'autonomie est plus tardive avec une augmentation parallèle de l'espérance moyenne de vie et de l'espérance moyenne de vie sans incapacité.

L'amélioration spectaculaire du pronostic de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë et la standardisation d'un traitement préventif des récidives font qu'il y a de plus en plus de coronariens parmi les personnes âgées mais que la morbidité (insuffisance cardiaque) et la mortalité sont de plus en plus tardives.

2° Les traitements curatifs classiques :

les progrès réalisés en matière de prise en charge, médicale, chirurgicale et anesthésique sont considérables et particulièrement dans les deux grands domaines que sont la pathologie cardio-vasculaire et le cancer. Il n'en reste pas moins que tous les problèmes ne sont pas résolus et que, lorsque les personnes vieillissantes abordent les dernières années de la vie, l'accumulation des pathologies aboutit à une multiplication des traitements (polymédication) dont les résultats et les risques deviennent problématiques. Il existe des listes de médicaments inappropriés à éliminer en priorité. Mais la déprescription des médicaments inappropriés ne connaît pas de procédure bien établie à ce jour. A cet effet, il est nécessaire d'arriver à une réflexion sur la hiérarchisation des pathologies et sur une déprescription

éventuelle. Dans cette démarche, le patient lui-même (ou à défaut la personne de confiance, l'aidant principal et l'équipe soignante) a toute sa place. Le médecin privilégie trop souvent ce qui lui paraît vital pour le malade alors que souvent le patient préférerait ce qui lui assurerait une meilleure autonomie voire un meilleur confort.

3° La médecine curative basée sur le fonctionnement :

le classique schéma de WOOD, séparant déficience, incapacité et handicap, s'est complété de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé). Finalement, ce qui réunit le plus grand nombre de personnes âgées, c'est la volonté de garder le plus possible les fonctions d'une personne d'âge moyen. Il y a encore beaucoup à faire pour que l'activité gériatrique intègre une analyse des fonctions pour un patient à intervalles réguliers et la définition d'un projet thérapeutique individualisé incluant stimulation, rééducation, assistance technologique et assistance humaine. La Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie (SFTAG) a cet objectif à moyen terme.

4° L'accompagnement des maladies chroniques

C'est une nécessité. En effet, la médecine dans l'état actuel de ses connaissances ne peut pas guérir certaines pathologies, en particulier les maladies dégénératives. Dès lors, comment soigner des personnes malades et non des maladies ? Comment passer d'une médecine de soins lorsque la médecine de guérison est inaccessible, en donnant tout leur sens aux verbes réhabiliter, améliorer, soulager, pallier ?

Si les aspects médicaux demeurent déterminants, les caractéristiques familiales, sociales

et environnementales doivent être prises en compte dans l'évaluation qui est faite de chaque situation. De plus, une écoute particulière doit permettre de recueillir l'avis de la personne sur l'organisation à mettre en place. C'est de cette analyse que résulte la décision de maintenir la personne âgée dans le cadre de vie habituel avec un soutien sous forme d'un plan d'aide ou bien de la placer en institution.

Les différents dispositifs sanitaires et médico-sociaux en place contribuent soit au soutien à domicile des personnes, soit à leur orientation en institution. Il convient de bien les connaître sur le secteur d'exercice, de tisser des liens fonctionnels avec eux, afin de faciliter les échanges dans une dynamique adaptée. Dans tous les cas, la pluridisciplinarité doit caractériser la prise en charge.

L'entourage familial risque d'être confronté aux conséquences engendrées par une situation devenue chronique. Il faut s'interroger sur les manières de les prévenir. Préserver les capacités de la personne, ne plus l'évaluer à l'aune de ses pertes, susciter et favoriser les échanges devrait permettre de faciliter la vie des aidants.

Rares sont les aidants qui sont préparés au rôle qui leur est assigné. Une détresse, un sentiment d'impuissance ou encore un sentiment de culpabilité sont souvent notés ce qui les conduit parfois à refuser les aides qui leur sont offertes. Mais cet engagement, selon son intensité et sa durée, risque d'entraîner des conséquences sur leur santé : asthénie et stress chronique, troubles cardio-vasculaires, troubles du sommeil, dépression, alcoolisme, report de ses propres soins médicaux, consommation majorée de psychotropes et risque de mortalité accrue. Aussi le médecin se doit-il d'avoir un double regard : sur la personne malade et sur son entourage.

Prévenir ces situations de crise représente un objectif important. C'est parvenir à informer les aidants des offres de répit, les persuader d'y avoir recours, mais également d'inventer des formules diversifiées qui répondent à la diversité des situations et des besoins.

L'épuisement est également fréquent chez les aidants professionnels. Manque de moyens, manque de formation, manque d'écoute, voire même sentiment d'abandon ressortent souvent de leurs propos. Le soignant peut ainsi s'installer dans un stress chronique de longue durée, si l'encadrement ne prend pas en compte cette situation et s'il ne répond pas par des actions d'écoute et de formation.

5° L'accompagnement de fin de vie représente une étape supplémentaire dans la hiérarchisation des problèmes et la déprescription puisque cette fois-ci toute exploration diagnostique et toute thérapeutique dont l'objectif serait différent de la recherche d'un confort et d'une sérénité maximale deviennent inopportunes. Le fait de se centrer sur cette seule prise en charge palliative en renonçant à tout le reste peut aboutir, de manière paradoxale, à des allongements de l'espérance de vie même si cet objectif n'était pas celui qui était visé.

V – Spécificités de la gériatrie

1 - Interdisciplinarité entre la médecine et les sciences humaines.

L'exercice de la gériatrie ne peut méconnaître la gérontologie. Il est essentiel, pour poursuivre dans une dynamique de progrès, que la gériatrie et les différentes disciplines des sciences humaines et sociales collaborent plus étroitement pour aboutir à une

considération globale de la personne âgée dans son parcours de vie. Ainsi, les apports de la démographie, de la psychologie, de la sociologie, du droit facilitent la compréhension des phénomènes observés conduisant alors à des actions plus construites et donc plus pertinentes. Cette approche globale interdisciplinaire demande un effort constant qui s'avère contributif.

Espérer changer radicalement les représentations sociales de la vieillesse semble tout à fait utopique

Un exemple habituel de cette contribution est celui de l'étude des représentations sociales de la vieillesse. Notre société véhicule encore, trop souvent, une vision négative de la vieillesse : maladie, dépendance, solitude, régression... D'un point de vue économique, les retraités sont trop souvent décrits comme une charge, en raison de leur non-productivité alors qu'ils sont et restent des consommateurs. Enfin, au niveau collectif, ne qualifie-t-on pas le vieillissement de la population de « bombe à retardement », venant entraver le bon fonctionnement des dispositifs de protection sociale ?

Espérer changer radicalement les représentations sociales de la vieillesse semble tout à fait utopique. Par contre, tenter de faire évoluer les représentations sociales représente un objectif plus réaliste. Pour y parvenir, plusieurs préconisations sont habituellement proposées. Il faut redonner une place à la

vieillesse en passant par la nécessaire acceptation de la différence des âges et réintégrer la vieillesse dans le cycle de vie. Les actions inter-générationnelles contribuent à ce travail de fond. En cultivant le lien social, elles facilitent la reconnaissance de l'autre, luttent contre l'isolement et assurent la transmission des savoirs et de l'expérience, tous ces aspects étant l'expression de la solidarité entre les personnes.

2 - Complexité, réseaux de soins et éducation thérapeutique.

Plusieurs situations pratiques reflètent cette réalité de terrain :

- Une maladie chronique et ses conséquences sur l'organisation familiale et l'environnement social
- Des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement générant des situations de dangerosité pour la personne mais aussi pour l'entourage.
- Une personne malade isolée, éloignée de sa famille ou sans famille
- Les situations de maltraitance
- La réticence de la personne malade ou des aidants à être aidés avec une opposition à cette notion d'aide alors qu'une solution est accessible pour résoudre la problématique
- Le conjoint âgé et fragile d'une personne malade
- La présence de plusieurs aidants exprimant des avis nuancés voire même contradictoires

Plusieurs dispositifs sont à la disposition du praticien pour l'aider dans la gestion de ces situations complexes avec en particulier les réseaux de santé et les coordinations gérontologiques.

La mise en place des MAIA correspond très exactement à la prise en compte de ces situations complexes par la réalisation

de l'intégration des services et ce d'autant plus que ce dispositif n'est plus réservé à la maladie d'Alzheimer mais s'adresse à la dépendance en général.

L'éducation thérapeutique s'applique aux maladies chroniques. Son objectif est d'aider les personnes malades et leur entourage à comprendre la maladie et ses traitements, à coopérer avec les soignants et à améliorer leur qualité de vie. Si les grandes pathologies comme le diabète ou l'hypertension artérielle se prêtent bien à ce type d'exercice, la logique voudrait que l'on envisage en gériatrie une éducation thérapeutique ciblée sur la polypathologie avec l'implication de l'entourage familial.

3 - Particularités de la recherche en gériatrie et conséquences sur l'organisation des soins.

Il n'est pas abusif de dire que la polypathologie et la recherche clinique ne font pas spontanément bon ménage. Des progrès timides mais indiscutables de la part des promoteurs publics et privés de la recherche clinique ont été enregistrés avec l'inclusion de personnes âgées et très âgées dans des études de cohorte et des études interventionnelles sur certains thèmes (Alzheimer, pathologies thrombo-emboliques, ostéoporose fracturaire notamment). Mais dans beaucoup d'autres cas, il faut que les promoteurs et les gériatres fassent encore des efforts pour se rapprocher.

Les premiers doivent admettre que la complexité de la polypathologie gériatrique doit être regardée en face comme une réalité incontournable. Il ne sert à rien de rester bloqué exclusivement sur des schémas de monopathologie de la cinquantaine. Si une maladie a une prévalence maximale à 85 ans, il faut faire les essais les plus larges à 85 ans. À l'inverse, les gériatres doivent s'astreindre

à caractériser correctement leurs patients en les faisant rentrer dans des cadres nosologiques basés sur des mécanismes physiopathologiques. Par exemple, les sujets ayant une altération de la marche doivent avoir des explorations complètes de leur équilibre et de leur système nerveux périphérique. Les patients se plaignant d'insomnie doivent bénéficier d'une caractérisation plus précise par une polysomnographie,... Ces explorations ne sont peut-être pas indispensables en l'état mais comment progresser sur l'épidémiologie de ces troubles et sur la possibilité de définir et d'évaluer des thérapeutiques ciblées ?

La gériatrie est arrivée à un stade de maturité mais elle n'a pas fini son chemin ! Il nous semble que l'étape suivante serait de parvenir à intéresser un plus grand nombre de spécialistes d'organe au démembrement des pathologies, à la prise en compte des situations de polypathologie complexe et à l'élaboration de protocoles de recherche clinique à leur appliquer avec les gériatres. Il ne faut pas se bercer d'illusions : la prise en charge au quotidien de ces patients restera quasi exclusivement l'apanage des gériatres mais susciter l'intérêt intellectuel des spécialistes d'organe et ouvrir un champ pour des publications scientifiques dans ces domaines est une voie hautement souhaitable.

Les exemples de coopération se développent : les premiers ont été ceux de la neurogériatrie autour des démences et de l'oncogériatrie avec les initiatives de l'INCA (Institut National du Cancer). Toutes les structures gériatriques ont vocation à prendre en charge la polypathologie associée au vieillissement. Mais il serait souhaitable d'organiser des unités plus spécialisées dans la prise en charge de quelques pathologies. Là encore, les

premiers exemples sont les unités cognitivo-comportementales pour les déments ayant des troubles du comportement et les unités d'oncogériatrie. Bien évidemment, ces patients peuvent y être traités pour toutes les comorbidités mais ces unités ont pour vocation de caractériser au mieux les patients autour de la pathologie considérée et d'élaborer avec les spécialistes les protocoles les mieux adaptés pour la prise en charge de la pathologie en cause et pour une recherche clinique de qualité. Quand ces unités ne sont pas situées à proximité des services de la spécialité considérée, les déplacements du patient et parfois aussi ceux du spécialiste doivent être strictement limités aux cas où cela est nécessaire ! Sur ce sujet, la télémedecine doit prendre toute sa place.

4 - Les liens avec les Plans de Santé Publique et les différents rapports

Plusieurs plans et rapports, directement ou indirectement en lien avec le vieillissement, ont été publiés et appliqués ces dernières années. Ils témoignent de l'importance accordée aux problèmes résultant de l'avancée en âge. Ces initiatives tentent d'apporter des réponses aux nombreuses questions, souvent complexes, qui se posent dans la pratique quotidienne.

Le rapport « un programme pour la gériatrie » (2006)

Il énonce 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir et vise 5 objectifs :

- créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences,
- faire contractualiser en tant que « partenaires

de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique,

- prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques,
- développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient,
- disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Sa mise en œuvre s'appuie entre autres sur la circulaire 2007 relative aux « filières de soins gériatriques » et sur la circulaire (2007) « référentiel d'organisation national des réseaux de santé personnes âgées ».

Le plan « Solidarité grand âge » (2006)

Ce plan s'adresse aux personnes les plus âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. Il prévoit, en particulier, de faciliter leur vie à domicile pour leur donner le libre choix de rester chez elles en développant les services de soins et d'aide à domicile, d'inventer la maison de retraite de demain avec une palette de services diversifiés et d'adapter l'hôpital aux personnes âgées vulnérables en structurant les filières gériatriques.

Le plan relatif aux « métiers » (2008)

Actuellement, environ 900 000 professionnels paramédicaux et sociaux travaillent au service de la dépendance, à domicile ou en établissement. Quatre priorités caractérisent ce plan : faciliter l'identification des besoins au niveau régional et national en élaborant des diagnostics, recruter en faisant connaître les métiers du médico-social, développer une ingénierie pour les formations adaptées, valoriser en permettant une meilleure attractivité de ces métiers et en garantissant leur professionnalisation. Les financements pour un montant global d'un milliard cent dix-huit millions d'euros sont assurés par

l'État, par les Régions, par des employeurs publics ou privés et par la CNSA. Ce plan devrait permettre la création d'environ 400 000 emplois supplémentaires.

Il faut rappeler ici la loi Borloo de 2005, relative aux services à la personne dont le but est de faire évoluer des « petits boulots » vers de vrais métiers en structurant l'offre, en développant le chèque emploi service universel (CESU) et en professionnalisant les métiers.

Le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)

On estime qu'en France 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques ayant un retentissement sur leur vie quotidienne. Ce plan concerne toutes les personnes présentant une maladie chronique dont les personnes âgées. Quatre objectifs sont à distinguer : mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la pratique médicale vers la prévention, faciliter la vie quotidienne des personnes malades, mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie. Grâce aux mesures proposées, on peut attendre une plus grande implication des patients dans la gestion de leur maladie, une prévention des complications et une réduction des incapacités engendrées.

Le plan national « Bien vieillir » (2007-2009)

Le plan national « Bien vieillir » (2007-2009) s'adresse lui aux « seniors » et plus particulièrement aux personnes âgées de 55 à 70 ans dans une démarche de prévention. Ce plan se propose de donner à la prévention en gériatrie les moyens nécessaires à son développement et de permettre au plus grand nombre de vieillir dans les meilleures conditions possibles. Arrivé

à son terme, il sera poursuivi dans les années à venir afin de tenter de rendre pérenne cette démarche de prévention.

Le plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors (2006-2010)

L'amélioration du taux d'emploi des seniors devient un enjeu majeur en terme de cohésion sociale, de croissance et de viabilité des systèmes de protection sociale. Ce plan propose cinq objectifs : faire évoluer les représentations socioculturelles, favoriser le maintien dans l'emploi des seniors, favoriser le retour à l'emploi des seniors, aménager les fins de carrières et assurer un suivi tripartite dans la durée. Le plan national d'actions concerté souhaite mettre fin aux formules de préretraite, lutter contre la discrimination liée à l'âge et renforcer l'employabilité des seniors. Depuis la publication de ce plan, l'âge de la retraite a été repoussé.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Au-delà des cinq fruits et légumes par jour, le programme 2006-2010 s'est tout particulièrement intéressé, pour les personnes âgées, aux aspects nutritionnels et aux situations de dénutrition. Le troisième programme, qui vient d'être publié (2011-2015), propose la poursuite des objectifs nutritionnels, la promotion de l'activité physique pour tous, le renforcement du dépistage et de la prévention de la dénutrition.

Le Plan Alzheimer (2008-2012)

Ce troisième plan met l'accent sur la recherche et prend en compte le binôme « aidant-aidé », en s'efforçant d'améliorer la qualité de vie de la personne malade et de son entourage familial, par différentes

mesures : un accès facilité au diagnostic, une optimisation du parcours de soins, une amélioration de l'accueil en établissement, une valorisation des compétences des professionnels... Le financement total du plan est d'un milliard six cents millions d'euros dont un milliard deux cents millions d'euros pour le médico-social. Il faut souligner l'intérêt de ces mesures visant à décloisonner le sanitaire et le médico-social afin de répondre de manière plus coordonnée aux différents besoins des malades. C'est le but des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) qui ont une porte d'entrée unique et au sein desquelles exerceront les gestionnaires de cas. Après une expérimentation lancée en 2008, le nouvel appel à projets permet de modéliser 40 MAIA supplémentaires.

Parmi les plans de santé publique, figurent aussi le Plan national de lutte contre la douleur (2006-2010), le Plan de développement des soins palliatifs (2008-2012), le Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012). Dans le même esprit, plusieurs députés viennent de déposer une proposition de loi visant à la création d'un plan national en faveur de la maladie de Parkinson.

Les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille (Vincent RIALLE) (2007).

Une extraordinaire créativité se développe dans le domaine des technologies d'assistance, d'information et de communication avec la mise à disposition de la télé médecine, de capteurs biomédicaux et de la robotique à usage domestique. Des perspectives de développement sont attendues dans le domaine de la gérontologie.

Le rapport « 13 mesures pour améliorer la prise en soins des résidents en EHPAD » (2009)

énonce 13 mesures visant à faciliter la mise en œuvre de la démarche qualité au sein des EHPAD. Les deux décrets d'application de ces mesures (Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur) ont été complétés par l'Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.

Le rapport « Vivre chez soi » (Nora BERRA) (2010).

Plus de 90 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile et l'immense majorité d'entre elles souhaite demeurer chez eux le plus longtemps possible. Ce rapport est une approche sociétale et environnementale de la vie à domicile. Six volets d'action ont été identifiés pour une vision globale du « vivre chez soi » : l'habitat, les technologies, la mobilité et l'urbanisme, les métiers, la prévention des discriminations et l'optimisation des services. Dix-huit mesures sont proposées pour permettre de concrétiser le souhait de vivre chez soi.

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Vieillesse et dépenses d'assurance maladie » (2010)

Il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger le système de couverture solidaire. Mais il convient aussi, devant la longévité croissante, d'organiser différemment la prise en charge des personnes fragiles et polypathologiques.

Le grand âge met en évidence une transversalité insuffisante autour de chaque personne âgée malade.

Le rapport du Centre d'analyse stratégique « Vivre ensemble plus longtemps » (2010) plaide pour une meilleure connaissance du phénomène du vieillissement, car « on devient vieux plus tard » avec un renforcement de l'éducation en santé, la protection et la sécurité des seniors, un habitat adapté et adaptable et une évolution du système de santé confronté au défi du vieillissement.

Le rapport sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (Valérie ROSSO-DEBORD) (2010) formule un certain nombre de propositions qui servent de base de réflexion aux quatre groupes de travail mis en place dans la préparation à la loi « dépendance » et dont la synthèse est disponible.

Le rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées (Alain KOSKAS) (2011) est une réponse à la progression alarmante des malversations financières vis-à-vis des personnes âgées vivant à leur domicile et en établissement.

Mais il reste encore beaucoup à faire... Si cette dynamique a permis des améliorations organisationnelles utiles et bénéfiques au plus grand nombre, il faut cependant souligner que les efforts doivent être maintenus et poursuivis. En effet, on note la persistance de :

- une inégale répartition sur le territoire national des dispositifs sanitaires et médico-sociaux mis à la disposition des usagers
- une organisation des services parfois

inadaptée et pouvant réaliser des doublons. Une perspective pertinente relative à l'évolution des organisations se dessine : de la juxtaposition des services, à leur coordination et à leur intégration ;

- des inégalités sociales en santé que le vieillissement vient accentuer. Si les politiques publiques de santé se sont traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés.

Il convient de remarquer que le manque de transversalité de ces actions et l'absence de suite donnée à certains constats privent probablement la collectivité d'avancées plus marquées.

Pour continuer à progresser, l'évaluation des actions conduites représente une pratique déterminante afin de qualifier les performances. Cet outil ne s'adresse pas seulement aux décideurs, mais aussi à l'ensemble des acteurs de santé.

Face aux contraintes financières croissantes, aux exigences de qualité et de sécurité, aux progrès techniques et à l'explosion des demandes de toute nature adressées au système de santé, il est plus que jamais nécessaire d'instaurer des processus décisionnels rationnels et transparents. La culture de l'évaluation doit permettre de repousser les méfiances et les incompréhensions.

L'intégration du vieillissement dans les politiques publiques demeure le socle d'un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées. Enfin, des actions de valorisation des compétences des seniors doivent être développées pour consolider le lien social entre les générations.

VI - Une réflexion éthique nécessaire

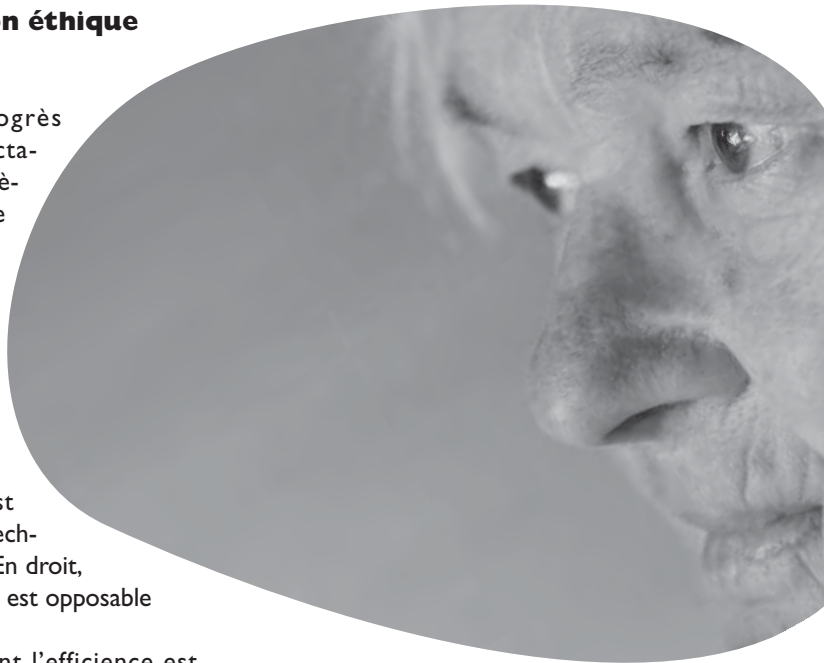
L'évolution des progrès médicaux a été spectaculaire, tout particulièrement ces quarante dernières années. Le devoir de technique est prégnant. A toute anomalie, la réponse technique est privilégiée. Les hôpitaux développent des plateaux techniques. A l'extrême, la mort est une anomalie que la technique doit repousser. En droit, l'obligation de moyens est opposable à tout médecin.

Cette technicité, dont l'efficacité est appréciée, répond à une médecine d'organe qui, dans bien des cas, ne permet plus au praticien d'apercevoir la personne dont ledit organe fait partie. Aussi, comme le photographe, le professionnel de santé doit savoir faire un zoom avant pour pénétrer la cellule malade et comprendre le mécanisme intime qui explique la maladie. Mais il doit ensuite faire systématiquement un zoom arrière pour redécouvrir la personne malade dans sa globalité. Est-ce toujours réalisé ?

La gérontologie et la gériatrie sont à même d'apporter une contribution pour réduire cet écart entre la médecine technique et une approche humaniste de la détresse de l'homme âgé malade. L'analyse de ses besoins médicaux, psychologiques, sociaux, environnementaux permet, en effet, de lui proposer une prise en charge globale.

La réflexion éthique doit être présente au quotidien dans toute pratique gériatrique hospitalière ou extrahospitalière. Elle concerne l'ensemble des professionnels au contact des personnes âgées malades et de leurs familles.

Que convient-il de faire ? Que faut-il faire ? Que ne faut-il pas faire ? Autant de questions dont les réponses sont souvent difficiles lorsqu'une équipe est confrontée à la maladie, la vieillesse, la dépendance, les troubles cognitifs et la mort. La réflexion conduite doit être pluridisciplinaire. Son objet est de construire, à partir de ces questionnements, des résolutions de conflits et d'améliorer les pratiques.



Au quotidien, l'autonomie de la personne doit être respectée et toute prise de décision dictée par le principe de bienfaisance. Mais des arguments contradictoires rendent bien souvent la situation complexe : aspects financiers, manifestation de conflits résultant de l'attitude de la famille, du voisinage, du médecin traitant... Qu'en est-il aussi des enjeux éthiques liés aux contraintes budgétaires hospitalières ?

Conclusion

Sur le plan médical, la perception du vieillissement s'est modifiée. En effet, depuis une quarantaine d'années, l'idée se précise que l'on peut vivre longtemps sans obligatoirement subir les aléas souvent constatés lors de l'avancée en âge avec de surcroît une perception positive du vieillissement. C'est ainsi que se sont développées la notion de bien-être, puis la notion de satisfaction de vie et enfin celle de la qualité de vie perçue. Cette dernière n'est plus seulement liée à un état physique mais elle intègre, à juste titre, l'implication sociale du sujet dans son environnement et le retour positif, évidemment subjectif, qu'il en perçoit.

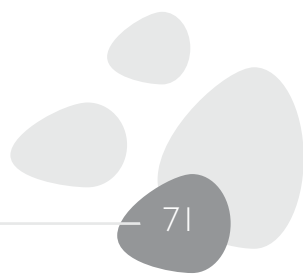
De plus, en cas de survenue d'un accident de santé, l'organisme âgé peut s'adapter et même récupérer en développant certaines de ses facultés grâce à la persistance d'une plasticité des organes et à des ressources qui demeurent utilisables jusqu'à la fin de la vie et qui permettent de corriger en totalité ou en partie un vieillissement erratique. Donc, le fatalisme ne doit plus être de mise.

La qualité de la vie est bien l'objectif vers lequel les efforts des professionnels doivent converger : qualité de vie des personnes qui vieillissent en bonne santé, qualité de vie des personnes qui présentent des incapacités, mais aussi qualité de vie de l'entourage lorsqu'il est devenu aidant.

Ces objectifs ne peuvent être atteints que si les professionnels sont convaincus de la nécessité d'un travail pluridisciplinaire et en équipe. Il est donc nécessaire de tisser de nouvelles et fructueuses collaborations entre les diverses disciplines contributives. Mais le travail en équipe signifie aussi discussion et concertation ce qui demande du temps que les organisations ne mettent pas toujours à disposition. ▀



L'offre de soins



» Les spécificités de l'offre de soins gériatrique en établissement de santé

Pr Claude JEANDEL

Centre Antonin Balmès - CHU de Montpellier

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients « gériatriques », l'offre hospitalière doit 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,
- équipe mobile de gériatrie,
- soins de longue durée.

Ces différents segments d'activité sont présentés dans ce chapitre et dans le chapitre III « référentiel métier ».

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées.

Sans prétendre à l'exhaustivité, trois grandes catégories de besoins ont pu être identifiées, que la filière doit être en mesure de prendre en charge :

- les hospitalisations non programmables, pour lesquelles les services d'urgence associés aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques joueront un rôle de tout premier plan,
- les hospitalisations programmables, qui vont mobiliser en première intention, en fonction de la pathologie observée et du niveau de recours nécessaire au plateau technique, les services de courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux locaux ou les lits de SSR. Ces hospitalisations programmées peuvent être poursuivies au sein des unités de soins de longue durée. Par ailleurs une hospitalisation à domicile ou une HAD en EHPAD peut prendre le relais.
- les bilans réalisés à froid, qui relèvent de l'hôpital de jour ou de la consultation gériatrique. Les services de court séjour peuvent le cas échéant être sollicités pour

des hospitalisations de bilan très courtes au bénéfice de personnes dont l'isolement n'est pas compatible avec une prise en charge en hôpital de jour.

Au-delà de ces trois grandes catégories, il convient d'ajouter l'obligation pour la filière d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique. Cette obligation doit pouvoir être mise en œuvre à toutes les phases du séjour, y compris préalablement à une hospitalisation programmée.

Au sein de la filière gériatrique les soins palliatifs doivent être mis en œuvre pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cette prise en charge doit s'appuyer sur le dispositif mis en place dans les régions en matière de soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles et l'unité de soins palliatifs.

La filière doit également organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Il apparaît clairement que la filière gériatrique ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent

et qu'elle revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins. L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation doit notamment contribuer à réduire les taux de ré-hospitalisations précoces.

La filière a également vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques. Elle doit de surcroît s'articuler avec les structures psychiatriques pour la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées afin de proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles composées de professionnels de la psychiatrie susceptibles d'intervenir à la demande au sein de la filière.

Les partenaires de la filière sont multiples et de compétences diverses. Le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes peut favoriser des partenariats et par suite l'organisation de réseaux de santé « personnes âgées » associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico- sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées.

» Le court séjour gériatrique

Pr Muriel Rainfray, *Faculté de Médecine de Bordeaux,
Université Bordeaux Segalen - CHU Bordeaux*

Face à la poussée démographique, dans les années 2000, une politique gériatrique volontariste a permis de mettre en place des unités de court séjour gériatrique dans de nombreux hôpitaux français. Leur vocation est d'accueillir les patients de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation en médecine au cours de laquelle les dimensions médicale, psychologique et sociale de la personne âgée sont prises en considération de manière à assurer une prise en charge globale, sans se limiter au traitement de la seule pathologie aiguë.

Un rapport de la DRESS en 2008 (1) a montré que le développement de nouveaux modes de prise en charge hospitalière en France (hospitalisation de jour et de semaine, chirurgie ambulatoire, consultations mémoire) a conduit à une diminution importante du nombre de journées d'hospitalisation traditionnelle des personnes de plus de 65 ans entre 1998 et 2004. En dépit de cette évolution, les personnes les plus âgées et les plus fragiles nécessitent toujours des séjours hospitaliers traditionnels du fait de la plus grande sévérité des maladies survenant sur des terrains précaires et de la difficulté d'organiser rapidement

à domicile la logistique permettant la prise en charge et la surveillance correcte de pathologies aiguës surtout en cas d'isolement familial et /ou social. En Aquitaine par exemple où la population des plus de 75 ans représente aujourd'hui 10 % de la population totale, les hospitalisations des patients de plus de 75 ans représentaient en 2008 un quart de l'ensemble des hospitalisations mais 74 % des hospitalisations traditionnelles dont les deux tiers pour des motifs médicaux (2). Pour la lisibilité de la Gériatrie et la compréhension de ce que cette discipline peut apporter de plus qu'un service de médecine interne ou de médecine polyvalente traditionnelle, il est important de bien définir les **critères d'admission des patients**:

- Âgés de plus de 75 ans voire 80 ans
- Présentant une ou plusieurs maladies chroniques (AC/FA, HTA, diabète, AOMI, diverticulose sigmoïdienne...), des troubles cognitifs ou une polymédication
- Présentant une fragilité définie par un grand âge, une perte de poids, un ralentissement de la marche, une asthénie, une diminution de l'activité physique. Ces sujets fragiles s'ils ne présentent

déjà des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne risquent très fortement de les voir apparaître à l'issue de l'hospitalisation.

ET une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation

Les sujets âgés sans comorbidités ni terrain fragile, qui présentent un épisode médical aigu ne justifient pas d'une hospitalisation en court séjour gériatrique mais peuvent être pris en charge dans des services de spécialité ou de médecine interne ou polyvalente.

Les unités de court séjour gériatrique

Les unités de court séjour gériatrique sont variables dans leurs dimensions, leur situation géographique et leurs projets. Elles sont situées quasi exclusivement dans les hôpitaux publics ou PSPH, sous la responsabilité d'un médecin gériatre

- Les plus anciennes sont les services de Médecine Interne-Gériatrie, habituellement importants en nombre de lits, créés il y a fort longtemps par des internistes devenus gériatres et qui ont su constituer des écoles de Gériatrie, se distinguant bien ainsi des services de Médecine Interne traditionnelle.
- Les plus récentes ont été créées dans des CHU ou dans des hôpitaux généraux ayant un service d'accueil des urgences. Il s'agit souvent de petites unités (15-20 lits) accueillant une population fragile sélectionnée par les équipes mobiles de gériatrie travaillant aux urgences.
- Certaines unités sont conçues spécifiquement comme étant des unités de très court séjour, en aval des urgences ; les

patients étant ou non sélectionnés par une équipe mobile.

- Enfin, il est parfois possible de créer des petites unités au sein de plus grands services de Gériatrie spécifiquement dédiées à certaines affections relevant des spécialités médicales mais posant des problèmes particuliers chez les personnes âgées : unités Alzheimer, oncogériatrie, néphrogériatrie, USI gériatrique...
- Des lits dédiés aux Soins Palliatifs ont été individualisés dans la plupart des unités de Gériatrie et permettent de prendre en charge de manière spécifique les patients en fin de vie et leurs familles.

Quelles que soient leur configuration et leur histoire, toutes les unités de court séjour gériatrique doivent être incluses

Toutes les unités de court séjour gériatrique doivent être incluses dans la filière gériatrique

dans la filière gériatrique et avoir des relations fonctionnelles bien définies avec les urgences, les équipes mobiles, les SSR avoisinants, les EHPAD, les réseaux de santé, l'HAD et les SSIAD. L'entrée par les urgences reste le mode d'entrée à l'hôpital le plus fréquent pour les personnes âgées.

De ce fait, il est très important que la politique du court séjour gériatrique vis-à-vis des urgences soit clairement affichée dans l'hôpital pour faciliter la fluidité des filières de soins qui restent difficiles à réguler dans

les hôpitaux de grande taille (3) et assurer la meilleure adéquation possible entre l'état du patient et son lieu d'hospitalisation.

Principaux motifs justifiant l'hospitalisation en court séjour gériatrique :

- Ce sont les grands syndromes gériatriques : chutes, confusions mentales, déshydratations, états hyperosmolaires, mais aussi beaucoup de pathologies infectieuses (pulmonaires, urinaires), pathologies cardiaques (décompensations cardiaques, troubles du rythme), accidents vasculaires cérébraux et altération de l'état général permettant souvent de découvrir cancers ou hémopathies à un stade avancé.

Particularités de la prise en charge en court séjour gériatrique

Le travail d'équipe pluri-professionnel

Base de l'évaluation gérontologique, la pluridisciplinarité est aussi nécessaire en situation aiguë. Les professionnels les plus habituellement rencontrés sont, outre le staff médical et paramédical habituel (médecin gériatre, cadre de santé, infirmières, aide-soignantes), une psychologue, une assistante sociale et souvent un rééducateur : Kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, ergothérapeute. Les professionnels se rassemblent une à deux fois par semaine au cours d'un staff pour faire une mise au point sur l'état de santé de chaque patient, ses conditions de vie, son état psychologique, son devenir possible et les actions qu'il faut mettre en place pour y parvenir. Les regards croisés des différents professionnels sur les mêmes patients permettent une réflexion partagée et des prises de décision communes, ce

qui est particulièrement important dans les cas difficiles de recours des familles au contentieux.

La place faite au patient et à sa famille :

Une bonne prise en charge gériatrique doit avoir le souci de laisser le patient garder le contrôle sur son état. Pour cela, des explications claires et des prévisions sur l'évolution doivent lui être apportées régulièrement, répétées s'il le faut, de manière à pouvoir élaborer avec lui (elle) progressivement un projet de sortie cohérent. Le respect des choix de vie et l'écoute des difficultés du patient et de sa famille sont des « incontournables gériatriques ». Parfois obligation est faite de s'immiscer plus qu'on ne le voudrait dans des situations familiales complexes. Les professionnels doivent alors savoir garder la distance nécessaire pour ne pas prendre parti abusivement et respecter les choix des uns et des autres. Parfois une mesure de protection juridique s'impose. Dans tous les cas, les conseils sur les prestations sociales et les différentes possibilités d'hébergement sont indispensables.

Le traitement de l'épisode médical aigu :

Prendre en charge la pathologie, revoir l'ordonnance, hiérarchiser les priorités, débiter l'éducation thérapeutique pour les patients cognitivement capables, tous ces aspects sont concomitants. Le travail le plus important durant l'hospitalisation est la révision de l'ordonnance qui commence par la vérification des pathologies chroniques traitées et la nécessité ou non de poursuivre un traitement (diabète, HTA...). Les objectifs de traitement chez les octogénaires ne sont pas les mêmes que chez les plus jeunes dans de nombreux cas car, plus que le contrôle parfait des indicateurs physiologiques et

biologiques, le plus important pour le patient c'est le maintien de la meilleure autonomie possible, fonctionnelle et mentale, principal déterminant de la qualité de vie.

Prévention des complications liées à l'hospitalisation :

Lever précoce, rééducation sphinctérienne, orientation temporo-spatiale, repérage de la dénutrition, entretien musculaire sont le

souci quotidien de l'équipe paramédicale. Cette prise en charge doit être effectuée en médecine dès l'entrée et non pas seulement déléguée au SSR car toute hospitalisation en court séjour ne relève pas forcément d'un transfert en SSR, contrairement à certaines idées encore trop répandues, et que perdre du temps au début de l'hospitalisation peut aboutir à des catastrophes irrécupérables. ▮

» *Le respect
des choix de vie
et l'écoute des diffi-
cultés du patient et
de sa famille sont des
« incontournables
gériatriques »*



Références

- Marie-Claude Mouquet, Philippe Oberlin. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. DREES Études et résultats. N° 654, août 2008
- ARS. Le vieillissement en Aquitaine. État des lieux régional de la Conférence de Territoire 2011
- D.Somme, F.Yvain, A.Levy, A.Ellrodt, A.Davido, O.St-Jean. Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence. Caractéristiques et filières de soins. Presse Med 2003;32 :870-5

» Établissements et services médico-sociaux

**Dr Marie-Pierre Hervy⁽¹⁾, Dr Xavier Gervais⁽²⁾
Dr Nathalie Maubourguet⁽³⁾, Dr Stéphan Meyer⁽⁴⁾,
et Dr Bernard Oddos⁽⁵⁾**

Les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées au sens du code de l'action sociale et des familles (art. L. 312-1) sont :

« ...les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale »
« les établissements..., centre d'information et de coordination..., mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au service des usagers, ou d'autres établissements ou services »

Quatre types de structures seront donc abordés dans ce chapitre :

les EHPA, établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées, comprenant :

les EHPAD, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

- les Logements-Foyers ou Résidences pour Personnes Âgées (RPA), les résidences services, et les petites unités de vie (PUV).
- les accueils de jour
- les centres de ressources tels que Clic et Maia.

Par contre, les services d'aides à domicile sont abordés dans le chapitre soins à domicile

Les EHPAD

1999 : La transformation des maisons de retraite en EHPAD

Compte tenu du vieillissement démographique de la France, il est estimé que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de 40 % entre 2000 et 2020, et le nombre de personnes âgées présentant des troubles cognitifs multiplié par 2 durant la même période. C'est pourquoi, en 1999, le législateur a anticipé cette

1. Responsable de projet secteur personnes âgées, Anesm : Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

2. Secrétaire Général, FFAMCO-EHPAD, Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD

3. Présidente, FFAMCO-EHPAD, Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD

4. Vice-Président, FFAMCO-EHPAD, Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD

5. Trésorier, FFAMCO-EHPAD, Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD

évolution démographique en redéfinissant les missions, le financement et l'organisation des maisons de retraite qui, en moins de dix ans, ont été transformées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EHPAD, afin de répondre aux nouveaux besoins de cette population âgée et dépendante. Ainsi, pour les maisons de retraite, cette véritable révolution culturelle, scellée par l'arrêté du 26 avril 1999, a poussé ces établissements à s'adapter pour devenir de véritables lieux de soins gériatriques et gérontologiques de proximité, tout en restant des lieux de vie.

Définition

Le sigle EHPAD ⁽⁶⁾, désigne un établissement médico-social, accueillant des personnes âgées de 60 ans et plus, autorisé pour l'ensemble de sa capacité d'hébergement à dispenser des soins et ayant signé une convention tripartite. Cette convention, signée avec le conseil général d'une part, l'Agence régionale de santé (avant 2009, la Ddass) d'autre part est directement liée à l'attribution et la négociation des moyens pour l'EHPAD puisqu'elle définit « les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de la formation du personnel d'accueil ».

Il s'agit d'une convention pluriannuelle, basée sur un cahier des charges national, révisée tous les 5 ans, servant de base de dialogue et de négociation avec les autorités de tutelle. Jusqu'à ce jour, les objectifs qualitatifs fixés dans la convention tripartite, sont ceux

identifiés comme les améliorations prioritaires déterminées par l'autoévaluation faite tous les 5 ans avec l'outil Angélique.

Plus de 10 000 EHPA pour plus de 650 000 lits dans un ensemble de structures très diversifiées

Au niveau national, l'enquête de la DREES ⁽⁷⁾ réalisée tous les 4 ans permet d'avoir des informations sur les caractéristiques des établissements et de la population qu'ils hébergent. La dernière enquête date de 2007 et la prochaine aura lieu fin 2011.

Les trois-quarts des établissements accueillant des personnes âgées sont des EHPAD, soit 6 855 établissements fin 2007, offrant 515 000 places. Le quart restant est constitué des Logements Foyers (17 %), des maisons de retraites non-Ehpad (5 %), et des USLD (3 %).

La taille moyenne des Ehpad est de 75 places, les Ehpad publiques ayant tendance à être de taille un peu plus élevée que les autres (84 vs 61).

Si les tous les Ehpad ont pour finalités d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes, ce statut renvoie à une **grande diversité**, selon :

- le statut juridique de l'établissement

entre ceux relevant du secteur public (55 % des places), du secteur privé à but non lucratif, associatif (26 %) et du secteur privé commercial (19 %)

- les missions d'origine : la vocation était plus sociale en termes de réponses à des besoins d'habitat et d'isolement social pour les « ex foyers-logement » (7 % des Ehpad) plus sanitaire en termes de réponses à

6. Erreur fréquemment commise : on dit « une » maison de retraite, mais on doit dire « un » EHPAD, en référence à « un » établissement et non plus « une » maison.

7. Drees L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 Études et résultats n° 689 mai 2009.

des problèmes de grande dépendance due à des pathologies sévères pour les « ex-unités de soins de longue durée » (10 % des Ehpad en 2007) ; pour ces derniers, la partition des unités de soins de longue durée effectuée de 2007 à 2010 a abouti à une transformation de 41 000 places de soins de longue durée sanitaires en places d'Ehpad.

Enfin, les 83 % des Ehpad restant sont des « ex maisons de retraites ».

- les projets d'établissements : certains EHPAD ont défini leur projet sur l'accueil et l'accompagnement exclusif de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées⁽⁸⁾ (2% de l'ensemble EHPAD+USLD) ; plus nombreux sont les établissements ayant une unité Alzheimer spécifique puisqu'ils représentent 31 % des Ehpad+USLD. Les établissements ont **diversifié leurs modalités d'accueil**⁽⁹⁾ : en plus de l'accueil de longue durée « classique », ont été mis en place des accueils de jour, des places d'hébergement temporaire, des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), plus rarement des possibilités d'accueil de nuit.

Les EHPAD accueillent une population très âgée, dépendante, poly pathologique et fragile⁽¹⁰⁾.

L'âge moyen est de 84 ans et 9 mois. On retrouve la différence classique entre les hommes et les femmes, ceux-là (25 %)

ayant un âge moyen de 80 ans et 3 mois, celles-ci (75 %) 85 ans et 6 mois.

L'âge moyen d'entrée en Ehpad est de 83 ans et 10 mois.

Le GMP (Groupe iso ressource Moyen Pondéré) en 2007 était de 663 dans les Ehpad avec une proportion de personnes dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans un GIR de 1 à 4 de 85 % dans les Ehpad publics, 81 % dans les Ehpad privés à but non lucratif et 88 % dans les Ehpad privés commerciaux.

Depuis 2006, 75 % des Ehpad ont réalisé une coupe PATHOS dont le PMP (Pathos Moyen Pondéré) permet d'approcher les besoins en soins requis de la population hébergée. En moyenne, sur la période 2008-2010 le PMP moyen des Ehpad est de 168 et le GMP de 684 ; mais on constate sur plusieurs années une augmentation de ces deux paramètres ; en 2010 le GMP est à 690 et le PMP à 180 (source CNSA)⁽¹¹⁾.

Leur finalité est la qualité de vie de chaque résident

L'Ehpad constitue **un lieu de vie** dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce, quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, pathologies... Pour une majorité des personnes accompagnées, il est le dernier lieu de vie. La qualité de vie englobe inévitablement celle de l'accompagnement de la **fin de vie** et cette dimension est prise

8. État des lieux 2010 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n° 18 janvier 2011.

9. L'enquête REHPA sur 240 EHPA retrouve que 48 % des établissements réalisent de l'hébergement temporaire, 23 % de l'hébergement temporaire spécifiquement Alzheimer, 28 % bénéficient d'une unité spécifiquement Alzheimer, 27 % ont un accueil de jour – ROLLAND Y. et col. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le réseau REHPA Cah. Année Gerontol. (2009) 1 :35-41.

10. Drees les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 Études et résultats n° 699 août 2009. 11. Source CNSA www.cnsa.fr/IMG/ppt/Comite_de_pilotage.ppt.

en compte en particulier dans l'élaboration du projet personnalisé. Si chaque résident a un dossier individualisé, on ne peut parler de projet personnalisé uniquement que si l'on s'assure de la participation de la personne aux choix qui la concernent, dans tous les domaines y compris celui de sa santé, et ce, en recueillant non seulement ses besoins mais aussi ses attentes et son avis sur les réponses proposées et apportées par les professionnels et tout en tenant compte de ses capacités.

*L'Ehpad constitue
un lieu de vie dont la
finalité est la qualité de vie
de chaque résident tout
au long du séjour*

L'Ehpad n'est pas un établissement sanitaire

Pour le résident hébergé, l'Ehpad est considéré comme un substitut de domicile. C'est une des principales différences avec laquelle il faut composer en EHPAD, et qui n'est pas sans poser de problème en faisant se heurter les contraintes réglementaires collectives et le droit et les intérêts privés du « domicile ».

Cette différence explique également que le soin repose en majorité sur l'intervention des médecins et kinésithérapeutes libéraux en EHPAD.

Afin de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels, l'Anesm a

un programme de recommandations sur la qualité de vie en Ehpad déclinées en 4 volets⁽¹²⁾ : l'accueil et l'élaboration du projet personnalisé, l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, la vie sociale du résident, l'impact des éléments liés à la santé sur la qualité de vie.

Une triple tarification : un système complexe et un reste à charge élevé pour le résident

La réforme de 1999 est double. C'est, d'une part, une volonté d'inscrire les établissements dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge, d'autre part, une réforme des modalités de tarification qui définit les trois partenaires de cette convention dite « tripartite », chacun pour son tarif ou budget.

Trois signataires et trois budgets « étanches »

Ces trois budgets sont réputés étanches, c'est-à-dire qu'il ne peut y avoir de transfert ou de compensation de l'un à l'autre.

- **L'État**, subventionne intégralement le budget Soins par l'intermédiaire de la CNSA, Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, laquelle reçoit ce budget de la part de l'Assurance Maladie, et est représentée localement par l'ARS, Agence Régionale de Santé (ex-DDASS avant 2009).
- **Le Conseil Général**, subventionne en grande partie le budget Dépendance par l'intermédiaire de l'APA, Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Seul reste à la charge du résident un ticket modérateur.
- **L'EHPAD**, a un budget Hébergement, qui comprend les prestations hôtelières, l'animation et le foncier (acquisition, location, travaux concernant le bâti).

12. Qualité de vie en Ehpad (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement février 2011 | www.anesm.sante.gouv.fr.

La triple tarification et le reste à charge :

Le tarif soin

La détermination du tarif soin est réalisée sur la base du GMPS c'est-à-dire que le budget est calculé selon une formule incluant le niveau de dépendance, le GMP, évalué par l'outil AGGIR, et le niveau de besoins en soins requis, le PMP, évalué par l'outil PATHOS.

Le GMPS (= $GMP + (PMP \times 2,59)$) multiplié par une valeur en euro et par le nombre de lits exploités, définit une dotation théorique plafond pour chaque établissement (dite « tarif plafond », c'est-à-dire que l'Ehpad peut obtenir moins, mais pas plus). Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par une très forte hétérogénéité de ce tarif soins.

En effet, depuis le Plan Solidarité Grand Âge de 2006, environ 70 à 80 % des EHPAD ont bénéficié d'une détermination de leur budget soin selon la tarification au GMPS. Il reste donc 20 à 30 % des EHPAD dont le budget soin n'est pas encore calculé selon cette méthode.

Cette méthode de calcul budgétaire aboutit à une convergence tarifaire. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, par rapport à l'ancienne méthode d'attribution des budgets, 75 % à 80 % des Ehpads se situent sous leur tarif plafond⁽¹³⁾ et voient donc leur budget soin augmenter afin de mieux répondre à leur niveau de besoins en soins. A contrario, 20 % à 25 % des établissements disposent d'un budget soin supérieur à ce qu'autorise le tarif plafond, c'est-à-dire supérieur à ce que nécessite leur niveau de besoin en soin requis selon l'évaluation PATHOS. Ces derniers Ehpads vont donc devoir converger

budgétairement d'ici 2016, soit en diminuant leur dépense de budget soin, soit en augmentant le niveau de soins pris en charge.

De plus, le tarif soin peut être global ou partiel selon qu'il prend en charge ou non les actes de radiologie, de biologie, et les actes des intervenants libéraux.

Quant au médicament, aujourd'hui il n'est forfaitisé que dans les EHPAD ayant une PUI (Pharmacie à Usage Interne), grâce à un coefficient spécifique dans la tarification au GMPS. La grande majorité des EHPAD n'ont pas de PUI et les dépenses de médicaments sont dans l'enveloppe de ville, c'est-à-dire en dehors de leur budget soin. Cette forfaitisation n'est pas sans poser problème aux EHPAD avec PUI, dont le budget médicament contraint ne leur permet pas toujours d'accéder autant que de besoins aux médicaments coûteux (EPO, anti-DMLA, anti-cancéreux per os...) alors que paradoxalement ces établissements sont rôtés à la gestion précise de leurs dépenses médicamenteuses.

Le tarif dépendance

Le tarif dépendance est fixé par le Président du Conseil Général. Il est couvert en partie par l'APA pour les résidents cotés en GIR 1 à 4, selon l'évaluation AGGIR. Seul reste à la charge du résident un « ticket modérateur » correspondant au tarif dépendance des résidents en GIR 5 et 6. Ce reste à charge peut être pris en charge par l'Aide Sociale du Conseil Général si le résident et les débiteurs alimentaires ne sont pas solvables.

Le tarif hébergement

Il est très variable d'un Ehpads à l'autre en fonction du niveau de prestation hôtelière (restauration, entretien), des loisirs et de

13. NAVES P, DAHAN M. Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur IGAS, RAPPORT N°RM 2010-133P.

l'animation, et d'une commune à l'autre en fonction du coût du foncier.

Il représente l'essentiel du « reste à charge » pour le résident, c'est-à-dire ce qui lui reste à payer.

Le niveau moyen des retraites étant de plus en plus souvent inférieur à ce tarif hébergement (en moyenne de 1 500 € par mois mais avec de grandes variations selon la localisation géographique et le statut des Ehpad) les résidents et leurs familles⁽¹⁴⁾ sont de plus en plus souvent amenés à demander une prise en charge dans le cadre de l'Aide Sociale. Cette modalité de prise en charge n'est possible que dans les EHPA habilités à l'Aide Sociale, c'est-à-dire dont le tarif hébergement est contenu et négocié par le Conseil Général. Le plus souvent, il s'agit d'établissements publics ou privés à but non lucratif.

Le reste à charge pour le résident

Au total, lorsque le résident n'est pas pris en charge par l'aide sociale, le coût (tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5 et 6) qui lui reste à payer, encore appelé « reste à charge » est en moyenne de 2 200 euros par mois avec là aussi une grande hétérogénéité selon la localisation urbaine ou rurale (2 900 vs 1 500).

Les professionnels des Ehpad

Le taux d'encadrement global, défini comme le nombre d'emplois en équivalent temps plein (toutes fonctions confondues) pour cent places est de 0,57. Il varie selon le GMP puisqu'il est de 0,66 pour les Ehpad ayant un GMP d'au moins 800. Mais le taux d'encadrement en personnel autre que le personnel

de l'administration et des services généraux est de 0,46. Dans ce domaine également, on retrouve une grande hétérogénéité puisque si le taux d'encadrement en personnel médical et paramédical est de 0,22 pour la moitié des Ehpad, il est inférieur à 0,16 pour un quart d'entre eux et supérieur à 0,29 pour le dernier quart.

La convention tripartite a introduit l'obligation de la présence d'un médecin coordonnateur. Une enquête faite par la FFAMCO et la fondation Médéric Alzheimer observait en 2009 que le temps moyen des médecins coordonnateurs était de trois demi-jour-

» *Le « reste à charge »
est en moyenne de
2 200 euros par mois*

nées par semaine et deux tiers d'entre eux jugeaient ce temps insuffisant pour remplir correctement l'ensemble de leurs missions.

Le rôle du médecin coordonnateur

La création, par l'arrêté du 26 avril 1999, de la fonction de médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. C'est pourquoi, afin d'atteindre ces objectifs, tout EHPAD a l'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur.

14. De la même façon qu'il est prévu que l'on ait une obligation d'aliment envers ses enfants, la loi a prévu qu'en retour les descendants avaient aussi une obligation d'aliment envers leurs parents. Chaque « obligé alimentaire » participe au paiement en fonction de son niveau de ressources, sauf à prouver le comportement maltraitant ou d'abandon de ses parents.

» *Le médecin coordonnateur exerce sous la responsabilité et l'autorité administrative du directeur de l'établissement...*

Ainsi, le médecin coordonnateur exerce **sous la responsabilité et l'autorité administrative du directeur de l'établissement**. Il définit les priorités de soins en cohérence avec le projet d'établissement, et **élabore et met en œuvre le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante**. Il organise la coordination des professionnels de santé salariés et facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la continuité des soins, à la formation gériatologique continue du personnel, et donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur médical du directeur d'établissement ainsi que d'autres administrations locales dont l'EHPAD dépend, notamment l'ARS et le Conseil Général.

Sauf urgence, le médecin coordonnateur ne se substitue pas au médecin traitant « prescripteur » choisi par le résident. Cependant, l'arrêté de 1999 précise qu'il paraît souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement. Bien entendu, cela s'entend sur un temps et un contrat distincts de sa mission de coordination, mais peut l'être aussi bien à titre libéral que salarié. Par contre, la fonction de coordination est nécessairement salariée, et étant à temps partiel, (de 0,2 à 0,5 ETP à ce jour, en fonction du nombre de résidents hébergés), elle peut être exercée dans plusieurs EHPAD par le même médecin.

Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme spécialisé en gériatrie, ou de la capacité en gériatologie, ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur, ou d'une attestation de formation continue.

À l'interface entre les résidents, les familles, la direction, l'équipe soignante et les professionnels de santé intervenant en EHPAD le médecin coordonnateur, compétent en gériatrie, « soigne » l'institution et non directement les résidents.

Les évolutions souhaitables de cette nouvelle profession médicale concernent tout autant le temps de travail en fonction du nombre de résidents, sa formation, que l'étendue du périmètre de ses missions de santé publique ou de ses possibilités de prescription venant compléter, et non s'y substituer, celles des médecins traitants. La mutation de la fonction n'est donc pas terminée et sa professionnalisation est en marche.

C'est pour toutes ces raisons que les EHPAD, par leur savoir-faire, et les médecins coordonnateurs par leur compétence pourraient devenir le premier recours gériatrique et gériatologique de proximité sur lesquels pourront s'appuyer les offres d'aval.

Les autres EHPA

Les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées, sont les établissements qui n'ont pas vocation à signer de convention tripartite car ils ont un GMP < 300 et moins de 10 % de personnes en GIR I. Il n'y a donc

pas de forfait soin. Ils sont représentés par les foyers logements, les résidences services, les MARPA, les petites unités de vie (moins de 25 places).

Ces structures accueillent des personnes âgées autonomes ou peu dépendantes et sont assimilées à un domicile. Le prix demandé au résident est donc mensuel et correspond au loyer, à la nourriture et aux services collectifs. Elles peuvent être habilitées par le département au titre de l'aide sociale, permettant au résident d'être aidé à payer son hébergement, qui peut, par ailleurs, percevoir l'allocation personnalisée à l'autonomie sur les mêmes modalités que les personnes à leur domicile.

De façon schématique, les foyers logements ont un statut public ou privé à but non lucratif et sont majoritairement agréés à l'aide sociale; les résidences services sont le plus souvent de structures privées à but commercial, non habilitées à l'aide sociale et dont le prix est supérieur à celui des foyer-logements.

L'accueil temporaire

L'« accueil temporaire » comprend des dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Cet ensemble s'adresse aux personnes âgées et handicapées dont le maintien à domicile est momentanément compromis. Il vise, soit à organiser des périodes de transition entre deux types de prise en charge (préparation d'un retour à domicile après une hospitalisation, réponse à une interruption momentanée de prise en charge ou à une modification ponctuelle de situation), soit à organiser pour les aidants familiaux des périodes de répit,

ou des relais entre des interventions de professionnels et naturels.

L'hébergement temporaire

Le dispositif hébergement temporaire peut être autonome ou rattaché à une structure (Ehpad, SSIAD...). Les services d'hébergement temporaire proposent des hébergements limités dans le temps, et s'adressent à des personnes dont la vie à domicile est momentanément perturbée. Ce dispositif peut également être utilisé comme essai de vie en collectivité, pour préparer une entrée pour un séjour au long cours en Ehpad.

Au 31 décembre 2007, la Drees dénombrait 1 % des résidents des Ehpad comme y étant au titre de l'hébergement temporaire. L'accueil de jour

Comme les services d'hébergement temporaire, les centres d'accueil de jour peuvent être autonomes ou rattachés à une structure (Ehpad, SSIAD...)

Les centres d'accueil de jour proposent des accueils à la journée à des personnes âgées, dans une perspective de prévention : prévention de l'épuisement et de l'isolement des aidants et prévention de l'aggravation de l'état des malades.

Les accueils de jour ciblent essentiellement les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladie apparentée et leurs aidants. Le Plan Alzheimer 2008-2012 a permis le développement de ces structures et fin 2010 on dénombre 1 497 accueils de jour regroupant 9 676 places⁽¹⁵⁾.

La connaissance de ces structures, de leurs objectifs et de leur mode de fonctionnement est une aide précieuse pour le médecin gériatre qui suit en consultation un certain nombre de malades âgés vivant à leur domicile.

15. État des lieux 2010 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n° 18 janvier 2011.

Les Centres de ressources et de coordination : les CLIC et les Maïa⁽¹⁶⁾

Les CLIC

Au nombre de 624 en 2010, les Centres locaux d'information et de coordination ont beaucoup évolué depuis leur création en 2000-2001. Ils sont pilotés par les conseils généraux et leurs missions et organisations varient d'un département à l'autre.

Certains CLICs sont devenus des coordinations gériatologiques.

Il est à noter que les 96 réseaux gériatologiques ou Alzheimer existants sont des structures qui relèvent du secteur sanitaire même si le plus souvent la collaboration entre ces structures est très étroite. Ces lieux d'information et de coordination s'adressent tant à la population âgée et ses aidants naturels qu'aux professionnels dont ils facilitent la coordination, y compris avec les professionnels travaillant dans le domaine de la santé (services et consultations de gériatrie, autres spécialités telles que les urgences et la psychiatrie, médecins et paramédicaux libéraux)

Les MAIA

17 structures expérimentales ont été créées dans le cadre du Plan Alzheimer et leur généralisation sur le territoire national a été décidée en 2011 sur appel à projets

Leur objectif est d'être un guichet unique d'orientation pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou

maladie apparentée. Leur particularité est le recrutement de nouveaux professionnels, les « gestionnaires de cas », ayant pour mission de coordonner les différents volets de l'accompagnement de la personne malade (soins, aides, accompagnement social.)

Une obligation pour tous les ESSMS : l'évaluation interne et externe de la structure

La loi du 2 janvier 2002 a introduit l'obligation pour les établissements et services sociaux et médicosociaux de « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent », à la fois au regard des missions qui leur sont confiées et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des références et des procédures validées par l'Anesm, dans le temps de leur autorisation donnée pour 15 ans.

Il s'agit d'une évaluation interne, auto-évaluation, des activités centrées sur l'usager, permettant une amélioration continue des prestations et dont un rapport est remis tous les cinq ans aux autorités de tutelle (ARS et Conseil général).

La loi de 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit apporté sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, sur ses points forts, sur ses points faibles et sur les axes d'améliorations envisageables. Une évaluation externe, faite par un organisme habilité par l'ANESM, est faite tous les 7 ans. Pour les Ehpad créés avant 2002, un aménagement du calendrier a été proposé : une évaluation interne avant 2014 et une évaluation externe avant 2015. ▀

¹⁶ *ibidem*.

être un guichet
unique d'orientation
pour une prise
en charge
pluridisciplinaire des
personnes ayant une
maladie d'Alzheimer
ou maladie
apparentée



Quelques références juridiques

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. NOR: MESA9921086A
- Arrêté du 26 avril 1999 modifié par arrêté du 13 août 2004 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles NOR: SANA0421871A
- Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011, modifiant le décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 16 août 2005 fixant le programme de l'attestation de formation de médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. NOR: SANP0522985A
- Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. NOR: SANA0721486D
- Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles NOR: SOCA0420508D
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux NOR: SANA0721681D
- Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif aux calendriers des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux NOR: M TSA1010735D



» SSIAD et HAD

Les personnes âgées prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et en hospitalisation à domicile (HAD).

Pr. Joël Ankri,

Centre de gériatrie GH, Ste Péline (APHP)

Il existe un certain nombre d'institutions ou structure qui ne correspondent pas à des structures d'hébergement permanent ni à des structures de soins hospitaliers traditionnels, qui viennent compléter la prise en charge des personnes âgées à domicile et leur permet leur maintien à domicile.

SSIAD

Prévue dans la loi de juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la réglementation des services de soins infirmiers à domicile ne sera précisée que six ans plus tard, en mai 1981. L'objectif qui leur est assigné est de prévenir, différer ou raccourcir l'entrée à l'hôpital et dans les établissements médicosociaux ou

les services de long séjour. Le service est coordonné par un cadre infirmier salarié, il emploie des aides-soignantes et des infirmiers salariés ou libéraux.

Ces services ont été créés pour les personnes âgées malades ou dépendantes. Leur activité peut depuis 2004 être élargie aux personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques. Ils dispensent sur prescription médicale les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ainsi que d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux. Les qualifications des personnels susceptibles d'intervenir au sein d'un SSIAD, ont en effet été élargies par le même décret au-delà des infirmiers et des aides-soignants. Les

1. The Telegraph, 29 décembre 2010

<http://www.telegraph.co.uk/health/8230749/10m-alive-in-Britain-today-will-live-to-be-more-than-100-years-old.html>

SSIAD peuvent dorénavant rémunérer des aides médico-psychologiques, des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues.

Ils sont financés par dotation globale depuis 2006, sur la base d'un forfait annuel moyen par place installée.

Il est clair que leur activité et les caractéristiques des populations qu'ils servent sont fonction des services qu'ils peuvent offrir. Il n'existe que peu de données ou peu d'étude portant sur de tels sujets à l'exception des exploitations réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé des rapports d'activité des services (Bressé, 2004). Il existe également une enquête de la Direction générale de l'action sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés auprès de 36 services volontaires conduite de mars 2007 à décembre 2008 (Chevreul, 2009). Par contre, si de nombreuses études locales peuvent être retrouvées, elles n'ont aucune prétention à la représentativité nationale.

Les Ssiad sont majoritairement des services de petite taille avec en moyenne 40 places installées. Mais environ 15 % ont plus de 100 places et environ 12 % moins de 30 places ou moins. Deux tiers sont gérés par des organismes privés à but non lucratif (associations ou mutuelles). Environ 30 % sont de statut public, gérés par des établissements d'hospitalisation publics ou des centres communaux d'action sociale. Les services fonctionnent tous les jours de la semaine même si leurs horaires d'ouverture sont légèrement modifiés le week-end et les jours fériés. La demande concernant ces services demeure forte et les taux d'occupation sont de 98 % (Chevreul).

Qui sont les bénéficiaires de ces services ?

Les données issues des grandes enquêtes nationales permettent d'estimer la moyenne d'âge à 82 ans et 5 mois. Les personnes âgées de 80-89 ans ou plus représentent près de 50 % de la clientèle et les nonagénaires près de 20 %. Les femmes représentent près de 2/3 de la population servie. Les personnes vivant en couple représentent 54 % des personnes prises en charge, celles vivant seules 32 %. La plupart de celles-ci ne sont cependant pas isolées : les patients seuls mais socialement entourés représentent 8 % de l'ensemble de l'échantillon. Six pour cent sont hébergées chez un membre de la famille, 4 % sont en structure d'accueil (foyer logement, maison de retraite etc.)

Malgré l'élargissement de leur champ d'intervention depuis 2004, la très grande majorité des capacités des SSIAD (95 %) reste destinée aux personnes âgées. Ainsi, au 31 décembre 2008, les SSIAD avaient en charge environ 98 300 personnes dont 93 000 personnes âgées. Le taux d'occupation des places, rapportant les effectifs accueillis aux capacités installées, est de l'ordre de 93 % et a peu évolué depuis 2002. L'essentiel de la croissance des capacités d'accueil depuis 2002 a profité aux personnes âgées.

Quel état de santé ?

Malgré leur caractère sanitaire, les données de santé de ces services sont quasi inexistantes. Nous nous baserons ici sur des données anciennes comme celles d'octobre 2002 où 68 500 personnes étaient prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile.

Les personnes très dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil représentaient plus du quart des personnes prises en charge. Néanmoins, celles qui avaient besoin d'aide pour faire leur toilette ou s'habiller forment le groupe le plus important (65 %). Enfin, seulement 4 % des personnes prises en charge ne présentent pas ou peu de dépendance d'origine physique. Près de la moitié des personnes âgées prises en charge présentaient des troubles psychiques au rang desquels la démence occupe une part importante. Deux tiers de cette population ont déclaré une incontinence et un tiers a une incapacité sévère. Ainsi les données de cette enquête nationale montrent que la clientèle des services de soins infirmier à domicile est très âgée et lourdement handicapée. Il ne nous paraît pas exagéré de penser que cet état de fait ne s'est pas réduit au fil des années voire s'est probablement amplifié.

Une autre façon d'apprécier l'état de dépendance de ces populations servies par ces services est d'utiliser les résultats des données fournies par la grille AGGIR et la constitution de groupe iso ressources (GIR). Ainsi, seulement 3 % des bénéficiaires sont évaluées en GIR 5 ou 6, c'est-à-dire peu ou pas dépendantes. Les bénéficiaires de prestations SSIAD se répartissent presque uniformément entre les GIR 2, 3 et 4 (autour de 30 % pour chacun de ces groupes) et cette répartition varie peu en fonction de leur âge. Les GIR 1 représentent une part beaucoup plus faible des bénéficiaires (7 %).

La question qui se pose et alimente le débat sur les objectifs de ces services et les politiques de désinstitutionalisation est de savoir si la prise en charge de cette population est plus légère ou non que celle hébergée en institution. C'est dans ce contexte que le niveau de dépendance

des personnes âgées suivies par les SSIAD à celles hébergées en établissement a été comparé [Perrin-Haynes, 2010]. Il apparaît que les SSIAD accueillent moins souvent des personnes lourdement dépendantes que les établissements (7 % de GIR 1 contre 19 %) mais également moins de personnes peu ou pas dépendantes (3 % de GIR 5 et 6 contre 15 %) tandis qu'ils suivent plus fréquemment les personnes âgées moyennement dépendantes (57 % de GIR 3 et 4 contre 33 %). Dans les deux types de structures, les GIR 2 constituent environ un tiers des personnes suivies. Par

*Seulement 3 %
des bénéficiaires sont
évalués en GIR 5 ou 6,
c'est-à-dire peu
ou pas dépendants*

ailleurs, le niveau de dépendance n'évolue pas en fonction de l'âge des bénéficiaires des prestations de SSIAD alors qu'il augmente avec l'âge des résidents en institution.

Notons par ailleurs que dans les SSIAD, la part des personnes âgées de 85 ans ou plus est inférieure d'environ 10 % à celle des établissements.

Qu'en est-il des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en termes de dépendance selon le GIR et les personnes âgées suivies par les SSIAD. Les données montrent que ces dernières sont plus lourdement dépendantes en moyenne que l'ensemble des bénéficiaires APA à domicile. Rappelons ici que la plus grande

partie des personnes âgées prises en charge par les SSIAD est éligible à l'APA à domicile du fait de leur degré de dépendance. Si la proportion des personnes très lourdement dépendantes (GIR 1) prises en charge par les SSIAD reste modeste, elle est trois fois plus élevée que la part des GIR 1 dans l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile (7 % contre 2,5 % au 31 décembre 2008) et celle des GIR 2, près de 2 fois plus élevée (32 % contre 18 %). À l'inverse, les GIR 4 représentent fin 2008 58 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, soit près du double de la proportion observée chez les personnes âgées suivies par les SSIAD. Les bénéficiaires de la prise en charge par les SSIAD constitueraient donc une population en quelque sorte intermédiaire, du point de vue de son degré de dépendance, entre les bénéficiaires de l'APA à domicile pris dans leur ensemble et les résidents en institution.

La nature des tâches accomplies par ces services est fonction des problèmes de santé des personnes servies et correspond à des actes peu techniques. La majorité des interventions sont réalisées par des aides-soignantes. Elles effectuent en moyenne quatre visites sur cinq, la cinquième étant faite par une infirmière.

Les personnes prises en charge bénéficient en moyenne de 7 visites hebdomadaires d'aide-soignante dont les deux tiers dépassent trente minutes. Les visites d'infirmiers sont moins fréquentes et plus brèves. Les personnes les plus dépendantes sont aidées chaque semaine en moyenne 6 heures réparties sur 11 visites et les moins dépendantes 2,5 heures en 6 à 7 visites.

L'aide à la toilette est le soin le plus pratiqué. La quasi-totalité des malades (98 %) sont aidés quotidiennement pour faire leur toilette. Les deux tiers des visites font ainsi

l'objet d'une toilette seule ou accompagnée d'autres soins. Les soins liés à la mobilité (mobilisation, prévention d'escarres) concernent deux personnes sur trois. L'aide aux changes est effectuée auprès de 40 % des personnes.

Les soins infirmiers plus techniques (injections, pansements, sondages vésicaux, etc.) sont délivrés à une minorité de personnes. Les prises en charge par ces services sont le plus souvent des prises en charge de longue durée. Dans l'enquête de la Drees, 30 % des personnes étaient prises en charge depuis plus de un an. Parmi ceux traités depuis moins d'un an près de la moitié a eu une entrée dans le service à la suite d'une hospitalisation. Dans l'enquête DGAS, le décès à domicile vient interrompre plus de 20 % des prises en charge, les autres causes étant l'hospitalisation et l'entrée en établissement pour respectivement 50 % (y compris à domicile pour 5 %) et 10 % des cas. La majorité (62 %) des personnes prises en charge au 31 décembre 2008 est suivie dans le SSIAD sans interruption depuis au moins 6 mois et 43 % le sont depuis plus d'un an.

Puisque l'objectif des SSIAD est d'éviter ou de retarder l'hospitalisation ou l'entrée en établissement, il est logique voire souhaitable, que les prises en charge puissent être prolongées. Mais il en résulte un accroissement de la proportion de personnes très âgées et surtout une limitation des possibilités de prise en charge de nouvelles personnes.

L'HAD

L'articulation entre le sanitaire, l'HAD, et le médicosocial, les SSIAD n'est pas chose facile et la catégorisation des personnes âgées prises en charge respectivement par

l'HAD ou le SSIAD n'est pas non plus facile. Pour les responsables de l'HAD, les prises en charge qui dépassent les six mois sont problématiques car la tarification à l'activité les contraint à ne pas garder les patients trop longtemps. De l'autre côté, les SSIAD sont confrontés aux coûts de la prise en charge d'un patient bénéficiant des soins infirmiers et sont obligés d'ajuster leur activité en fonction de leurs moyens. Or les deux dispositifs interviennent sur le même terrain : le domicile.

Là encore nous ne disposons que de peu de données spécifiques sur les personnes âgées prises en charge par les structures d'HAD à l'échelon national. L'HAD étant polyvalente et généraliste, elle concerne les patients atteints de pathologies diverses. Néanmoins, presque mécaniquement, compte tenu de la poussée démographique, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 4 séjours sur 10 et les plus de 80 ans 14 % des séjours. Elles constituent donc une population importante, même si, lors de sa mise en place en 1957, l'HAD n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans ou plus totalisent ainsi quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans ou plus, plus de 10 %. L'intérêt humain de l'HAD est largement reconnu à travers les enquêtes de satisfaction, notamment celle auprès des patients et de leur entourage. Pour les personnes âgées en particulier, le choix du mode d'hospitalisation doit être réalisé en tenant compte, d'un côté, du risque de désocialisation engendré par une hospitalisation « intra muros » et, du côté HAD, de la nécessité de protéger l'entourage aidant qui est lui aussi souvent âgé.

En 2010, un rapport de l'IGAS recommande d'élargir l'offre en gériatrie en « maintenant

la distinction avec les SSIAD ». Nous retrouvons là encore la recherche de mise en place et de développement de formes d'interventions adaptées aux besoins des personnes très âgées tout en maintenant la distinction des structures et donc de leur mode de fonctionnement et de financement. Moins d'1 % des séjours en HAD se terminent par une sortie vers un SSIAD et moins de 0,5 % sont adressés par un SSIAD. Sur le plan médical, les spécificités de cette population âgée en HAD font que ce mode de prise en charge concerne moins des techniques particulières ou l'utilisation de matériels sophistiqués que la prise en compte de la polypathologie de ces malades âgés, de la surveillance des interactions entre les différents médicaments, de la superposition des soins d'entretien, de l'aide aux activités de la vie quotidienne et des soins relatifs aux traitements des affections cumulatives. Sans oublier la prise en compte de la dimension psychologique de la personne et le soutien à son aidant informel.

Les auteurs du rapport insistent sur le fait que le rôle de substitut à l'hospitalisation polyvalente ou gériatrique classique nécessite de la part des HAD de collaborer avec les services les plus concernés par le retour à domicile des personnes très âgées qu'il s'agisse de ménager des transitions, de poursuivre des soins palliatifs au domicile ou de se substituer à des soins de suite gériatriques. Mais la réussite de l'extension de l'HAD est étroitement liée à une définition des tarifs. Ces derniers doivent prendre en compte la réalité des prestations fournies avec une majoration de charge résultant de l'âge et de la polypathologie et surtout de la complexité et du temps d'intervention requis. Ces prestations justifient un périmètre tarifaire différent de celui des SSIAD.

Certaines orientations se sont faites vers les EHPAD. Dans la période récente, divers textes sont parus pour permettre l'intervention d'une HAD. Mais ils n'ont pas encore provoqué de modification quantitativement significative des prises en charge, cette activité restant très limitée (1,2 % des journées). Les trois modes de prise en charge les plus fréquents ont été les « pansements complexes » (46%), les « soins palliatifs » (27%) et la « prise en charge de la douleur » (11%).

Ainsi, malgré l'intérêt d'une hospitalisation à domicile pour les personnes âgées afin d'éviter les risques de désocialisation que peut engendrer une hospitalisation « classique », cette activité se développe moins que d'autres et l'intervention en EHPA reste très faible de même que l'articulation avec les SSIAD.

L'analyse des données du PMSI de 2009 a étudié les séjours pouvant constituer une substitution potentielle à une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) en retenant l'hypothèse que les séjours ayant le mode de prise en charge principal « rééducation orthopédique » ou « rééducation neurologique » ou « soins de nursing lourds » pouvaient correspondre à ce type de séjours. L'ensemble de ces séjours totalise 7 % des séjours et 13 % des journées d'HAD. La quasi-totalité des établissements (203 sur 233) réalisent une telle activité. La durée moyenne de séjour est de 70 jours. Les patients étaient en moyenne âgés de

72,5 ans et leur dépendance était moyenne à complète dans environ 81 % des journées. Les pathologies neurologiques représentent à elles seules 24 % des affections ayant justifié ces séjours : AVC et séquelles (8,8 %), sclérose en plaque (4,1 %), hémiplégie (3,9 %), maladie de Parkinson (3,2 %), tétraplégie (2,7 %), paraplégie (1,4 %). Viennent ensuite les escarres, la mobilité réduite et les fractures fémorales fermées. On peut penser par ailleurs que les demandes plus importantes en oncogériatrie et en soins palliatifs pour les populations âgées permettront un développement de ce type d'hospitalisation à domicile.

L'état de santé des personnes âgées prises en charge par deux structures sanitaires comme l'HAD et les SSIAD reflètent surtout les modes de fonctionnement et de tarification différents de ces deux types de structures. Une meilleure articulation dans l'intérêt des populations servies est le vœu de tous. ▀





III.

**Le Référentiel Métier
de la spécialité de Gériatrie**

» Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie

Coordination scientifique : Pr Claude Jeandel
Travail collectif sous l'égide du collège professionnel
des gériatres français (CPGF)

(Liste des gériatres participants à la fin du présent article)

Définition de la Médecine Gériatrique

Définition de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

La Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire.

La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires,

dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

Définition empruntée au rapport « un Programme pour la gériatrie » ⁽¹⁾

1. Le patient gériatrique n'est pas seulement un patient âgé

Si la demande en soins hospitaliers doit augmenter significativement au cours des

1. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir (C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux, avril 2006)

prochaines années pour les patients âgés de 75 ans et plus, il convient de préciser que cette demande concernera une population de patients relativement hétérogène. Il est ainsi classique de distinguer deux typologies de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques : 1/ les patients mono ou pauci pathologiques et 2/ les patients dits « gériatriques ».

1/ Les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable. Ces patients doivent bénéficier des services de court séjour relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant le recours à l'hôpital. Cependant, en raison de la vulnérabilité liée à leur âge ils peuvent démasquer à l'occasion de cette affection une pathologie sous-jacente ou accuser une perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci justifie qu'ils puissent bénéficier au cours de leur séjour d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une équipe mobile de gériatrie.

2/ Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité. La poly-pathologie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance ou de multi défaillance

d'organes lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation.

3/ Le cas particulier des patients de 75 ans et plus « chirurgicaux ». Le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en chirurgie devrait augmenter parallèlement à la proportion des patients de 75 ans et plus hospitalisés. En raison de leur vulnérabilité particulière et des risques de décompensation pouvant se révéler dans la période postopératoire, ces patients doivent pouvoir bénéficier en préopératoire et en postopératoire d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une hospitalisation de jour gériatrique ou à une équipe mobile de gériatrie. Compte tenu de la fréquente réduction de leurs capacités fonctionnelles préexistantes à l'intervention et souvent aggravée dans les suites opératoires, le recours à des soins de suite et réadaptation appropriés doit être facilité. Ces spécificités rendent compte de durées d'hospitalisation souvent plus longues et argumentent en faveur d'un soin gériatrique et d'une organisation hospitalière adaptés à cette typologie de patients.

2. le patient gériatrique justifie une approche particulière, à la fois globale et continue.

La fréquence de la poly-pathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la poly-pathologie 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.

» Permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière des besoins individuels...

La fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et réhabilitation fonctionnelle, soit immédiatement dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

3. le patient gériatrique relève d'une filière de soins.

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 des besoins individuels, s'appuyer sur une approche holistique bio-médico-psycho-sociale et assurer une prise en soins continue. S'adressant très fréquemment au patient et à son aidant naturel, cette offre implique une prise en charge pluri-professionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi partenarial 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, et 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 doit 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, - équipe mobile de gériatrie, - soins de longue durée.

Le métier de gériatre

Neuf types d'activités requérant une compétence en gériatrie et donc dévolues aux médecins spécialistes en gériatrie ont été identifiés. Ces 9 types d'activité correspondent à 9 segments de prise en charge inscrits dans le parcours de soins du patient gériatrique. Ils définissent les contours du métier de gériatre. Certains de ces segments correspondent aux activités exercées au sein de la filière hospitalière (segments 1, 2, 3, 5, 8), d'autres aux activités exercées au sein des établissements médico-sociaux (segment 6), des réseaux de santé (segment 9) ou de secteur ambulatoire (segment 7).

L'individualisation d'un segment de « psychogériatrie » (segment 4) se justifie par l'identification déjà ancienne d'unités de psychogériatrie et plus récente d'unités cognitivo-comportementales (mesure 17

du Plan Alzheimer) au sein des structures gériatriques. La pratique de ces 9 activités exige un socle de compétences communes et l'acquisition de compétences spécifiques à chacune d'entre elles.

Les 9 segments d'activité du métier de gériatre

1• Consultation (CS) — Hôpital de jour (HDJ)

- a - Situation 1. Troubles cognitifs
- b - Situation 2. Troubles de la marche et de l'équilibre
- c - Situation 3. Expertise gériatrique globale

2• Court séjour gériatrique

- a - Situation 1. Pneumonie
- b - Situation 2. Chutes

3• Soins de suite et réadaptation (SSR)

- a - Situation 1. Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)
- b - Situation 2. Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR

4• Psychogériatrie

- a - Situation 1. Comportement perturbateur
- b - Situation 2. Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé
- c - Situation 3. Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusionnel, démentiel et psychiatrique

5• Soins de longue durée (SLD)

- a - Situation 1. Réaliser des admissions et/ou sorties en

conformité aux critères d'USLD redéfinis, en relation avec l'environnement médical et médico-social

- b - Situation 2. Gérer d'une façon adaptée une décompensation aiguë d'un patient poly-pathologique chronique dans l'environnement spécifique de l'unité de soins
- c - Situation 3. Travailler en tenant compte des caractéristiques humaines, matérielles, organisationnelles, techniques et économiques (compétences et limites) de l'institution. Effectuer un travail de coordination et de « management »
- d - Situation 4. Gérer en équipe, y compris dans leur dimension éthique, des situations types telles que: dénutrition, troubles du comportement, chutes et contention, refus de soins, douleurs, fin de vie

6• EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes): les 12 missions du médecin coordonnateur

7• Gériatrie libérale

8• Équipe mobile de gériatrie (EMG)

9• Réseaux et coordination

Le METIER

G
E
R
I
A
T
R
E

Les 9 segments d'activité

Cons./hôp. jour

Court séjour

SSR

Psychogériatrie

Soin Longue Durée

Méd. CO. EHPAD

Gériatrie libérale

EMG

Réseaux/Coordination

I. L'activité de consultation et d'hospitalisation de jour

Le référentiel « organisation des soins »

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

1. Définition.

L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques. Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique. La consultation mémoire labellisée, lorsqu'elle existe, lui est intégrée.

2. Missions.

- Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée;
- Être un recours pour le médecin traitant ou pour tout professionnel ou organisme après le repérage de problèmes durant la consultation de prévention devant être dispensée aux personnes âgées de 55 à 70 ans et plus;
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées;
- Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gérontologique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur;

- Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques;
- Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...);
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour;
- Participer à l'organisation du soutien au domicile;
- Dispenser l'éducation thérapeutique du patient;
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

3 Place dans la filière

Modalités d'accès: Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. La consultation gériatrique fonctionne en lien étroit avec l'ensemble des acteurs du soutien à domicile et notamment le CLIC, les MAIA ou le réseau de santé « personnes âgées ». L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour. L'accès à la consultation ou à l'hôpital de jour est également ouvert aux médecins généralistes et/ou aux coordonnateurs des hôpitaux locaux en lien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

Les objectifs attendus en termes de gain thérapeutique d'une prise en charge en

hôpital de jour gériatrique sont déterminés et régulièrement réévalués.

Recours aux avis spécialisés : La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

Relation avec le médecin traitant :

Afin d'assurer la liaison avec le médecin traitant, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique adresse le jour même au médecin traitant un compte rendu complet mentionnant les résultats de l'évaluation gérontologique, les diagnostics retenus, les orientations thérapeutiques et modalités de prise en charge issus de la réunion de concertation pluri-professionnelle.

Le référentiel métier

Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

3 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

Situation 1 : Troubles cognitifs

Situation 2 : Troubles de la marche et de l'équilibre

Situation 3 : Expertise gériatrique globale

Situation 1. Troubles cognitifs

Caractéristiques : adressage multiple, approche pluridisciplinaire, prise en soins variée selon le stade du suivi du patient. Le bilan cognitif est indissociable du bilan gériatrique, de l'annonce diagnostique, de l'élaboration d'un plan de soins et du suivi.

1- Le bilan cognitif

Actions	Actes
Interrogatoire	Analyse de la plainte cognitive - Auprès du patient - Auprès de son entourage
Examen clinique	- Évaluation spécifique des fonctions cognitives à l'aide d'outils standardisés. - Évaluation de l'humeur.
Prescription des examens complémentaires	- Standardisés selon recommandations. - Adaptés aux comorbidités.
Diagnostic	- Synthèse des différents examens.

2- Le bilan gériatrique

Actions	Actes
Interrogatoire	- ATCD (souvent nombreux, à rechercher) et comorbidités identifiées. - Médicaments (recherche des ordonnances). - Évaluation sociale (famille, aidants naturels, mode de vie, aides à domicile). - Évaluation de l'autonomie.
Examen clinique	- Centré sur les problématiques gériatriques avec le recours à d'éventuels outils standardisés : marche et équilibre, douleur, nutrition, fonction sensorielles, continence, etc. ...

3- L'annonce diagnostique

Actions	Actes
Organisation de l'annonce	- Choix du lieu. - Sur RDV. - Sans puis avec l'accompagnant après consentement du patient. - En pluridisciplinarité.
Annonce	- Adaptée à l'appréhension du patient. - Adaptée aux facultés de communication. - Par Étapes. - Avec des temps de silence.
Communication	- Information précise du médecin traitant sur le contenu de l'annonce.

4 - L'élaboration du plan de soins

Actions	Actes
Mise en place d'un traitement spécifique	- Explications au malade. - Accord du malade. - Prescription adaptée.
Information du patient sur les aides possibles	- Négociation des aides.
Éducation/prévention des complications	- À la fois du patient et de son entourage. - Information-guidance-soutien de l'entourage. - En pluridisciplinarité. - En lien avec le médecin traitant.

5 - Le suivi

Actions	Actes
Organisation du suivi	- Réévaluation en consultation/6 mois. - Mobilisation des ressources médico-psychosociales de façon précoce et adaptée. - Mobilisation de toutes les composantes de la filière gériatrique. - Lien avec le médecin traitant.
Orientation vers un hôpital de jour SSR	- Thérapeutiques non médicamenteuses. - Gestion de la crise médico-sociale. - Gestion des situations complexes.
Orientation vers une unité cognitivo-comportementale (UCC)	- Gestion d'une crise médico-psychosociale avec ajustement des traitements et approches non médicamenteuses.
Soutien de l'aidant	- Dépistage des signes d'épuisement. - Structures de répit. - Association de familles de malades.

Situation 2. Troubles de la marche et de l'équilibre

Caractéristiques : adressage lors de chutes ou pour risque de chute, approche pluridisciplinaire, implique 4 étapes : le diagnostic, l'évaluation gériatrique standardisée, l'élaboration du projet thérapeutique et de prévention et le suivi diagnostique et thérapeutique.

1. Diagnostic

Actions	Actes
Interrogatoire	- Type de troubles, ancienneté... - Notion de chutes.
Examen clinique	- Centré sur les fonctions neurosensorielles. - En collaboration avec les professionnels de la rééducation : Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien.
Prescription des examens complémentaires	- Standardisés. - Mais aussi adaptés aux comorbidités.

2. Évaluation gériatrique standardisée

Actions	Actes
Interrogatoire	- ATCD (souvent nombreux, à rechercher) et comorbidités identifiées en particulier ostéoporose, maladies CV...) - Médicaments (recherche des ordonnances). - Évaluation sociale (famille, aidants naturels, mode de vie, aides à domicile). - Évaluation de l'autonomie.
Examen physique	- Évaluation nutritionnelle, cognition, douleur, humeur, syndrome post-chute, affections sensorielles.
Diagnostic	- Retenir l'ensemble des pathologies entraînant un risque de chute ou intervenant comme facteur aggravant.

3. Élaboration du projet thérapeutique et de prévention

Actions	Actes
Prévention des chutes et de leurs conséquences	- Révision de l'ordonnance. - Évaluation de l'environnement (ergothérapeute, assistante sociale) et adaptation du domicile. - Traitement anti-ostéoporotique.
Traitement	- Prescriptions spécifiques (parkinson, cataracte, ostéoporose, nutrition...) - Prescription de rééducation avec apprentissage du lever du sol. - Prescription des aides techniques.

4. Suivi diagnostique et thérapeutique

Actions	Actes
Organisation du suivi	- Réévaluation/6 mois. - Réajustement des traitements. - Mobilisation des ressources médico-psychosociales de façon précoce et adaptée. - Mobilisation de toutes les composantes de la filière gériatrique. - Lien avec le médecin traitant. - Suivi des chutes. - Suivi de l'autonomie.
Prise en soins en hôpital de jour gériatrique SSR	- Rééducation et réadaptation intégrées et personnalisées. - Pluridisciplinarité : Kiné, psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologue, psychologue.

Situation 3 : L'expertise gériatrique globale

Situations-types :

- recours à la demande d'un spécialiste d'organe : aide à la décision en oncologie, chirurgie, dialyse,
- bilan d'une perte d'autonomie à la demande des partenaires
- évaluation à visée pronostique, aide à la prise de décision

Expertise gériatrique globale

Actions	Actes
Évaluation modulaire	- ATCD et comorbidités. - Traitements (médicaments et iatrogénie). - Évaluation nutritionnelle/équilibre/cognition/psychologique et thyrique/douleur/affections sensorielles. - Évaluation de l'autonomie. - Évaluation sociale (aidants/familles/aides à domicile/mode de vie).
Synthèse	- Identification des facteurs de fragilité. - Considération éthiques.
Aide à la décision et propositions thérapeutiques	- Niveau de soins : décision de soins palliatifs. - Révision de l'ordonnance. - Projet thérapeutique (médical, psychologique, fonctionnel et social) en fonction des syndromes gériatriques identifiés.

À côté de ces 3 situations type, il convient de mentionner d'autres situations telles que l'entrée éventuelle en institution avec pour actes :

- le repérage des situations à risque à domicile,
- l'anticipation de l'entrée en institution,
- l'accompagnement de l'entrée en institution et la coordination avec la structure.

II. L'activité de court séjour gériatrique

Le référentiel organisation des soins

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

Définition.

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

L'unité de court séjour gériatrique répond à trois fonctions :

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer une hospitalisation après passage aux urgences ;

- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours. L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gériatrique.

Missions

- assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ;
- procéder à une évaluation globale du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;

- traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation ;
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité

Place dans la filière.

Le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière.

Mode d'entrée des patients

L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier. L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes. Cette admission peut être programmée. Les patients peuvent aussi être admis par le biais de la structure des urgences, si possible après avis de l'équipe mobile de gériatrie.

Mode de sortie

La préparation de la sortie est réalisée le plus tôt possible au cours du séjour dès qu'il est légitime de s'interroger sur l'avenir du patient. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC, les MAIA ou le réseau de santé « personnes âgées ».

Recours à des avis spécialisés : La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

Le référentiel métier

Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

2 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent. Les situations de soins types retenues.

Situation 1 : Pneumonie

Situation 3 : Chutes

Situation 1. Pneumonie

Caractéristiques : situation fréquente et grave, récidue fréquente, co-morbidités associées, perte d'autonomie, crise et complexité médico-psycho-sociale, prise en charge en urgence.

Actions et actes

- Procéder à l'examen clinique de base devant un syndrome fébrile et/ou infectieux pulmonaire;
- Établir un diagnostic différentiel entre une insuffisance cardiaque et une pathologie infectieuse pulmonaire;
- Repérer dès l'admission les facteurs étiologiques (troubles de la déglutition, lieu de vie...) et les facteurs de risques (démence, isolement social...);
- Établir, hiérarchiser et adapter à la fragilité du patient la stratégie des examens complémentaires (en tenant compte du coût des examens) : dans l'immédiat et dans les 12 à 24 premières heures;
- Poser l'indication et interpréter un cliché de thorax, un scanner thoracique;
- Interpréter une gazométrie artérielle et le niveau de gravité respiratoire pour les indications de la prise en charge en réanimation (indication d'admission en réanimation selon le terrain et les comorbidités);
- Définir et adapter à la fragilité du patient la stratégie des examens complémentaires à visée bactériologique: hémocultures, biopsies, sérologies spécifiques, ponction d'épanchement, fibroscopie avec prélèvement protégé;
- Interpréter les données de la biologie dans ce contexte: NFS, syndrome inflammatoire biologique, intérêt et limites des sérologies bactériennes et virales, de l'anti-génurie (legionella, pneumocoque)... ;
- Mettre en œuvre les grands principes de l'antibiothérapie: la bonne indication, au bon moment, adaptée à la fonction rénale, à l'état nutritionnel, au lieu de vie antérieur (indication, posologie adaptée, dosage, durée, concordance avec les conférences de consensus et le guide local d'antibiothérapie);
- Poser l'indication des traitements adjuvants et associés dans la prise en charge des maladies infectieuses;
- Repérer les facteurs de fragilité: troubles de la déglutition, troubles cognitifs, troubles locomoteurs et risques de grabatisation;
- Traiter la fièvre, la douleur, les troubles métaboliques et la déshydratation;
- Mettre en œuvre les mesures de prévention et de bientraitance ciblée sur la pathologie et adaptée à la personne: de la confusion, de la dénutrition, de l'encombrement bronchique, des complications de décubitus et du syndrome d'immobilisation (plaies de pression: échelles d'évaluations, recourir aux supports spécifiques...);
- Mettre en œuvre une évaluation «médico-psycho-sociale» précoce de façon à programmer la prise en charge ultérieure dans la filière;
- Délivrer au patient, à son entourage et/ou à la personne de confiance une information adaptée et claire sur les bénéfices risques;
- Instruire précocement et de façon concertée le projet d'orientation à la sortie;
- Coordonner la prise en charge ultérieure (indiquer une évaluation globale du patient, un bilan mémoire à distance de l'épisode aigu si épisode confusionnel...) en lien avec son médecin traitant;
- Rédiger un compte-rendu gériatrique de

Un signal d'alarme : la chute « sentinelle », [...], une approche multisystémique nécessaire pour appréhender l'état de santé qu'il reflète...

sortie intégrant la pathologie en cours, son évolution mais également l'évaluation globale gériatrique;

- Mettre en œuvre les modalités d'isolement et être sensibilisé au risque nosocomial et aux BMR;
- Mettre en œuvre une procédure de signalement pour l'équipe de soins et les visiteurs;
- Informer l'équipe opérationnelle d'hygiène;
- Procéder à la déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire;
- Communiquer avec l'entourage proche sur le risque infectieux nosocomial, le bénéfice des vaccinations.

Situation 2. Chutes

Caractéristiques : syndrome gériatrique par excellence, fréquence, fausse banalité, récides fréquentes, co-morbidités associées, médicaments souvent en cause, urgence thérapeutique (désadaptation psychomotrice), complexité médico-psycho-sociale, un signal d'alarme : la chute « sentinelle », un syndrome peu spécifique, une approche multisystémique nécessaire pour appréhender l'état de santé qu'il reflète (désadaptation de l'individu avec son environnement), l'enquête est d'autant plus efficace qu'elle est faite précocement après la chute, syndrome à ne pas banaliser car il est : fréquent (problème de santé publique), récurrent (chez 50 % des chuteurs), potentiellement grave (expose au risque d'accroître la perte d'autonomie).

- Procéder à l'examen clinique minimum devant un chuteur;
- Conduire la démarche diagnostique devant une personne âgée chuteuse;
- Évoquer une origine multifactorielle et identifier les facteurs de risque modifiables ou ayant un impact sur les recommandations susceptibles de diminuer les chutes (recommandations de la HAS);
- Procéder à une synthèse individualisée après concertation multi-disciplinaire et pluri-professionnelle;
- Appliquer les tests utiles au repérage du risque de chute;
- Compléter l'expertise gériatrique pour optimiser les décisions thérapeutiques;
- Poser la bonne indication, au bon moment des examens complémentaires (adaptation des recommandations);
- Procéder à l'évaluation fonctionnelle organique (réserves fonctionnelles) afin de:
 - Définir le plan de prise en charge;
 - Définir le rythme et les modalités du suivi;
 - Organiser la prise en charge (rééducation fonctionnelle ambulatoire, SSR post-court-séjour, suivi en hôpital de jour);
 - Mettre en œuvre les mesures du plan d'aide (dont les aides techniques) et de prévention (adaptation de l'habitat) nécessaires en vue du retour au domicile;
 - Indiquer et mettre en œuvre le traitement d'une hypotension orthostatique, d'un déficit en vitamine D, d'une ostéoporose, d'une affection sensorielle.

III. L'activité de SSR gériatrique

Le référentiel « organisation des soins »

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

Définition

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

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour 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 soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, soit directement du domicile dans une approche programmée. Les SSR gériatriques formalisent toutes les coopérations nécessaires à la mise en œuvre de leurs missions.

Missions

Une double mission:

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées,

- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique, en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

Mais aussi:

- prévenir l'apparition d'une dépendance;
- maintenir ou redonner de l'autonomie;
- assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer;
- assurer l'information et le soutien des aidants;
- assurer le maintien de la socialisation de la personne âgée;
- assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

Modalités de prise en charge

Les patients sont pris en charge dans des unités assurant essentiellement une activité de SSR gériatriques.

Les modalités de prise en charge répondent aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les étapes clés sont:

- assurer ou réévaluer le bilan médico-psycho-social;
- rédiger un projet thérapeutique personnalisé (plan de soins, plan d'aide) et assurer sa réévaluation périodique;

- accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie;
- accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et son entourage.

Place dans la filière

Les SSR gériatriques assurent la prise en soins des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent notamment d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour. L'articulation des SSR gériatriques avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées au sein de la convention constitutive de la filière.

Mode d'entrée des patients:

L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation de l'autonomie.

Mode de sortie:

La préparation de la sortie est réalisée très en amont au cours du séjour. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.

Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé

« personnes âgées » et les proches du patient.

Recours à des avis spécialisés:

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités, y compris la psychiatrie.

Le référentiel métier

Les situations de soins types retenues:

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

2 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants:

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent.

Situation 1: Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)

Situation 2: Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR

Situation 1 : Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)

a.1 - Particularités gériatriques de la prise en charge habituelle.

Les actes

- | | |
|---|---|
| 1 • adapter la rééducation et la réadaptation | 5 • dépistage d'une infection du site opératoire par surveillance |
| 2 • prendre en charge la douleur | 6 • coordonner l'équipe soignante et l'ensemble des intervenants |
| 3 • prévenir la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV) | 7 • organiser le retour à domicile |
| 4 • prévenir les autres complications de l'immobilisation | |

Les actes et les actions

1- Adapter la rééducation et la réadaptation

- en tenant compte de l'état antérieur du patient
- en s'adaptant à l'état physique antérieur (fonctionnel et comorbidités)
- en s'adaptant à l'état cognitif antérieur
- en s'adaptant au contexte socio-familial
- en sachant fixer des objectifs réalistes

2- Prendre en charge la douleur:

- en la dépistant: utilisation d'échelles adaptées: auto (EVS, EN) et hétéro-évaluation (Doloplus 2, ECPA, algoplus)
- en identifiant ses composantes (nociceptive, neuropathique et psychogène)
- en sachant utiliser les antalgiques chez le sujet âgé

3- Prévenir la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV)

- en évaluant le niveau élevé de risque
- en mettant en place une stratégie globale de prévention
- en sachant prescrire la contention veineuse
- en sachant adapter les traitements anti-coagulants en particulier à la fonction rénale
- en organisant la surveillance clinique et biologique de ces traitements

4- Prévenir les autres complications de l'immobilisation (principalement si l'appui n'est pas autorisé)

- en coordonnant la prévention et le traitement des escarres:
- en sachant évaluer le risque
- en sachant prescrire les mesures de prévention
 - .soignantes (changements de positions,...)
 - .matérielles (matelas, coussins,...)
- en sachant prescrire les traitements locaux
- en limitant les risques cardio-vasculaires et respiratoires
- en prenant en charge l'hypotension orthostatique:
 - . en la dépistant
 - . en prenant les mesures adaptées (leviers progressifs sous couvert d'une contention veineuse,...)
- en prenant en charge la désadaptation cardio-respiratoire
 - . maintien d'une activité même en décubitus prolongé
 - . verticalisation et mise au fauteuil précoces
 - . réadaptation progressive à l'effort
- en dépistant et en prenant en charges les éventuelles infections respiratoires

- en étant attentif au risque nutritionnel, urinaire et digestif:
- prise en charge ou prévention de la dénutrition protéino-énergétique
- prévention et gestion de l'incontinence et de l'infection
- dépistage d'une rétention urinaire, d'une insuffisance rénale
- surveillance du transit

5- *Dépistage d'une infection du site opératoire par surveillance*

6- *Coordonner l'équipe soignante et l'ensemble des intervenants*

- en coordonnant et hiérarchisant le travail interdisciplinaire
- en animant des réunions pluridisciplinaires permettant de fixer les objectifs

de soins et de les réévaluer avec l'ensemble de l'équipe

7- *Organiser le retour à domicile*

- en envisageant dès l'entrée un projet de sortie et en le réévaluant régulièrement durant le séjour
- en recueillant les informations nécessaires sur:
 - le contexte socio-familial
 - les données environnementales
- en anticipant la mise en place:
 - des aides techniques nécessaires
 - de la poursuite de la rééducation si besoin
 - de l'aménagement du domicile
 - des interventions médico-sociales
- en programmant le suivi médical nécessaire orthopédique et/ou gériatrique

a.2 - Prises en charges spécifiques gériatriques

Les actions

- 1 • limiter le risque iatrogène
- 2 • anticiper les décompensations en identifiant les comorbidités
- 3 • réaliser le bilan étiologique de la chute
- 4 • prévenir, dépister et prendre en charge un éventuel syndrome de désadaptation psychomotrice
- 5 • réaliser le bilan d'ostéoporose et la prendre en charge

- 6 • réaliser le bilan nutritionnel (et prise en charge éventuelle)
- 7 • réaliser le dépistage, le bilan et la prise en charge d'un syndrome confusionnel aigu
- 8 • dépister, explorer et prendre en charge les troubles cognitifs non encore identifiés
- 9 • adapter la prise en charge pour les patients présentant un syndrome démentiel connu

Les actions et les actes

1- *Limitier le risque iatrogène*

- en réévaluant le traitement de fonds
- en sachant prioriser les choix thérapeutiques
- en sachant adapter les prescriptions au patient gériatrique
- en sachant instaurer les traitements indispensables
- en prescrivant les traitements intercurrents nécessaires

- en s'appuyant sur les recommandations et les guides de bonnes pratiques
- en tenant compte de la spécificité du sujet âgé (comorbidité, fonction rénale,...)

2- *Anticiper les décompensations en identifiant les comorbidités*

- en identifiant toutes les pathologies en cours
- en mettant en place des actions de prévention ciblées

3- Réaliser le bilan étiologique de la chute

- en sachant rechercher les facteurs de risque de chute
- en sachant rechercher les facteurs précipitants
- en sachant mettre en place des mesures correctives ou palliatives

4- Prévenir, dépister et prendre en charge un éventuel syndrome de désadaptation psychomo

5- Réaliser le bilan d'ostéoporose et la prendre en charge

- en sachant prescrire le bilan nécessaire, notamment:
 - bilan phospho-calcique et dosage de la vitamine D
 - recherche d'une fracture pathologique
- en discutant l'éventuelle réalisation d'une ostéo-densitométrie
- en sachant instaurer une stratégie globale de prise en charge
 - mesures hygiéno-diététiques
 - supplémentation vitamino-calcique
 - traitement de fonds (biphosphonate ou ranélate de strontium)

6- Réaliser le bilan nutritionnel (et prise en charge éventuelle)

- en sachant demander un MNA et un recueil des ingestas
- en sachant prescrire le bilan biologique complémentaire
- en sachant mettre en place une stratégie nutritionnelle croissante suivant les recommandations

- prévenir les autres complications de l'immobilisation (principalement si l'appui n'est pas autorisé)

7- Réaliser le dépistage, le bilan et la prise en charge d'un syndrome confusionnel aigu

- en sachant mettre en place des mesures de prévention
- en sachant utiliser les outils de dépistage (CAM)
- en sachant conduire le bilan étiologique
- en sachant mettre en place des stratégies thérapeutiques adaptées:
 - traitement des pathologies intercurrentes causales
 - mise en place de mesures environnementales
 - utilisation prudente des psychotropes dans le respect des bonnes pratiques
 - limitation de la contention à des situations extrêmes, dans le respect des recommandations (réévaluation quotidienne,...)

8- Dépister, explorer et prendre en charge les troubles cognitifs non encore identifiés

- en effectuant un dépistage systématique en Soins de Suite
- en réalisant le bilan nécessaire
- en organisant le suivi ultérieur

9- Adapter la prise en charge pour les patients présentant un syndrome démentiel connu

» Les situations de soins retenues [...] devront être complétées et ajustées régulièrement lors de l'actualisation du référentiel.

Situation 2. Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR

Caractéristiques : fréquence et gravité en SSR gériatrique, problèmes spécifiques aux patients gériatriques (co-morbidités, pronostic), nécessite intervention multidisciplinaire.

Les actions

- 1 • Repérer les facteurs de fragilité
- 2 • Élaborer un projet thérapeutique
- 3 • Prendre en charge les troubles sphinctériens
- 4 • Prévenir et traiter les escarres
- 5 • Prendre en charge la douleur
- 6 • Élaborer un projet de vie

Les actions et les actes

- 1- Repérer les facteurs de fragilité
 - Repérer les pathologies associées pouvant aggraver le pronostic : pathologies aiguës/pathologies chroniques/séquelles
 - Analyser le risque iatrogène
 - Réaliser une Évaluation Gériatrique Standardisée, notamment repérage des troubles cognitifs/bilan nutritionnel/ bilan moteur/bilan sensoriel/continence
 - Savoir repérer une fragilité environnementale
- 2- Élaborer un projet thérapeutique
 - Hiérarchiser et prioriser les pathologies à traiter
 - Discuter le bénéfice-risque des traitements spécifiques de l'accident vasculaire cérébral : anti -vitamines K, statines..
 - Proposer une rééducation adaptée, tenant compte des troubles cognitifs, des troubles sensoriels ; des handicaps préexistants, de l'environnement du patient
 - Proposer une éducation thérapeutique adaptée
 - Savoir mener une réflexion éthique au sein de l'équipe
- Savoir poser l'indication de soins palliatifs
- 3- Prendre en charge les troubles sphinctériens
 - Savoir poser le diagnostic étiologique d'une incontinence
 - Prendre en charge précocement la rétention d'urines et la constipation
 - Définir les possibilités thérapeutiques médicamenteuses/rééducatives/compensatrices
- 4- Prévenir et traiter les escarres
 - Évaluer le risque d'escarres - connaître les échelles s'y rapportant
 - Prescrire le matériel de prévention adapté
 - Évaluer le risque nutritionnel et savoir prescrire un régime adapté/des compléments alimentaires/une nutrition entérale
 - Coordonner et former l'équipe multidisciplinaire
 - Évaluer et traiter la douleur liée aux escarres
 - Savoir prescrire les pansements adaptés
- 5- Prendre en charge la douleur
 - Savoir utiliser les échelles de douleur, notamment celles spécifiques à la gériatrie
 - Connaître et différencier les différents types de douleur
 - Savoir prescrire les traitements médicamenteux adaptés à la personne âgée
 - Connaître les traitements non médicamenteux : kinésithérapie/électrothérapie
- 6- Élaborer un projet de vie
 - Évaluer la perte d'autonomie et connaître les échelles s'y rapportant
 - Connaître les aides techniques
 - Proposer une adaptation de l'environnement

- Connaître les aides financières et les structures de maintien à domicile
- Construire un plan d'aide
- Savoir mobiliser les différentes composantes de la filière gériatrique

- Orienter au besoin vers une institution adaptée
- Connaître les mesures de protection juridique

IV. L'activité en psycho-gériatrie

Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

3 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

Situation 1: Comportement perturbateur: gérer la crise

Situation 2: Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé

Situation 3: Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusionnel, démentiel et psychiatrique

Situation 1. Comportement perturbateur: gérer la crise

Caractéristiques : urgence fréquente, ubiquitaire, complexe, à fort retentissement sur le patient et sur son entourage et avec des enjeux importants à court et à long terme, situation nécessitant des avis conjoints de professionnels formés.

Actions	Actes
Savoir entrer en jeu	- Rassurer l'entourage. - Évaluer le contexte. - Évaluer la dangerosité immédiate. - Mettre en sécurité.
Caractériser le symptôme	- Identifier le trouble. - Préciser son histoire naturelle.
Éliminer un syndrome confusionnel	- En connaître les signes. - Établir une démarche étiologique (Examen clinique, douleur, médicament...)
Repérer un syndrome psychiatrique et/ou un syndrome démentiel	- Distinguer symptôme psychiatrique et comportemental.

Actions	Actes
Prise en charge immédiate	- Traiter une cause organique identifiée. - Vérifier l'intégrité sensorielle. - Connaître le maniement des psychotropes et leurs limites (recommandations). - Communiquer et savoir communiquer avec le patient. - Aménager l'environnement. - Penser la place du patient.
Organiser le suivi	- Expliquer le trouble à l'entourage et au patient. - Réévaluer le trouble. - Connaître les approches non médicamenteuses (recommandations). - Évaluer la nécessité d'une protection juridique.
Anticiper les crises ultérieures	- Formation du personnel. - Lutter contre la maltraitance. - Connaître les recours possibles (environnement et structures).

Situation 2. Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé

Un contexte particulier avec des moyens contraints et des objectifs parfois ambigus (demande sociale par exemple).

Actions	Actes
Identifier les comorbidités	- Interroger le patient et son entourage notamment sur l'histoire médicale complète. - Procéder à un examen clinique complet. - Connaître les critères diagnostiques validés. - Prescrire les examens complémentaires selon les bonnes pratiques. - Valider le diagnostic de manière pluridisciplinaire.
Connaître les fragilités	- Repérer les associations morbides délétères - Juger de la compétence décisionnelle du patient
Aider à la décision des niveaux d'exploration et d'intervention	- Estimer le potentiel évolutif des pathologies. - Connaître les modes d'expression psychiatrique des maladies somatiques. - Connaître les modes d'organisation de la psychiatrie. - Expliquer au patient les décisions prises.

Actions	Actes
Décider des traitements à visée somatique	- Valider les diagnostics de façon pluridisciplinaire. - Hiérarchiser les pathologies. - Prescrire selon les recommandations.
Réévaluer les traitements psychotropes	- Connaître leurs effets indésirables - Informer l'entourage des précautions nécessaires et de la surveillance.
Contribuer au débat éthique et fin de vie	- Écouter le patient dans ses désirs et ses choix. - Grader le stade évolutif des pathologies. - Évaluer la qualité de vie du patient. - Suivre le patient pendant l'accompagnement.

Situation 3. Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusionnel, démentiel et psychiatrique

Caractéristiques: problématique fréquente, imposant une bonne connaissance des aspects cliniques et des stratégies thérapeutiques pour orienter au mieux le mode de prise en soins.

Actions	Actes
Attitude préventive	- Réaliser un dépistage de la démence. - Contribuer au bon accueil des patients. - Concourir à une bonne information des professionnels.
Réaliser un diagnostic	- Prendre le temps d'un entretien du patient et de son entourage. - Analyser le contexte psychologique - Procéder à un examen clinique complet. - Explorer les fonctions cognitives - Connaître les outils recommandés et savoir les adapter à la pratique. - Demander un bilan complémentaire selon les recommandations - Valider le diagnostic de manière pluridisciplinaire.
Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique	- Décider du lieu des soins en fonction des besoins du patient et des ressources de l'entourage. - Expliquer et dialoguer avec le patient et l'entourage. - Connaître les bénéfices/risques des thérapeutiques proposées. - Établir une stratégie multidisciplinaire. - Annoncer au patient et à son entourage des décisions prises.

Actions	Actes
Réaliser l'intervention thérapeutique	En suivant les recommandations et les protocoles validés.
Effectuer un suivi immédiat	- Assurer un suivi somatique et psychologique du patient. - Analyser les retentissements du traitement. - Expliquer au patient et à l'entourage les résultats attendus.
Assurer un suivi à long terme	- Mener l'analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge. - Analyser les résultats. - Assurer un suivi à long terme et prendre des décisions en cas de changement.

V. L'activité de soins de longue durée

Le référentiel organisation des soins

Accueillir et soigner les personnes âgées de 60 ans et plus ayant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner un handicap psychique et/ou physique durable. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence médicale et une présence infirmière continue, et peut requérir l'accès à un plateau technique.

Le référentiel métier

Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

4 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

Situation 1 : Réaliser des admissions et/ou sorties en conformité aux critères d'USLD redéfinis, en relation avec l'environnement médical et médico-social.

- utiliser les critères d'admission et de maintien en soins de longue durée (évaluation médico-psycho-sociale, PATHOS, SMTI) et les documents d'admission permettant d'identifier les malades SMTI;
- se concerter avec les médecins traitants (hôpital/domicile) pour connaître la situation exacte du malade;
- suivre le statut PATHOS du malade au cours de son séjour et le profil évolutif des pathologies;
- en cas de situation non SMTI, décider du maintien sur place ou d'une sortie en tenant compte de critères multiples (volonté de la personne, ancienneté dans le service, pronostic fonctionnel et vital, situation familiale et sociale) dans une réflexion éthique;
- préparer et organiser la sortie s'il y a lieu.

Situation 2. Gérer d'une façon adaptée une décompensation aiguë d'un patient poly-pathologique chronique dans l'environnement spécifique de l'unité de soins.

Situation 3 : Travailler en tenant compte des caractéristiques humaines, matérielles, organisationnelles, techniques et économiques (compétences et limites) de l'institution. Effectuer un travail de coordination et de « management ».

Situation 4 : Gérer en équipe, y compris dans leur dimension éthique, des situations types telles que : dénutrition, troubles du comportement, chutes et contention, refus de soins, douleurs, fin de vie.

VI. L'activité de médecin coordonnateur d'EHPAD

Le référentiel métier

Rôle du médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur n'est pas une fonction de soin direct à la personne, mais une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle. Pour autant, son rôle ne le cantonne pas à la gestion administrative. En effet, il est le garant de la qualité des soins et de l'éthique au sein de l'établissement. Il doit acquérir une compétence en gériologie par le DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires), ou la Capacité de Gériatrie, ou le Diplôme Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD ou par une attestation de formation continue. Cette fonction répond, selon les termes de l'arrêté du 26 avril 1999, « à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé ».

Au-delà de ses compétences médicales classiques et gériatriques en particulier, il doit avoir de solides aptitudes relationnelles, être formateur, négociateur, promoteur, maîtriser les outils de la démarche qualité, et avoir des compétences en santé publique.

Le métier de médecin coordonnateur d'EHPAD comporte 12 missions régies par les décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et n° 2007-547 du 11 avril 2007 :

1° Élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évaluer sa mise en œuvre ;

2° Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. À cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique (aujourd'hui articles R 6315-1 et R 6315-7) ;

4° Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents ;

5° Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale.

À cette fin, élaborer une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7° Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de

santé exerçant dans l'établissement;

8° Élaborer un dossier type de soins;

9° Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée

en cas de risques exceptionnels;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ».

VII. L'activité en gériatrie libérale

Définition

L'exercice libéral se définit par l'apport de services non commerciaux à des personnes physiques qui l'ont librement choisi. Cet apport se fait sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garantie par un code de déontologie prévoyant respect du secret professionnel et compétence reconnue. Il est réglementé par des conditions d'inscription, et d'exercice, des montants d'honoraires définis et des sanctions disciplinaires qui lui sont propres. Le médecin est rémunéré à l'acte et il assure la gestion de son cabinet.

La gériatrie libérale, nouvelle spécialité est exercée sous le code 34.

Elle comprend un ensemble d'activités diverses telles que :

- La prévention, le dépistage avec repérage des sujets à risque, et les conseils d'hygiène de vie
- Le dépistage des troubles mnésiques, de la dénutrition, du risque de chute...

- Le bilan global: interrogatoire, antécédents, examen clinique complet, bilan biologique et radiologique adaptés permettant
- L'Évaluation gérontologique standardisée,
- L'accompagnement de fin de vie
- Enfin une synthèse débouchant sur un suivi et/ou la recommandation du traitement le mieux adapté aux bonnes pratiques gériatriques avec fréquent allègement des ordonnances, dans le cadre de la lutte contre la iatrogénie.

Les modalités de prise en charge :

- Le patient est adressé par le médecin traitant référent pour un avis spécialiste traditionnel, généralement sur un problème de trouble de la mémoire, ou du comportement, de chutes fréquentes ou de difficultés de gestion à domicile. Une évaluation gériatrique sera réalisée; le rapport accompagné de conseils sera remis au médecin traitant; le patient sera revu généralement 6 mois plus tard ou à la demande.

- Le patient consulte directement seul, amené par sa famille ou adressé par un professionnel de santé pour une évaluation et/ou une prise en charge;

Cela peut être aussi en situation de crise, à domicile et après une évaluation globale: état du patient, entourage, aidants, matériel et logement, des conseils et une aide à la décision sera prise (hospitalisation, entrée en institution, mise en place de moyens pour rester à domicile...)

Place dans la filière gériatrique:

Le gériatre libéral fait la synthèse de la situation exacte de la personne âgée, mesure la dépendance et décide de la possibilité de soins de qualité à domicile; en relation avec le médecin traitant dans la plupart des cas.

Il indique alors les moyens nécessaires à cette prise en soins avec les différents acteurs du secteur et informe sur l'existence des aides disponibles dans les différents secteurs

Aides disponibles dans le secteur des soins: les services de soins infirmiers ont domicile, les infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, les orthophonistes et ergothérapeutes, sans oublier les pharmaciens et magasins de matériel médical.

- Aides disponibles dans le domaine de la vie quotidienne: Les services d'aides ménagères, d'auxiliaires de vie ou gardes à domicile, le portage de repas à domicile.
- Aides dans le domaine de la vie sociale et juridique.

Il est en rapport avec les services gériatriques hospitaliers pour assurer des entrées directes si nécessaire: urgences, séjour de rupture ou bilan difficile à réaliser

en ville si difficultés de déplacement ou diagnostic complexe.

Il connaît aussi les accueils de jour, les Ehpad, SSR et USLD de secteur ainsi que les équipes mobiles de soins palliatifs. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, il sait vers quelle institution s'orienter en fonction des critères: directives anticipées avec souhaits connus de la personne âgée et de son entourage.

Le référentiel métier

La prévention:

Prendre les devants pour arriver à de nombreux cas de vieillissement réussi. Il s'agit de l'ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, l'aggravation et le développement de certaines maladies pouvant aboutir à la perte d'autonomie et la dépendance. Elle permet de lutter contre la morbidité et d'améliorer la qualité de vie et est donc devenue fondamentale.

L'évaluation gérontologique standardisée:

EGS en utilisant les outils valides permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions:

- Fonctions cognitives, humeur
- État cardio-vasculaire
- État dentaire
- État nutritionnel
- Fonctions sphinctériennes
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- État osseux et musculaire
- Organes des sens
- Dépistage des cancers
- Autonomie

Elle permet l'évaluation globale de la personne âgée au plan médical, psycho-social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi.

Dans le cas d'une décompensation aiguë

Si l'indication d'hospitalisation a été écartée par le gériatre (compétence)

Possibilité de meilleure prise en charge médicale et paramédicale en ville car accès à tous les traitements, tous les professionnels et tous les matériels en ville.

Avantage de la continuité des intervenants et de l'environnement permettant une surveillance personnalisée et rapprochée.

Dans le cas d'une réadaptation

Possibilité d'une réadaptation précoce à domicile par kinésithérapeute, orthophoniste, (quelquefois psychomotricienne)

Sortie plus précoce des services d'aiguë ou de SSR puisque relais par confrères gériatres en ville.

Rééducation et réadaptation souvent plus rapide à domicile qu'en SSR (suivant les cas) et moins onéreuse.

Suivi chronique

- Prise en charge globale du patient fragile poly pathologique, entouré de sa famille et souvent d'aides à domicile
- Mise en place et guidage/formation personnalisée d'aides à domicile: soignants et/ou aides de vie
- Coordination conjointe avec la famille des intervenants
- Collaboration avec tous les partenaires libéraux: médicaux et paramédicaux (labo, RX, pharmacie, orthophoniste, kinésithérapeute...)

La gériatrie libérale

- Diagnostic très **CLINIQUE** au chevet du patient, puis para clinique
- Soins
- Organisation
- Coordination
- Aménagement

- Suivi

- Accompagnement patient/famille/soignants

Un ensemble d'activités

- Prévention et conseils d'hygiène de vie
- Repérage des sujets à risque
- Dépistage des troubles mnésiques
- Bilan: interrogatoire, antécédents, examen clinique complet, bilan biologique et radiologique adaptés
- Évaluation gérontologique standardisée, transmis au médecin traitant si adressé par lui et souhait du patient ou de sa famille
- Initiation de traitement adapté aux recommandations de bonnes pratiques gériatriques avec fréquent allègement des ordonnances

Décompensation aiguë

Prise en charge médicale et paramédicale équivalente en ville: accès à tous les traitements, tous les professionnels et tous les matériels en ville

Si l'indication d'hospitalisation a été écartée par le gériatre (compétence)

Avantage de la continuité des intervenants et de l'environnement

Dans la majorité des cas, ce n'est pas une question de moyen mais de compétence spécialisée du gériatre

Réadaptation

Réadaptation précoce à domicile et non hospitalière

Sortie plus précoce des services de court séjour ou de SSR puisque relais par confrères gériatres

Rééducation et réadaptation souvent plus rapide à domicile qu'en SSR (suivant les cas)

Suivi chronique

Prise en charge globale du patient et de sa famille et souvent des aides à domicile

Mise en place et guidage/formation personnalisée d'aides à domicile: soignants et/ou aides de vie

Coordination conjointe avec la famille des intervenants

Collaboration avec tous les partenaires libéraux: médicaux et paramédicaux (labo, RX, pharmacie, orthoph, kiné...)

Collaboration avec les réseaux, les accueils de jour, les unités de psychogériatrie, les services d'urgences gériatriques, les équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs, les CLICS...

VIII. L'activité en équipe mobile de gériatrie

Le référentiel organisation des soins

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

Définition

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs, les MAIA et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

Missions

Missions de soins: L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour:

- dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques;

- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »);
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe.

Il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique:

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. Ces consultations sont destinées à effectuer une première évaluation médico-psychosociale pour repérer les incapacités potentielles à brève échéance, proposer un ajustement des traitements en cours, un plan de soins et, éventuellement, un plan d'aide, anticiper les limites du maintien à domicile et programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en SSR gériatriques ou en hôpital de jour.
- intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.
- participe à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Place dans la filière

L'équipe mobile gériatrique est adossée à un court séjour gériatrique. Elle peut constituer une interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenants au domicile.

Modalités d'intervention de l'équipe mobile:

L'équipe mobile intervient sur appel du service hospitalier et, le cas échéant, dans le cadre d'une expérimentation, de l'établissement médico social, des intervenants à domicile, du CLIC, des MAIA ou du réseau de santé « personnes âgées ». La prise en

charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant. Les patients sont adressés par leur médecin traitant aux consultations avancées des hôpitaux locaux.

Pour préparer la sortie du patient, l'équipe mobile intervient en collaboration avec le CLIC et/ou le réseau de santé « personnes âgées ». En tout état de cause la sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation, selon les recommandations émises par l'équipe mobile gériatrique dans son projet d'accompagnement de la sortie.

Recours aux avis spécialisés: La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

Le référentiel métier

Démarche d'évaluation commune à toutes les situations:

- Prise d'information patient: dossiers médical et infirmier; équipe soignante
- Interrogatoire et examen du patient
- EGS adaptée à la situation
- Prise de contact (famille, aidants, médecin traitant, institution, APA...): situation médico-psycho-sociale antérieure, projet de vie

Démarche de synthèse commune à toutes les situations:

- synthèse multidisciplinaire
- Hypothèses diagnostiques
- Propositions thérapeutiques
- Propositions d'orientations et élaboration du projet de vie avec recherche d'un consensus aidants familiaux et professionnels
 - Aide à l'organisation du RAD
 - Orientation dans la filière gériatrique

(Cs, HDJ, Court séjour, SSR, réseaux de soins gériatologiques...)

- Orientations institutionnelles (EHPAD, USLD..)
- Mesures préventives (protection juridique, inscription préventive en EHPAD)
- Transmission orale et écrite de la synthèse

Qualités supposées requises

- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Partage des tâches
- Mobilité
- Adaptation aux services
- Formation informelle et formelle, pédagogie
- Aptitude à la discussion éthique
- Lieux d'exercice variables (services, urgences, domicile), polyvalence dans l'exercice

Trois situations types ont été retenues:

1. troubles du comportement

2. chutes

3. situation de crise médico-psycho-sociale

1. Troubles du comportement

- Réactivité importante
 - aide au diagnostic
- Recherche d'organocité, de iatrogénie
 - aide à la décision thérapeutique
 - aide à la prise en charge non médicamenteuse
- Soutien équipe et aidants
- Diffusion bonnes pratiques gériatriques
- Réévaluation et organisation du suivi

2. Chutes

- Enquête minutieuse
 - Entourage
 - Installation du domicile
 - iatrogénie
- Lever systématique, tests d'équilibre et de marche

- Évaluation des possibilités de RAD et organisation du suivi

3. Situation de crise médico-psycho-sociale

- prise de contact avec tous les intervenants, avoir une attitude empathique, rassurante vis-à-vis du patient, de la famille, des équipes
- évaluation de la situation antérieure
- proposition d'une prise en charge comportementale adaptée et acceptée par le service
- élaboration d'un projet de vie
- soutien aux aidants
- organisation du suivi

Actions et actes communs à toutes les situations:

Intervenir en milieu extra-gériatrique (hospitalier et extrahospitalier: domicile, EHPAD), mobilité entre les structures

- Se faire connaître des services et des médecins traitants
- Communication avec les services (demandes faites par téléphone, fax ou mail)
- Connaissance des services et des personnes ressources
- Communication avec les médecins et les équipes
- Adaptabilité
- Diplomatie
- Légitimité (expérience clinique en gériatrie)

Intervenir en équipe pluridisciplinaire rapidement

- Travail en équipe dans le même temps
- Partage des tâches
- Synthèse multi-disciplinaire
- Transmissions sans délai

Recueillir des données

- Prise de connaissance des dossiers dans les services

- Informations auprès des
 - Soignants
 - Aidants familiaux et professionnels
 - Médecin traitant
 - APA et services sociaux
- Dossier EMG spécifique

Adapter son EGS

- ADL et IADL systématique, autonomie antérieure à l'hospitalisation
- Dépistage de troubles cognitifs
- Évaluation locomotrice
- En fonction du contexte: MNA, GDS...

Proposer une orientation

- Dans les filières gériatriques intra et extra-hospitalières
- Organisation des aides au domicile:
 - Aides humaines
 - Aides matérielles
 - Aides financières

Aide au choix d'un établissement d'hébergement

- Projet de vie
 - Mesures préventives
 - Inscriptions préventives
- Demande de protection juridique

Diffuser les bonnes pratiques gériatriques

- Transmissions claires, adaptées au service, orales et écrites, support facilement accessible
- Explications des recommandations en temps réel aux soignants et au médecin référent
- Explications au médecin traitant, courrier au médecin traitant
- Conseils pratiques pour les soins
- Réponse à toutes les questions, les avis
- Cours aux étudiants, internes, soignants et médecins
- Participation aux FMC

IX. L'activité de coordination des soins et de réseaux

Le réseau est un ensemble de partenaires individuels ou institutionnels, réunis par une finalité commune et établissant entre eux des liens non hiérarchiques. Ils concourent à la prise en charge d'une pathologie complexe ou d'une catégorie de population précise.

I/ Le gériatre travaillant en réseau assure essentiellement des fonctions de coordination :

Les fonctions du gériatre réseau se déclinent à deux niveaux : au niveau de proximité et au niveau institutionnel.

Au niveau de proximité, il s'agit de sécuriser le maintien à domicile

Objectifs opérationnels : assurer le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions pour la coordination des différentes actions à mener et pour la continuité des soins.

Deux situations essentielles se dégagent selon leur typologie :

- *Anticipation de crise : le repérage de la fragilité semble un élément majeur*
- *Situation de crise : la gestion de la crise doit mobiliser rapidement les acteurs nécessaires*

Le gériatre sait mener l'évaluation de la personne âgée, par un diagnostic médico-psycho-social, notamment au moyen d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle standardisée (EGS).

Il pilote la prise en charge adéquate du patient gériatrique en s'appuyant sur le médecin traitant.

Il sait hiérarchiser les problèmes rencontrés, ainsi que les actions à mettre en œuvre, puis assurer la coordination des différents intervenants et organiser le suivi de la personne.

Il veille à l'élaboration en pluridisciplinaire du plan personnalisé de soins et d'aide (PPS).

Exemple 1 : L'anticipation de crise

Le médecin traitant signale au réseau que Mme X. « baisse ». Faut-il envisager une entrée en EHPAD devant cette altération de l'état général ? Que fait le gériatre réseau ?

Phase 1 : Évaluation multidimensionnelle de la fragilité par le réseau, au moyen d'une grille spécifique, en se donnant un peu de temps, et en organisant éventuellement une réunion de coordination des différents intervenants.

Phase 2 : Synthèse de la situation et élaboration d'un plan de soins et d'aide (PPS) incluant des actions d'éducation thérapeutique, et de prévention I, II et III.

Phase 3 : Mobilisation des acteurs du paysage gériatrique, dont la filière gériatrique.

Phase 4 : Suivi, accompagnement, et réévaluation à distance.

Exemple 2 : La gestion d'une crise

Mme D crie la nuit et tape sur le radiateur. Elle dérange tout son entourage et les voisins réclament une hospitalisation d'urgence. Que fait le gériatre réseau ?

Phase 1 : Recueil de données

Il recherche et repère avec l'équipe les aidants, organise les contacts avec l'entourage naturel et professionnel (CCAS, MT, IDE libéral, personne de référence, tuteur, juge des tutelles, bénévoles, etc.)

Il pose les bonnes questions, recueille des informations pertinentes

Phase 2 : Évaluation de la situation par une démarche spécifique gériatrique globale
En réseau, le gériatre a accès à toutes les informations et en fait l'analyse.

Phase 3 : Synthèse et mobilisation des acteurs

Après avoir fait la synthèse de la situation, il communique les propositions établies en multidisciplinarité au médecin traitant qui les valide et organise une éventuelle réunion de coordination. Puis il mobilise, en lien avec le médecin traitant, les ressources nécessaires au sein du paysage gériatrique pour le plan d'actions envisagé.

Phase 4 : Suivi, accompagnement, et réévaluation, par le gériatre qui a compétence et légitimité pour ce faire.

Au niveau institutionnel, ce sont les aspects santé publique de ce métier.

Le gériatre réseau peut participer à l'évaluation des besoins de la population concernée et faire remonter ces éléments aux tutelles.

Il élabore des dossiers de projets et les rapports d'activité pour les tutelles et les financeurs. Il organise les partenariats avec les associations, les Ordres professionnels, etc.

Il assure une mission d'information pour le grand public sur des questions gériatriques, et participe à la formation professionnelle des différents acteurs en gériatrie et gérontologie : formation initiale et formation continue, développement de la culture gériatrique, élaboration d'outils partagés notamment dossier patient partagé.

II/ Les compétences requises pour le gériatre réseau :

Le gériatre réseau assure une mission de pilotage qui nécessite un travail en transversalité, et donc de réelles capacités de travail en équipe, ainsi que de solides facultés d'adaptation.

- Connaissances spécifiques : du système de santé, du paysage gérontologique sanitaire et médico-social, des rouages institutionnels et politiques.
- Communication : faire du lien, rencontrer les acteurs de terrain, les réunir, soutenir leurs projets nécessite un langage commun et une bonne connaissance des personnes et des structures ressources
- Applications personnelles : nécessaire itinéraire gériatrique dans différents segments d'activité
- Habiletés : appétence pour les aspects non-soignants du métier, notamment les aspects administratifs et juridiques

Parce que « coordonner, c'est soigner », selon le rapport du Haut Comité pour l'avenir de l'Assurance Maladie, du 24 avril 2010.

Essai de synthèse d'un référentiel : Métier/Compétences/Formation

Pourquoi un gériatre dans un réseau de santé ?

On est ici moins dans la clinique que dans l'organisation et la coordination des soins ; de ce fait les connaissances doivent être globales et vont permettre d'envisager la personne âgée dans sa globalité tout au long de son parcours de soins.

Dans cette situation, le gériatre est un pionnier qui peut mettre en place des projets innovants et inventer des solutions et des articulations pertinentes entre les différents acteurs.

Fondements

Ce sont les besoins des personnes âgées qui fondent les missions du gériatre travaillant en réseau.

En effet, elles connaissent souvent un parcours de santé hétérogène, complexe, faisant appel à de multiples acteurs du champ sanitaire et médico-social, ce qui entraîne des prises en charge morcelées. Le besoin de coordination est important entre les différents acteurs du domicile, mais aussi et surtout entre la ville et l'hôpital ou bien entre l'EHPAD et l'hôpital.

Le gériatre apporte son regard médical spécialisé, afin de repérer la fragilité, éviter les hospitalisations inutiles, partager les données utiles pour la prise en charge du patient, préparer avec une équipe le retour à domicile dans de bonnes conditions après une hospitalisation, coordonner les différents intervenants.

Champs d'intervention

Différents échelons sont possibles :

échelon local pour un réseau de santé de proximité : c'est le bassin de vie
échelon départemental : pour certains réseaux thématiques, notamment Alzheimer, ou bien par exemple pour le médecin référent « personnes âgées » du conseil général

échelon régional : à la tête d'un réseau régional comme en Champagne-Ardenne, ou bien au sein d'une fédération de réseaux locaux appartenant à une même région, comme en Lorraine ou en Île de France

Connaissances

En plus des connaissances cliniques du gériatre, il faut élargir le champ de connaissances à des domaines administratifs, juridiques, économiques et financiers :

- Système de soins en France, organisation sanitaire, le SROS, les tutelles
- Législation
- Organisation hospitalière, tarification, filière gériatrique
- Organisation médico-sociale et sociale, conventions tripartites des EHPAD, etc.
- Démographie médicale et offre de soins
- Organisation de la protection sociale, la dépendance, le 5^e risque, les enjeux
- Répartition des financements

Formation pratique

Sans aller jusqu'à la nécessité d'études spécifiques en Santé publique, des notions

et une bonne vision des aspects santé publique semblent nécessaires, ainsi que les notions de bases concernant la recherche clinique.

Applications/Compétences nécessaires

- Les applications sont variées :
- pilotage de projet,
- rédaction de projets, de dossiers administratifs,
- recherche de financements,
- formations,
- travail avec les tutelles, les groupes référents régionaux (ARS, URCAM, le SROS) et nationaux (HAS, CNSA, ANESM, INPES, SFGG, etc.),
- management d'équipe,
- évaluation des pratiques professionnelles, etc.

Les qualités requises en découlent :

- aptitudes en communication : partage d'informations, direction de réunions,
- bonne organisation : notamment du travail en interdisciplinarité pour la coordination autour du patient, mais aussi coordination institutionnelle,
- capacités à faire du lien entre les acteurs, avec les médecins spécialistes d'organes, avec les services à la personne, avec les associations de professionnels, les associations d'usagers, etc.
- qualités pédagogiques,
- nécessaire expérience professionnelle de terrain.

REMERCIEMENTS

Le référentiel métier de la spécialité de gériatrie a été élaboré par neuf groupes de travail, sous la coordination du Professeur Claude Jeandel.

Il est le fruit d'un travail collectif de la gériatrie française.

Nous remercions vivement l'ensemble des animateurs et participants aux groupes de travail ainsi que l'ensemble des relecteurs de la SFGG, du CNEG, du SNGC et de la FFAMCO.

Groupe 1 : Référentiel «Activité consultation/ hospitalisation de jour MCO et SSR»

Animateurs :

- Denise STRUBEL
- Bernard DURAND GASSELIN

Jacques TRETON
Jean-Marc MICHEL
Sophie RETTEL
Yves HEMMENDINGER
Patrick MANCKOUNDIA
Pierre JOUANNY
Christine PERRET GUILLAUME

Groupe 2 : Référentiel «activité court séjour gériatrique»

Animateurs :

- Jean Bernard GAUVAIN
- Benoit de WAZIERES

Jean-Paul EMERIAU
Patrick FRIOCOURT
Rémy BILLON
Marie-Christine SCHATZ
Françoise CAPRIZ RIBIERE
Gérard DEBOFFLE
Florent SEITE
Laurent TEILLET
Philippe CHASSAGNE
Nathalie FAUCHER

Groupe 3 : Référentiel «activité SSR gériatrique»

Animateurs :

- Marie DICK
- Anne DAVID BREARD

Olivier MICHEL
Jean-Marc PAULY

François BERTIN HUGAULT
Michèle ESCANDE
Pascale JOSSE
Astrid AUBRY
Laure BRAECKMAN

Groupe 4 : Référentiel activité «psycho-gériatrie»

Animateurs :

- Olivier DRUNAT
- Jérôme PELLERIN
- Sylvie BONIN-GUILLAUME

Karim GALLOUJ
Véronique GALLOPIN
Monique FERRY
Alain LION
Patrick FREMONT

Groupe 5 : Référentiel «activité soins de longue durée»

Animateurs :

- Marie Agnès MANCIAUX
- Jean-Jacques ARVIEU
- Marc BERTHEL
- Véronique MERCIER

Groupe 6 : Référentiel activité « médecin coordonnateur EHPAD »

Animateurs :

- Nathalie MAUBOURGUET
- Michel SALOM

Jean Bernard BOUVOT
Stephan MEYER
Irène RAHARIVOLOLONA
Nadine MURAT-CHARROUF
Xavier GERVAIS
Danièle VASCHALDE
Bernard ODDOS

Denis SORIANO
Geneviève RUAULT

Groupe 7 : Référentiel activité « gériatre libéral »

Animateurs :

- Nicole MOURAIN JACQUIN
- Joëlle PEREZ

Monique VERTUEL-VILA
Odile REYNAUD-LEVY
Monique FERRY
Alain LION
Maurice RABAUULT

Groupe 8 : Référentiel «équipe mobile de gériatrie»

Animateurs :

- Marie FLOCCIA
- Catherine FERNANDEZ

Damien HEITZ
Pascal COUTURIER
Élodie CRETEL

Groupe 9 : Référentiel « activité coordination des soins/réseaux »

Animateurs :

- Yves PASSADORI
- Élisabeth QUIGNARD

Gabrielle DEGUIO
Martine RALLO
Jean-Luc FANON



IV.

Enquêtes

Enquêtes sur le profil des gériatres et sur leur activité

Observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB)

Léna Pennognon, expert démographe

Dr Isabelle Tron, Directrice

avec la contribution de l'Observatoire régional de santé d'Aquitaine (ORSA)

Nadine Scandella, démographe

Dr André Ochoa, Directeur

Présentation générale

Ce chapitre présente les résultats des deux enquêtes réalisées dans le cadre de l'élaboration du livre blanc de la gériatrie.

L'objectif de ces deux enquêtes était d'une part de caractériser les gériatres et d'autre part d'analyser, à partir de la prise en charge des patients, les spécificités des principaux segments d'activité du métier de gériatre.

« **L'enquête auprès des gériatres** » a consisté à adresser en décembre 2010 un questionnaire à plus de 1 800 gériatres exerçant en établissements publics, identifiés grâce au centre national de gestion (CNG). Le questionnaire envisageait une description socio-économique et les aspects de la formation, statut et mode d'exercice.

« **L'enquête sur l'activité des gériatres** » s'est appuyée sur la participation de 52 gériatres volontaires exerçant plus particulièrement dans des services de gériatrie de Centres hospitaliers et Centres hospitaliers universitaires et dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les gériatres volontaires ont recueilli, sur la période du 15 mai au 30 juin, des informations concernant la prise en charge de leurs patients : mode d'entrée, motifs, prescriptions et orientations. Les questionnaires étaient différenciés selon les activités principales de la gériatrie.

Enquête auprès des gériatres

**Décembre
à janvier 2010**

1 814 questionnaires
adressés

Méthode :
questionnaire postal
807 questionnaires analysés

Enquête sur l'activité gériatrique

Mai à juin 2011

52 gériatres participants sur 77 volontaires initiaux, répartis dans 8 types d'activité : consultation et HDJ, court séjour, SSR, psychogériatrie, SLD, EHPAD, EMG, gériatrie libérale.

Méthode : 20 à 30 questionnaires patient, renseignés par gériatres
1 234 questionnaires analysés

La mise en œuvre des enquêtes a été confiée à l'Observatoire régional de santé de Bretagne en association avec l'Observatoire régional de santé d'Aquitaine pour l'« enquête auprès des gériatres ».

Le Comité de pilotage ainsi que les référents des segments d'activité métier ont validé les questionnaires d'enquête et contribué à la mobilisation des gériatres.

L'enquête sur l'activité des gériatres permet d'analyser de manière spécifique plusieurs segments d'activité de la gériatrie et contribue aux travaux menés dans le cadre de l'élaboration du référentiel métier. Elle a été menée à son terme grâce à l'investissement des 52 gériatres et de leurs équipes qui, parmi les 77 volontaires pour réaliser l'enquête, sont allés au bout de leur engagement dans le projet. Qu'ils en soient tout particulièrement remerciés.

Volet I : Caractéristiques des gériatres en activité dans un établissement de SANTÉ PUBLIC

Méthodologie

L'enquête a été réalisée à la demande du Collège professionnel des gériatres français (CPGF), afin d'apporter un éclairage sur leur profession.

Cette enquête devait être mise en œuvre auprès de l'ensemble des gériatres exerçant en France. La réalisation de cet objectif imposait d'obtenir la liste de la totalité de ces médecins. Cette liste, détenue par le Conseil national de l'ordre des médecins, comprend les médecins diplômés en gériatrie quel que soit le mode d'exercice (établissement de santé public, privé lucratif ou non lucratif, cabinet libéral, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...). Cependant, pour des raisons de confidentialité et de délai de négociation, le CNOM a refusé de fournir cette liste.

Le Collège professionnel des gériatres français a décidé de maintenir l'enquête et d'en réduire le champ aux médecins hospitaliers du secteur public, pour lesquels le centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière détient une liste d'adresses.

Un courrier signé du Collège professionnel des gériatres français et de ses

composantes, accompagnait le questionnaire. Aucune information sur cette enquête n'a été faite par voie d'organismes professionnels ou presse.

Quelques éléments de cadrage sur les médecins et les gériatres en France, analysés à partir des informations publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), sont ajoutés en annexe.

Objectifs

L'enquête a pour objectif d'apporter des informations sur la profession des gériatres en activité dans un établissement de santé public, non seulement sur les caractéristiques démographiques, la formation initiale et continue, mais aussi les modalités d'exercice (statut, modes) et les différentes activités pratiquées.

Méthode

Le champ de l'enquête

L'enquête est réalisée sur l'ensemble du territoire français et les médecins concernés sont les médecins gériatres

exerçant dans le milieu hospitalier du secteur public.

Le type d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale, à visée descriptive et quantitative.

L'information a été recueillie par un questionnaire, adressé principalement par voie postale aux médecins, sans relance. La liste d'adresses postales utilisées pour l'envoi du questionnaire a été transmise par le CPGF.

Le questionnaire

Le questionnaire d'enquête a été construit à partir de celui réalisé dans le cadre du premier Livre blanc de la gériatrie en 2003 mais a été sensiblement modifié par le Comité de pilotage (notamment suppression de questions sur la patientèle, l'équipement des services et ajout de questions sur la participation à un programme d'évaluation des pratiques professionnelles).

Le questionnaire a été testé auprès d'un groupe de gériatres et validé par le CPGF.

Le traitement des données

Le traitement informatisé des données a été déclaré à la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

Les données ont été saisies sur le logiciel EPI-Info et traitées avec SPSS.

Déroulement de l'enquête

Le questionnaire d'enquête a été envoyé par voie postale à 1 814 médecins, identifiés à partir du fichier d'adresses du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers. L'envoi a eu lieu le 8 décembre 2010, avec une date de retour fixée au 2 janvier 2011.

En parallèle, le questionnaire a été adressé par voie électronique auprès de 86 médecins, à partir du fichier d'adresses du Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie (CNEG). Un premier envoi a été effectué le 9 décembre 2010 et un deuxième le 1^{er} février 2011. La date de retour était fixée au 15 février 2011. ▀

L'enquête est réalisée sur l'ensemble du territoire français et les médecins concernés sont les médecins gériatres exerçant dans le milieu hospitalier du secteur public.

Résultats

Population étudiée

Parmi les médecins inclus dans l'analyse, la quasi-totalité a, soit la Capacité de gériatologie, soit le Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie.

Taux de réponse

Sur 1 814 questionnaires envoyés par voie postale, 35 n'ont pu être distribués du fait d'une adresse erronée. Concernant l'envoi par voie électronique, 6 adresses se sont avérées erronées ou concernaient des médecins ayant cessé leur activité.

Sur les 1 859 questionnaires envoyés à une adresse « correcte », 815 questionnaires nous ont été retournés. Huit questionnaires ont été exclus :

- un médecin déclare ne pas être gériatre,
- deux n'ont pas d'activité dans un établissement de santé public,
- un médecin a renseigné de façon trop incomplète le questionnaire,
- quatre médecins l'ont fait parvenir

Taux de réponse à l'enquête

	nombre	%
Questionnaires envoyés	1 800	
par voie postale	1 814	
par voie électronique	86	
Adresses erronées	41	2,2
Questionnaires distribués	1 859	
Questionnaires reçus	815	43,8
Questionnaires exclus	8	
Questionnaires exploités	807	43,5

Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine

après la date de fin de saisie repoussée au 1^{er} mars.

Au total, 815 questionnaires ont été reçus et 807 exploités, soit un taux de réponse de 43,5 %.

Ce taux de réponse apparaît satisfaisant et témoigne de la mobilisation des médecins et de l'intérêt porté par la profession sur les travaux menés dans le cadre du Livre blanc de la gériatrie française.

1 859 questionnaires envoyés,
815 retournés, soit un taux de réponse
très satisfaisant de 43,5 %.

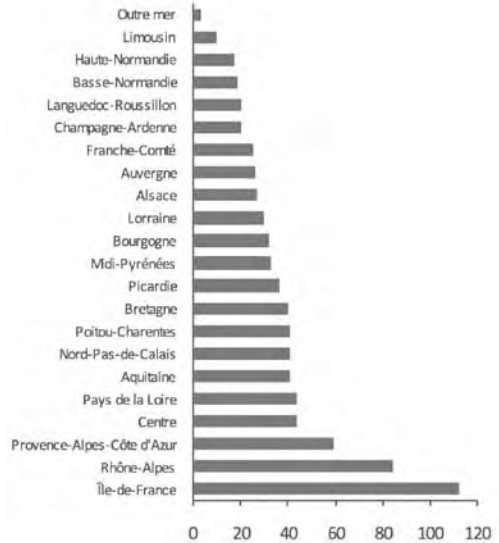
Représentativité territoriale des répondants

Quelques régions peu représentées

Vingt et une régions métropolitaines sont représentées, seule la région Corse n'a aucun médecin participant à l'enquête. Les trois régions les plus peuplées de France cumulent près d'un tiers des répondants. Les médecins gériatres de cinq régions (Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Limousin) représentent 10 % des répondants. Enfin, trois médecins d'outre mer ont transmis le questionnaire.

Au niveau départemental, les départements du Nord et de Paris ont le plus de poids (30 médecins chacun). Un quart des questionnaires a été transmis par les médecins de 10 départements et le dernier quart par ceux de 47 départements.

Les répondants selon la région d'exercice



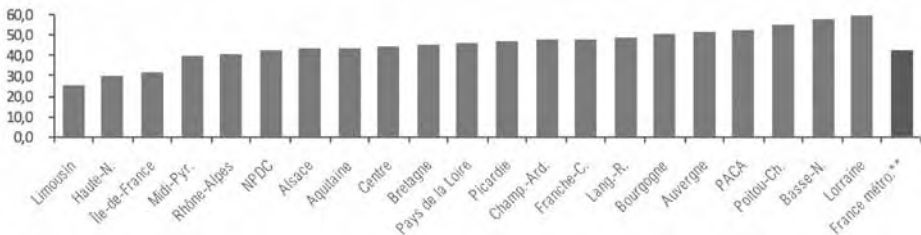
Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine

Des taux de réponse à l'enquête variables

Le taux moyen national de réponse à l'enquête s'établit à 43 pour 100 mais masque des disparités régionales notables. Ainsi, le taux de réponse par région varie de 25

à 63 %. Il est inférieur à 40 % dans trois régions (Limousin, Haute-Normandie et Ile-de-France) et supérieur à 55 % en Basse-Normandie et Lorraine.

Taux de réponse à l'enquête*, selon la région



Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine.

* Rapport du nombre de répondants à l'enquête exerçant dans une région, au nombre de médecins interrogés pour cette région

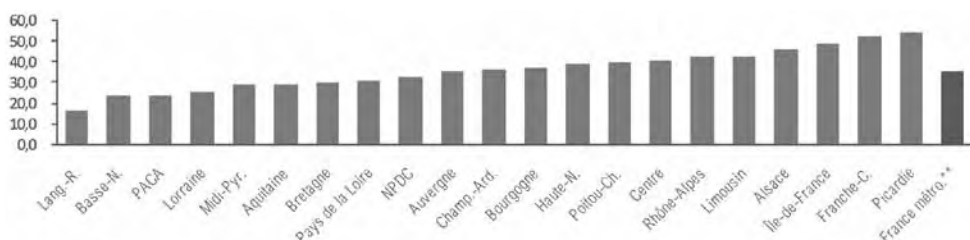
** France métropolitaine hors Corse

Des densités de gériatres hospitaliers variables selon les régions

À partir de l'information fournie par le fichier transmis par le Collège professionnel des gériatres français comprenant les adresses des médecins en exercice dans les établissements de santé publics, cette spécialité apparaît répartie de manière inégale selon les régions. La densité de gériatres « hospitaliers publics » varie en effet de

16 à 54 pour 100 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Les densités les plus faibles sont observées en Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Lorraine (inférieures à 25 pour 100 000). Elles sont au moins deux fois plus élevées dans les deux régions de Franche-Comté et Picardie.

Densité de gériatres hospitaliers du secteur public pour 100 000 personnes de 75 ans ou plus*



Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

* rapport du nombre de médecins gériatres hospitaliers publics auxquels un questionnaire a été adressé exerçant dans une région, au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant dans cette région

** France métropolitaine hors Corse

Les densités les plus faibles sont observées en Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Lorraine.

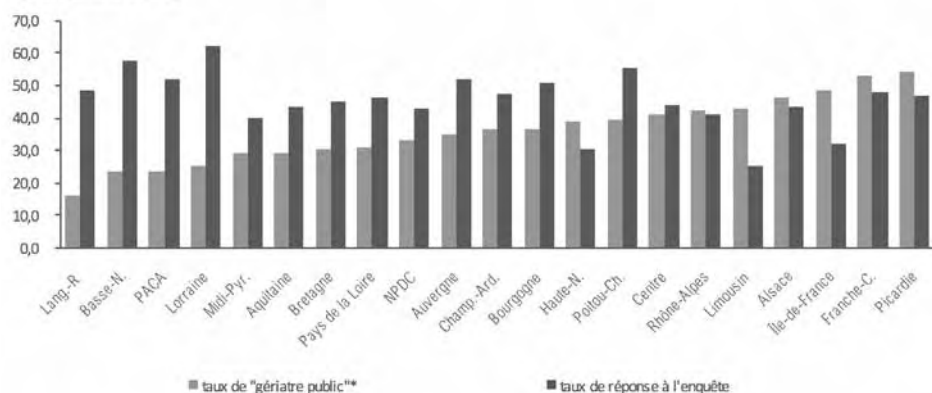
Des régions peu dotées en gériatres hospitaliers mais très participatives

Les médecins ont plus fréquemment participé à l'enquête lorsqu'ils exerçaient dans une région peu dotée en gériatrie hospitalière. C'est

notamment le cas des régions Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lorraine.

Taux de gériatres en exercice dans un établissement de santé public (pour 100 000 personnes de 75 ans ou plus) et taux de réponse à l'enquête (pour 100 gériatres enquêtés), selon la région d'exercice

Pour 100 000 personnes âgées de 75 ans ou plus
Pour 100 gériatres enquêtés



Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

* gériatres en exercice dans les établissements de santé publics

» La densité de gériatres « hospitaliers publics » varie de 16 à 54 pour 100 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

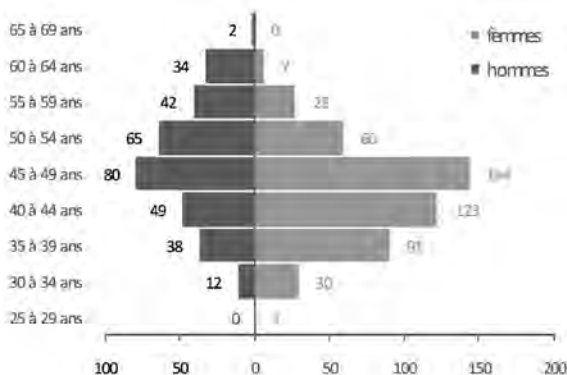
Éléments sociodémographiques

Une majorité de femmes parmi les gériatres hospitaliers

Les femmes représentent 60 % des répondants ce qui correspond à leur proportion dans le fichier d'adresses utilisé pour l'enquête (61 %).

L'âge moyen des gériatres hospitaliers est de 46,5 ans et les femmes sont plus jeunes (44,9 ans) que les hommes (48,9 ans). Si la pyramide des âges des gériatres hospitaliers est équilibrée, elle montre quelques phénomènes spécifiques. Avant 50 ans, cette compétence est beaucoup plus fréquemment exercée par des femmes que par des hommes. Cette tendance s'inverse après 55 ans. Si la moitié des gériatres hospitaliers publics sont âgés de 40 à 49 ans, près de 15 % ont 55 ans ou plus et environ 5 % sont de très jeunes médecins de moins de 35 ans.

Pyramide des âges des médecins gériatres hospitaliers
(en nombre)



Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Formation en gériatrie

Près de 9 gériatres hospitaliers sur 10 détenteurs de la capacité de gériatrie

La formation en gériatrie la plus fréquente est la Capacité en gériatrie. Les détenteurs de ce diplôme représentent 88,5 % des médecins répondants.

À leurs côtés, près de 8 % ont obtenu le Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de gériatrie. Ce diplôme ouvre droit, depuis 2005, à la qualification de spécialiste en gériatrie qui peut par ailleurs être obtenue par équivalence, selon des critères définis par la profession sur lesquels s'appuie la commission de qualification du conseil national de l'ordre des médecins. Sept médecins ayant le DESC sur

dix ont cité un diplôme d'études spécialisées (DES), le plus souvent de médecine interne (la moitié), de rhumatologie (20 %) ou de santé publique (14 %).

Diplômes de gériatrie*

	nombre	%
Capacité en gériatrie	714	88,5
DESC de gériatrie	63	7,8
Autres	20	2,5
Non renseigné	10	1,2
Total	807	100,0

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

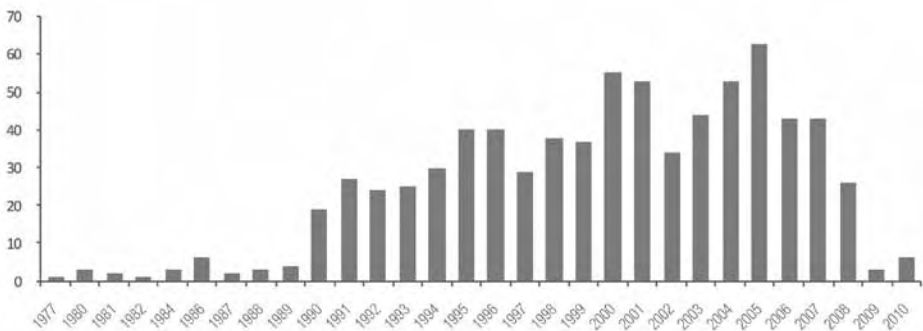
* premier diplôme de gériatrie

Une forte progression de l'exercice de la gériatrie hospitalière

La capacité de gériatrie a été créée en 1988 et nécessite deux ans d'études ; aussi, les premiers diplômés appartiennent à la promotion 1990. Parmi les gériatres répondants, environ 40 % ont obtenu leur diplôme de gériatrie entre 1990 et 2000

(soit 4,1 % par an) et 50 % de 2000 à 2007 (soit 6,4 % par an). Les médecins ont obtenu leur diplôme de gériatrie en moyenne 6,8 ans après la soutenance de leur thèse de médecine.

Gériatres selon l'année d'obtention du premier diplôme de gériatrie (en nombre)



Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

L'âge moyen des médecins à l'obtention du diplôme de gériatrie est de 36 ans. Un médecin sur deux a obtenu ce diplôme avant l'âge de 34,2 ans. Les hommes l'ont plus souvent obtenu après 40 ans que les femmes.

Les médecins sont en moyenne âgés de 36,3 ans à l'obtention de la Capacité de gériatrie, un peu plus jeunes, 34 ans, à l'obtention du DESC. Les diplômés de gériatrie d'avant 2000 étaient un peu plus jeunes que les diplômés d'après 2000. L'âge moyen à l'obtention du diplôme est ainsi passé de 34,7 ans pour les médecins diplômés de 1990 à 1999 à 37,1 ans pour ceux diplômés à partir de 2000.

Répartition des médecins hospitaliers selon l'âge à l'obtention du diplôme de gériatrie et l'année d'obtention du diplôme

	avant 2000	2000 et après	ensemble
25 à 29 ans	11,1	7,5	8,2
30 à 39 ans	54,1	57,1	49,0
35 à 39 ans	20,1	28,2	21,3
40 à 44 ans	10,5	14,7	11,1
45 à 49 ans	3,6	11,7	6,7
50 à 54 ans	0,6	5,1	2,5
55 à 59 ans	0,0	2,7	1,2
Total	100,0	100,0	100,0

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Mode d'exercice

Un exercice exclusivement hospitalier pour 7 gériatres sur 10

Les médecins interrogés exercent tous dans un établissement de santé public. Les plus nombreux (70 %) travaillent dans un centre hospitalier (CH), 20 % dans un centre hospitalier universitaire (CHU) et 10 % dans un hôpital de proximité.

Sept sur dix exercent exclusivement à l'hôpital. Pour ceux ayant plusieurs lieux de travail, il s'agit essentiellement de médecins intervenant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Moins de 10 % exercent dans un

autre type de structure (établissement privé, cabinet libéral, réseau ou coordination).

Les médecins gériatres hospitaliers selon le mode d'exercice

	nombre n = 807	%
Établissement de santé public exclusivement	565	70,0
Plusieurs modes d'exercice	242	30,0
- dont en Ehpad	205	25,4
- dont autre mode d'exercice	74	9,2

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Statut

Un statut de gériatre à temps plein déclaré par 8 gériatres sur 10

Plus de 80 % des médecins répondants ont déclaré être praticiens hospitaliers à temps plein, 14 % à temps partiel. Moins de 4 % des répondants sont professeurs d'université praticiens hospitaliers et aucun maître de conférence n'a répondu à l'enquête. Un médecin déclare le statut d'attaché hospitalier.

Plus de la moitié (57,5 %) des praticiens

à temps partiel travaillent six demi-journées par semaine, 21 % cinq demi-journées et 17 % huit demi-journées. Moins de 5 % exercent moins d'un mi-temps. Alors qu'environ 60 % de la totalité des gériatres répondants sont des femmes, elles constituent les trois-quarts des médecins exerçant à temps partiel et un quart des professeurs d'université.

Les médecins gériatres répondants selon le statut

	nombre	%	hommes	femmes
Professeur d'université praticien hospitalier	29	3,6	6,8	1,5
Praticien hospitalier temps plein	660	82,2	84,2	80,8
Praticien hospitalier temps partiel	113	14,1	9,0	17,5
Praticien attaché	1	0,1	0,0	0,2
Ensemble	803	100,0	100,0	100,0
Non renseigné	4			

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Les gériatres professeurs d'université praticiens hospitaliers (PUPH) sont globalement plus âgés que les praticiens hospitaliers (PH). Parmi ces derniers, ceux

exerçant à temps partiel sont un peu plus représentés avant 45 ans et après 60 ans que ceux à temps plein.

Les médecins gériatres répondants selon le statut et l'âge

	PUPH n=29	PH temps plein n=659	PH temps partiel n=113	Total n=801
30-45 ans	13,8	42,9	46,9	42,5
45-59 ans	65,5	52,9	45,1	52,1
60 ans ou plus	20,7	4,2	8,0	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Par ailleurs, le mode d'exercice et le statut sont liés. Ainsi, un seul professeur d'université associe plusieurs modes d'exercice, alors que c'est le cas de plus d'un quart des

praticiens hospitaliers à temps plein et de plus de la moitié des praticiens hospitaliers à temps partiel.

Les médecins gériatres répondants selon le statut et les modes d'exercice

	PU-PH n=29	PH temps plein n=660	PH temps partiel n=113
Établissement de santé public exclusif	96,6	72,6	47,8
Plusieurs modes d'exercice	3,4	27,4	52,2
Total	100,0	100,0	100,0

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Les gériatres professeurs d'université praticiens hospitaliers (PUPH) sont globalement plus âgés que les praticiens hospitaliers (PH).

Activités gériatriques

Des activités multiples pour les gériatres

Plus de la moitié des médecins répondants interviennent dans une consultation gériatrique (58 %) ou une consultation mémoire (55 %). L'exercice de la médecine aiguë gériatrique, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et l'intervention dans une équipe mobile gériatrique

concernent entre un quart et 40 % des médecins. Les trois activités de travail en hôpital de jour, de coordonnateur d'Ehpad et les soins palliatifs concernent chacune 20 % des médecins. Le domaine de la psychogériatrie est moins développé (11 %).

Activités gériatriques déclarées par les médecins (chaque médecin a coché plusieurs items)

	% (N=807)
Consultation gériatrique	58,1
Consultation mémoire	55,0
Médecine aiguë gériatrique	41,0
Soins de suite et de réadaptation	40,1
Soins de longue durée	32,8
Équipes mobiles de gériatrie	25,8
Hôpital de jour	21,2
Médecin coordonnateur Ehpad	21,2
Soins palliatifs et douleur	20,8
Admission et urgence	12,8
Psychogériatrie	11,0
Consultation avancée ou activité hors établissement	7,9
Consultation réseau externe	4,2

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Les profils d'activités

Le croisement deux à deux des activités pratiquées par les gériatres hospitaliers publics, telles que citées dans le

questionnaire d'enquête, met en évidence deux profils de médecins.

Un profil associant consultations, médecine gériatrique aiguë, hôpitaux de jour, équipes mobiles de gériatrie, services d'admission-urgence

Les activités de consultation, qu'il s'agisse de consultation gériatrique, consultation mémoire ou consultation avancée, sont le plus souvent déclarées par les médecins intervenant en hôpital de jour, dans une équipe mobile de gériatrie, un service d'admission-urgence et les services de médecine aiguë gériatrique. La médecine gériatrique aiguë est le plus

souvent déclarée par les médecins ayant des activités dans les services d'admission-urgence, mais également ceux intervenant dans les hôpitaux de jour, les équipes mobiles gériatriques et ceux pratiquant des soins palliatifs. Elle est moins représentée dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR), ceux de soins de longue durée (SLD) et chez les coordonnateurs d'Ehpad.

Profil 1: Croisement des activités déclarées par les médecins gériatres hospitaliers (en %)

	Consultation gériatrique n=469	Consultation mémoire n=444	Admission et urgence n=103	Médecine aiguë gériatrique n=331	Hôpital de jour n=171	Equipe mobile de gériatrie n=208
Consultation gériatrique	//	75,0	71,8	71,0	80,1	74,0
Consultation mémoire	71,0	//	57,3	62,5	83,0	67,3
Admission et urgence	15,8	13,3	//	22,7	15,2	19,7
Médecine aiguë gériatrique	50,1	46,6	72,8	//	56,7	51,9
Hôpital de jour	29,2	32,0	25,2	29,3	//	25,5
Equipe mobile	32,8	31,5	39,8	32,6	31,0	//
Soins palliatifs	20,7	18,9	30,1	24,5	18,1	15,9
SSR	42,0	41,0	35,0	30,2	33,9	33,2
SLD	30,5	30,6	30,1	19,6	24,6	26,9
Psycho-gériatrie	9,4	12,8	15,5	7,9	15,2	7,2
Médecin coordonnateur Ehpad	18,8	18,9	18,4	12,1	18,7	15,4

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine
Note de lecture: Parmi les 469 médecins déclarant une activité de consultation gériatrique, 71,0 % déclarent également une activité de consultation mémoire, 15,8 % une activité d'admission-urgence, 50,1 % pratiquent la médecine gériatrique aiguë...

Un profil associant gériatres intervenant en SSR, en SLD, soins palliatifs et douleur, psycho-gériatrie, coordination d'Ehpad

Les médecins intervenant en SSR ont souvent des activités de soins palliatifs et douleur, de psycho-gériatrie et près de la moitié d'entre eux interviennent également en service de soins de longue durée et en Ehpad. Les gériatres de services de soins de longue durée partagent ces activités, qu'il s'agisse des soins palliatifs et douleur, de

la psycho-gériatrie ou de la coordination en Ehpad.

Ces médecins interviennent moins souvent dans les consultations que le premier groupe. Cependant, près des deux-tiers des psycho-gériatres interviennent dans une consultation mémoire (un sur deux dans une consultation gériatrique).

Profil 2: Croisement des activités déclarées par les médecins gériatres hospitaliers (en %)

	Soins palliatifs et douleur n=268	SSR n=324	SLD n=265	Psycho-gériatrie n=89	Médecin coord. Ehpad n=171
Consultation gériatrique	57,7	60,8	54,0	49,4	51,5
Consultation mémoire	50,0	56,2	51,3	64,0	49,1
Admission et urgence	18,5	11,1	11,7	18,0	11,1
Médecine aiguë gériatrique	48,5	30,9	24,5	29,2	23,4
Hôpital de jour	18,5	17,9	15,8	29,2	18,7
Equipe mobile	19,6	21,3	21,1	16,9	18,7
Soins palliatifs	//	29,6	27,2	30,3	25,1
SSR	57,1	//	47,5	42,7	40,9
SLD	42,9	38,9	//	50,6	59,6
Psycho-gériatrie	18,1	11,7	17,0	//	15,2
Médecin coordonnateur	25,6	21,6	38,5	29,2	//
Ehpad					

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

Note de lecture: Parmi les 268 médecins déclarant une activité de soins palliatifs et douleur, 57,7 % déclarent également une activité de consultation gériatrique, 50,0 % une activité de consultation mémoire, 18,5 % une activité d'admission-urgence...

Médecins coordonnateurs d'Ehpad

Parmi les 152 médecins qui ont répondu aux questions spécifiques concernant les médecins coordonnateurs d'Ehpad, plus de huit sur dix travaillent le plus souvent dans un seul Ehpad (83 %) et neuf sur dix dans un Ehpad public. Ils sont presque tous salariés (98 %). Près d'un tiers déclarent

travailler à temps plein, 60 % à temps partiel et 8 % par vacations. La moitié des médecins à temps partiel exerce une à trois demi-journées dans l'Ehpad. Les médecins à temps plein sont tous des PH en activité essentiellement dans un CH.

Répartition du temps professionnel

Plus de la moitié du temps professionnel consacrée aux soins

Le temps consacré à chaque type d'activité est très variable. Ainsi, les médecins répondants non exclus⁽¹⁾ consacrent en moyenne 54 % de leur temps de travail aux activités de soins. Les activités de consultation représentent 18 % du temps de travail, les tâches administratives 17 %, l'enseignement ou la formation continue 7 % et les activités gériatologiques 4 %.

La répartition des temps professionnels chez les hommes et les femmes est très proche. Les hommes apparaissent cependant plus engagés dans l'enseignement-formation continue et les activités gériatologiques.

Part moyenne de temps professionnel consacrée à chaque type d'activité, selon le sexe (en %)

	Hommes n=245	Femmes n=351	Ensemble n=596
Activité de soins hors consultation	53,5	55,0	54,4
Consultations	16,9	18,6	17,9
Tâches administratives (gestion, réunions)	17,3	16,6	16,9
Enseignement, formation continue (lecture, congrès, EPU*)	8,0	6,4	7,0
Activités gériatologiques (associations, réseaux...)	4,3	3,4	3,8
Total	100,0	100,0	100,0

Source: Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation: ORS Aquitaine

* enseignement post-universitaire

Note de lecture : Les médecins répondants aux items sur la répartition du temps de travail et non exclus consacrent 54,4 % de leur temps professionnel aux activités de soins, 17,9 % aux activités de consultation, etc. Les hommes ayant déclaré des activités de soins y consacrent 53,5 % de leur temps, les femmes ayant déclaré des activités de soins 55,0 %, etc.

1. Les médecins devaient répartir leur temps de travail hebdomadaire moyen au cours des 12 derniers mois en cinq activités, dont la somme devait évaluer 100. Sans élément permettant d'interpréter les réponses, ont été exclues celles dont le total était différent de 100.

» La répartition des temps professionnels chez les hommes et les femmes est très proche.

La répartition des temps de travail diffère selon le statut des médecins. L'activité de soins reste prépondérante mais elle représente un tiers du temps de travail des médecins PU-PH, 57 % de celui des PH exerçant à temps plein et près de la moitié de celui des PH à temps partiel. Ces derniers interviennent davantage dans les activités de consultation (un quart de leur

temps professionnel contre 17 % pour les autres). Les professeurs d'université investissent plus d'un quart de leur temps dans l'enseignement et la formation continue, soit environ quatre fois plus que les praticiens hospitaliers. Le statut des médecins interfère peu sur le temps accordé aux tâches administratives et aux activités gériologiques.

Part moyenne de temps professionnel consacrée à chaque type d'activité, selon le statut (en %)

	PU-PH n=18	PH temps plein n=495	PH temps partiel n=82	Total n=595
Activité de soins hors consultation	32,8	56,6	46,0	54,5
Consultations	16,9	16,8	25,1	17,9
Tâches administratives (gestion, réunions)	20,0	16,5	18,4	16,9
Enseignement, formation continue (lecture, congrès, EPU*)	26,7	6,4	6,4	7,0
Activités gériologiques (associations, réseaux...)	3,6	3,7	4,1	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine

* enseignement post-universitaire

Note de lecture : Les médecins PU-PH répondants aux items sur la répartition du temps de travail et non exclus consacrent 32,8 % de leur temps professionnel aux activités de soins, 16,9 % aux activités de consultation, etc. Les hommes ayant déclaré des activités de soins y consacrent 53,5 % de leur temps, les femmes ayant déclaré des activités de soins 55,0 %, etc.

Participation à un tour de garde

Le taux de non-réponse à la question sur la participation à un tour de garde spécifique de gériatrie atteint 11 %. Le taux de participation à un tour de garde est de 50 % si l'on considère l'ensemble des médecins, de 57 % si l'on considère uniquement les répondants. La participation à un tour de garde, parmi les répondants à cette question, est un peu plus représentée chez les femmes (59 %) que les hommes (54 %), chez les médecins de spécialité titulaires du DESC (65 %) que les titulaires de la capacité (56 %), chez les médecins de moins de 45 ans (60 %) que les plus âgés (55 %).

Taux de participation* à un tour de garde (en %)

	Nombre de répondants	% de participation
Hommes	286	53,8
Femmes	427	59,0
Moins de 45 ans	308	59,7
45 ans ou plus	405	54,8
Titulaires de la Capacité	632	56,3
Titulaires du DESC	55	65,5
PU-PH	25	52,0
PH temps plein	585	52,0
PH temps partiel	101	58,1

Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine

* pour 100 médecins répondants à cet item.

Formation et évaluation des pratiques professionnelles

Trois modalités de formation sont considérées dans l'enquête, l'évaluation des pratiques professionnelles, la participation à des congrès ou colloques et à d'autres types de formation, au cours des douze

derniers mois. Environ 40 % des médecins ont participé aux trois types de formation et moins de 3 % à aucun, ce qui témoigne de la forte implication de la profession dans la formation continue.

Trois médecins gériatres sur quatre ont participé à une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Près des trois quarts des médecins répondant à l'enquête déclarent avoir participé au cours des douze derniers mois à une ou plusieurs évaluations des pratiques professionnelles, dont près d'un tiers en

tant que formateur. Le sexe, l'âge, l'année d'obtention de la thèse, le type de diplôme de gériatrie n'interviennent pas sur la proportion de participants.

Neuf médecins gériatres sur dix ont participé à des congrès ou des colloques

La participation à des congrès ou colloques concerne près de 90 % des médecins, les trois quarts s'étant rendus à trois événements au maximum au cours de l'année et moins de 1 % à plus d'un événement par mois en moyenne. L'ensemble des participants y a consacré en moyenne 7,7 demi-journées. Plus d'un tiers (37 %) a dédié au

maximum 5 demi-journées à ce type de formation et 19 % plus de 10 demi-journées. Il n'y pas de différences selon le sexe, l'âge et le type de diplôme. Les professeurs d'université apparaissent plus sollicités, un seul déclarant ne pas avoir participé à ce type de manifestations.

Deux médecins gériatres sur trois ont suivi un autre type de formation

Environ les deux tiers des médecins ont suivi d'autres types de formation. L'ensemble des participants y a consacré en moyenne 9,2 demi-journées. Il s'agit de

formations courtes d'une à cinq demi-journées pour la moitié des médecins participants et de formations longues d'au moins 20 demi-journées pour 14 %.

Des formations à visée diagnostique ou thérapeutique le plus souvent

Près de 95 % des médecins ont assisté à au moins un congrès, un colloque ou à un autre type de formation et 56 % ont assisté à ces deux types de formation. L'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas considérée comme une formation dans l'analyse ci-après sur les compétences acquises.

Le plus souvent, les médecins cherchent à acquérir ou renforcer leurs compétences cliniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Des formations de ce type ont été suivies par plus de 80 % des médecins formés et pour la grande majorité, il

s'agissait de renouveler leurs compétences, l'acquisition concernant en effet moins d'un quart des médecins concernés.

Mais les formations à l'exploration fonctionnelle ou à la gestion et management sont également recherchées par les gériatres. Plus d'un tiers se sont formés à l'exploration fonctionnelle : il s'agit alors d'une actualisation de compétences pour plus de la moitié des médecins. Enfin, 30 % ont reçu une formation en gestion / management. Dans les deux tiers des cas, il s'agit d'une acquisition de compétence.

Médecins ayant participé à une formation selon le type de compétences acquises

	nombre	%
Compétences cliniques à visée diagnostique	680	84,3
Compétences cliniques à visée thérapeutique	682	84,5
Compétences en exploration fonctionnelle	289	35,8
Compétences en gestion, management	245	30,4
Autres	42	5,2

Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine

Répartition des gériatres formés selon le contenu et l'objectif de la formation



Source : Enquête 2010 auprès des gériatres - Exploitation : ORS Aquitaine



» Annexes

■ 1 – Questionnaire d'enquête

■ 2 – Éléments de cadrage sur les médecins et les gériatres en France

Annexe I : Questionnaire d'enquête

Collège professionnel des gériatres français
Livre blanc de la gériatrie – enquête auprès des gériatres

Les observatoires régionaux de la santé d'Aquitaine et de Bretagne
et le Collège professionnel des gériatres français
vous remercient de bien vouloir prendre quelques minutes
pour répondre à ce bref questionnaire.

Pour toute information sur le questionnaire ou plus largement sur l'étude vous pouvez contacter :
Dr André OCHOA / Céline GARNIER
à l'ORS Aquitaine – téléphone : 05 56 56 99 60

1 Identification

1. Age :
2. Sexe : masculin ☐ 1 féminin ☐ 2
3. Quel est le numéro du département dans lequel vous exercez ?
4. Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous exercez majoritairement votre profession de gériatre ?
moins de 50 000 habitants ☐ 1 de 50 000 à 100 000 habitants ☐ 2 plus de 100 000 habitants ☐ 3

2 Formation

1. En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ?
2. Quel est votre cursus de formation ? merci de préciser l'année d'obtention de chaque diplôme
capacité en gèrontologie ☐ 1 obtenue en
DESC de gériatrie ☐ 2 obtenue en
DES (précisez) ☐ 3 obtenue en
autre (précisez) ☐ 4 obtenue en
3. Dans quelle(s) faculté(s) avez-vous suivi votre (vos) formation(s) en gériatrie ?
4. Avez-vous une autre spécialité ? oui ☐ 1 précisez non ☐ 2

3 Mode d'exercice (plusieurs réponses possibles)

1. Où exercez-vous ?

1. dans un établissement de santé public	oui ☐ 1	non ☐ 2	si oui, merci de répondre à la section 4
2. dans un établissement de santé privé lucratif	oui ☐ 1	non ☐ 2	si oui, merci de répondre à la section 5
3. dans un établissement de santé privé non lucratif	oui ☐ 1	non ☐ 2	si oui, merci de répondre à la section 6
4. dans un EHPAD	oui ☐ 1	non ☐ 2	si oui, merci de répondre à la section 7
5. en cabinet libéral	oui ☐ 1	non ☐ 2	si oui, merci de répondre à la section 8
6. dans un réseau et/ou une coordination	oui ☐ 1	non ☐ 2	
7. dans une collectivité territoriale	oui ☐ 1	non ☐ 2	
8. autre type d'exercice (précisez)	oui ☐ 1	non ☐ 2	

4 Si vous avez une activité en établissement de santé public

1. Quel est votre statut ?

PUPH ☐ 1

PH temps plein ☐ 2

MCUPH ☐ 3

PH temps partiel ☐ 5

Praticien attaché ☐ 6

si oui, nombre de demi-journées hebdomadaires

si oui, nombre de vacations hebdomadaires

2. Votre hôpital est-il un :

CHU ☐ 1

CH ☐ 2

hôpital de proximité ☐ 3

3. Quelles sont les activités que vous pratiquez ?

consultation gériatrique ☐ 1

consultation réseau externe ☐ 2

consultation mémoire ☐ 3

consultations avancées ou activité hors établissement ☐ 4

admission et urgences ☐ 5

médecine aiguë gériatrique ☐ 6

hôpital de jour ☐ 7

soins de suite ou de réadaptation ☐ 8

soins de longue durée ☐ 9

soins palliatifs et douleur ☐ 10

équipes mobiles de gériatrie ☐ 11

psycho-gériatrie ☐ 12

médecin coordonnateur EHPAD ☐ 13

4. Participez-vous à un tour de garde spécifique de gériatrie ?

oui ☐ 1

non ☐ 2

5 Si vous avez une activité en établissement de santé privé lucratif

1. Quel est votre statut ?

salarié temps plein ☐ 1

libéral ☐ 2

salarié temps partiel ☐ 3

si oui, pourcentage de temps

2. Quelles sont les activités que vous pratiquez ?

consultation gériatrique ☐ 1

consultation réseau externe ☐ 2

consultation mémoire ☐ 3

consultations avancées ou activité hors établissement ☐ 4

admission et urgences ☐ 5

médecine aiguë gériatrique ☐ 6

hôpital de jour ☐ 7

soins de suite ou de réadaptation ☐ 8

soins de longue durée ☐ 9

soins palliatifs et douleur ☐ 10

équipes mobiles de gériatrie ☐ 11

psycho-gériatrie ☐ 12

médecin coordonnateur EHPAD ☐ 13

3. Participez-vous à un tour de garde spécifique de gériatrie ?

oui ☐ 1

non ☐ 2

6 Si vous avez une activité en **établissement de santé privé non lucratif**

1. Quel est votre statut ?

salarié temps plein ☐ 1

salarié temps partiel ☐ 3

si oui, pourcentage de temps

libéral ☐ 2

2. Quelles sont les activités que vous pratiquez ?

consultation gériatrique ☐ 1

soins de suite ou de réadaptation ☐ 8

consultation réseau externe ☐ 2

soins de longue durée ☐ 9

consultation mémoire ☐ 3

soins palliatifs et douleur ☐ 10

consultations avancées ou activité hors établissement ☐ 4

équipes mobiles de gériatrie ☐ 11

admission et urgence ☐ 5

psycho-gériatrie ☐ 12

médecine aiguë gériatrique ☐ 6

médecin coordonnateur EHPAD ☐ 13

hôpital de jour ☐ 7

3. Participez-vous à un tour de garde spécifique de gériatrie ?

oui ☐ 1

non ☐ 2

7 Si vous avez une activité de **médecin coordonnateur en EHPAD**

1. Êtes-vous médecin coordonnateur ?

dans un seul établissement ☐ 1

dans plusieurs établissements ☐ 2

2. Exercez-vous dans un établissement ?

public ☐ 1

privé lucratif ☐ 2

privé non lucratif ☐ 3

3. Exercez-vous ?

à titre libéral ☐ 1

à titre salarié ☐ 2

4. Si vous êtes salarié, exercez-vous ?

à temps plein ☐ 1

à temps partiel ☐ 2

si oui, nombre de demi-journées hebdomadaires

par vacations ☐ 3

si oui, nombre de vacations hebdomadaires

5. Participez-vous à un tour de garde spécifique de gériatrie ?

oui ☐ 1

non ☐ 2

8 Si vous avez une activité en **cabinet libéral**

1. Quelle est votre situation conventionnelle ?

secteur 1 ☐ 1

secteur 2 ☐ 2

2. Quel est votre mode d'exercice ?

seul ☐ 1

en groupe ☐ 2

si oui, nombre d'associés généralistes

si oui, nombre d'associés spécialistes

3. Participez-vous à un tour de garde spécifique de gériatrie ?

oui ☐ 1

non ☐ 2

9 Répartition de votre temps professionnel

Pouvez-vous estimer la répartition moyenne des activités suivantes en pourcentage de votre temps de travail ?

1. consultations 24

5. tâches administratives (gestion, réunions)

2. activité de soins hors consultation 24

6. activités gériologiques (associations, réseaux...)

4. enseignement, formation continue (lecture, congrès, EPU)

études et recherche, expertise 24

10 Formation continue, développement professionnel continu et évaluation des pratiques professionnelles

1. Dans les 12 derniers mois, avez-vous participé à une ou plusieurs évaluations des pratiques professionnelles ?

oui ☐ 1 non ☐ 2
 si oui, en tant que formateur ☐ 1 en tant que participant ☐ 2

2. Dans les 12 derniers mois, avez-vous participé à un ou plusieurs congrès ou colloques ?

oui ☐ 1 non ☐ 2
 si oui, combien de congrès, colloques
 nombre de demi-journées de présence en tout

3. Dans les 12 derniers mois, avez-vous assisté à un autre type de formation professionnelle ?

oui ☐ 1 non ☐ 2
 si oui, nombre de demi-journées de présence en tout

4. Concernant la formation professionnelle à laquelle vous avez assisté dans les 12 derniers mois (congrès, colloques ou autre type de formation), merci de préciser pour chacune des compétences ci-dessous, si elle concernait une acquisition ou un renouvellement de compétence et d'apprécier sur une échelle de 1 à 10 (1 = non, 10 = oui, tout à fait), si elle vous semble vous permettre de satisfaire aux obligations de formation et d'évaluation des pratiques

	acquisition	renouvellement	atteinte des obligations de formation
1. compétences cliniques à visée diagnostique	☐	☐	1 10
2. compétences cliniques à visée thérapeutique	☐	☐	1 10
3. compétences en explorations fonctionnelles	☐	☐	1 10
1. compétences en gestion, management	☐	☐	1 10
1. autres (précisez)	☐	☐	1 10

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

Pour nous le retourner, utilisez l'enveloppe libre-réponse jointe

avant le 2 janvier 2011

Annexe 2 : Éléments de cadrage sur les médecins et les gériatres en France

D'après la dernière publication de la Drees ⁽¹⁾, sur les 207 500 médecins de France, près de 60 % ont un mode d'exercice libéral ou mixte (libéral + salarié), 40 % sont exclusivement salariés et 30 % sont des salariés hospitaliers ⁽²⁾. Alors que, globalement, omnipraticiens et spécialistes sont un nombre équivalent, ces derniers sont un poids très élevé parmi les salariés hospitaliers (plus de 7 sur 10).

Plus de 19 000 médecins généralistes ont déclaré une compétence spécifique, soit près d'un quart de l'ensemble des généralistes. Mais avoir une compétence est plus fréquent parmi les salariés hospitaliers (44 %) que parmi les libéraux ou mixtes (18 %).

Les plus nombreux (6 100) détiennent la compétence « médecine du sport », devant la gériatrie-gérontologie (2 780) et l'angéiologie (2 030). Si plus de 80 % des médecins du sport et des angiologues exercent en mode libéral ou mixte, seulement 30 % des gériatres-gérontologues ont ce mode d'exercice. À l'opposé, 56 % de ces derniers sont des salariés hospitaliers, contre 8 % de leurs confrères médecins du sport et angiologues. Parmi les généralistes ayant déclaré une compétence, la gériatrie représente près de 30 % des salariés hospitaliers et seulement 8 % des libéraux ou mixtes. Ainsi, la gériatrie apparaît comme la compétence phare des médecins hospitaliers alors que la médecine du sport serait celle des libéraux ou mixtes.

Les médecins en France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2010

	Ensemble métropole	Libéraux et mixtes	Total salariés exclusifs	dont salariés hospitaliers	dont autres salariés
Ensemble des médecins	207 457	122 778	84 679	60 697	23 982
Omnipraticiens	100 815	68 237	32 578	17 778	14 800
Spécialistes	106 642	54 541	52 101	42 919	9 182
Généralistes	81 472	57 658	23 814	12 388	11 426
compétences	19 343	10 579	8 764	5 390	3 374
médecine du sport	6 099	4 945	1 154	475	679
gériatrie-gérontologie	2 784	832	1 952	1 555	397
angéiologie	2 027	1 790	237	165	72
Généralistes	100,0	70,8	29,2	15,2	14,0
compétences	100,0	54,7	45,3	27,9	17,4
médecine du sport	100,0	81,1	18,9	7,8	11,1
gériatrie-gérontologie	100,0	29,9	70,1	55,9	14,3
angéiologie	100,0	88,3	11,7	8,1	3,6
% gériatrie-gérontologie parmi les médecins à compétences	14,4	7,9	22,3	28,8	11,8

Source : Drees

1 Les médecins au 1^{er} janvier 2010, Daniel Sicart, Document de travail n°152 février 2011, Drees

2 Les médecins salariés hospitaliers peuvent exercer dans les établissements publics, privés ou les établissements privés d'intérêt collectifs (Epic, équivalents des anciens PSPH), à titre salarié exclusivement et pour quelques-uns avec une activité libérale à l'hôpital.



Volet 2 : Caractéristiques des segments d'activité de la GÉRIATRIE

Sommaire

- **Méthodologie**..... 153
- **Participation et caractéristiques des gériatres** 155
- **Activité de consultation (CS) 157**
et d'hospitalisation de jour (HDJ)
- **Activité de court séjour gériatrique** 175
- **Activité de SSR gériatrique** 190
- **Activité de soins de longue durée (SLD)**.....205
- **Activité des Ehpad**.....219
- **Activité des EMG**232

- **Annexes**246
 - Annexe 1 : traitements médicamenteux pour l'ensemble de l'échantillon*
 - Annexe 2 : fiches patient*

Méthodologie

Objectifs

L'enquête a pour objectif principal de décrire, à partir de la prise en charge des patients, les spécificités des principaux segments d'activité du métier de gériatre.

Elle étudie, pour chaque segment défini dans le référentiel métier, les caractéristiques des patients et les spécificités de la prise en charge, en termes de motifs et de prescriptions à visée diagnostique et thérapeutique.

Méthode

Le champ de l'enquête

L'enquête a été réalisée auprès d'un panel de gériatres volontaires identifiés par les membres du comité de pilotage du livre blanc de la gériatrie.

Ces gériatres exerçaient plus particulièrement dans des services de gériatrie de Centres hospitaliers et Centres hospitaliers universitaires et dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La liste initiale des gériatres volontaires comportait 105 gériatres répartis dans les 9 segments d'activité de la gériatrie, elle a été finalisée et validée par les référents de chacun des 9 segments :

- Consultation (CS) – Hôpital de jour (HDJ)
- Court séjour gériatrique

- Soins de suite et réadaptation (SSR) gériatrique
- Psychogériatrie
- Soins de longue durée (SLD)
- EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- Gériatrie libérale
- Equipe mobile de gériatrie (EMG)
- Réseaux et coordination

À l'issue de la phase de validation, un courrier de présentation de l'enquête, émanant du Collège Professionnel des Gériatres Français, a été envoyé à 99 gériatres, afin d'obtenir leur confirmation de participation.

Au regard d'un nombre trop faible de participants, le segment d'activité « réseaux et coordination » n'a pas été intégré dans l'enquête.

Au final, 77 gériatres se sont déclarés volontaires pour participer à l'enquête.

Le type d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale quantitative.

L'information a été recueillie à partir de fiches patient individuelles, renseignées par les gériatres.

Le matériel et le protocole d'enquête

Le matériel d'enquête (fiches patient) et le protocole (modalités) ont été conçus selon une approche par segment d'activité.

Huit (une par segment) types de fiches patient ont été élaborées, elles comportaient des questions spécifiques à chaque segment (caractéristiques de la prise en charge et orientation du patient à l'issue de la prise en charge) et des questions communes à l'ensemble des segments (lieu de la prise en charge, caractéristiques du patient, investigations réalisées ou prévues, traitements médicamenteux, en cours, prescrits ou interrompus et comorbidités). Réf fiche patient en annexe page 159.

Le protocole d'enquête a été adapté aux différents types d'activité.

Chaque médecin participant devait renseigner trente fiches patient, à l'exception de ceux exerçant en psychogériatrie et en gériatrie libérale, activités pour lesquelles 20 fiches patient étaient demandées.

Le recueil a été envisagé de manière prospective sur une période d'un mois pour six segments d'activité (CS-HDJ, court séjour gériatrique, SSR gériatrique, psychogériatrie, gériatrie libérale, EMG) et en rétrospectif pour l'activité de SLD et d'EHPAD afin de tenir compte du nombre d'entrées mensuelles.

Le déroulement de l'enquête

Le matériel d'enquête a été adressé par voie postale aux gériatres volontaires le 11 mai 2011.

La phase de recueil initialement prévue sur 1 mois, du 15 mai au 15 juin 2011, a été prolongée jusqu'à la première semaine de juillet, au regard du nombre de gériatres qui avait retourné leurs fiches patient au 15 juin.

Plusieurs relances ont été mises en œuvre au cours du mois de juin et jusqu'à la mi-juillet, afin que l'ensemble des fiches renseignées puisse être exploité.

Le traitement des données

Le traitement informatisé des données de santé à caractère personnel a été autorisé par la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

Les données ont été exploitées avec le logiciel IBM® SPSS® STATISTICS 19.

L'étude descriptive des données a été envisagée par segment d'activité, à l'exception de la gériatrie libérale et de la psychogériatrie, en raison d'un nombre insuffisant de fiches patient renseignées.

Les traitements statistiques mis en œuvre ont eu pour objectif de présenter aux gériatres, selon leur segment d'activité, une restitution exhaustive des données recueillies par le biais des questions spécifiques et communes des différentes fiches patient.

La base de données n'a pas fait l'objet d'une étude analytique. ▀

» *Présenter aux gériatres, selon leur segment d'activité, une restitution exhaustive des données recueillies par le biais des questions spécifiques et communes des différentes fiches patient*

Participation et caractéristiques des gériatres

Une participation variable selon les segments d'activité

52 gériatres ont participé à l'enquête sur les 77 volontaires initiaux, soit un taux de participation des gériatres de 68%, pour un taux attendu d'au moins 90% dans un contexte d'engagement volontaire à participer à l'enquête.

La participation varie selon les segments, elle est particulièrement faible pour la gériatrie libérale, très moyenne pour les segments «équipes mobiles» et «SLD», moyenne pour les «consultations-hôpital de jour», «soins de suite réadaptation» et «Ehpad» et la plus élevée pour les segments «court séjour» et «psychogériatrie» sans toutefois atteindre le niveau escompté. 25 gériatres n'ont pas été en mesure de réaliser l'enquête en raison, pour la majorité d'entre eux, de contraintes organisationnelles internes.

1 333 fiches patient ont été renseignées, parmi lesquelles 24 fiches patient correspondant à la gériatrie libérale et 75 correspondant à la psychogériatrie ont été exclues, ces effectifs ne permettant pas d'étudier de manière spécifique ces segments d'activité.

Au final 1 234 fiches patient, réparties entre six segments d'activité, ont été exploitées.

Taux de participation à l'enquête selon les segments

	Nombre de volontaires	Nombre de participants	Taux de participation
Cons./hép. Jour	13	10	77%
Court séjour	12	10	83%
SSR	11	8	73%
Psychogériatrie	5	4	80%
Soin de longue durée	12	7	58%
Méd. CO. EHPAD	11	8	73%
EMG	8	4	50%
Gériatrie libérale	5	1	20%
Total	77	52	68%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Répartition des fiches patient par segment d'activité exploité

	Nombre de questionnaires	Nombre moyen de questionnaires renseignés par gériatre
Cons./hép. Jour	254	25
Court séjour	254	25
SSR	207	26
Soin de longue durée	183	26
Méd. CO. EHPAD	216	27
EMG	120	30
Total	1 234	24

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une prédominance féminine des gériatres participants

De même qu'au niveau national⁽¹⁾, les femmes sont majoritaires, elles représentent 60 % des participants de l'échantillon.

Une surreprésentation des gériatres exerçant en CHU

Du fait du mode de recrutement des gériatres pour l'enquête, il importe de noter que les médecins participants ne constituent pas un échantillon aléatoire représentatif des gériatres exerçant en France.

Les deux tiers des médecins participants exercent en CHU et 10% en CHG⁽²⁾. ▀

Répartition par sexe des gériatres participants

	Nombre participants H	Nombre participants F
Cons./hép. Jour	4	6
Court séjour	4	6
SSR	2	6
Psychogériatrie	2	2
Soin Longue Durée	3	4
Méd. CO, EHPAD	4	4
EMG	1	3
Gériatre libéral	1	0
Total	21	31
% par sexe	40%	60%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique - Exploitation ORS Bretagne

Lieu d'exercice principal par segment d'activité exploité

LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL	Cons./hép. Jour	Court séjour	SSR	Soin Longue Durée	Méd. CO, EHPAD	EMG	Total	%
CHU	8	8	5	7		3	31	66%
CHG	1	2	1		1		5	11%
CH Privé à but non lucratif	1		1				2	4%
CLINIQUE			1			1	2	4%
EHPAD					7		7	15%
TOTAL	10	10	8	7	8	4	47	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique - Exploitation ORS Bretagne

1. D'après les statistiques pour l'année 2011 du Conseil National de l'Ordre des Médecins, les femmes représentent 58% parmi l'ensemble des gériatres exerçant en France métropolitaine (tous modes d'exercices confondus). Dans la première enquête portant sur les caractéristiques des médecins gériatres exerçant en établissement public, cette proportion atteint 60%.

2. Les médecins interrogés dans le cadre de la première enquête exercent tous dans un établissement de santé public. Les plus nombreux (70 %) travaillent dans un centre hospitalier (CH), 20 % dans un centre hospitalier universitaire (CHU) et 10 % dans un hôpital de proximité.

Activité de consultation (CS) et d'hospitalisation de jour (HDJ)

Remarque préliminaire

Ce segment d'activité regroupe les consultations et les prises en charge en hospitalisation de jour MCO et SSR, cependant, en raison du faible effectif ($n=13$) de patients relevant de l'hospitalisation de jour SSR (aucun patient n'ayant été pris en charge en consultation SSR), ces questionnaires ont été exclus de l'analyse.

Parallèlement, ont été également exclus de l'analyse, 6 questionnaires pour lesquels le service d'hospitalisation de jour du patient n'a pas été précisé et 2 questionnaires non renseignés au niveau du type de prise en charge, « consultation » ou « hospitalisation de jour ».

Au total, 233 questionnaires sont exploités, soit 92% du recueil initial. Cet effectif peut varier selon les variables analysés lorsque la question n'a pas été renseignée.

108 (46%) patients ont été pris en charge en consultation et 125 (54%) en hospitalisation de jour. Les résultats relatifs à ce segment d'activité décrivent de manière distincte les deux types de prise en charge, à l'exception des variables pour lesquelles il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative. ▀

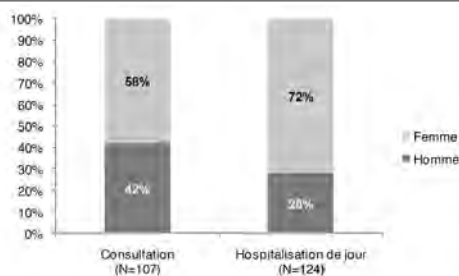


Caractéristiques des patients

Une population âgée et majoritairement féminine

Les patients sont âgés de 81 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (82 ans contre 80 ans). Les deux tiers des patients sont des femmes (65%). Cette prédominance féminine est plus marquée chez les patients pris en charge en hospitalisation de jour (72% contre 58% chez les patients vus en consultation).

Les patients selon le sexe et le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique - Exploitation ORS Bretagne

La prédominance féminine progresse avec l'âge. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes passe de 54% avant 75 ans à 71% à partir de 85 ans et plus. Cette tendance observée, quel que soit le type de prise en charge, est plus marquée dès 75 ans chez les patientes prises en charge en hospitalisation de jour.

Une activité de consultation et d'hospitalisation de jour de proximité

Quel que soit le type de prise en charge, 6 patients sur 10 (61%) résident à moins de 10 kms de l'établissement où ils sont vus

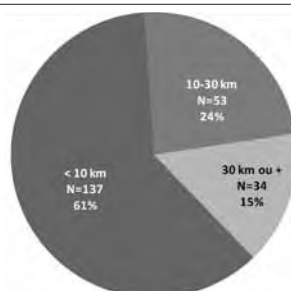
Les patients selon le sexe et l'âge en consultation et HDJ (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Consultation et hospitalisation de jour						
<75 ans	17	46%	20	54%	37	100%
75-84 ans	40	35%	76	66%	116	100%
85 ans et +	23	30%	55	71%	78	100%
Total	80	35%	151	65%	231	100%
Consultation						
<75 ans	11	50%	11	50%	22	100%
75-84 ans	22	45%	27	55%	49	100%
85 ans et +	12	33%	24	67%	36	100%
Total	45	42%	62	58%	107	100%
Hospitalisation de jour						
<75 ans	6	40%	9	60%	15	100%
75-84 ans	18	27%	49	73%	67	100%
85 ans et +	11	26%	31	74%	42	100%
Total	35	28%	89	72%	124	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

en consultation ou pris en charge en hospitalisation de jour. Un quart des patients vit dans un rayon de 10 à 30 kms et 15% des patients sont domiciliés à plus de 30 kms de l'établissement. Il n'est pas observé de différence statistiquement significative entre la consultation et l'hospitalisation de jour.

Répartition des patients selon la distance au lieu de résidence en consultation et HDJ (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des patients qui vivent à leur domicile

Près de 9 patients sur 10 (88%) résident habituellement à leur domicile, sans différence statistiquement significative selon le type de prise en charge.

Environ 1 patient sur 10 (12%) vit dans une structure d'hébergement pour personnes âgées, principalement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Lieu de vie habituel des patients selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Domicile personnel	98	92%	102	84%	200	88%
EHPA	0	0%	2	2%	2	1%
EHPAD	8	8%	17	14%	25	11%
Total	106	100%	121	100%	227	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique - Exploitation ORS Bretagne

Une situation familiale en cohérence avec celle de la population générale

Globalement qu'ils soient pris en charge en consultation ou en hospitalisation de jour, les patients sont mariés ou en couple (43%) ou veufs (44%). Les situations de divorce ou séparation et celles de célibat sont beaucoup moins fréquentes, respectivement 7% et 6%. La répartition, selon la situation familiale observée dans l'enquête, est cohérente avec celle de la population française âgée de 65 ans et plus, obtenue à partir des résultats au 1^{er} janvier 2008 du recensement de l'insee, particulièrement chez les 80 ans et plus.

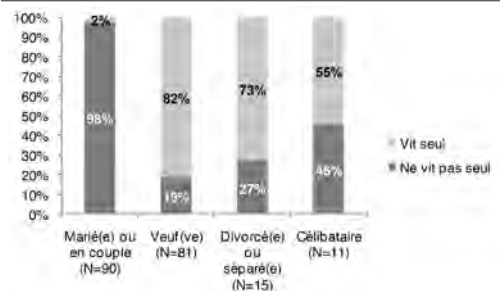
Répartition en % des patients selon la situation familiale et répartition de la population française de 65 ans et plus selon le statut matrimonial légal au 1^{er} janvier 2008

	Marié(e) ou en couple	Veuf(ve)	Divorcé(e) ou séparé(e)	Célibataire	Ensemble
<i>Enquête Gériatrie 2011</i>					
<80 ans	56%	26%	11%	8%	100%
80 ans et +	36%	55%	4%	5%	100%
Total	43%	44%	7%	6%	100%
<i>Insee Recensement 2008</i>					
65-79 ans	64%	21%	7%	7%	100%
80 ans et +	36%	53%	3%	8%	100%
Total des 65 ans et +	56%	31%	6%	8%	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique, Insee Recensement 2008 - Exploitation ORS Bretagne

La situation familiale influe sur le fait de vivre seul ou pas. La quasi-totalité des personnes mariées ou en couple ne résident pas seules contrairement aux personnes en situation de veuvage qui sont proportionnellement les plus nombreuses à vivre seules (82%) devant les personnes divorcées ou séparées (73%) et les célibataires (55%). Cette tendance est similaire quel que soit le type de prise en charge.

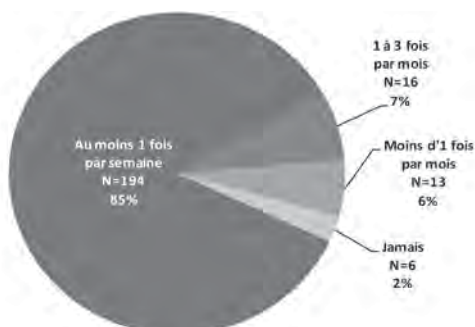
Situation familiale selon le mode de vie, en consultation et HDJ (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique Exploitation ORS Bretagne

Pour 2 %
des patients
l'entourage n'est
jamais présent...

Présence de l'entourage familial ou amical
en consultation et HDJ (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique -
Exploitation ORS Bretagne

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

Pour plus de 8 patients sur 10 (85%), l'entourage familial ou amical est présent au moins une fois par semaine. Pour 7% des patients la fréquence se situe entre 1 et 3 fois par mois, pour 6% elle est inférieure au mois et pour 2% l'entourage n'est jamais présent.

Des patients majoritairement peu dépendants

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 233 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 77 d'entre eux, soit le tiers des questionnaires (33 %). Au regard de ces données, il importe de noter que la **répartition des GIR présentée n'est pas représentative** et ne témoigne pas du niveau de dépendance de l'ensemble des patients pris en charge par le segment d'activité « Consultation et Hospitalisation de jour ». Ces résultats sont donnés à titre informatif.

Globalement, 57% des patients sont classés dans les GIR 3 et 4, soit une majorité de patients moyennement dépendants. Les GIR 5 et 6 concernent 29 % des patients, soit 3 patients sur 10 pouvant être considérés comme autonomes. Les GIR 1 et 2 regroupent 14 % des patients.

Les GIR' des patients selon le type de prise en charge
en consultation et HDJ (nombre et %)

GIR	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	1	2%	3	10%	4	5%
2	3	7%	4	13%	7	9%
3	8	17%	5	16%	13	17%
4	19	41%	12	39%	31	40%
5	1	2%	1	3%	2	3%
6	14	30%	6	19%	20	26%
Total	46	100%	31	100%	77	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

* au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

La prise en charge

*Lieu de la prise en charge du patient
selon le type de prise en charge en hospitalisation
et HDJ (nombre et %)*

Lieu de la prise en charge	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CHU	65	38%	104	62%	169	100%
CH	43	67%	21	33%	64	100%
Total	108	46%	125	54%	233	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Davantage de consultations dans les CH et d'hospitalisations de jour dans les CHU

Le mode de recrutement des gériatres pour l'enquête (67% d'entre eux exercent dans un CHU) influence fortement le lieu de prise en charge du patient : près des trois quarts des patients (73%) ont été pris en charge dans un CHU contre 27% dans un Centre Hospitalier (CH).

Les patients pris en charge en hospitalisation de jour sont proportionnellement plus nombreux dans les CHU (62%) que dans les CH (33%), inversement les patients vus en consultation prédominent dans les CH (67% contre 38% dans les CHU).

La moitié des patients est adressée par son médecin traitant, plus fréquemment pour une consultation

La moitié des patients (51%) a été adressée par son médecin traitant, davantage dans le cadre d'une consultation (59%) qu'en hospitalisation de jour (43%). Un service hospitalier adresse 18% des patients en consultation et 40% en hospitalisation de jour, il se situe essentiellement au sein de l'établissement de prise en charge.

La demande de prise en charge émane de la famille pour 10% des patients vus en consultation et 5% en hospitalisation de jour.

*Mode d'adressage du patient selon le type de prise en charge
en consultation et HDJ (nombre et %)*

Qui vous a adressé le patient ?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Médecin généraliste	64	59%	54	43%	118	51%
Médecin spécialiste libéral	4	4%	4	3%	8	3%
Autre professionnel de santé	0	0%	1	1%	1	0%
EHPAD hospitalier	1	1%	1	1%	2	1%
EHPAD non hospitalier	1	1%	4	3%	5	2%
Service hospitalier	19	18%	50	40%	69	30%
A la demande de la famille	11	10%	6	5%	17	7%
A la demande du patient	6	6%	2	2%	8	3%
Autre	2	2%	3	2%	5	2%
Total	108	100%	125	100%	233	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne
* au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

**Davantage de patients
suivis régulièrement
en consultation qu'en
hospitalisation de jour**

La majorité des patients (53%) sont suivis régulièrement dans ce segment d'activité, cette proportion est significativement plus élevée chez les patients vus dans le cadre d'une consultation que chez ceux pris en charge en hospitalisation de jour (45%). La proportion de patients vus occasionnellement est proche quel que soit le type de prise en charge, 9% en consultation et 11% en hospitalisation de jour, à l'inverse la part des patients inconnus est significativement plus élevée en hospitalisation de jour (43% contre 28%).

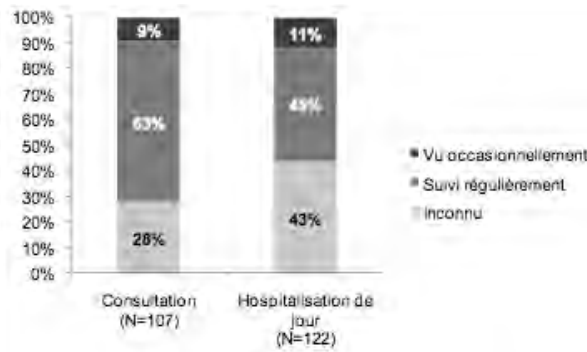
**Le type de consultation
étroitement lié au type
de prise en charge**

Le type de consultation est lié à la prise en charge : les patients vus en consultation bénéficient essentiellement d'une consultation mémoire (87%) alors qu'en hospitalisation de jour, il s'agit pour 85% d'entre eux d'une consultation pluridisciplinaire. Les autres types de consultation sont beaucoup moins fréquents, la consultation avancée étant la plus rare, quel que soit le type de prise en charge.

**Une activité essentiellement
programmée**

Sans différence selon le type de prise en charge, seuls 5% des patients sont vus dans un contexte d'urgence.

Répartition des patients selon la nature du suivi et le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*Type de consultation selon le type de prise en charge
en consultation et HDJ (nombre et %)*

De quel type de consultation s'agit-il ?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pluridisciplinaire	8	7%	97	85%	105	48%
Mémoire	93	87%	13	11%	106	48%
Avancée	2	2%	1	1%	3	1%
Autre	4	4%	3	3%	7	3%
Total	107	100%	114	100%	221	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

**La nécessité
d'un avis diagnostique
dans la majorité des cas**

Les motifs généraux pour lesquels les patients ont été adressés, différent selon le type de prise en charge. Les patients vus en consultation sont adressés pour 1,1 motif en moyenne contre 1,6 en hospitalisation de jour.

En consultation comme en hospitalisation de jour, le motif le plus fréquemment cité est la demande d'« avis diagnostique », davantage en hospitalisation de jour (75% des patients) qu'en consultation (48%). En consultation, le « suivi d'une pathologie connue » correspond au second motif évoqué (41% des patients) alors qu'en hospitalisation de jour il s'agit d'« une prise en charge globale » (31% des patients).

Une forte prédominance des maladies neuro-dégénératives

Pour l'essentiel des patients (97%), les gériatres ont mentionné un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,3 motifs par patient).

Globalement, les trois motifs les plus fréquemment cités par les gériatres concernent les troubles cognitifs pour le tiers des patients (32%), les troubles de la mémoire pour le quart (25%) et les démences pour 23% des patients (dont 15% de patients atteints de la maladie d'Alzheimer).

Cette hiérarchie diffère selon le type de prise en charge. En consultation, les démences représentent le motif le plus fréquemment évoqué et concernent plus du tiers des patients (34% dont 25% sont atteints par la maladie d'Alzheimer), viennent ensuite les troubles de la mémoire (28%) et les troubles cognitifs (23%). En hospitalisation de jour les troubles cognitifs (41%) sont les plus fréquemment cités puis les troubles de la mémoire (22%) et les démences (13%).

Ces trois motifs principaux traduisant l'existence possible d'une maladie neuro-dégénérative, on peut estimer que la majorité des patients (8 sur 10) pris en charge dans ce segment d'activité sont atteints par ce type d'affection.

Les motifs généraux d'adressage selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

Pourquoi le patients vous a-t-il été adressé ?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients	108		121		229	
Nombre moyen de motifs	1,1		1,6		1,4	
Un avis diagnostique	52	48%	91	75%	143	62%
Un avis thérapeutique	10	9%	26	21%	36	16%
Un geste technique	1	1%	9	7%	10	4%
Suivi d'une pathologie connue	44	41%	28	23%	72	31%
Une prise en charge globale	6	6%	38	31%	44	19%
Autre motif d'adressage	2	2%	3	2%	5	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

En consultation,
les démences
concernent plus
du tiers des patients...

Les trois motifs principaux les plus fréquemment rencontrés selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre total de patients	108	100%	125	100%	233	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	106	98%	121	97%	227	97%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 3 principaux motifs les plus fréquemment cités	89	84%	92	76%	181	80%
Les trois principaux motifs cités						
Troubles cognitifs	24	23%	50	41%	74	32%
Troubles de la mémoire	30	28%	27	22%	57	25%
Démences	36	34%	16	13%	52	23%
Dont Alzheimer	27	25%	8	7%	35	15%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 4,3 pathologies par patient ont été indiquées, 5 en hospitalisation de jour contre 3,3 en consultation.

La hiérarchie des cinq co-morbidités ou pathologies les plus fréquemment rencontrées ne diffèrent pas selon le type de prise en charge. Les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes (près de 8 patients sur 10) suivies par les affections neurologiques (les deux tiers des patients) puis dans des proportions proches viennent les pathologies psychiatriques (35%), rhumatologiques (33%) et endocriniennes (30%).

La fréquence des principales affections cardio-vasculaires est similaire en consultation et en hospitalisation de jour. L'hypertension artérielle est la plus fréquente et touche les deux tiers des patients (65%).

Parmi les maladies neurologiques, le syndrome démentiel atteint plus de la moitié des patients (55%) et s'agissant des pathologies psychiatriques, un tiers (32%) des patients présentent un état dépressif.

Dans les tableaux suivants, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



Comorbidités 1: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en consultation ou HDJ (nombre et %)

Comorbidités	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	96	89%	121	97%	217	93%
Nombre total de comorbidités citées	320		607		927	
Nombre moyen de comorbidités par patient	3,3		5,0		4,3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	72	75%	100	83%	172	79%
Hypertension artérielle	65	68%	76	63%	141	65%
Hypotension orthostatique	1	1%	6	5%	7	3%
Troubles du rythme (FA...)	19	20%	35	29%	54	25%
Insuffisance cardiaque	8	8%	10	8%	18	8%
Coronaropathie	10	10%	22	18%	32	15%
Thrombose veineuse profonde (TVP)			2	2%	2	1%
Embolie pulmonaire			7	6%	7	3%
Lymphoedème, insuffisance veineuse			4	3%	4	2%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	3	3%	7	6%	10	5%
Autres pathologies cardio-vasculaires	1	1%	5	4%	6	3%
2. Neurologie	64	67%	79	65%	143	66%
Malaises, perte de connaissance	5	5%	1	1%	6	3%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	8	8%	13	11%	21	10%
Syndrome confusionnel	3	3%	1	1%	4	2%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée	2	2%	3	2%	5	2%
Maladie de Parkinson	3	3%	3	2%	6	3%
Syndrome démentiel	57	59%	62	51%	119	55%
Instabilité posturale/chute	5	5%	21	17%	26	12%
Autres pathologies neurologiques	3	3%	4	3%	7	3%
3. Psychiatrie	26	27%	50	41%	76	35%
Etat dépressif	23	24%	46	38%	69	32%
Psychose	1	1%	3	2%	4	2%
Trouble du comportement productif	3	3%	4	3%	7	3%
Autres pathologies psychiatriques	2	2%			2	1%
4. Pneumologie	6	6%	11	9%	17	8%
BPCO	4	4%	6	5%	10	5%
Insuffisance respiratoire chronique	2	2%	4	3%	6	3%
Autres pathologies pneumologiques			3	2%	3	1%
5. Infectiologie	1	1%	2	2%	3	1%
Infection urinaire basse	1	1%	2	2%	3	1%
Pyélonéphrite			1	1%	1	0%
Pneumopathie						
Infection broncho-pulmonaire						
Sepsis						
Autre infectiologie			1	1%	1	0%
6. Dermatologie	1	1%	4	3%	5	2%
Escarre			2	2%	2	1%
Trouble trophique d'origine veineuse	1	1%	2	2%	3	1%
Autres pathologies dermatologiques						
7. Rhumatologie	24	25%	47	39%	71	33%
Pathologie disco-vertébrale	4	4%	11	9%	15	7%
Coxarthrose	7	7%	16	13%	23	11%
Gonarthrose	6	6%	16	13%	22	10%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	9	9%	17	14%	26	12%
Autres pathologies rhumatologiques	1	1%	3	2%	4	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Comorbidités 2 : Comorbidités et pathologies
ayant motivé la prise en charge actuelle en consultation et HDJ (nombre et %)

Comorbidités	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	96	89%	121	97%	217	93%
Nombre total de comorbidités citées	320		607		927	
Nombre moyen de comorbidités par patient	3,3		5,0		4,3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
8. Gastro-entérologie	7	7%	22	18%	29	13%
Reflux gastro-oesophagien	5	5%	7	6%	12	6%
Constipation	2	2%	12	10%	14	6%
Fécalome						
Incontinence anale			2	2%	2	1%
Autres pathologies gastro-entérologiques	1	1%	4	3%	5	2%
9. Endocrino-métabolisme	19	20%	47	39%	66	30%
Troubles de l'hydratation			2	2%	2	1%
Diabète	15	16%	24	20%	39	18%
Dysthyroïdie	3	3%	24	20%	27	12%
Dénutrition	1	1%	8	7%	9	4%
Autres pathologies endocrinociniennes et métaboliques	2	2%	3	2%	5	2%
10. Uro-néphrologie	7	7%	36	30%	43	20%
Incontinence vésicale	2	2%	15	12%	17	8%
Insuffisance rénale chronique CL > 60 ml/min			2	2%	2	1%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min <CL< 60ml/min	3	3%	17	14%	20	9%
Insuffisance rénale chronique CL < 30 ml/min	1	1%	6	5%	7	3%
Autres pathologies urologiques	1	1%	3	2%	4	2%
11. Hématologie	6	6%	12	10%	18	8%
Anémie	3	3%	8	7%	11	5%
Dysglobulinémie	1	1%			1	0%
Hémopathie maligne			1	1%	1	0%
Autres pathologies hématologiques			1	1%	1	0%
12. Cancérologie	6	6%	13	11%	19	9%
Sein	1	1%	7	6%	8	4%
Prostate	3	3%	2	2%	5	2%
Colon			3	2%	3	1%
Poumon	1	1%			1	0%
Autres cancers	1	1%	1	1%	2	1%
13. Ophtalmologie	11	11%	24	20%	35	16%
Glaucome chronique	2	2%	6	5%	8	4%
DMLA	4	4%	6	5%	10	5%
Cataracte	7	7%	16	13%	23	11%
Autres pathologies ophtalmologiques						
14. Syndrome d'immobilisation	1	1%			1	0%
15. Soins palliatifs						
16. Accompagnement de fin de vie			1	1%	1	0%
17. Traumatologie			1	1%	1	0%
18. Autres pathologies	3	3%	6	5%	9	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gérontologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il prend en charge le patient en consultation ou en hospitalisation de jour.

Tests d'évaluation gérontologique : des outils cliniques largement utilisés, un peu plus fréquemment dans le cadre de l'hospitalisation de jour

Quel que soit le type de prise en charge, pour 85% des patients, le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » d'au moins un

test d'évaluation gérontologique dans le cadre de la prise en charge actuelle. Pour un peu plus d'un patient sur cinq (22%), cette prescription est envisagée « à distance ».

En moyenne, 4,8 tests sont envisagés « immédiatement » et 3,1 « de manière différée » pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour contre respectivement 3,6 et 2,3 en consultation.

Les tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation des fonctions supérieures (79%) et de l'autonomie (72%). Parmi les tests envisagés « à distance », l'évaluation des fonctions supérieures (46%) et nutritionnelle (46%) ainsi que celle de l'autonomie (40%) et le bilan neuropsychologique (40%) sont les plus fréquents.

Les spécificités selon le type de prise en charge sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tests d'évaluation gérontologique envisagés selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

Tests envisagés	Consultation				Hospitalisation de jour				Total			
	Immédiatement		à distance		Immédiatement		à distance		Immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	92	85%	27	25%	106	85%	25	20%	198	85%	52	22%
Évaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS, ...)	83	90%	11	41%	73	69%	13	52%	156	79%	24	46%
Évaluation de l'autonomie	64	70%	9	33%	78	74%	12	48%	142	72%	21	40%
Évaluation nutritionnelle	26	28%	14	52%	56	53%	10	40%	82	41%	24	46%
Bilan neuropsychologique	26	28%	9	33%	56	53%	12	48%	82	41%	21	40%
Équilibre et posture	6	7%	5	19%	50	47%	3	12%	56	28%	8	15%
Évaluation de l'humeur	30	33%	3	11%	59	56%	9	36%	89	45%	12	23%
Troubles du comportement	31	34%	1	4%	27	25%	8	32%	58	29%	9	17%
Évaluation de la douleur	10	11%			34	32%	1	4%	44	22%	1	2%
Évaluation du sommeil	23	25%	8	30%	34	32%	4	16%	57	29%	12	23%
Évaluation de la force musculaire					4	4%	1	4%	4	2%	1	2%
Examen bucco dentaire	8	9%	1	4%	13	12%	3	12%	21	11%	4	8%
Recherche d'un déficit sensoriel	26	28%			20	19%	1	4%	46	23%	1	2%
Évaluation du risque d'escarre					5	5%			5	3%		
Autres tests												

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Davantage d'examens à visée diagnostique dans un contexte d'urgence, en hospitalisation de jour

En consultation, une proportion plus élevée de patients est concernée par des examens à réaliser de manière différée (57% contre 38% en urgence) alors qu'en hospitalisation la tendance est inversée (88% en urgence contre 25% de manière différée).

En hospitalisation de jour, le nombre moyen d'examens envisagés en urgence est de 7,9 contre 3,1 en consultation, soit plus du double. A l'inverse le nombre moyen d'examens envisagés de manière différée est de 6,3 en consultation contre 4,8 en hospitalisation de jour.

Les spécificités selon le type de prise en charge et les examens prescrits sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Examens à visée diagnostique envisagés selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	Consultation				Hospitalisation de jour				Total			
	En urgence		De manière différée		En urgence		De manière différée		En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	41	38%	62	57%	110	88%	31	25%	151	65%	93	40%
1. Biologie	11	27%	55	88%	85	77%	17	55%	96	64%	72	77%
Ionogramme	9	22%	50	81%	82	75%	11	35%	91	60%	61	66%
NFS	9	22%	47	76%	82	75%	11	35%	91	60%	58	62%
VS-ORP	9	22%	47	76%	75	68%	11	35%	86	56%	58	62%
Clairance créatinine	8	20%	46	74%	75	68%	11	35%	83	55%	57	61%
ECBU	1	2%	2	3%	4	4%	1	3%	5	3%	3	3%
Hémoculture	1	2%							1	1%		
PL	1	2%	8	13%	5	5%	1	3%	6	4%	9	10%
Bilan hépatique	7	17%	21	34%	62	56%	7	23%	69	46%	28	30%
Bilan lipidique	3	7%	3	5%	31	28%			34	23%	3	3%
Bilan phosphocalcique	4	10%	26	42%	66	60%	11	35%	70	46%	37	40%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	6	15%	29	47%	73	66%	9	29%	79	52%	38	41%
TSH	7	17%	39	63%	70	64%	12	39%	77	51%	51	55%
Autres examens biologiques et sérologiques	6	15%	2	3%	6	5%	4	13%	12	8%	6	6%
2. Radiologie Imagerie endoscopie	11	27%	29	47%	53	48%	12	39%	64	42%	41	44%
Radiopulmonaire	1	2%	6	10%	17	15%	5	16%	18	12%	11	12%
Radiographies osseuses	1	2%			8	7%	2	6%	9	6%	2	2%
Autres radio					2	2%	6	19%	2	1%	6	6%
Echographie abdomino pelvienne	1	2%	2	3%	4	4%	4	13%	5	3%	6	6%
TDM ou IRM cérébrale	7	17%	21	34%	34	31%	7	23%	41	27%	28	30%
Autres TDM ou IRM	1	2%	9	15%	8	7%	2	6%	9	6%	11	12%
Ostéodensitométrie												
Endoscopie digestive							1	3%			1	1%
EEG	2	5%	1	2%	5	5%	5	16%	7	5%	8	8%
Autres investigations	1	2%			2	2%	4	13%	3	2%	4	4%
3. Examens à visée cardiologique	35	85%	33	53%	106	96%	28	84%	141	93%	59	63%
ECG	31	76%	25	40%	100	91%	7	23%	131	87%	32	34%
Echocardiographie	1	2%			6	5%	6	19%	7	5%	6	6%
Holter tensionnel							1	3%			1	1%
Holter rythmique			1	2%	3	3%	2	6%	3	2%	3	3%
Echodoppler veineux					2	2%			2	1%		
Echodoppler artériel	1	2%	3	5%	3	3%	1	3%	4	3%	4	4%
Recherche d'hypotension orthostatique	8	20%	5	8%	41	37%	6	19%	49	32%	11	12%
4. Autres types d'examens							2	6%			2	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis et des consultations spécialisées plus fréquemment prévues en hospitalisation de jour

44% des patients vus en consultation font l'objet d'une demande d'avis contre 68% en hospitalisation de jour. Parallèlement, le nombre moyen de demandes d'avis est moins élevé en consultation (1,4) qu'en hospitalisation de jour (1,9).

L'avis auprès d'un neuropsychologue est le plus fréquemment cité en consultation (60% des patients) comme en hospitalisation de jour (53%). Ensuite, les fréquences diffèrent selon le type de prise en charge. Le recours à un orthophoniste est davantage cité en consultation qu'en hospitalisation de jour (respectivement 26% contre 11%), à l'inverse le kinésithérapeute est plus souvent mentionné en hospitalisation de jour (32%) qu'en consultation (9%). Le tableau ci-contre présente les pourcentages de citations des professionnels de santé selon le type de prise en charge.

Les consultations spécialisées sont plus fréquemment prévues chez les patients en hospitalisation de jour 54% contre 32% en consultation. En revanche, le nombre moyen de consultations spécialisées prévues est de 1,2 sans différence selon le type de prise en charge.

Demandes d'avis prévues selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

Une demande d'avis est-elle prévue?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients concernés	47	44%	79	68%	126	57%
Nombre moyen d'avis	1,4		1,9		1,7	
Ergothérapeute	6	13%	18	23%	24	19%
Kinésithérapeute	4	9%	25	32%	29	23%
Psychologue	7	15%	18	23%	25	20%
Neuropsychologue	28	60%	42	53%	70	56%
Orthophoniste	12	26%	9	11%	21	17%
Diététicien	3	6%	17	22%	20	16%
Podologue						
Chirurgien dentiste	1	2%	1	1%	2	2%
Assistante sociale	4	9%	19	24%	23	18%
Psychomotricien	1	2%	1	1%	2	2%
Autre	1	2%			1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Consultations spécialisées prévues selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

Une ou des consultations spécialisées(s) est ou sont-elles prévues?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients concernés	29	32%	59	54%	88	44%
Nombre moyen de consultations	1,2		1,2		1,2	
Neurologie	8	28%	6	10%	14	16%
Cardiologie	11	38%	11	19%	22	25%
Pneumologie	1	3%	2	3%	3	3%
Psychiatrie	6	21%	7	12%	13	15%
Orthopédie			2	3%	2	2%
Gastro-entérologie			2	3%	2	2%
Rhumatologie			2	3%	2	2%
Urologie			2	3%	2	2%
Néphrologie						
ORL	4	14%	7	12%	11	13%
Ophthalmologie			2	3%	2	2%
Stomatologie						
Dermatologie	1	3%	3	5%	4	5%
Oncologie	1	3%			1	1%
Consultation mémoire	1	3%	6	10%	7	8%
Consultation gériatrique hospitalière			2	3%	2	2%
Autres chirurgies			3	5%	3	3%
Endocrinologie	1	3%	4	7%	5	6%
Hématologie	1	3%	1	2%	2	2%
Autre	1	3%	10	17%	11	12%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les recours à un avis en cardiologie, neurologie, psychiatrie et ORL sont les plus fréquents. Parmi les 11 « autres » avis spécialisés prévus, 8 correspondent à un médecin rééducateur.

Les fréquences de citations des différents spécialistes, selon le type de prise en charge, sont présentées dans le tableau précédent.

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge. Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 4,9 par patient : il est un peu plus élevé pour les patients en hospitalisation de jour (5,4) qu'en consultation (4,4). Quel que soit le type de prise en charge, la mise en place d'une nouvelle thérapeutique a concerné un peu plus du quart des patients (26%), avec en moyenne 1,2 nouveau traitement.

L'interruption d'un traitement médicamenteux est plus rare, elle concerne 8% de l'ensemble des patients et 1,3 médicaments en moyenne.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire et des psychotropes dans les traitements en cours

Quel que soit le type de prise en charge, les médicaments à visée cardio-vasculaire et les psychotropes sont les deux familles thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours.

Traitements médicamenteux	Consultation					
	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	99		24		4	
Nombre total de familles thérapeutiques	431		26		5	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	4,4		1,1		1,3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	30	30%				
2. Psychotropes	67	68%	21	88%	4	100%
3. Antiparkinsoniens	3	3%				
4. Antépileptiques	4	4%				
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	73	74%	2	8%		
6. Antidiabétiques, hypocholestéromiants, hypouricémiants	16	16%				
7. Antibiotiques	1	1%				
8. Digestif	16	16%	1	4%		
9. AINS	2	2%				
10. Corticoïdes	6	6%				
11. Suppléments	7	7%				
12. Anti-ostéoporotiques	21	21%	1	4%		
13. Incontinence urinaire	1	1%				
14. Pansements d'escarres						
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)						
16. Thyroïde	6	6%				
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	3	3%				
18. Chimiothérapie						
19. EPO						
20. Oxygénothérapie	1	1%				
21. Médicaments à visée respiratoire	1	1%				
22. Traitements adénome prostatique	2	2%				
23. Autres traitements médicamenteux	3	3%				

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients vus en consultation (nombre et %)

Source :
Enquête 2011 sur
l'activité gériatrique
– Exploitation ORS
Bretagne

Traitements médicamenteux	Hospitalisation de jour					
	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	123		34		13	
Nombre total de familles thérapeutiques	665		44		17	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	5,4		1,3		1,3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	57	46%	4	12%	1	8%
2. Psychotropes	76	62%	17	50%	13	100%
3. Antiparkinsoniens	5	4%				
4. Antipileptiques	7	6%	3	9%		
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	103	84%	6	18%	6	46%
6. Antidiabétiques, hypocholestérolémiants, hypouricémiants	25	20%			1	8%
7. Antibiotiques	2	2%				
8. Digestif	42	34%	1	3%		
9. AINS	3	2%				
10. Corticoïdes	8	7%				
11. Suppléments	13	11%	8	24%		
12. Anti-ostéoporotiques	27	22%	4	12%		
13. Incontinence urinaire	5	4%				
14. Pansements d'escarres						
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)	2	2%				
16. Thyroïde	21	17%	1	3%		
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	3	2%	1	3%		
18. Chimiothérapie						
19. EPO	2	2%				
20. Oxygénothérapie						
21. Médicaments à visée respiratoire	3	2%				
22. Traitements adénome prostatique	4	3%				
23. Autres traitements médicamenteux	12	10%	1	3%		

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients en hospitalisation de jour (nombre et %)

Source :
Enquête 2011 sur
l'activité gériatrique
– Exploitation ORS
Bretagne

Les traitements à visée cardio-vasculaire concernent 74% des patients en consultation et 84% en hospitalisation de jour et les psychotropes respectivement 68% et 62%. Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

Chez les patients vus en consultation, quatre autres classes médicamenteuses prédominent. Il s'agit des antalgiques (30%), des anti-ostéoporotiques (21%), des antidiabétiques (16%) et des traitements à visée digestive (16%). Les autres

familles thérapeutiques concernent moins d'un patient sur 10.

Chez les patients en hospitalisation de jour, six autres classes médicamenteuses prédominent : les antalgiques (46%), les traitements à visée digestive (34%), les anti-ostéoporotiques (22%), les antidiabétiques (20%), les traitements de la thyroïde (17%) et enfin, les suppléments (11%). Les autres familles thérapeutiques concernent moins de 10% des patients.

Les médicaments à visée cardio-vasculaire et les psychotropes sont les deux familles thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours

Concernant les deux classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire et les psychotropes, les traitements les plus fréquemment cités sont similaires, que les patients soient pris en charge en consultation ou en hospitalisation de jour.

Parmi les psychotropes, les antidépresseurs, les anticholinestérasiques et les benzodiazépines sont les plus cités. Pour les traitements à visée cardio-vasculaire, ce sont l'IEC ou Sartan, les antiagrégants, les diurétiques et les statines.

	Consultation					
	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	67	68%	21	88%	4	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	36	36%	3	13%	1	25%
Benzodiazépine	24	24%	1	4%	1	25%
Autres sédatifs	3	3%	1	4%	1	25%
Neuroleptiques	2	2%	1	4%		
Anticholinestérasiques	29	29%	13	54%	2	50%
Mémantine	13	13%	3	13%		
Autres psychotropes						
Médicaments à visée cardio-vasculaire	73	74%	2	8%		
Diurétiques	27	27%	1	4%		
IEC ou Sartan	41	41%				
Béta-bloquants	17	17%				
AVK	14	14%				
Antiagrégants (aspirine, plavix)	31	31%	1	4%		
Héparine	1	1%				
Antiarythmiques (dont digitaliques)	8	8%				
Inhibiteurs rénine						
inhibiteurs calciques	10	10%				
Statines	27	27%				
Anti angineux	1	1%				
Autres hypertenseurs	2	2%				
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire						

Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire chez les patients vus en consultation (nombre et %)

Source :
Enquête 2011 sur
l'activité gériatrique
– Exploitation ORS
Bretagne

	Hospitalisation de jour					
	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	76	62%	17	50%	13	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	38	31%	12	35%	3	23%
Benzodiazépine	36	29%	1	3%	2	15%
Autres sédatifs	9	7%			1	8%
Neuroleptiques	6	5%			1	8%
Anticholinestérasiques	22	18%	3	9%	2	15%
Mémantine	4	3%	1	3%		
Autres psychotropes	2	2%				
Médicaments à visée cardio-vasculaire	103	84%	6	18%	6	46%
Diurétiques	39	32%			2	15%
IEC ou Sartan	48	39%				
Béta-bloquants	32	26%	1	3%	1	8%
AVK	14	11%				
Antiagrégants (aspirine, plavix)	46	37%	2	6%	1	8%
Héparine						
Antiarythmiques (dont digitaliques)	19	15%				
Inhibiteurs rénine						
inhibiteurs calciques	19	15%	1	3%	1	8%
Statines	40	33%				
Anti angineux	7	6%			1	8%
Autres hypertenseurs	3	2%				
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	2	2%			2	1%

Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire chez les patients vus en hospitalisation de jour (nombre et %)

Source :
Enquête 2011 sur
l'activité gériatrique
– Exploitation ORS
Bretagne

L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

La prédominance du retour ou maintien à domicile

Quel que soit le type de prise en charge, 8 patients sur 10 sont orientés vers leur domicile.
Pour 14% des patients, l'hébergement en Ehpad ou dans une autre structure médico-sociale est préconisé. Pour les trois-quarts (23 sur 31) de ces patients résidents permanents d'EHPAD, il s'agit de retours dans leur établissement.

Parmi les 8 patients pour lesquels une hospitalisation est souhaitée, 3 sont orientés vers un service de court séjour gériatrique, 2 vers un service de court séjour, 2 vers une unité cognitivo-comportementale et 1 patient retourne dans le service de court séjour gériatrique qui l'avait initialement adressé.

Orientation souhaitée après la prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

à l'issue de la prise en charge en consultation ou en hôpital de jour, quelle est l'orientation souhaitée?	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hospitalisation	5	5%	3	3%	8	4%
Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale	12	11%	19	16%	31	14%
Retour ou maintien à domicile	88	84%	98	82%	186	83%
Total	105	100%	120	100%	225	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

» Quel que soit le type de prise en charge,
8 patients sur 10 sont orientés
vers leur domicile

Modalités de suivi préconisé dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à domicile selon le type de prise en charge en consultation et HDJ (nombre et %)

	Consultation		Hospitalisation de jour		Total	
Nombre de patients orientés vers le domicile	88		98		186	
Nombre total de modalités de suivi préconisé	231		263		494	
Nombre moyen de modalités de suivi par patient	2,6		2,7		2,7	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Suivi par vous-même	74	84%	75	77%	149	80%
Médecin généraliste	78	89%	66	67%	144	77%
Médecin spécialiste	16	18%	33	34%	49	26%
Soins paramédicaux	8	9%	14	14%	22	12%
SSIAD	7	8%	9	9%	16	9%
Prise en charge psychologique	4	5%	4	4%	8	4%
Prise en charge sociale	8	9%	15	15%	23	12%
Prise en charge par un réseau gériatologique	2	2%	5	5%	7	4%
Prise en charge par une équipe mobile gériatrique			2	2%	2	1%
Hospitalisation de jour gériatrique	11	13%	29	30%	40	22%
HAD						
Coordination avec le CLIC	7	8%	4	4%	11	6%
Autre	16	18%	7	7%	23	12%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

L'accompagnement par un suivi médical

Globalement, les patients orientés vers leur domicile vont bénéficier d'un suivi conjoint. Les gériatres préconisent qu'il soit réalisé par le médecin qui a effectué la prise en charge du patient (dans 80% des cas), par le médecin traitant (77%) et dans une moindre mesure par un médecin spécialiste (26%).

Quelques spécificités sont observées selon le type de prise en charge.

Le suivi par un médecin spécialiste est plus fréquent en hospitalisation de jour (34% contre 18% des patients vus en consultation), à l'inverse le suivi par le gériatre ou par le médecin traitant est un peu plus souvent cité en consultation respectivement 84% et 89% contre 77% et 67% qu'en hospitalisation de jour. Par ailleurs, dans le cadre de l'hospitalisation de jour, les gériatres préconisent la poursuite de la prise en charge dans ce segment d'activité, pour 30% des patients. ▀

» Dans le cadre de l'hospitalisation de jour, les gériatres préconisent la poursuite de la prise en charge

Activité de court séjour gériatrique

Pour ce segment d'activité, 254 questionnaires ont été renseignés par les gériatres participants à l'enquête. Cet effectif peut varier selon les variables analysées lorsque la question n'a pas été renseignée.

Caractéristiques des patients

Une population âgée et majoritairement féminine

Les patients sont âgés de 85 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (85 ans contre 84 ans). Les deux tiers des patients sont des femmes (65%).

La prédominance féminine progresse avec l'âge. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes passe de 44% avant 75 ans à 69% à partir de 85 ans et plus.

Une activité de court séjour gériatrique en majorité de proximité

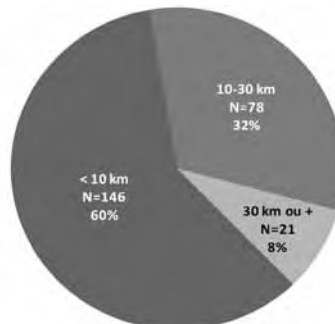
6 patients sur 10 résident à moins de 10 kilomètres de leur lieu de prise en charge. Près du tiers des patients (32%) vit dans un rayon de 10 à 30 kilomètres et moins d'un patient sur 10 (8%) sont domiciliés à plus de 30 kilomètres.

Les patients selon le sexe et l'âge en court séjour gériatrique (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<75 ans	9	56%	7	44%	16	100%
75-84 ans	36	38%	59	62%	95	100%
85 ans et +	44	31%	96	69%	140	100%
Total	89	35%	162	65%	251	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients selon la distance au lieu de résidence en court séjour gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Des patients qui vivent à leur domicile

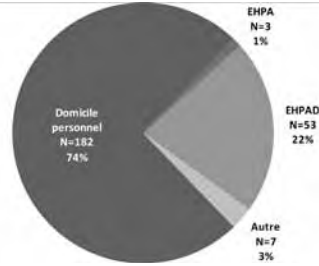
Les trois quarts des patients (74%) vivent à leur domicile. Près du quart (23%) est accueilli dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, il s'agit pour l'essentiel d'établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Une minorité de patients (N= 7, soit 3%) réside dans d'autres lieux : 4 patients vivent chez un membre de leur famille, 2 sont accueillies dans un établissement psychiatrique et un patient vit à l'hôtel.

Une majorité de personnes en situation de veuvage

La majorité des patients pris en charge en court séjour gériatrique (58%) est en situation de veuvage, et 3 patients sur 10 (31%) sont mariés ou en couple, les situations de célibat et de divorce ou séparation sont moins fréquentes et concernent respectivement 8% et 3% des patients. Globalement, la répartition des patients en court séjour gériatrique selon la situation familiale est proche de celle observée en population générale chez les 65 ans et plus (cf. Page 159).

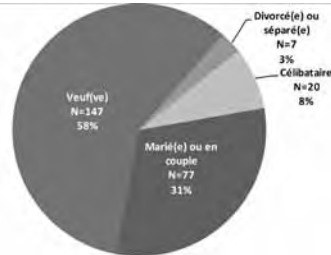
La situation familiale influe sur le fait de vivre seul ou pas. L'ensemble des personnes mariées ou en couple déclarent ne pas vivre seules alors que pour les autres situations familiales, elles sont plus de 8 sur 10 à déclarer vivre seules.

Répartition des patients selon leur lieu de vie habituel en court séjour gériatrique (nombre et %)



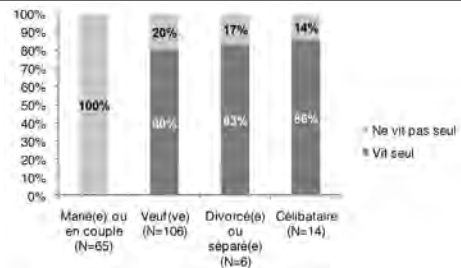
Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients selon la situation familiale en court séjour gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Situation familiale selon le mode de vie en court séjour gériatrique (nombre et %)

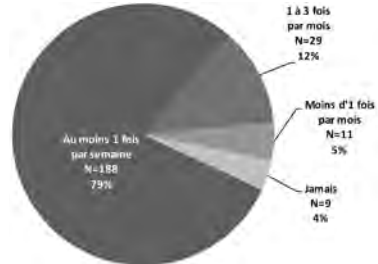


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

Près de 8 patients sur 10 (79%) sont entourés par un proche au moins une fois par semaine. Pour 12% des patients, l'entourage familial ou amical est présent entre 1 et 3 fois par mois, pour 5%, la fréquence des visites est inférieure à 1 fois par mois et pour 4% des patients, l'entourage n'est jamais présent.

Présence de l'entourage familial ou amical en court séjour gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des patients majoritairement dépendants

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 254 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 50 d'entre eux, soit pour 1 questionnaire sur 5 (20%). Au regard de ces données, **il importe de noter que la répartition des GIR présentée n'est pas représentative** et ne témoigne pas du niveau de dépendance de l'ensemble des patients pris en charge par le segment d'activité « Court séjour gériatrique ». Ces résultats sont donnés à titre informatif.

Les GIR des patients en court séjour gériatrique (nombre et %)

GIR	Effectif	%
1	9	18
2	23	46
3	4	8
4	6	12
5	3	6
6	5	10
Total	50	100

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

64% des patients sont classés dans les GIR 1 et 2, soit une majorité de patients dépendants. Les GIR 3 et 4 concernent 20% des patients, soit 1 patient sur 5 pouvant être considéré comme moyennement dépendant. Les GIR 5 et 6 regroupent 16% des patients classés comme étant autonomes.

La prise en charge

Une surreprésentation des prises en charge en CHU

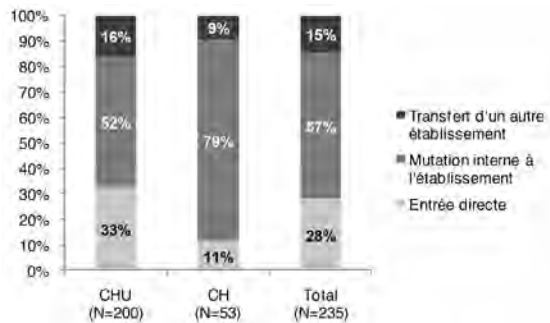
Le mode de recrutement des gériatres pour l'enquête (67% d'entre eux exercent dans un CHU) influence fortement le lieu de prise en charge du patient : près de 8 patients sur 10 (79%) ont été pris en charge dans un CHU contre 21% dans un Centre Hospitalier (CH).

Une majorité d'entrée par mutation interne, davantage dans les CH

Globalement, près de 6 patients sur 10 (57%) sont entrés par mutation interne dans le service de court séjour gériatrique, 28% par entrée directe et 15% ont été transférés d'un autre établissement.

Les modes d'entrée varient selon le type d'établissement de prise en charge. Les entrées directes sont 3 fois plus fréquentes dans les CHU que dans les CH (33% contre 11%), les transferts concernent davantage de patients dans les CHU que dans les CH (16% contre 9%) et à l'inverse les mutations internes sont proportionnellement plus nombreuses dans les CH (79% contre 52% dans les CHU).

Mode d'entrée en court séjour gériatrique selon le type d'établissement de prise en charge (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des entrées directes adressées majoritairement par un médecin généraliste

7 patients sur 10 sont adressés par leur médecin traitant, plus d'un patient sur 10 (13%) par un Ehpad non hospitalier. Parmi les autres modes d'entrée directe (13%) les patients adressés par des médecins spécialistes hospitaliers (6 patients sur 9) sont les plus nombreux.

Mode d'adressage des entrées directes en court séjour gériatrique (nombre et %)

Qui vous a adressé le patient ?	Effectif	%
Médecin généraliste	50	70%
Médecin spécialiste libéral	1	1%
EHPAD non hospitalier	9	13%
A la demande de la famille	2	3%
Autre entrée directe	9	13%
Total	71	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Des patients qui proviennent fréquemment des services d'urgences

Les deux tiers des patients qui font l'objet d'une mutation interne à l'établissement viennent du service des urgences, 15% d'une zone d'hospitalisation de très courte durée (ZTCD), 11 % sont en provenance d'un service de court séjour non gériatrique. 38 % des patients transférés d'un autre établissement proviennent du service des urgences, 27% d'un service de court séjour non gériatrique et 16% sont issus de la zone d'hospitalisation de très courte durée (ZTCD).

Service hospitalier de provenance des patients entrés par mutation ou transfert en court séjour gériatrique (nombre et %)

Dans quel service était hospitalisé le patient?	Mutation interne à l'établissement		Transfert d'un autre établissement	
	Effectif	%	Effectif	%
Aux urgences	96	67%	14	38%
En ZTCD	21	15%	6	16%
En HDJ gériatrique	1	1%		
En court séjour non gériatrique	16	11%	10	27%
En SSR gériatrique	2	1%	1	3%
En SSR non gériatrique			2	5%
En EHPAD			3	8%
Autre	8	6%	1	3%
Total	144	100%	37	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

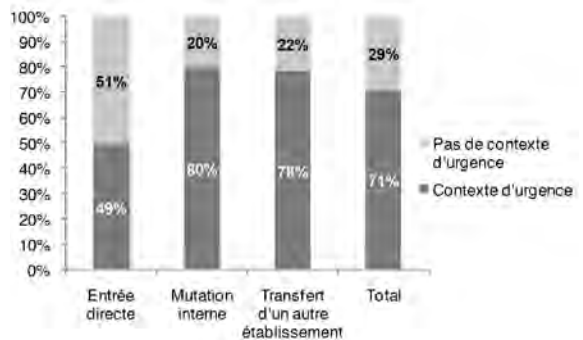


Près de 8 patients sur 10 ont été pris en charge dans un CHU

Une activité majoritairement non programmée

Globalement, 7 patients sur 10 sont pris en charge dans un contexte d'urgence. Cette caractéristique diffère selon le type d'entrée. Les patients qui font l'objet d'une entrée directe sont proportionnellement moins nombreux (49 %) à être pris en charge dans un contexte d'urgence que les patients entrés par mutation (80 %) ou transfert (78 %).

Contexte d'urgence selon le type d'entrée en court séjour gériatrique (nombre et %)

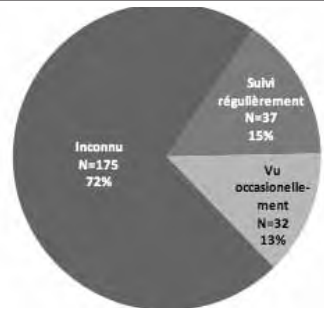


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une majorité de patients inconnus

La majorité des patients (72%) sont pris en charge pour la première fois par le service de court séjour gériatrique, 15% des patients sont suivis régulièrement et 13% sont vus occasionnellement.

Répartition des patients selon la nature du suivi en court séjour gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

La nécessité d'une prise en charge globale pour la moitié des patients

Plus de la moitié (52%) des patients sont adressés en court séjour gériatrique pour une prise en charge globale, 44% pour un avis diagnostique et 38% pour un avis thérapeutique.

Les motifs généraux d'adressage en court séjour gériatrique (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre de patients	108	
Nombre moyen de motifs	1,06	
Un avis diagnostique	112	44%
Un avis thérapeutique	96	38%
Un geste technique	7	3%
Suivi d'une pathologie connue	13	5%
Une prise en charge globale	131	52%
Autre motif d'adressage	24	9%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

» 52% des patients sont adressés en court séjour gériatrique pour une prise en charge globale...

Des motifs de prise en charge variés

Pour la quasi-totalité des patients (97%), les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,2 motif par patient).

Globalement, les cinq motifs les plus fréquemment cités concernent les chutes pour 14% des patients, les maladies pneumologiques (11%), les maladies cardio-vasculaires (10%), une altération de l'état

général (8%) et les maladies neurologiques pour 8% des patients (dont 5% de patients dans un contexte d'accident vasculaire cérébral).

Au moins un de ces cinq motifs principaux est présent chez près de la moitié des patients (48%).

Les autres motifs, de fréquence moins importante, se répartissent entre différentes symptomatologies hématologiques, néoplasiques, métaboliques, psychiatriques, infectieuses ...

» Pour 97 % des patients les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge...

Les cinq motifs principaux les plus fréquemment rencontrés en court séjour gériatrique (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre total de patients	254	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	246	97%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 5 principaux motifs les plus fréquemment cités	117	48%
Les cinq principaux motifs cités		
Chute	35	14%
Maladies pneumologiques	27	11%
Maladies cardio-vasculaires	24	10%
Altération de l'état général	19	8%
Maladies neurologiques	19	8%
Dont Accident vasculaire cérébral	13	5%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 6,2 pathologies par patient ont été indiquées.

Les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes (plus de 8 patients sur 10) suivies par les affections neurologiques (les deux tiers des patients), les pathologies endocrino-métaboliques (54%) et urologiques (45%).

Parmi les affections cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle est la plus fréquente et touche près des deux tiers des patients (63%).

Parmi les maladies neurologiques, le syndrome démentiel atteint 41% des patients. Parmi les pathologies endocrino-métaboliques, la dénutrition est la plus fréquente et concerne un quart des patients (24%).

S'agissant des pathologies urologiques, l'insuffisance rénale chronique comprise entre 30 et 60 ml/min est la plus fréquente et touche 1 patient sur 5 (20%).

Dans les tableaux ci-contre, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



Comorbidités 1: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en court séjour gériatrique (nombre et %)

Comorbidités	Court séjour gériatrique	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	254	100%
Nombre total de comorbidités citées	1575	
Nombre moyen de comorbidités par patient	6,2	
	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	211	83%
Hypertension artérielle	160	63%
Hypotension orthostatique	8	3%
Troubles du rythme (FA...)	78	31%
Insuffisance cardiaque	50	20%
Coronaropathie	50	20%
Thrombose veineuse profonde (TVP)	10	4%
Embolie pulmonaire	7	3%
Lymphoedème, insuffisance veineuse	12	5%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	17	7%
Autres pathologies cardio-vasculaires	7	3%
2. Neurologie	171	67%
Malaises, perte de connaissance	10	4%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	49	19%
Syndrome confusionnel	40	16%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée	20	8%
Maladie de Parkinson	6	2%
Syndrome démentiel	104	41%
Instabilité posturale/chute	46	18%
Autres pathologies neurologiques		
3. Psychiatrie	84	33%
Etat dépressif	66	26%
Psychose	11	4%
Trouble du comportement productif	13	5%
Autres pathologies psychiatriques	1	0%
4. Pneumologie	19	7%
BPCO	14	6%
Insuffisance respiratoire chronique	10	4%
Autres pathologies pneumologiques	4	2%
5. Infectiologie	56	22%
Infection urinaire basse	9	4%
Pyélonéphrite	13	5%
Pneumopathie	23	9%
Infection broncho-pulmonaire	10	4%
Sepsis	11	4%
Autre infectiologie	2	1%
6. Dermatologie	33	13%
Escarre	23	9%
Trouble trophique d'origine veineuse	9	4%
Autres pathologies dermatologiques	2	1%
7. Rhumatologie	70	28%
Pathologie disco-vertébrale	21	8%
Coxarthrose	12	5%
Gonarthrose	8	3%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	33	13%
Autres pathologies rhumatologiques	4	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Comorbidités 2: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en court séjour gériatrique (nombre et %)

Comorbidités	Court séjour gériatrique	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	254	100%
Nombre total de comorbidités citées	1575	
Nombre moyen de comorbidités par patient	6,2	
	Effectif	%
8. Gastro-entérologie	83	33%
Reflux gastro-oesophagien	17	7%
Constipation	54	21%
Fécalome	14	6%
Incontinence anale	5	2%
Autres pathologies gastro-entérologiques	9	4%
9. Endocrino-métabolisme	137	54%
Troubles de l'hydratation	37	15%
Diabète	48	19%
Dysthyroïdie	32	13%
Dénutrition	62	24%
Autres pathologies endocrinocriennes et métaboliques		
10. Uro-néphrologie	115	45%
Incontinence vésicale	25	10%
Insuffisance rénale chronique CL > 60 ml/min	33	13%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min < CL < 60ml/min	50	20%
Insuffisance rénale chronique CL < 30 ml/min	18	7%
Autres pathologies urologiques	6	2%
11. Hématologie	63	25%
Anémie	61	24%
Dysglobulinémie	2	1%
Hémopathie maligne	5	2%
Autres pathologies hématologiques	2	1%
12. Cancérologie	36	14%
Sein	11	4%
Prostate	10	4%
Colon	4	2%
Poumon	5	2%
Autres cancers	8	3%
13. Ophtalmologie	27	11%
Glaucome chronique	6	2%
DMLA	5	2%
Cataracte	17	7%
Autres pathologies ophtalmologiques		
14. Syndrome d'immobilisation	27	11%
15. Soins palliatifs	20	8%
16. Accompagnement de fin de vie	8	3%
17. Traumatologie		
18. Autres pathologies	1	0%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gériatologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il prend en charge le patient dans le service de court séjour gériatrique.

Tests d'évaluation gériatologique : des outils cliniques largement utilisés

Pour l'essentiel des patients (94%), le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » d'au moins un test d'évaluation gériatologique dans le cadre de la prise en charge actuelle. Pour plus de la moitié des patients (57%), cette prescription est envisagée « à distance ».

En moyenne, 4,5 tests sont envisagés « immédiatement » et 3,3 « de manière différée ».

Les tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation de la douleur (83%), du risque d'escarre (58%), nutritionnelle (53%) et de l'autonomie (51%). Parmi les tests envisagés « à distance », l'évaluation des fonctions supérieures (64%) de l'autonomie (52%) et le bilan neuropsychologique (40%) sont les plus fréquents.

Les fréquences de prescription des différents tests sont détaillées dans le tableau ci-contre.

Tests d'évaluation gériatologique envisagés en court séjour gériatrique (nombre et %)

Tests envisagés	Immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	240	94%	146	57%
Nombre moyen de tests par patient	4,5		3,3	
Evaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS,...)	71	30%	94	64%
Evaluation de l'autonomie	122	51%	76	52%
Evaluation nutritionnelle	126	53%	50	34%
Bilan neuropsychologique	6	3%	59	40%
Equilibre et posture	53	22%	43	29%
Evaluation de l'humeur	67	28%	37	25%
Troubles du comportement	65	27%	19	13%
Evaluation de la douleur	199	83%	6	4%
Evaluation du sommeil	113	47%	15	10%
Evaluation de la force musculaire	12	5%	22	15%
Examen bucco-dentaire	54	23%	19	13%
Recherche d'un déficit sensoriel	36	15%	24	16%
Evaluation du risque d'escarre	139	58%	21	14%
Autres tests	5	2%	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Pour 94 % des patients le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » d'au moins un test d'évaluation gériatologique...

Davantage d'examens à visée diagnostique dans un contexte d'urgence

Pour l'essentiel des patients pris en charge dans un service de court séjour gériatrique (94%), les examens à visée diagnostique sont envisagés en urgence, et pour 6 patients sur 10 de manière différée.

Le nombre moyen d'examens envisagés en urgence est de 9,6 contre 4,3 de manière différée, soit plus du double.

Pour la quasi-totalité des patients (97%), les examens de biologie sont réalisés en urgence contre 51% de manière différée.

Les examens de radiologie, imagerie et endoscopie sont prescrits à 7 patients sur 10 en urgence et à un peu plus de la moitié (52%) de manière différée.

Les examens à visée cardiologique sont envisagés pour plus de 8 patients sur 10 (82%) en urgence et pour plus de 7 sur 10 (73%) de manière différée.

Le détail des examens prescrits figure dans le tableau ci-contre.

Examens à visée diagnostique envisagés en court séjour gériatrique (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	240	94%	153	60%
Nombre moyen d'examens par patient	9,6		4,3	
1. Biologie	233	97%	78	51%
Ionogramme	233	97%	19	12%
NFS	233	97%	18	12%
VS-CRP	230	96%	19	12%
Clairance créatinine	214	89%	17	11%
ECBU	86	36%	8	5%
Hémoculture	41	17%	5	3%
PL	3	1%	4	3%
Bilan hépatique	160	67%	33	22%
Bilan lipidique	40	17%	9	6%
Bilan phosphocalcique	163	68%	33	22%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	168	70%	56	37%
TSH	172	72%	57	37%
Autres examens biologiques et sérologiques	21	9%	6	4%
2. Radiologie imagerie endoscopie	168	70%	79	52%
Radio pulmonaire	120	50%	56	37%
Radiographies osseuses	29	12%	16	10%
Autres radios	30	13%	30	20%
Echographie abdomino pelvienne	12	5%	22	14%
TDM ou IRM cérébrale	56	23%	38	25%
Autres TDM ou IRM	18	8%	20	13%
Ostéodensitométrie	1	0%	5	3%
Endoscopie digestive	10	4%	20	13%
EEG	33	14%	28	18%
Autres investigations	2	1%	2	1%
3. Examens à visée cardiologique	196	82%	111	73%
ECG	192	80%	22	14%
Echocardiographie	8	3%	35	23%
Holter tensionnel			7	5%
Holter rythmique	5	2%	23	15%
Echodoppler veineux	3	1%	13	8%
Echodoppler artériel	2	1%	14	9%
Recherche d'hypotension orthostatique	26	11%	25	16%
4. Autres types d'examens	1	0%	3	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis en kinésithérapie pour plus de 7 patients sur 10

71% des patients pris en charge dans un service de court séjour gériatrique font l'objet d'une demande d'avis, et le nombre moyen d'avis est de 1,8.

Pour plus de 7 patients sur 10 (73%), la demande d'avis est prévue auprès d'un kinésithérapeute, pour 47% d'un diététicien et pour 27% auprès d'un ergothérapeute. L'avis d'un psychologue est requis dans 13% des cas.

Demandes d'avis prévues en court séjour gériatrique (nombre et %)

Une demande d'avis est-elle prévue?	Effectif	%
Nombre de patients concernés	171	71%
Nombre moyen d'avis	1,8	
Ergothérapeute	46	27%
Kinésithérapeute	124	73%
Psychologue	23	13%
Neuropsychologue	9	5%
Orthophoniste	12	7%
Diététicien	81	47%
Podologue	6	4%
Chirurgien dentiste	1	1%
Assistante sociale	1	1%
Psychomotricien		
Autre		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Plus de la moitié des patients nécessite une consultation spécialisée

Pour plus de la moitié des patients (54%), il est prévu au moins une consultation spécialisée. Le nombre moyen de consultations est de 1,2 par patient.

Les quatre spécialités médicales les plus fréquemment citées sont la neurologie (23%), la cardiologie (15%), la psychiatrie (11%) et la gastro-entérologie (10%).

Consultations spécialisées prévues en court séjour gériatrique (nombre et %)

Une ou des consultations spécialisées est ou sont-elles prévues?	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins une consultation a été envisagée	124	54%
Nombre moyen de consultations par patient	1,2	
Neurologie	28	23%
Cardiologie	18	15%
Pneumologie	2	2%
Psychiatrie	14	11%
Orthopédie	7	6%
Gastro-entérologie	12	10%
Rhumatologie	4	3%
Urologie	4	3%
Néphrologie	5	4%
ORL	5	4%
Ophthalmologie	5	4%
Stomatologie	1	1%
Dermatologie	2	2%
Oncologie	9	7%
Consultation mémoire	4	3%
Consultation gériatrique hospitalière	9	7%
Autres chirurgies	6	5%
Endocrinologie	7	6%
Hématologie	2	2%
Autre	8	5%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge.

Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 5,1 par patient. La mise en place d'une nouvelle thérapeutique a concerné 6 patients sur 10, avec en moyenne 2,6 nouveaux traitements. L'interruption d'un traitement médicamenteux est un peu moins fréquente, elle concerne 43% de l'ensemble des patients et 1,8 médicament en moyenne.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire dans les traitements en cours

Les médicaments à visée cardio-vasculaire, les psychotropes et les antalgiques sont les

trois familles thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours.

Les traitements à visée cardio-vasculaire concernent 86% des patients, les psychotropes et les antalgiques 48% des patients chacun.

Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus en court séjour gériatrique par grandes familles thérapeutiques (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	241		144		103	
Nombre total de familles thérapeutiques	1218		376		190	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	5,1		2,6		1,8	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Antalgiques	115	48%	51	35%	8	8%
Psychotropes	116	48%	37	26%	103	100%
Antiparkinsoniens	7	3%			2	2%
Antiépileptiques	32	13%	4	3%	3	3%
Médicaments à visée cardio-vasculaire	207	86%	55	38%	55	53%
Antidiabétiques, hypocholestérolémiants, hypouricémiants	35	15%	6	4%	11	11%
Antibiotiques	34	14%	29	20%	3	3%
Digestif	97	40%	34	24%	6	6%
AINS					3	3%
• Corticoïdes	11	5%	5	3%		
• Suppléments	26	11%	48	33%	4	4%
• Anti-ostéoporotiques	24	10%	15	10%	3	3%
• Incontinence urinaire	12	5%	1	1%	2	2%
• Pansements d'escarres	13	5%	9	6%		
• Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)						
• Thyroïde	34	14%	2	1%	1	1%
• Hormonothérapie (sein, prostate)	10	4%				
• Chimiothérapie	1	0%				
• EPO	4	2%	1	1%		
• Oxygénothérapie	20	8%	20	14%	4	4%
• Médicaments à visée respiratoire	4	2%	2	1%		
• Traitements adénome prostatique	1	0%				
• Autres traitements médicamenteux	18	7%	13	9%	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

**Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire
en court séjour gériatrique (nombre et %)**

	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	116	48%	37	26%	103	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	53	22%	11	8%	14	14%
Benzodiazépine	57	24%	18	13%	9	9%
Autres sédatifs	18	7%	6	4%	6	6%
Neuroleptiques	24	10%	7	5%	19	18%
Anticholinestérasiques	6	2%			7	7%
Mémantine	8	3%			7	7%
Autres psychotropes			1	1%		
Médicaments à visée cardio-vasculaire	207	86%	55	38%	55	53%
Diurétiques	66	27%	9	6%	16	16%
IEC ou Sartan	86	36%	3	2%	10	10%
Béta-bloquants	59	24%	10	7%	4	4%
AVK	37	15%	7	5%	8	8%
Antiagrégants (aspirine, plavix)	82	34%	6	4%	11	11%
Héparine	52	22%	24	17%	1	1%
Antiarythmiques (dont digitaliques)	24	10%	2	1%	5	5%
Inhibiteurs rénine						
inhibiteurs calciques	40	17%	6	4%	4	4%
Statines	33	14%	7	5%	7	7%
Anti angineux	3	1%	1	1%		
Autres hypertenseurs					2	2%
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	5	2%			4	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Concernant les deux classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire et les psychotropes, les traitements en cours au moment de la prise en charge du patient les plus fréquemment cités sont :

- Parmi les psychotropes : les benzodiazépines, les antidépresseurs et les neuroleptiques.
- Pour les traitements à visée cardio-vasculaire : l'IEC ou Sartan, les antiagrégants, les diurétiques, les bêta-bloquants et l'héparine.

» Les médicaments à visée cardio-vasculaire, les psychotropes et les antalgiques sont les trois familles thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours...

L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

Plus du tiers des patients requièrent un accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante

A l'issue de la prise en charge en court séjour gériatrique, un peu moins de la moitié des patients (45%) peut être maintenu ou retourner à son domicile.

Plus du tiers nécessite un accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'essentiel des patients (96%) orientés vers un Ephpad justifie d'un hébergement permanent. Pour plus de la moitié (56%) de ces patients, résidents permanents d'EHPAD, il s'agit de retours dans l'établissement.

Un patient sur cinq reste hospitalisé. Pour plus des deux tiers (68%) des patients concernés, l'hospitalisation est envisagée dans un service de soins de suite et de réadaptation non gériatrique.

L'accompagnement au domicile par le médecin traitant

Les gériatres préconisent que les patients orientés vers leur domicile bénéficient d'un suivi par le médecin traitant (96%) et dans une moindre mesure par un médecin spécialiste (29%) et par le gériatre qui a effectué la prise en charge en court séjour gériatrique (17%).

Pour 34% des patients, le service de soins infirmiers à domicile est sollicité et pour 30% des soins paramédicaux sont souhaités. Une prise en charge sociale est également mentionnée dans 29% des cas.

Orientation souhaitée après la prise en charge en court séjour gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Modalités de suivi préconisé dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à domicile à l'issue de la prise en charge en court séjour gériatrique (nombre et %)

Nombre de patients orientés vers le domicile	113	
Nombre total de modalités de suivi préconisé	303	
Nombre moyen de modalités de suivi par patient	2,7	
	Effectif	%
Suivi par vous-même	19	17%
Médecin généraliste	109	96%
Médecin spécialiste	33	29%
Soins paramédicaux	34	30%
SSIAD	38	34%
Prise en charge psychologique	4	4%
Prise en charge sociale	29	26%
Prise en charge par un réseau gériatrique	13	12%
Prise en charge par une équipe mobile gériatrique		
Hospitalisation de jour gériatrique	7	6%
HAD	2	2%
Coordination avec le CLIC	11	10%
Autre	4	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Activité de SSR gériatrique

Pour ce segment d'activité, 207 questionnaires ont été renseignés par les gériatres participants à l'enquête. Cet effectif peut varier selon les variables analysées lorsque la question n'a pas été renseignée.

Caractéristiques des patients

Une population âgée et majoritairement féminine

Les patients sont âgés de 83 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (83 ans contre 82 ans).

Les deux tiers des patients sont des femmes (62%).

La prédominance féminine progresse avec l'âge. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes passe de 45% avant 75 ans à 65% à partir de 85 ans et plus.

Une activité de SSR gériatrique en majorité de proximité

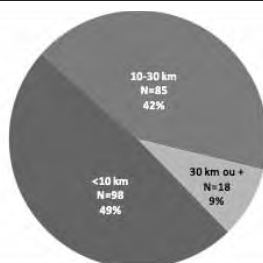
La moitié (49%) des patients résident à moins de 10 kilomètres de leur lieu de prise en charge. 42% des patients vivent dans un rayon de 10 à 30 kilomètres et moins d'un patient sur 10 (9%) est domicilié à plus de 30 kilomètres.

Les patients selon le sexe et l'âge en SSR gériatrique (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<75 ans	16	55%	13	45%	29	100%
75-84 ans	32	36%	57	64%	89	100%
85 ans et +	31	35%	57	65%	88	100%
Total	79	38%	127	62%	206	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients selon la distance au lieu de résidence en SSR gériatrique (nombre et %)

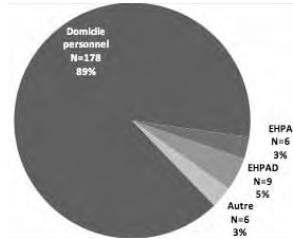


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des patients qui vivent à leur domicile

Près de 9 patients sur 10 (89%) vivent à leur domicile. 8% sont accueillis dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, il s'agit majoritairement d'établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Une minorité de patients (N= 6, soit 3%) réside dans d'autres lieux, principalement chez un membre de leur famille ou chez un ami.

Répartition des patients selon leur lieu de vie habituel en SSR gériatrique (nombre et %)

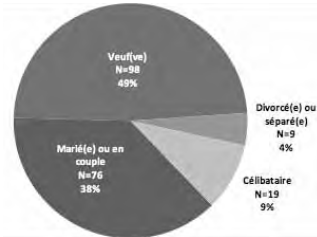


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

La moitié des personnes en situation de veuvage

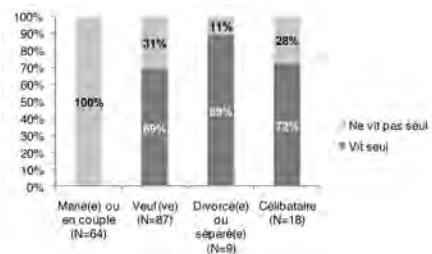
Près de la moitié des patients pris en charge en SSR gériatrique (49%) est en situation de veuvage, et 4 patients sur 10 (38%) sont mariés ou en couple, les situations de célibat et de divorce ou séparation sont moins fréquentes et concernent respectivement 9% et 4% des patients. Globalement, la répartition des patients en SSR gériatrique selon la situation familiale diffère peu de celle observée en population générale chez les 65 ans et plus (cf. Page 159).

Répartition des patients selon la situation familiale en SSR gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Situation familiale selon le mode de vie en SSR gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

La situation familiale influe sur le fait de vivre seul ou pas. L'ensemble des personnes mariées ou en couple déclarent ne pas vivre seules alors que pour les autres situations familiales, la majorité déclare vivre seule.

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

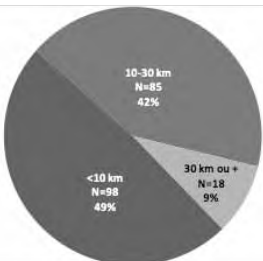
Près de 9 patients sur 10 (88%) sont entourés par un proche au moins une fois par semaine. Pour 7% des patients, l'entourage familial ou amical est présent entre 1 et 3 fois par mois, pour 3%, la fréquence des visites est inférieure à 1 fois par mois et pour 2% des patients, l'entourage n'est jamais présent.

4 patients sur 10 sont fortement dépendants et la moitié l'est moyennement

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 207 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 110 d'entre eux, soit pour un peu plus de la moitié des questionnaires (53%). Au regard de ces données, **il importe de noter que la répartition des GIR présentée n'est pas représentative** et ne témoigne pas du niveau de dépendance de l'ensemble des patients pris en charge par le segment d'activité « SSR gériatrique ». Ces résultats sont donnés à titre informatif.

39% des patients sont classés dans les GIR 1 et 2, soit 4 patients sur 10 fortement dépendants. Les GIR 3 et 4 concernent 48% des patients, soit la moitié des patients pouvant être considérés comme moyennement dépendant. Les GIR 5 et 6 regroupent 12% des patients classés comme étant autonomes.

Présence de l'entourage familial ou amical en SSR gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les GIR des patients en SSR gériatrique (nombre et %)

GIR	Effectif	%
1	8	7%
2	35	32%
3	29	26%
4	24	22%
5	7	6%
6	7	6%
Total	110	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

La prise en charge

Une surreprésentation des prises en charge en CHU

Le mode de recrutement des gériatres pour l'enquête (67% d'entre eux exercent dans un CHU) influence fortement le lieu de prise en charge du patient : près des deux tiers des patients (62%) ont été pris en charge dans un CHU, 25% dans un Centre Hospitalier (CH) et 13% en clinique.

Une majorité d'entrée par mutation interne, davantage en CHU et en CH

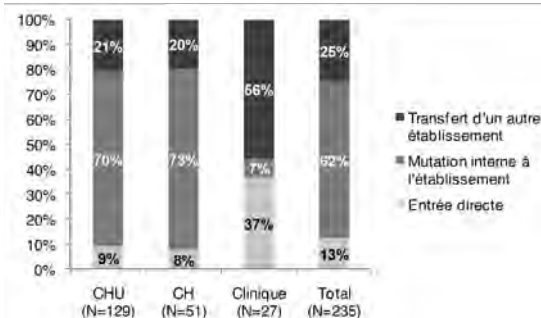
Globalement, plus de 6 patients sur 10 (62%) sont entrés par mutation interne dans le service SSR gériatrique, 13% par entrée directe et 25% ont été transférés d'un autre établissement.

Les modes d'entrée varient selon le type d'établissement de prise en charge. Les entrées directes sont plus fréquentes dans les cliniques qu'en CHU ou en CH (respectivement 37% contre 9% et 8%), les transferts concernent davantage de patients dans les cliniques qu'en CHU ou en CH (respectivement 56% contre 21% et 20%) et à l'inverse les mutations internes sont 10 fois plus nombreuses dans les CHU et dans les CH (respectivement 70% et 73% contre 7% en clinique).

Des entrées directes adressées en majorité par un médecin généraliste

Plus de la moitié des patients (52%) sont adressés par leur médecin traitant. Près de 3 patients sur 10 (28%) font l'objet d'une « autre entrée directe » qui relève essentiellement de médecins spécialistes hospitaliers (6 patients sur 7). 16% des patients sont pris en charge à la demande de la famille.

Mode d'entrée en SSR gériatrique selon le type d'établissement de prise en charge (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Mode d'adressage des entrées directes en SSR gériatrique (nombre et %)

Qui vous a adressé le patient ?	Effectif	%
Médecin généraliste	13	52%
Médecin spécialiste libéral	1	4%
A la demande de la famille	4	16%
Autre entrée directe	7	28%
Total	25	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Dans quel service était hospitalisé le patient?	Mutation interne à l'établissement		Transfert d'un autre établissement	
	Effectif	%	Effectif	%
Aux urgences	2	2%	1	2%
En ZTC	1	1%		
En court séjour non gériatrique	79	62%	45	87%
En court séjour gériatrique	45	35%	2	4%
En EHPAD			1	2%
Autre	1	1%	3	6%
Total	128	100%	52	100%

Service hospitalier de provenance des patients entrés par mutation ou transfert en SSR gériatrique (nombre et %)

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Plus de 6 mutations sur 10 et près de 9 transferts sur 10 en provenance d'un service de court séjour non gériatrique

Près des deux tiers (62%) des patients faisant l'objet d'une mutation interne à l'établissement viennent d'un service de court séjour non gériatrique et plus du tiers restant (35%) du service de court séjour gériatrique.

87% des patients transférés d'un autre établissement proviennent du service de court séjour non gériatrique, les autres transferts sont minoritaires (tableau ci-dessus).

Une activité essentiellement programmée

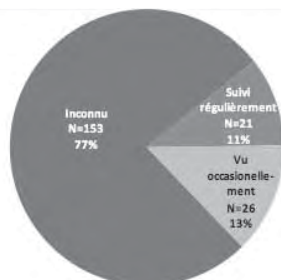
Sans différence selon le type d'entrée, seul 1 patient sur 10 est pris en charge dans un contexte d'urgence.

Une majorité de patients inconnus

La majorité des patients (77%) sont pris en charge pour la première fois par le service de SSR gériatrique, 11% des patients sont suivis régulièrement et 13% sont vus occasionnellement.

87% des patients transférés d'un autre établissement proviennent du service de court séjour non gériatrique

Répartition des patients selon la nature du suivi en SSR gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une prise en charge suite à une affection médicale aiguë pour plus de la moitié des patients

Plus de la moitié des patients (56%) sont adressés en SSR gériatrique pour une prise en charge suite à une affection médicale aiguë, 27% suite à une intervention chirurgicale et 25% pour une prise en charge globale. Les autres motifs de prise en charge concernent 7% des patients pour lesquels, dans la moitié des cas (8 patients sur 15), il s'agit de pallier une défaillance de l'aidant.

Les motifs généraux d'adressage en SSR gériatrique (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre de patients	204	
Nombre moyen de motifs par patient	1,1	
Une prise en charge suite à une affection médicale aiguë	114	56%
Une prise en charge suite à une intervention chirurgicale	55	27%
Une prise en charge globale	50	25%
Autre motif de prise en charge	15	7%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des motifs de prise en charge variés

Pour la totalité des patients (100%), les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,5 motifs par patient).

Globalement, les cinq motifs les plus fréquemment cités concernent les fractures pour le quart des patients (24%), une réa-tionomisation-rééducation-réadaptation pour 20%, les chutes pour 13%, les maladies neurologiques pour 9% des patients (dont 8% dans un contexte d'accident vasculaire cérébral) et une perte d'autonomie pour 9%.

Au moins un de ces cinq motifs principaux est retrouvé chez plus de la moitié des patients (59%).

Les autres motifs, de fréquence moins importante, se répartissent principalement entre symptomatologies cardiologiques, pneumologiques, néoplasiques, psychiatriques, infectieuses.

Les cinq motifs principaux les plus fréquemment rencontrés en SSR gériatrique (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre total de patients	207	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	207	100%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 5 principaux motifs les plus fréquemment cités	123	59%
Les cinq principaux motifs cités		
Fracture	50	24%
Réa-tionomisation-Rééducation-Réadaptation	42	20%
Chute	26	13%
Maladies neurologiques	18	9%
Dont Accident vasculaire cérébral	16	8%
Perte d'autonomie	18	9%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 7 pathologies par patient ont été indiquées.

Les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes (près de 9 patients sur 10) suivies par les affections neurologiques (les deux tiers des patients) puis dans des proportions proches viennent les pathologies endocriniennes (48%), rhumatologiques (44%) et urologiques (44%).

L'hypertension artérielle est l'affection cardio-vasculaire la plus fréquente et touche près de 7 patients sur 10 (69%).

Parmi les maladies neurologiques, le syndrome démentiel atteint 4 patients sur 10 (40%).

Parmi les maladies endocrino-métaboliques, la dénutrition est la plus fréquente et touche le tiers des patients.

Parmi les pathologies rhumatologiques, un quart des patients est concerné par une ostéoporose fracturaire.

S'agissant des pathologies uro-néphrologiques, les patients se répartissent dans les différentes affections sans que l'une ne prédomine de manière significative.

Dans les tableaux suivants, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



Comorbidités 1: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en SSR gériatrique (nombre et %)

Comorbidités	SSR gériatrique	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	205	99%
Nombre total de comorbidités citées	1432	
Nombre moyen de comorbidités par patient	7,0	
	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	177	86%
Hypertension artérielle	142	69%
Hypotension orthostatique	11	5%
Troubles du rythme (FA...)	63	31%
Insuffisance cardiaque	55	27%
Coronaropathie	44	21%
Thrombose veineuse profonde (TVP)	12	6%
Embolie pulmonaire	14	7%
Lymphoedème, insuffisance veineuse	17	8%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	27	13%
Autres pathologies cardio-vasculaires	7	3%
2. Neurologie	138	67%
Malaises, perte de connaissance	21	10%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	45	22%
Syndrome confusionnel	26	13%
Epilepsie, comitativité focale ou généralisée	15	7%
Maladie de Parkinson	13	6%
Syndrome d'Alzheimer	83	40%
Instabilité posturale/chute	52	25%
Autres pathologies neurologiques	4	2%
3. Psychiatrie	71	35%
Etat dépressif	58	28%
Psychose	5	2%
Trouble du comportement productif	15	7%
Autres pathologies psychiatriques		
4. Pneumologie	26	13%
BPCO	21	10%
Insuffisance respiratoire chronique	7	3%
Autres pathologies pneumologiques	3	1%
5. Infectiologie	40	20%
Infection urinaire basse	6	3%
Pyélonéphrite	10	5%
Pneumopathie	15	7%
Infection broncho-pulmonaire	6	3%
Sepsis	15	7%
Autre infectiologie	3	1%
6. Dermatologie	31	15%
Escarre	19	9%
Trouble trophique d'origine veineuse	11	5%
Autres pathologies dermatologiques	1	0%
7. Rhumatologie	91	44%
Pathologie disco-vertébrale	24	12%
Coxarthrose	24	12%
Gonarthrose	28	14%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	52	25%
Autres pathologies rhumatologiques	8	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Comorbidités 2: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en SSR gériatrique (nombre et %)

Comorbidités	SSR gériatrique	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	205	99%
Nombre total de comorbidités citées	1432	
Nombre moyen de comorbidités par patient	7,0	
	Effectif	N % colonne
8. Gastro-entérologie	51	25%
Reflux gastro-oesophagien	13	6%
Constipation	25	12%
Fécalome	4	2%
Incontinence anale	14	7%
Autres pathologies gastro-entérologiques	11	5%
9. Endocrino-métabolisme	99	48%
Troubles de l'hydratation	26	13%
Diabète	31	15%
Dysthyroïdie	22	11%
Dénutrition	68	33%
Autres pathologies endocrinocriennes et métaboliques	1	0%
10. Uro-néphrologie	91	44%
Incontinence vésicale	28	14%
Insuffisance rénale chronique CL> 60 ml/min	26	13%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min <CL< 60ml/min	34	17%
Insuffisance rénale chronique CL< 30 ml/min	12	6%
Autres pathologies urologiques	4	2%
11. Hématologie	35	17%
Anémie	28	14%
Dysglobulinémie	2	1%
Hémopathie maligne	1	0%
Autres pathologies hématologiques	3	1%
12. Cancérologie	27	13%
Sein	8	4%
Prostate	10	5%
Colon	1	0%
Poumon	2	1%
Autres cancers	6	3%
13. Ophtalmologie	21	10%
Glaucome chronique	2	1%
DMLA	6	3%
Cataracte	14	7%
Autres pathologies ophtalmologiques	1	0%
14. Syndrome d'immobilisation	25	12%
15. Soins palliatifs	10	5%
16. Accompagnement de fin de vie	6	3%
17. Traumatologie	2	1%
18. Autres pathologies	4	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gériatologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il prend en charge le patient dans le service de SSR gériatrique.

Tests d'évaluation gériatologique : des outils cliniques largement utilisés

Pour l'essentiel des patients (99%), le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » d'au moins un test d'évaluation gériatologique dans le cadre de la prise en charge actuelle. Pour près de 7 patients sur 10 (69%), cette prescription est envisagée « à distance ».

En moyenne, 6,1 tests sont envisagés « immédiatement » et 3,5 « de manière différée ».

Les tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation de la douleur (91%), nutritionnelle (83%), et du risque d'escarre (77%). Parmi les tests envisagés « à distance », l'évaluation des fonctions supérieures (79%) et de l'autonomie (75%) sont les plus fréquents.

Les fréquences de prescription des différents tests sont détaillées dans le tableau ci-contre.

Tests d'évaluation gériatologique envisagés en SSR gériatrique (nombre et %)

Tests envisagés	immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	204	99%	142	69%
Nombre moyen de tests par patient	6,1		3,5	
Evaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS,...)	58	28%	112	79%
Evaluation de l'autonomie	101	50%	107	75%
Evaluation nutritionnelle	169	83%	25	18%
Bilan neuropsychologique	31	15%	49	35%
Equilibre et posture	60	29%	58	41%
Evaluation de l'humeur	101	50%	34	24%
Troubles du comportement	43	21%	16	11%
Evaluation de la douleur	185	91%	21	15%
Evaluation du sommeil	100	49%	12	8%
Evaluation de la force musculaire	42	21%	20	14%
Examen bucco dentaire	97	48%	15	11%
Recherche d'un déficit sensoriel	88	43%	20	14%
Evaluation du risque d'escarre	157	77%	13	9%
Autres tests	4	2%	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

En moyenne, 6,1 tests sont envisagés « immédiatement » et 3,5 « de manière différée »

6 examens
envisagés en
urgence contre 6,8
de manière
différée.

Davantage d'examens à visée diagnostique envisagés de manière différée

Pour les trois quarts (74%) des patients pris en charge dans un service de SSR gériatrique, les examens à visée diagnostique sont envisagés en urgence, et pour plus de 8 patients sur 10 (84%) de manière différée.

Le nombre moyen d'examens envisagés en urgence est de 6 contre 6,8 de manière différée.

Pour 7 patients sur 10 (69%), les examens de biologie sont réalisés en urgence et pour 8 patients sur 10 (79%) de manière différée.

Les examens de radiologie, imagerie et endoscopie sont prescrits à un tiers des patients (32%) en urgence et à la moitié (50%) de manière différée.

Les examens à visée cardiologique sont envisagés pour les trois quarts des patients (76%) en urgence et pour plus de la moitié (56%) de manière différée.

Les examens prescrits sont détaillés dans le tableau ci-contre.

Examens à visée diagnostique envisagés en SSR gériatrique (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	154	74%	174	84%
Nombre moyen d'examens par patient	6,0		6,8	
1. Biologie	106	69%	137	79%
Ionogramme	102	66%	122	70%
NFS	101	66%	124	71%
VS-CRP	98	64%	98	56%
Clairance créatinine	92	60%	122	70%
ECBU	23	15%	15	9%
Hémoculture	2	1%	1	1%
PL			1	1%
Bilan hépatique	35	23%	64	37%
Bilan lipidique	12	8%	16	9%
Bilan phosphocalcique	65	42%	76	44%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	88	57%	117	67%
TSH	68	44%	79	45%
Autres examens biologiques et sérologiques	4	3%	6	3%
2. Radiologie Imagerie endoscopie	50	32%	87	50%
Radi pulmonaire	25	16%	22	13%
Radiographies osseuses	15	10%	45	26%
Autres radios	1	1%	3	2%
Echographie abdomino pelvienne	6	4%	10	6%
TDM ou IRM cérébrale	10	6%	44	25%
Autres TDM ou IRM	7	5%	13	7%
Ostéodensitométrie	1	1%	11	6%
Endoscopie digestive	1	1%	6	3%
EEG	11	7%	16	9%
Autres investigations	2	1%	2	1%
3. Examens à visée cardiologique	117	76%	98	56%
ECG	112	73%	39	22%
Echocardiographie	7	5%	51	29%
Holter tensionnel			11	6%
Holter rythmique	1	1%	24	14%
Echodoppler veineux	2	1%	4	2%
Echodoppler artériel	2	1%	9	5%
Recherche d'hypotension orthostatique	27	18%	24	14%
4. Autres types d'examens				

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis en kinésithérapie pour l'ensemble des patients

98% des patients pris en charge dans un service de SSR gériatrique font l'objet d'une demande d'avis, et le nombre moyen d'avis est de 3,1.

Pour l'ensemble des patients (97%), la demande d'avis est prévue auprès d'un kinésithérapeute et pour 77% auprès d'un ergothérapeute. L'avis d'un neuro psychologue, d'un psychologue ou d'un diététicien est prévu pour environ 3 patients sur 10 (tableau ci-dessous).

*Demandes d'avis prévues
en SSR gériatrique (nombre et %)*

Une demande d'avis est-elle prévue?	Effectif	%
Nombre de patients concernés	200	98%
Nombre moyen d'avis	3,1	
Ergothérapeute	153	77%
Kinésithérapeute	193	97%
Psychologue	62	31%
Neuropsychologue	64	32%
Orthophoniste	42	21%
Diététicien	59	30%
Podologue	13	7%
Chirurgien dentiste	10	5%
Assistante sociale	4	2%
Psychomotricien	10	5%
Autre		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les 2/3 des patients nécessitent une consultation spécialisée

Pour les deux tiers des patients (67%), il est prévu au moins une consultation spécialisée. Le nombre moyen de consultations est de 1,6 par patient.

Les quatre spécialités médicales les plus fréquemment citées sont l'orthopédie (32%), la cardiologie (31%), la gériatrie (19%) au travers d'une consultation hospitalière et la neurologie (18%)(tableau ci-dessous).

*Consultations spécialisées prévues
en SSR gériatrique (nombre et %)*

Une ou des consultations spécialisées est ou sont-elles prévues?	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins une consultation a été envisagée	118	67%
Nombre moyen de consultations par patient	1,6	
Neurologie	21	18%
Cardiologie	36	31%
Pneumologie	5	4%
Psychiatrie	9	8%
Orthopédie	38	32%
Gastro-entérologie	7	6%
Rhumatologie	4	3%
Urologie	8	7%
Néphrologie	3	3%
ORL	4	3%
Ophthalmologie	3	3%
Stomatologie	1	1%
Dermatologie		
Oncologie	7	6%
Consultation mémoire	6	5%
Consultation gériatrique hospitalière	22	19%
Autres chirurgies	6	5%
Endocrinologie		
Hématologie		
Autre	6	5%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge.

Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 6,7 par patient. La mise en place d'une nouvelle thérapeutique a concerné plus du tiers des patients (35%), avec en moyenne 2,1 nouveaux traitements. L'interruption d'un traitement médicamenteux est un peu moins fréquente, elle concerne 20% de l'ensemble des patients et 1,3 médicament en moyenne.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire dans les traitements en cours

Les médicaments à visée cardio-vasculaire, les antalgiques, les psychotropes et les médicaments à visée digestive sont les quatre familles thérapeutiques

les plus citées parmi les traitements en cours.

Les traitements à visée cardio-vasculaire concernent 90% des patients, les antalgiques 66%, les psychotropes 58% et les médicaments à visée digestive 55%.

Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients en SSR gériatrique (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	206		73		41	
Nombre total de familles thérapeutiques	1387		155		54	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	6,7		2,1		1,3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	136	66%	28	38%	10	24%
2. Psychotropes	120	58%	15	21%	41	100%
3. Antiparkinsoniens	13	6%	1	1%		
4. Antiépileptiques	23	11%	1	1%		
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	186	90%	11	15%	13	32%
6. Antidiabétiques, hypocholestérolisants, hypouricémiants	30	15%				
7. Antibiotiques	20	10%	2	3%	2	5%
8. Digestif	114	55%	18	25%	4	10%
9. AINS			1	1%	1	2%
10. Corticoïdes	10	5%				
11. Suppléments	72	35%	22	30%	1	2%
12. Anti-ostéoporotiques	58	28%	30	41%	1	2%
13. Incontinence urinaire	25	12%	4	5%		
14. Pansements d'escarres	12	6%	1	1%		
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)						
16. Thyroïde	25	12%				
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	6	3%				
18. Chimiothérapie	2	1%				
19. EPO	2	1%				
20. Oxygénothérapie	7	3%				
21. Médicaments à visée respiratoire	6	3%				
22. Traitements adénome prostatique	7	3%	1	1%		
23. Autres traitements médicamenteux	20	10%	2	3%	3	7%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

**Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire en SSR gériatrique
(nombre et %)**

	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	120	58%	15	21%	41	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	57	28%	8	11%	1	2%
Benzodiazépine	49	24%	7	10%	4	10%
Autres sédatifs	26	13%			2	5%
Neuroleptiques	22	11%	1	1%	6	15%
Anticholinestérasiques	14	7%	2	3%	3	7%
Mémantine	17	8%	1	1%		
Autres psychotropes	2	1%				
Médicaments à visée cardio-vasculaire	186	90%	11	15%	13	32%
Diurétiques	67	33%	1	1%	2	5%
IEC ou Sartan	88	43%			2	5%
Bêta-bloquants	58	28%	1	1%		
AVK	35	17%	2	3%		
Antiagrégants (aspirine, plavix)	71	34%				
Héparine	59	29%	4	5%	2	5%
Antiarythmiques (dont digitaliques)	24	12%			2	5%
Inhibiteurs rénine	1	0%				
Inhibiteurs calciques	36	17%	1	1%	2	5%
Statines	37	18%			2	5%
Anti angineux	4	2%			2	5%
Autres hypertenseurs	1	0%			1	2%
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire					1	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Concernant les deux classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire et les psychotropes, les traitements en cours au moment de la prise en charge du patient les plus fréquemment cités sont :

- Parmi les psychotropes : les antidépresseurs et les benzodiazépines
- Pour les traitements à visée cardio-vasculaire : l'IEC ou Sartan, les antiagrégants, les diurétiques, l'héparine et les bêta-bloquants.

» *Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 6,7 par patient...*

L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

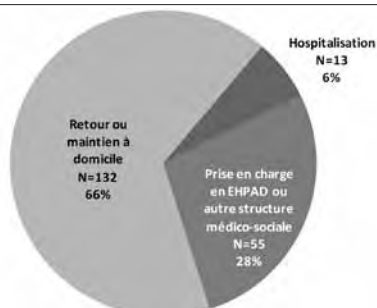
Les deux tiers des patients retournent ou sont mainte- nus à leur domicile

A l'issue de la prise en charge en service de SSR gériatrique, les deux tiers des patients (66%) peuvent être maintenus ou retourner à leur domicile,

Près de 3 patients sur 10 (28%) nécessitent un accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il s'agit, pour l'essentiel des patients (N=50, soit 93%), d'un hébergement permanent. Pour 15% de ces patients, résidents permanents d'Ehpad, il s'agit de retours dans l'établissement.

6% restent hospitalisés, parmi les 13 patients concernés, l'hospitalisation est envisagée vers un service de soins de longue durée pour 8 d'entre eux.

Orientation souhaitée après la prise en charge en SSR gériatrique (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne



L'accompagnement au domicile par le médecin traitant

Les gériatres préconisent que les patients orientés vers leur domicile bénéficient d'un suivi par le médecin traitant (93%) et, dans une moindre mesure, par un médecin spécialiste (29%) et en prortion équivalente

par le gériatre qui a effectué la prise en charge du patient en SSR gériatrique (14%) ou par un réseau gérontologique (14%).

Pour 42% des patients, des soins paramédicaux sont souhaités et pour 35% le service de soins infirmiers à domicile est sollicité. Le tiers des patients justifient d'une prise en charge sociale. ▀

*Modalités de suivi préconisé dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à domicile
à l'issue de la prise en charge en SSR gériatrique (nombre et %)*

Nombre de patients orientés vers le domicile	132	
Nombre total de modalités de suivi préconisé	381	
Nombre moyen de modalités de suivi par patient	2,9	
	Effectif	%
Suivi par vous-même	18	14%
Médecin généraliste	124	93%
Médecin spécialiste	39	29%
Soins paramédicaux	56	42%
SSIAD	46	35%
Prise en charge psychologique	6	5%
Prise en charge sociale	44	33%
Prise en charge par un réseau gérontologique	18	14%
Prise en charge par une équipe mobile gériatrique		
Hospitalisation de jour gériatrique	15	11%
HAD	7	5%
Coordination avec le CLIC	5	4%
Autre	6	5%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Activité de soins de longue durée (SLD)

Pour ce segment d'activité, 183 questionnaires ont été renseignés par les gériatres participants à l'enquête. Cet effectif peut varier selon les variables analysées lorsque la question n'a pas été renseignée.

Caractéristiques des patients

Une population âgée et à prédominance féminine à partir de 85 ans

Les patients sont âgés de 84 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (85 ans contre 82 ans).

6 patients sur 10 sont des femmes.

La prédominance féminine est particulièrement marquée à partir de 85 ans. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes passe de 38% avant 75 ans à 71% à partir de 85 ans et plus.

Une activité de SLD de proximité

8 patients sur 10 (79%) résident à moins de 10 kilomètres de leur lieu de prise en charge. 13% des patients vivent dans un rayon de 10 à 30 kilomètres et moins d'un patient sur 10 (8%) est domicilié à plus de 30 kilomètres.

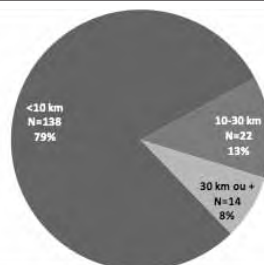
Les patients selon le sexe et l'âge en SLD (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<75 ans	15	63%	9	38%	24	100%
75-84 ans	29	48%	32	52%	61	100%
85 ans et +	28	29%	69	71%	97	100%
Total	72	40%	110	60%	182	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique

Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients selon la distance au lieu de résidence en SLD (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique

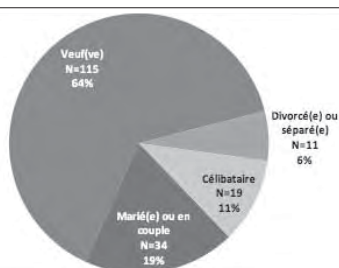
Exploitation ORS Bretagne

» 64% des patients pris en charge en SLD sont en situation de veuvage...

Plus de 6 personnes sur 10 en situation de veuvage

Près des deux tiers (64%) des patients pris en charge en SLD sont en situation de veuvage, et 2 patients sur 10 (19%) sont mariés ou en couple, les situations de célibat et de divorce ou séparation sont moins fréquentes et concernent respectivement 11% et 6% des patients. Globalement, la répartition des patients en SLD selon la situation familiale diffère de celle observée en population générale chez les 65 ans et plus, les personnes en situation de veuvage et de célibat sont surreprésentées et à l'inverse les personnes mariées sont sous représentées chez les patients en SLD par rapport à la population générale des 65 ans et plus. (cf. Page 159).

Répartition des patients selon la situation familiale en SLD (nombre et %)

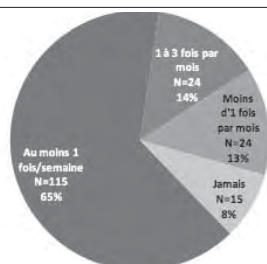


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

Près des deux tiers des patients (65%) sont entourés par un proche au moins une fois par semaine. Pour 14% des patients, l'entourage familial ou amical est présent entre 1 et 3 fois par mois, pour 13%, la fréquence des visites est inférieure à 1 fois par mois et pour 8% des patients, l'entourage n'est jamais présent.

Présence de l'entourage familial ou amical en SLD (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Plus de 8 patients sur 10 sont fortement dépendants

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 183 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 175 d'entre eux, soit pour l'essentiel des questionnaires (96%). Toutefois, compte tenu du mode de recrutement des médecins gériatres participants à l'enquête, l'ensemble des patients pris en charge en SLD l'ont été dans un service de CHU, les données peuvent être considérées comme représentatives de la population accueillie dans ce type d'établissements.

83% des patients sont classés dans les GIR 1 et 2, soit plus de 8 patients sur 10 fortement dépendants.

Les GIR 3 et 4 concernent 17% des patients, soit près de 2 patients sur 10 pouvant être considérés comme moyennement dépendants.

Aucun patient n'est classé dans les GIR 5 ou 6.

*Les GIR' des patients en SLD
(nombre et %)*

GIR	Effectif	%
1	57	33%
2	88	50%
3	21	12%
4	9	5%
5	-	-
6	-	-
Total	175	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

83% des patients
sont classés
dans les GIR 1 et 2.

La prise en charge

Des prises en charge exclusivement réalisées en CHU

Le mode de recrutement des gériatres pour l'enquête (67% d'entre eux exercent dans un CHU) influence fortement le lieu de prise en charge du patient. La totalité des patients ont été pris en charge dans un service de Soins de Longue Durée implanté dans un CHU.

Une majorité d'entrée par mutation interne

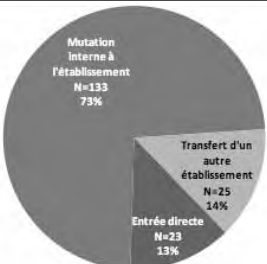
Globalement, près des trois quarts des patients (73%) sont entrés par mutation interne dans le service de SLD, 14% par transfert d'un autre établissement et 13% par entrée directe.

Parmi les 25 entrées directes, 10 patients sont adressés par leur médecin traitant et 9 sont réalisées à la demande de la famille.

Plus de 7 mutations sur 10 en provenance du SSR et des transferts de provenances plus diversifiées

Les mutations internes à l'établissement concernent essentiellement des patients hospitalisés dans un service de SSR gériatrique (38%) et SSR non gériatrique (32%). 17% des patients viennent d'un service de court séjour non gériatrique. Parmi les 24 patients transférés d'un autre établissement 11 proviennent d'un service de SSR non gériatrique 6 d'un Ehpad et 6 d'un service de court séjour.

*Mode d'entrée en SLD
(nombre et %)*



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*Service hospitalier de provenance des patients
entrés par mutation ou transfert en SLD
(nombre et %)*

Dans quel service était hospitalisé le patient ?	Mutation interne à l'établissement		Transfert d'un autre établissement	
	Effectif	%	Effectif	%
En court séjour non gériatrique	23	17%	5	21%
En court séjour gériatrique	8	6%	1	4%
En SSR non gériatrique	43	32%	9	38%
En SSR gériatrique	50	38%	2	8%
En EHPAD	4	3%	6	25%
Autre	5	4%	1	4%
Total	133	100%	24	100%

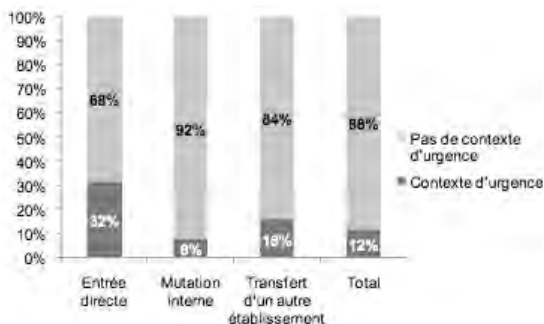
Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une activité essentiellement programmée

Globalement, l'activité de SLD est programmée, seul 1 patient sur 10 (12%) étant pris en charge dans un contexte d'urgence.

Cette caractéristique varie selon le type d'entrée. Les patients qui font l'objet d'une entrée directe sont proportionnellement plus nombreux (32%) à être pris en charge dans un contexte d'urgence que les patients entrés par transfert (16%) ou mutation (8%).

Répartition des patients selon la nature du suivi en SLD (nombre et %)

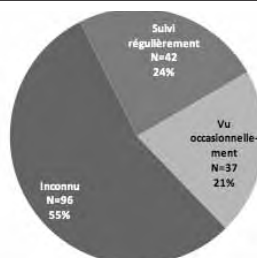


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une majorité de patients inconnus

La majorité des patients (55%) sont pris en charge pour la première fois par le service SLD, 24% des patients sont suivis régulièrement et 21% sont vus occasionnellement.

Répartition des patients selon la nature du suivi en SLD (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

» La majorité des patients (55%)
sont pris en charge pour la première fois
par le service SLD...

Une prise en charge relative à un état de dépendance lourde

Près des trois quarts des patients (73%) sont adressés dans le service de SLD en raison de leur état de dépendance lourde, 55% pour une polypathologie et 36% pour une prise en charge relative à une pathologie organique chronique.

Des motifs de prise en charge variés

Pour l'ensemble des patients (99%), les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,5 motif par patient). Globalement, les cinq motifs les plus fréquemment cités concernent les démences pour le quart des patients (25% dont 10% de patients atteints de la maladie d'Alzheimer), une perte d'autonomie (24%), les maladies neurologiques pour 13% des patients (dont 9% dans un contexte d'accident vasculaire cérébral), un cancer (12%) et des troubles du comportement pour 10%.

Au moins un de ces cinq motifs principaux est retrouvé chez 7 patients sur 10 (70%).

Les autres motifs, de fréquence moins importante, se répartissent principalement entre épuisement de l'aidant et symptomatologies traumatologiques, pneumologiques ...

Les motifs généraux d'adressage en SLD (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre de patients	183	
Nombre moyen de motifs par patient	1,7	
Prise en charge d'une pathologie organique chronique	65	36%
Polypathologie	101	55%
Etat de dépendance lourde	133	73%
Autre	6	3%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les cinq motifs principaux les plus fréquemment rencontrés en SLD (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre total de patients	183	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	181	99%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 5 principaux motifs les plus fréquemment cités	126	70%
Les cinq principaux motifs cités		
Démences	46	25%
Dont Alzheimer	19	10%
Perte d'autonomie	43	24%
Maladies neurologiques	24	13%
Dont Accident vasculaire cérébral	16	9%
Cancer	21	12%
Troubles du comportement	19	10%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 8,1 pathologies par patient ont été indiquées. Les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes (près de 9 patients sur 10) suivies par les affections neurologiques (plus de 8 patients sur 10) puis dans des proportions proches viennent les pathologies urologiques (53%), gastro-entérologiques (53%) et endocriniennes (51%).

L'hypertension artérielle est l'affection cardio-vasculaire la plus fréquente et touche les deux tiers des patients (66%).

Parmi les maladies neurologiques, les deux tiers des patients (68%) sont atteints d'un syndrome démentiel.

Parmi les pathologies urologiques, 4 patients sur 10 souffrent d'incontinence urinaire.

Parmi les affections gastro-entérologiques, la constipation et l'incontinence anale sont les deux manifestations les plus fréquentes avec des proportions proches, respectivement 36% et 34%.

Parmi les maladies endocrino-métaboliques, la dénutrition affecte 3 patients sur 10.

Dans les tableaux suivants, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



**Comorbidités 1: Comorbidités et pathologies
ayant motivé la prise en charge actuelle en SLD
(nombre et %)**

Comorbidités	SLD	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	182	99%
Nombre total de comorbidités citées	1468	
Nombre moyen de comorbidités par patient	8,1	
	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	156	86%
Hypertension artérielle	121	68%
Hypotension orthostatique	5	3%
Troubles du rythme (FA...)	55	30%
Insuffisance cardiaque	30	16%
Coronaropathie	28	15%
Thrombose veineuse profonde (TVP)	15	8%
Embolie pulmonaire	9	5%
Lymphoedème, insuffisance veineuse	6	3%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	22	12%
Autres pathologies cardio-vasculaires	3	2%
2. Neurologie	148	81%
Malaises, perte de connaissance	2	1%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	62	29%
Syndrome confusionnel	2	1%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée	22	12%
Maladie de Parkinson	9	5%
Syndrome démentiel	123	68%
Instabilité posturale/chute	28	15%
Autres pathologies neurologiques	5	3%
3. Psychiatrie	87	48%
Etat dépressif	64	35%
Psychose	12	7%
Trouble du comportement productif	40	22%
Autres pathologies psychiatriques		
4. Pneumologie	22	12%
BPCO	12	7%
Insuffisance respiratoire chronique	14	8%
Autres pathologies pneumologiques	1	1%
5. Infectiologie	40	22%
Infection urinaire basse	13	7%
Pyélonéphrite	4	2%
Pneumopathie	12	7%
Infection broncho-pulmonaire	12	7%
Sepsis	6	3%
Autre infectiologie	1	1%
6. Dermatologie	37	20%
Escarre	33	18%
Trouble trophique d'origine veineuse	4	2%
Autres pathologies dermatologiques	2	1%
7. Rhumatologie	56	31%
Pathologie disco-vertébrale	14	8%
Coxarthrose	16	9%
Gonarthrose	10	5%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	33	18%
Autres pathologies rhumatologiques		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

**Comorbidités 2: Comorbidités et pathologies
ayant motivé la prise en charge actuelle en SLD
(nombre et %)**

Comorbidités	SLD	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	182	99%
Nombre total de comorbidités citées	1468	
Nombre moyen de comorbidités par patient	8,1	
	Effectif	N° colonne
8. Gastro-entérologie	97	53%
Reflux gastro-oesophagien	21	12%
Constipation	65	36%
Fécalome	5	3%
Incontinence anale	62	34%
Autres pathologies gastro-entérologiques	11	6%
9. Endocrino-métabolisme	92	51%
Troubles de l'hydratation	42	23%
Diabète	33	18%
Dysthyroïdie	15	8%
Dénutrition	54	30%
Autres pathologies endocrinocriniennes et métaboliques	4	2%
10. Uro-néphrologie	97	53%
Incontinence vésicale	73	40%
Insuffisance rénale chronique CL > 60 ml/min	15	8%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min <CL < 60ml/min	39	21%
Insuffisance rénale chronique CL < 30 ml/min	16	9%
Autres pathologies urologiques	2	1%
11. Hématologie	40	22%
Anémie	36	20%
Dysglobulinémie	1	1%
Hémopathie maligne	1	1%
Autres pathologies hématologiques	1	1%
12. Cancérologie	31	17%
Sein	8	4%
Prostate	8	4%
Colon	6	3%
Poumon	4	2%
Autres cancers	8	4%
13. Ophtalmologie	40	22%
Glaucome chronique	5	3%
DMLA	11	6%
Cataracte	33	18%
Autres pathologies ophtalmologiques		
14. Syndrome d'immobilisation	13	7%
15. Soins palliatifs	26	14%
16. Accompagnement de fin de vie	10	5%
17. Traumatologie		
18. Autres pathologies		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gérontologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il prend en charge le patient dans le service de SLD.

Tests d'évaluation gérontologique : des outils cliniques largement utilisés

Pour plus des deux tiers des patients (68%), le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » ou « à distance » d'au moins un test d'évaluation gérontologique dans le cadre de la prise en charge actuelle.

En moyenne, 4,5 tests sont envisagés « immédiatement » et 5 « de manière différée ».

Les tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation du risque d'escarre (84%), de la douleur (81%) et nutritionnelle (74%). Parmi les tests envisagés « à distance », l'évaluation des fonctions supérieures (80%) de l'autonomie (74%) sont les plus fréquents.

Les fréquences de prescription des différents tests sont détaillées dans le tableau ci-contre.

Tests d'évaluation gérontologique envisagés en SLD (nombre et %)

Tests envisagés	Immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	124	68%	125	68%
Nombre moyen de tests par patient	4,5		5	
Evaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS,...)	45	36%	100	80%
Evaluation de l'autonomie	69	56%	93	74%
Evaluation nutritionnelle	92	74%	54	43%
Bilan neuropsychologique	13	10%	30	24%
Equilibre et posture	10	8%	27	22%
Evaluation de l'humeur	13	10%	36	29%
Troubles du comportement	32	26%	44	35%
Evaluation de la douleur	100	81%	57	46%
Evaluation du sommeil	38	31%	40	32%
Evaluation de la force musculaire	3	2%	3	2%
Examen bucco dentaire	27	22%	54	43%
Recherche d'un déficit sensoriel	16	13%	46	37%
Evaluation du risque d'escarre	104	84%	40	32%
Autres tests				

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Parmi les tests envisagés « à distance »,
l'évaluation des fonctions supérieures (80%)
de l'autonomie (74%) sont les plus fréquents....

Des examens à visée diagnostique envisagés de manière différée

Pour l'essentiel (96%) des patients pris en charge dans un service de SLD, les examens à visée diagnostique sont envisagés de manière différée et pour 40 patients, soit 2 patients sur 10 (22%), ces prescriptions sont envisagées en urgence.

Le nombre moyen d'examens envisagés de manière différée est de 7,5 contre 2,2 en urgence, soit plus du triple.

Pour les examens envisagés de manière différée, les examens de biologie sont réalisés pour la quasi-totalité des patients (99%), les examens de radiologie, imagerie et endoscopie pour la moitié (56%) et les examens à visée cardiologique pour moins de la moitié des patients (45%).

Les examens envisagés en urgence concernent 40 patients. Ils sont à visée cardiologique (N=33) et dans une moindre mesure, biologiques (N=16).

Les examens prescrits sont détaillés dans le tableau ci-contre.

NB : La faiblesse des effectifs ne permet pas de comparer les différents types d'examen selon leur caractère « urgent » ou différé ».

Examens à visée diagnostique envisagés en SLD (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	40	22%	175	96%
Nombre moyen d'examen par patient	2,2		7,5	
1. Biologie	16	40%	173	99%
Ionogramme	10	25%	167	95%
NFS	12	30%	163	93%
VS-CRP	10	25%	137	78%
Clairance créatinine	9	23%	155	89%
ECBU	4	10%	21	12%
Hémoculture	3	8%	3	2%
PL				
Bilan hépatique	1	3%	85	49%
Bilan lipidique			51	29%
Bilan phosphocalcique	1	3%	80	46%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	1	3%	133	76%
TSH	1	3%	80	46%
Autres examens biologiques et sérologiques	3	8%	17	10%
2. Radiologie imagerie endoscopie			98	56%
Radio pulmonaire			42	24%
Radiographies osseuses			11	6%
Autres radios			27	15%
Echographie abdomino pelvienne			10	6%
TDM ou IRM cérébrale			7	4%
Autres TDM ou IRM			9	5%
Ostéodensitométrie				
Endoscopie digestive			3	2%
EEG			1	1%
Autres investigations				
3. Examens à visée cardiologique	33	83%	78	45%
ECG	32	80%	91	52%
Echocardiographie			14	8%
Holter tensionnel			1	1%
Holter rythmique			1	1%
Echodoppler veineux	1	3%	2	1%
Echodoppler artériel			2	1%
Recherche d'hypotension orthostatique			4	2%
4. Autres types d'examen			2	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis en kinésithérapie pour la majorité des patients

82% des patients pris en charge dans un service de SLD font l'objet d'une demande d'avis, et le nombre moyen d'avis est de 2 par patient.

Pour près des trois quarts des patients (72%) la demande d'avis est prévue auprès d'un kinésithérapeute. L'avis d'un diététicien, d'un ergothérapeute ou d'un chirurgien dentiste concerne le tiers des patients.

Demandes d'avis prévues en SLD (nombre et %)

Une demande d'avis est-elle prévue?	Effectif	%
Nombre de patients concernés	148	82%
Nombre moyen d'avis	2,0	
Ergothérapeute	49	33%
Kinésithérapeute	106	72%
Psychologue	35	24%
Neuropsychologue	4	3%
Orthophoniste	6	4%
Diététicien	50	34%
Podologue		
Chirurgien dentiste	49	33%
Assistante sociale		
Psychomotricien		
Autre		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Un peu plus de la moitié des patients nécessitent une consultation spécialisée

Pour un peu plus de la moitié des patients (54%), il est prévu au moins une consultation spécialisée. Le nombre moyen de consultations est de 1,5 par patient.

Les trois spécialités médicales les plus fréquemment envisagées sont l'ophtalmologie (45%), la cardiologie (22%) et la dermatologie (16%).

Consultations spécialisées prévues en SLD (nombre et %)

Une ou des consultations spécialisées est ou sont-elles prévues?	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins une consultation a été envisagée	93	54%
Nombre moyen de consultations par patient	1,5	
Neurologie	4	4%
Cardiologie	20	22%
Pneumologie	8	9%
Psychiatrie	5	5%
Orthopédie	2	2%
Gastro-entérologie	7	8%
Rhumatologie	3	3%
Urologie	4	4%
Néphrologie	4	4%
ORL	2	2%
Ophtalmologie	42	45%
Stomatologie		
Dermatologie	15	16%
Oncologie	6	6%
Consultation mémoire	2	2%
Consultation gériatrique hospitalière	2	2%
Autres chirurgies	4	4%
Endocrinologie	3	3%
Hématologie	1	1%
Autre	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge.

Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 7,2 par patient. La mise en place d'une nouvelle thérapeutique comme l'interruption a concerné 1 patient sur 10 avec en moyenne 1,8 nouveaux traitements et 1,3 médicaments interrompus.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire dans les traitements en cours

Les médicaments à visée cardio-vasculaire, les psychotropes et les médicaments à visée digestive sont les trois familles

thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours.

Les traitements à visée cardio-vasculaire concernent 85% des patients, les psychotropes 78% et les médicaments à visée digestive 79%.

Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

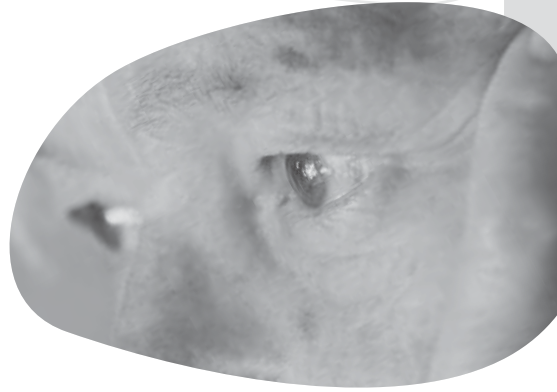
Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients en SLD (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	183		18		18	
Nombre total de familles thérapeutiques	1320		32		27	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	7,2		1,8		1,5	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	101	55%	6	33%	4	22%
2. Psychotropes	142	78%	6	33%	18	100%
3. Antiparkinsoniens	12	7%			1	6%
4. Antiépileptiques	35	19%				
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	156	85%	2	11%	6	33%
6. Antidiabétiques, hypocholestérolémiants, hypouricémiants	24	13%	1	6%	2	11%
7. Antibiotiques	15	8%	2	11%		
8. Digestif	145	79%	2	11%	1	6%
9. AINS						
10. Corticoïdes	11	6%				
11. Suppléments	56	31%	4	22%		
12. Anti-ostéoporotiques	75	41%	4	22%	2	11%
13. Incontinence urinaire	59	32%				
14. Pansements d'escarres	9	5%			1	6%
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)						
16. Thyroïde	13	7%				
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	5	3%				
18. Chimiothérapie						
19. EPO	6	3%				
20. Oxygénothérapie	11	6%	1	6%		
21. Médicaments à visée respiratoire	7	4%	1	6%		
22. Traitements adénome prostatique	2	1%	0	0%		
23. Autres traitements médicamenteux	30	16%	2	11%	1	6%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Concernant les trois classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire, digestive et les psychotropes, les traitements en cours au moment de la prise en charge du patient les plus fréquemment cités sont :

- Parmi les psychotropes : les antidépresseurs et les benzodiazépines,
- Pour les traitements à visée cardio-vasculaire : l'IEC ou Sartan, les antiagrégants et les diurétiques,



Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire en SLD (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	142	78%	6	33%	18	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	67	37%	4	22%	1	6%
Benzodiazépine	61	33%	3	17%		
Autres sédatifs	30	16%			4	22%
Neuroleptiques	38	21%				
Anticholinestérasiques	31	17%			1	6%
Mémantine	16	9%			1	6%
Autres psychotropes						
Médicaments à visée cardio-vasculaire	156	85%	2	11%	6	33%
Diurétiques	47	26%			1	6%
IEC ou Sartan	69	38%			1	6%
Bêta-bloquants	32	17%			1	6%
AVK	35	19%			1	6%
Antiagrégants (aspirine, plavix)	63	34%	1	6%	2	11%
Héparine	16	9%	1	6%	1	6%
Antiarhythmiques (dont digitaliques)	12	7%				
Inhibiteurs rénine						
Inhibiteurs calciques	32	17%				
Statines	29	16%			1	6%
Anti angineux	1	1%				
Autres hypertenseurs	1	1%				
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	1	1%				

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Parmi les traitements digestifs, les IPP...

La mise en place d'une nouvelle thérapeutique comme l'interruption a concerné 1 patient sur 10...

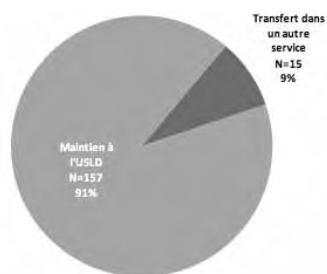
L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

La prédominance du maintien en SLD

Plus de 9 patients sur 10 sont maintenus en SLD.

Parmi les 15 patients pour lesquels la prise en charge en SLD n'est pas poursuivie, 7 sont transférés vers un Ehpad, 1 patient vers une unité de vie protégée, 1 patient vers un service de psychiatrie et 6 retournent à leur domicile. ►

Orientation souhaitée après la prise en charge en SLD (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Activité des Ehpad

Pour ce segment d'activité, 216 questionnaires ont été renseignés par les gériatres participants à l'enquête. Cet effectif peut varier selon les variables analysées lorsque la question n'a pas été renseignée.

Caractéristiques des patients

Une population âgée et à prédominance féminine à tous les âges

Les patients sont âgés de 86 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (86 ans contre 85 ans).

Près de 8 patients sur 10 (78%) sont des femmes.

La prédominance féminine est marquée à tous les âges. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes atteint ou avoisine les 80% dans toutes les tranches d'âges.

L'Ehpad : un établissement de proximité

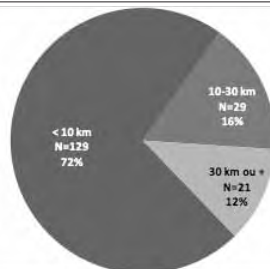
Plus de 7 patients sur 10 (72%) résidaient à moins de 10 kilomètres de l'Ehpad dans lequel ils sont accueillis. 16% des patients vivaient dans un rayon de 10 à 30 kilomètres et plus d'un patient sur 10 (12%) étaient domiciliés à plus de 30 kilomètres.

Les patients selon le sexe et l'âge en Ehpad (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<75 ans	3	20%	12	80%	15	100%
75-84 ans	15	22%	52	78%	67	100%
85 ans et +	27	21%	100	79%	127	100%
Total	45	22%	164	78%	209	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients selon la distance au lieu de résidence antérieure en Ehpad (nombre et %)

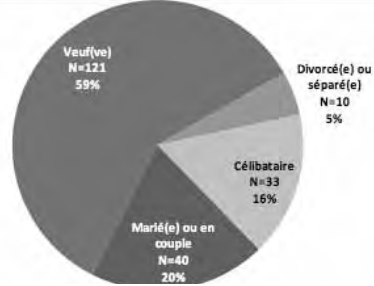


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

6 personnes sur 10 en situation de veuvage

Près de 6 patients sur 10 (59%) accueillis en Ehpad sont en situation de veuvage, et 2 patients sur 10 (20%) sont mariés ou en couple, les situations de célibat et de divorce ou séparation sont moins fréquentes et concernent respectivement 16% et 5% des patients. Globalement, la répartition des patients en Ehpad selon la situation familiale diffère de celle observée en population générale chez les 65 ans et plus, les personnes mariées sont sous représentées, à l'inverse les célibataires sont surreprésentées chez les résidents d'Ehpad par rapport à la population générale des moins de 65 ans (cf. Page 159).

Répartition des patients selon la situation familiale en Ehpad (nombre et %)

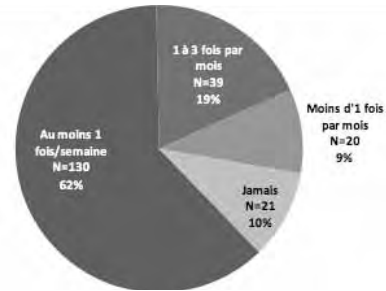


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

Plus de 6 patients sur 10 (62%) sont entourés par un proche au moins une fois par semaine. Pour 19% des patients, l'entourage familial ou amical est présent entre 1 et 3 fois par mois, pour 9%, la fréquence des visites est inférieure à 1 fois par mois et pour 10% des patients, l'entourage n'est jamais présent.

Présence de l'entourage familial ou amical en Ehpad (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

» Plus de 6 patients sur 10 (62%)
sont entourés par un proche
au moins une fois par semaine...

Plus de 6 patients sur 10 sont fortement dépendants

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 216 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 214 d'entre eux, soit pour l'essentiel des questionnaires (99%). Les données peuvent être considérées comme représentatives de la population accueillie dans ce type d'établissements.

59% des patients sont classés dans les GIR 1 et 2, soit près de 6 patients sur 10 fortement dépendants.

Les GIR 3 et 4 concernent 34% des patients, soit plus du tiers des patients pouvant être considérés comme moyennement dépendants.

7% des patients sont classés dans les GIR 5 ou 6, soit moins d'1 patient sur 10 considéré autonome.

*Les GIR des patients en Ehpad
(nombre et %)*

GIR	Effectif	%
1	33	15%
2	94	44%
3	44	21%
4	27	13%
5	9	4%
6	7	3%
Total	214	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

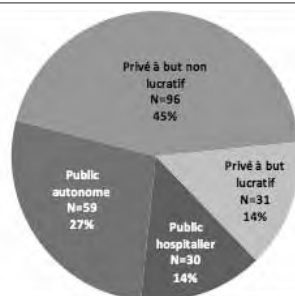
*au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

La prise en charge

Une majorité d'établissements privés

Une majorité de patients sont accueillis dans des EHPAD privés dont 45% sont à but non lucratif et 14% à but lucratif. 27% des patients sont hébergés dans un Ehpad public autonome et 14% dans un Ehpad public hospitalier.

*Répartition des patients selon le statut
de l'Ehpad (nombre et %)*

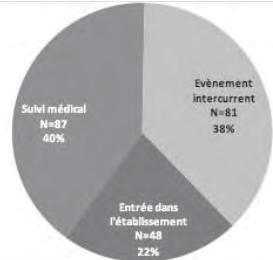


Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des motifs de recours au médecin coordonnateur variés

Le suivi médical (40%) et la survenue d'un évènement intercurrent (38%) sont les deux motifs de recours au médecin coordonnateur de l'Ehpad les plus fréquents. Pour 22% des patients, le recours concerne l'entrée dans l'établissement.

Motifs de recours au médecin coordonnateur de l'Ehpad (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les entrées en Ehpad

Parmi les 48 patients concernés par une entrée dans l'établissement, cette prise en charge est réalisée à la demande de la famille pour 19 d'entre eux. Les autres situations évoquées par les gériatres ne relèvent pas d'un mode d'adressage particulier, elles sont identifiées comme des « évaluations systématiques » (20 patients sur 22).

Mode d'adressage des entrées à l'Ehpad (nombre et %)

Qui vous a sollicité pour la prise en charge du patient ?	Effectif	%
Médecin généraliste	6	13%
Autre professionnel de santé	1	2%
A la demande de la famille	19	40%
Autres situations	22	46%
Total	48	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une prise en charge des troubles du comportement pour 4 patients sur 10

Parmi les 81 patients (38%) pour lesquels le recours au médecin de l'Ehpad a été sollicité pour la survenue d'un évènement intercurrent, les troubles du comportement concernent 4 patients sur 10. Les autres motifs évoqués recouvrent une diversité de manifestations cardiaques, digestives, neurologiques, respiratoires ainsi que la prise en charge de la douleur ...

Les types de problèmes motivant le recours au médecin de l'Ehpad (nombre et %)

De quel type de problème s'agit-il ?	Effectif	%
Nombre de patients	81	100%
Nombre moyen de problème	1,1	
Troubles du comportement	29	36%
Décompensation cardiaque	3	4%
Episode infectieux	9	11%
Chute	9	11%
Autres problèmes de santé	37	46%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Des motifs de prise en charge variés

Pour l'ensemble des patients (79%) pris en charge pour un suivi médical ou pour leur entrée dans l'établissement, les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,3 motif par patient).

Globalement, les quatre motifs les plus fréquemment cités concernent les démences pour près de 4 patients sur 10 (38% dont 14% de patients atteints de la maladie d'Alzheimer), les troubles du comportement pour 12% des patients, les maladies cardio-vasculaires (9%) et les chutes pour 8%.

Au moins un de ces quatre motifs principaux est retrouvé chez 6 patients sur 10 (61%).

Les quatre motifs principaux les plus fréquemment rencontrés en Ehpad (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre total de patients	135	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	106	79%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 4 principaux motifs les plus fréquemment cités	65	61%
Les quatre principaux motifs cités		
Démences	40	38%
Dont Alzheimer	15	14%
Troubles du comportement	13	12%
Maladies cardio-vasculaires	10	9%
Chute	8	8%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les quatre motifs les plus fréquemment cités concernent les démences pour près de 4 patients sur 10...

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 7 pathologies par patient ont été indiquées.

Les affections neurologiques et les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes et concernent chacune 7 patients sur 10 puis dans des proportions proches viennent les pathologies urologiques (62%), gastro-entérologiques (58%), psychiatriques (58%) et endocrino-métaboliques (55%).

L'hypertension artérielle est l'affection cardio-vasculaire la plus fréquente et touche près de la moitié des patients (49%).

Parmi les maladies neurologiques, près de 6 patients sur 10 (58%) sont atteints d'un syndrome démentiel.

Parmi les pathologies urologiques, 4 patients sur 10 (45%) présentent une incontinence vésicale.

Parmi les affections et troubles gastro-entérologiques, la constipation est la manifestation la plus fréquente et concerne 4 patients sur 10 (39%).

Parmi les pathologies psychiatriques, 4 patients sur 10 (39%) souffrent d'un état dépressif.

Parmi les maladies endocrino-métaboliques, la dénutrition affecte près de 3 patients sur 10 (26%).

Dans les tableaux ci-contre, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



Comorbidités 1 : Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en Ehpad (nombre et %)

Comorbidités	EHPAD	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	212	98%
Nombre total de comorbidités citées	1490	
Nombre moyen de comorbidités par patient	7,0	
	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	146	69%
Hypertension artérielle	103	49%
Hypotension orthostatique	8	4%
Troubles du rythme (FA...)	54	25%
Insuffisance cardiaque	47	22%
Coronaropathie	31	15%
Thrombose veineuse profonde (TVP)	14	7%
Embolie pulmonaire	5	2%
Lymphoedème, insuffisance veineuse	13	6%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	11	5%
Autres pathologies cardio-vasculaires	3	1%
2. Neurologie	148	70%
Malaises, perte de connaissance	6	3%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	12	6%
Syndrome confusionnel	7	3%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée	15	7%
Maladie de Parkinson	9	4%
Syndrome démentiel	123	58%
Instabilité posturale/chute	17	8%
Autres pathologies neurologiques	4	2%
3. Psychiatrie	123	58%
Etat dépressif	83	39%
Psychose	22	10%
Trouble du comportement productif	55	26%
Autres pathologies psychiatriques		
4. Pneumologie	25	12%
BPCO	20	9%
Insuffisance respiratoire chronique	8	4%
Autres pathologies pneumologiques	1	0%
5. Infectiologie	16	8%
Infection urinaire basse	7	3%
Pyélonéphrite		
Pneumopathie		
Infection broncho-pulmonaire	8	4%
Sepsis	1	0%
Autre infectiologie	2	1%
6. Dermatologie	22	10%
Escarre	11	5%
Trouble trophique d'origine veineuse	12	6%
Autres pathologies dermatologiques		
7. Rhumatologie	98	46%
Pathologie disco-vertébrale	29	14%
Coxarthrose	21	10%
Gonarthrose	24	11%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	49	23%
Autres pathologies rhumatologiques	5	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Comorbidités 2 : Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle en Ehpad (nombre et %)

Comorbidités	EHPAD	
Vombre de patients ayant au moins une comorbidité	212	98%
Vombre total de comorbidités citées	1490	
Vombre moyen de comorbidités par patient	7,0	
	Effectif	N % colonne
1. Gastro-entérologie	122	58%
Reflux gastro-oesophagien	34	16%
Constipation	82	39%
Hécalome	4	2%
Incontinence anale	46	22%
Autres pathologies gastro-entérologiques	4	2%
1. Endocrino-métabolisme	116	55%
Troubles de l'hydratation	42	20%
Diabète	31	15%
Dysthyroïdie	35	17%
Dénutrition	55	26%
Autres pathologies endocrinocriennes et métaboliques	4	2%
10. Uro-néphrologie	131	62%
Incontinence vésicale	96	45%
Insuffisance rénale chronique CL > 60 ml/min	18	8%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min < CL < 60ml/min	61	29%
Insuffisance rénale chronique CL < 30 ml/min	16	8%
Autres pathologies urologiques	1	0%
11. Hématologie	24	11%
Anémie	16	8%
Dysglobulinémie	2	1%
Léiomyopathie maligne	4	2%
Autres pathologies hématologiques		
12. Cancérologie	21	10%
Sein	8	4%
Prostate	7	3%
Colon	2	1%
Poumon	2	1%
Autres cancers	2	1%
13. Ophtalmologie	48	23%
Glaucome chronique	4	2%
DMLA	9	4%
Cataracte	42	20%
Autres pathologies ophtalmologiques		
14. Syndrome d'immobilisation	8	4%
15. Soins palliatifs	6	3%
16. Accompagnement de fin de vie	8	4%
17. Traumatologie		
18. Autres pathologies	1	0%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gériatologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il prend en charge le patient en Ehpad.

Tests d'évaluation gériatologique : des outils cliniques largement utilisés

Pour plus de la moitié des patients (55%), le gériatre a envisagé la réalisation « immédiate » d'au moins un test d'évaluation gériatologique dans le cadre de la prise en charge actuelle. Pour près de la moitié des patients (46%), cette prescription est envisagée « à distance ».

En moyenne, 4,8 tests sont envisagés « immédiatement » et 5,8 « de manière différée ».

Les deux tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation de la douleur (72%) et celle du risque d'escarre (60%). Les deux tests le plus souvent envisagés « à distance » sont les troubles du comportement (66%) et l'évaluation des fonctions supérieures (64%). Parallèlement, pour les autres tests, de réalisation « immédiate » ou « à distance », les fréquences observées traduisent la diversité des tests envisagés par patient.

Les fréquences de prescription des différents tests sont détaillées dans le tableau ci-contre.

Tests d'évaluation gériatologique envisagés en Ehpad (nombre et %)

Tests envisagés	Immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	118	55%	99	46%
Nombre moyen de tests par patient	4,8		5,8	
Évaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS,...)	26	22%	63	64%
Évaluation de l'autonomie	49	42%	57	58%
Évaluation nutritionnelle	46	39%	57	58%
Bilan neuropsychologique	5	4%	46	46%
Équilibre et posture	39	33%	40	40%
Évaluation de l'humeur	44	37%	56	57%
Troubles du comportement	43	36%	65	66%
Évaluation de la douleur	85	72%	32	32%
Évaluation du sommeil	56	47%	41	41%
Évaluation de la force musculaire	24	20%	41	41%
Examen bucco dentaire	40	34%	33	33%
Recherche d'un déficit sensoriel	39	33%	31	31%
Évaluation du risque d'escarre	71	60%	8	8%
Autres tests	3	3%	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*En moyenne, 4,8 tests
sont envisagés
« immédiatement » et
5,8 « de manière différée »...*

Des examens à visée diagnostique envisagés majoritairement de manière différée

Pour près de la moitié (48%) des patients pris en charge en Ehpad, les examens à visée diagnostique sont envisagés de manière différée et pour 4 patients sur 10, ces prescriptions sont envisagées en urgence. Le nombre moyen d'examens envisagés de manière différée est de 7,6 contre 5,2 en urgence.

Pour les examens envisagés de manière différée, les examens de biologie concernent 9 patients sur 10 (88%), les examens de radiologie, imagerie et endoscopie, près de la moitié des patients (46%) et les examens à visée cardiologique sont prescrits pour un peu plus du quart (26%).

Les examens envisagés en urgence auprès de 39% des patients, correspondent dans 9 cas sur 10 à un examen biologique et dans près de la moitié des cas à un examen à visée cardiologique.

Les examens prescrits sont détaillés dans le tableau ci-contre.

Examens à visée diagnostique envisagés en Ehpad (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	84	39%	103	48%
Nombre moyen d'examens par patient	5,2		7,6	
1. Biologie	75	89%	91	88%
Ionogramme	64	76%	53	51%
NFS	67	80%	45	44%
VS-CRP	65	77%	44	43%
Clairance créatinine	56	67%	48	47%
ECBU	15	18%	35	34%
Hémoculture	1	1%	28	27%
PL			28	27%
Bilan hépatique	18	21%	61	59%
Bilan lipidique	5	6%	59	57%
Bilan phosphocalcique	19	23%	64	62%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	22	26%	71	69%
TSH	50	60%	41	40%
Autres examens biologiques et sérologiques	4	5%	9	9%
2. Radiologie Imagerie endoscopie	13	15%	47	46%
Radiopulmonaire	3	4%	15	15%
Radiographies osseuses	5	6%	4	4%
Autres radiols				
Echographie abdomino-pelvienne	1	1%	1	1%
TDM ou IRM cérébrale	2	2%	5	5%
Autres TDM ou IRM	1	1%	1	1%
Ostéodensitométrie			1	1%
Endoscopie digestive				
EEG	1	1%	0	0%
Autres investigations				
3. Examens à visée cardiologique	40	48%	27	26%
ECG	37	44%	18	17%
Echocardiographie			4	4%
Hoiter tensionnel			27	26%
Hoiter rythmique			27	26%
Echodoppler veineux			28	27%
Echodoppler artériel			28	27%
Recherche d'hypotension orthostatique	3	4%	28	27%
4. Autres types d'examens				

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

NB : La faiblesse des effectifs ne permet pas de comparer les différents types d'examens selon leur caractère « urgent » ou différé ».

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis auprès d'un psychologue pour la majorité des patients

39% des patients pris en charge par le médecin coordonnateur de l'Ehpad font l'objet d'une demande d'avis, et le nombre moyen d'avis est de 2,1 par patient. Pour plus des trois quarts des patients (N=59) la demande d'avis est prévue auprès d'un psychologue. L'avis d'un kinésithérapeute concerne plus de la moitié des patients concernés (N=44).

Demandes d'avis prévues en Ehpad (nombre et %)

Une demande d'avis est-elle prévue?	Effectif	%
Nombre de patients concernés	76	39%
Nombre moyen d'avis	2,1	
Ergothérapeute	16	21%
Kinésithérapeute	44	58%
Psychologue	59	78%
Neuropsychologue	8	11%
Orthophoniste	15	20%
Diététicien	7	9%
Podologue	1	1%
Chirurgien dentiste	11	14%
Assistante sociale		
Psychomotricien		
Autre	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Un peu plus du tiers des patients nécessite une consultation spécialisée

Pour un peu plus du tiers des patients (N=52), il est prévu au moins une consultation spécialisée. Le nombre moyen de consultations est de 1,2 par patient. La spécialité médicale la plus fréquemment envisagée est la psychiatrie avec 22 patients concernés.

Consultations spécialisées prévues en Ehpad (nombre et %)

Une ou des consultations spécialisées est-elle ou sont-elles prévues?	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins une consultation a été envisagée	52	35%
Nombre moyen de consultations par patient	1,2	
Neurologie	12	23%
Cardiologie	7	13%
Pneumologie	3	6%
Psychiatrie	22	42%
Orthopédie	7	13%
Gastro-entérologie	1	2%
Rhumatologie		
Urologie	1	2%
Néphrologie	1	2%
ORL		
Ophthalmologie		
Stomatologie		
Dermatologie	1	2%
Oncologie	1	2%
Consultation mémoire	4	8%
Consultation gériatrique hospitalière	1	2%
Autres chirurgies		
Endocrinologie		
Hématologie		
Autre	2	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge.

Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 6,9 par patient. La mise en place d'une nouvelle thérapeutique a concerné 3 patients sur 10 avec en moyenne 1,7 nouveau traitement. L'interruption d'un traitement médicamenteux a concerné 28 patients (13% de l'ensemble des patients) et 1,4 médicament en moyenne.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire dans les traitements en cours

Les psychotropes, les médicaments à visée cardio-vasculaire, les médicaments à visée digestive et les antalgiques sont les quatre

familles thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours. Les psychotropes concernent 76% des patients, les traitements à visée cardio-vasculaire 75%, les médicaments à visée digestive 63% et les antalgiques 61%. Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients en Ehpad (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	215		65		28	
Nombre total de familles thérapeutiques	1485		112		38	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	6,9		1,7		1,4	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	132	61%	9	14%	2	7%
2. Psychotropes	163	76%	25	38%	28	100%
3. Antiparkinsoniens	15	7%	1	2%		
4. Antiépileptiques	23	11%	6	9%	1	4%
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	161	75%	10	15%	5	18%
6. Antidiabétiques, hypocholestéromiants, hypouricémiants	41	19%			1	4%
7. Antibiotiques	12	6%	14	22%		
8. Digestif	135	63%	5	8%	2	7%
9. AINS	2	1%	1	2%	2	7%
10. Corticoïdes	13	6%	3	5%		
11. Suppléments	57	27%	6	9%		
12. Anti-ostéoporotiques	83	39%	8	12%		
13. Incontinence urinaire	86	40%	4	6%	4	14%
14. Pansements d'escarres	4	2%				
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)	1	0%				
16. Thyroïde	39	18%				
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	7	3%				
18. Chimiothérapie	2	1%				
19. EPO						
20. Oxygénothérapie	1	0%	6	9%		
21. Médicaments à visée respiratoire	13	6%	2	3%	1	4%
22. Traitements adénome prostatique	2	1%				
23. Autres traitements médicamenteux	28	13%	8	12%	1	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Concernant les quatre classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire et les psychotropes, les traitements en cours au moment de la prise en charge du patient les plus fréquemment cités sont :

- Parmi les psychotropes : les antidépresseurs et les benzodiazépines,
- Pour les traitements à visée cardio-vasculaire : les diurétiques, l'IEC ou Sartan et les antiagrégants,

Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire en Ehpad (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	163	76%	25	38%	28	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	97	45%	14	22%	1	4%
Benzodiazépine	75	35%	7	11%	3	11%
Autres sédatifs	27	13%	1	2%	1	4%
Neuroleptiques	39	18%	3	5%	9	32%
Anticholinestérasiques	26	12%			5	18%
Mémanfine	25	12%	4	6%	2	7%
Autres psychotropes						
Médicaments à visée cardio-vasculaire	161	75%	10	15%	5	18%
Diurétiques	74	34%	1	2%		
IEC ou Sartan	67	31%				
Béta-bloquants	22	10%	1	2%		
AVK	26	12%			1	4%
Antiagrégants (aspirine, plavix)	65	30%				
Héparine	2	1%	1	2%		
Antiarythmiques (dont digitaliques)	36	17%				
Inhibiteurs rénine	2	1%				
Inhibiteurs calciques	33	15%			2	7%
Statines	24	11%			1	4%
Anti angineux	22	10%	1	2%		
Autres hypertenseurs	1	0%				
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	5	2%				

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

- Parmi les traitements digestifs, les IPP représentent 24% et les laxatifs 52%,
- Parmi les antalgiques, les antalgiques de classe I représentent 48%.

» Les psychotropes concernent 76% des patients,
 les traitements à visée cardio-vasculaire 75%,
 les médicaments à visée digestive 63%
 et les antalgiques 61%.



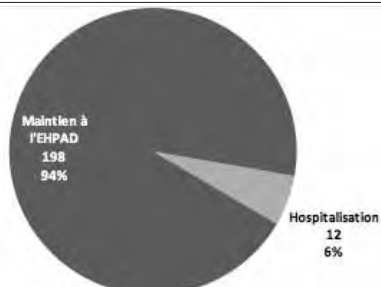
L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

La prédominance du maintien à l'Ehpad

Plus de 9 patients sur 10 sont maintenus à l'Ehpad.

Parmi les 12 patients qui justifient d'un recours à l'hospitalisation, 6 patients sont orientés vers un service d'urgences, 3 vers le court séjour gériatrique, 2 vers un service de psychiatrie et 1 patient vers un service de SSR gériatrique. ▀

Orientation souhaitée après la prise en charge en Ehpad (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Activité des EMG

Pour ce segment d'activité, 120 questionnaires ont été renseignés par les gériatres participants à l'enquête. Cet effectif peut varier selon les variables analysées lorsque la question n'a pas été renseignée.

Caractéristiques des patients

Une population âgée et majoritairement féminine

Les patients sont âgés de 85 ans en moyenne. L'âge moyen des femmes est supérieur à celui des hommes (86 ans contre 85 ans).

Près de 6 patients sur 10 (59%) sont des femmes.

La prédominance féminine progresse avec l'âge. En effet, comme le montre le tableau ci-contre, la proportion de femmes passe de 50% avant 75 ans à 61% à partir de 85 ans et plus.

Une activité en majorité de proximité

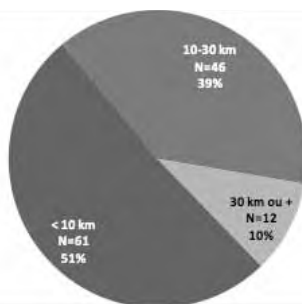
La moitié (51%) des patients résident à moins de 10 kilomètres de leur lieu de prise en charge. 39% des patients vivent dans un rayon de 10 à 30 kilomètres et 1 patient sur 10 (10%) est domicilié à plus de 30 kilomètres.

Les patients vus par l'EMG selon le sexe et l'âge (nombre et %)

Tranche d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<75 ans	1	50%	1	50%	2	100%
75-84 ans	23	43%	30	57%	53	100%
85 ans et +	25	39%	39	61%	64	100%
Total	49	41%	70	59%	119	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients vus par l'EMG selon la distance au lieu de résidence (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Des patients qui vivent à leur domicile

Plus de 7 patients sur 10 (73%) vivent à leur domicile. 26% sont accueillis dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, il s'agit majoritairement d'établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Un patient réside dans une unité de soins de longue durée.

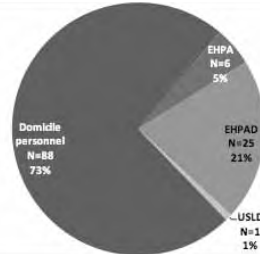
La moitié des personnes en situation de veuvage

Près de 6 patients sur 10 (59%) sont en situation de veuvage, et plus de 3 patients sur 10 (32%) sont mariés ou en couple, les situations de célibat et de divorce ou séparation sont moins fréquentes et concernent respectivement 7% et 2% des patients. Globalement, la répartition des patients vus par l'EMG selon la situation familiale diffère peu de celle observée en population générale chez les personnes de 65 ans et plus. (cf. Page X La moitié des patients vit seul.

Une présence hebdomadaire de l'entourage pour la majorité des patients

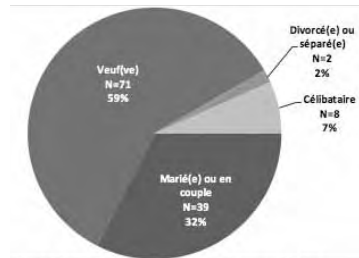
Plus de 7 patients sur 10 (71%) sont entourés par un proche au moins une fois par semaine. Pour 17% des patients, l'entourage familial ou amical est présent entre 1 et 3 fois par mois, pour 7%, la fréquence des visites est inférieure à 1 fois par mois et pour 5% des patients, l'entourage n'est jamais présent.

Répartition des patients vus par l'EMG selon leur lieu de vie habituel (nombre et %)



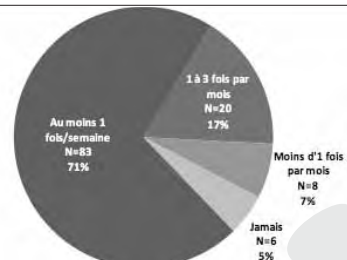
Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Répartition des patients vus par l'EMG selon la situation familiale (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Présence de l'entourage familial ou amical auprès du patient vu par l'EMG (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

La moitié des patients apparaît fortement dépendante

Le questionnaire permettait de renseigner le GIR du patient au dernier relevé dans le cas où cette mesure était effectuée. Parmi les 120 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 63 d'entre eux, soit pour un peu plus de la moitié des questionnaires (53%). Au regard de ces données, **il importe de noter que la répartition des GIR présentée n'est pas représentative** et ne témoigne pas du niveau de dépendance de l'ensemble des patients pris en charge par le segment d'activité « EMG ». Ces résultats sont donnés à titre informatif.

51% des patients sont classés dans les GIR 1 et 2, soit la moitié de patients dépendants. Les GIR 3 et 4 concernent 39% des patients, soit près de 4 patients sur 10 pouvant être considérés comme moyennement dépendants. Les GIR 5 et 6 regroupent 9% des patients classés comme étant autonomes.

Les GIR des patients vus par l'EMG
(nombre et %)*

GIR	Effectif	%
1	5	8%
2	27	43%
3	11	17%
4	14	22%
5	2	3%
6	4	6%
Total	63	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

*au dernier relevé lorsque celui-ci est effectué

Parmi les 120 patients du segment d'activité étudié, l'information a été mentionnée pour 63 d'entre eux...

» *Lorsque le patient est vu par l'EMG dans un service hospitalier, il s'agit essentiellement d'un service propre à l'établissement (99%)...*

La prise en charge

Une surreprésentation des prises en charge en CHU

Le mode de recrutement des gériatres pour l'enquête (67% d'entre eux exercent dans un CHU) influence fortement le lieu de prise en charge du patient : l'ensemble des 120 patients a été pris en charge par une EMG au sein d'un CHU.

Des patients vus au service des urgences dans 3 cas sur 4

Parmi les 120 patients vus par l'EMG, pour 119 (99%), celle-ci a été sollicitée par un service hospitalier et pour un seul patient par un médecin généraliste. Lorsque le patient est vu par l'EMG dans un service hospitalier, il s'agit essentiellement d'un service propre à l'établissement (99%). Dans les trois quarts des cas, il s'agit du service des urgences et pour le quart restant d'un service de court séjour.

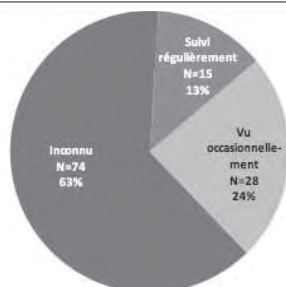
Une activité majoritairement non programmée

Près de 7 patients sur 10 (69%) sont pris en charge par l'EMG dans un contexte d'urgence.

Une majorité de patients inconnus

La majorité des patients (63%) sont pris en charge pour la première fois par l'EMG, 13% des patients sont suivis régulièrement et 24% sont vus occasionnellement par un service de gériatrie.

Répartition des patients vus par l'EMG selon la nature du suivi (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Un avis diagnostique sollicité dans 7 cas sur 10

Pour les deux tiers des patients (68%), l'EMG est sollicitée pour un avis diagnostique, dans 6 cas sur 10 (59%), il s'agit de trouver une orientation au patient et une fois sur deux, un avis thérapeutique est requis. Pour près d'un quart des patients (22%), l'intervention de l'EMG est demandée pour la mise en œuvre du retour au domicile du patient.

Des motifs de prise en charge variés

Pour la totalité des patients (100%), les gériatres ont précisé un ou plusieurs motifs de prise en charge (en moyenne 1,1 motif par patient).

Globalement, les cinq motifs les plus fréquemment cités concernent une problématique liée à l'orientation du patient (28%), les chutes pour 21%, un syndrome confusionnel pour 18%, les troubles du comportement pour 7% des patients et une altération de l'état général pour 5%.

Au moins un de ces cinq motifs principaux est retrouvé chez près de 8 patients sur 10 (78%).

Les motifs généraux de sollicitation de l'EMG (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre de patients	108	90%
Nombre moyen de motifs	1,06	
Un avis diagnostique	82	68%
Un avis thérapeutique	60	50%
La mise en œuvre du retour à domicile du patient	26	22%
Trouver une orientation au patient	71	59%
Autre motif d'adressage	3	3%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les cinq motifs principaux les plus fréquemment rencontrés par l'EMG (nombre et %)

	Effectif	%
Nombre total de patients	120	100%
Nombre de patients pour lesquels au moins un motif principal a été renseigné quel qu'il soit	109	91%
Nombre de patients présentant au moins l'un des 5 principaux motifs les plus fréquemment cités	85	78%
Les 5 principaux motifs cités		
Orientation	30	28%
Chute	23	21%
Syndrôme confusionnel	20	18%
Troubles du comportement	8	7%
Altération de l'état général	5	5%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Dans 6 cas sur 10 (59%), il s'agit de trouver une orientation au patient...

Les comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle

Pour répondre à cette question, le gériatre devait renseigner, pour chaque patient pris en charge, la ou les comorbidités principales présentées. En moyenne, 5 pathologies par patient ont été indiquées. Les affections neurologiques sont les plus fréquentes (les trois quarts des patients) suivies par les pathologies cardio-vasculaires (les deux tiers des patients). Elles sont suivies à une fréquence moindre, des pathologies endocriniennes et métaboliques (36%) et dans des proportions proches, des maladies infectieuses (29%), urologiques (28%) et psychiatriques (25%).

L'hypertension artérielle est l'affection cardio-vasculaire la plus fréquente et touche 50 patients (42%).

Parmi les maladies neurologiques, le syndrome démentiel atteint 49 patients (42%). S'agissant des pathologies endocriniennes et métaboliques, des maladies urologiques ou infectieuses, les patients se répartissent dans les différentes affections sans que l'une ne prédomine de manière significative. Parmi les affections psychiatriques, l'état dépressif concerne 21 patients (soit 18%). Dans les tableaux suivants, les comorbidités et pathologies sont présentées de manière détaillée, selon l'ordre retenu dans le questionnaire d'enquête.



Comorbidités 1: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle par l'EMG (nombre et %)

Comorbidités	EMG	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	118	98%
Nombre total de comorbidités citées	590	
Nombre moyen de comorbidités par patient	5,0	
	Effectif	%
1. Cardio-vasculaire	79	67%
Hypertension artérielle	50	42%
Hypotension orthostatique	4	3%
Troubles du rythme (FA...)	32	27%
Insuffisance cardiaque	32	27%
Coronaropathie	13	11%
Thrombose veineuse profonde (TVP)	2	2%
Embolie pulmonaire	2	2%
Lymphoedème, insuffisance veineuse	2	2%
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	6	5%
Autres pathologies cardio-vasculaires	2	2%
2. Neurologie	89	75%
Malaises, perte de connaissance	7	6%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	14	12%
Syndrome confusionnel	20	17%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée	12	10%
Maladie de Parkinson	8	7%
Syndrome démentiel	49	42%
Instabilité posturale/chute	40	34%
Autres pathologies neurologiques		
3. Psychiatrie	29	25%
Elat dépressif	21	18%
Psychose	2	2%
Trouble du comportement productif	9	8%
Autres pathologies psychiatriques	1	1%
4. Pneumologie	14	12%
BPCO	10	8%
Insuffisance respiratoire chronique	3	3%
Autres pathologies pneumologiques	2	2%
5. Infectiologie	34	29%
Infection urinaire basse	4	3%
Pyélonéphrite	9	8%
Pneumopathie	10	8%
Infection broncho-pulmonaire	6	5%
Sepsis	12	10%
Autre infectiologie	2	2%
6. Dermatologie	13	11%
Escarre	12	10%
Trouble trophique d'origine veineuse	2	2%
Autres pathologies dermatologiques		
7. Rhumatologie	15	13%
Pathologie disco-vertébrale	2	2%
Coxarthrose	3	3%
Gonarthrose	1	1%
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture)	10	8%
Autres pathologies rhumatologiques	2	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Comorbidités 2: Comorbidités et pathologies ayant motivé la prise en charge actuelle par l'EMG (nombre et %)

Comorbidités	EMG	
Nombre de patients ayant au moins une comorbidité	118	98%
Nombre total de comorbidités citées	590	
Nombre moyen de comorbidités par patient	5,0	
	Effectif	N % colonne
8. Gastro-entérologie	17	14%
Reflux gastro-oesophagien	2	2%
Constipation	8	7%
Fécalome	5	4%
Incontinence anale	4	3%
Autres pathologies gastro-entérologiques	5	4%
9. Endocrin-métabolisme	42	36%
Troubles de l'hydratation	6	5%
Diabète	15	13%
Dysthyroïdie	13	11%
Dénutrition	17	14%
Autres pathologies endocrinocriennes et métaboliques		
10. Uro-néphrologie	33	28%
Incontinence vésicale	12	10%
Insuffisance rénale chronique CL> 60 ml/min	4	3%
Insuffisance rénale chronique 30ml/min <CL< 60ml/min	14	12%
Insuffisance rénale chronique CL< 30 ml/min	6	5%
Autres pathologies urologiques	6	5%
11. Hématologie	15	13%
Anémie	12	10%
Dysglobulinémie		
Hémopathie maligne	5	4%
Autres pathologies hématologiques		
12. Cancérologie	11	9%
Sein	3	3%
Prostate	4	3%
Colon	2	2%
Poumon		
Autres cancers	3	3%
13. Ophtalmologie	4	3%
Glaucome chronique	1	1%
DMLA	2	2%
Cataracte	2	2%
Autres pathologies ophtalmologiques	1	1%
14. Syndrome d'immobilisation	9	8%
15. Soins palliatifs	5	4%
16. Accompagnement de fin de vie	3	3%
17. Traumatologie	2	2%
18. Autres pathologies	1	1%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les investigations envisagées

Deux types d'investigations sont étudiées dans ce chapitre : les tests d'évaluation gérontologique d'une part, et les examens à visée diagnostique d'autre part. L'enquête portant sur l'activité des gériatres à un moment donné, les investigations effectivement réalisées ne pouvaient être recensées. Il s'agit donc ici de mesurer les investigations envisagées par le gériatre, soit immédiatement soit de manière différée, au moment où il intervient avec l'EMG dans la prise en charge du patient.

Tests d'évaluation gérontologique : des outils cliniques largement utilisés

Pour l'essentiel des patients (99%), le gériatre a envisagé la réalisation « immédiatement » d'au moins un test d'évaluation gérontologique dans le cadre de la prise en charge actuelle. Pour plus de 4 patients sur 10 (41%), cette prescription est envisagée « à distance ».

En moyenne, 5,4 tests sont envisagés « immédiatement » et 2,6 « de manière différée ».

Les tests les plus fréquemment envisagés « immédiatement » concernent l'évaluation de l'autonomie (96%), de la douleur (90%), du risque d'escarre (67%) et l'évaluation des fonctions supérieures (66%). Parmi les tests envisagés « à distance », l'évaluation nutritionnelle (N=26, soit 53%), l'évaluation de l'humeur (N=23, soit 47%) et l'évaluation des fonctions supérieures (N=19, soit 39%) sont les plus fréquents. Les fréquences de prescription des différents tests sont détaillées dans le tableau ci-contre.

Tests d'évaluation gérontologique envisagés par l'EMG (nombre et %)

Tests envisagés	Immédiatement		à distance	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un test a été envisagé	119	99%	49	41%
Nombre moyen de tests par patient	5,4		2,6	
Evaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS,...)	78	66%	19	39%
Evaluation de l'autonomie	114	96%	6	12%
Evaluation nutritionnelle	36	30%	26	53%
Bilan neuropsychologique	3	3%	16	33%
Equilibre et posture	59	50%	15	31%
Evaluation de l'humeur	21	18%	23	47%
Troubles du comportement	14	12%	7	14%
Evaluation de la douleur	107	90%	2	4%
Evaluation du sommeil	18	15%	4	8%
Evaluation de la force musculaire	3	3%	2	4%
Examen bucco dentaire	45	38%	1	2%
Recherche d'un déficit sensoriel	53	45%	4	8%
Evaluation du risque d'escarre	80	67%	1	2%
Autres tests	7	6%		

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

En moyenne, 5,4 tests sont envisagés « immédiatement » et 2,6 « de manière différée »...

Davantage d'examens à visée diagnostique envisagés en urgence

Pour 6 patients sur 10 (61%) pris en charge par l'EMG, les examens à visée diagnostique sont envisagés en urgence, et pour plus du tiers des patients (34%) de manière différée. Le nombre moyen d'examens envisagés en urgence est de 3,3 contre 2,8 de manière différée.

Pour les examens envisagés en urgence auprès de 73 patients, les examens de biologie concernent 51 patients (70%), les examens de radiologie, imagerie et endoscopie, 40 patients (55%) et les examens à visée cardiologique sont prescrits pour plus du tiers (N=25). Les examens envisagés de manière différée concernent 41 patients, ils sont biologiques dans 3 cas sur 4 et dans une moindre mesure à visée cardiologique ou imagerie. Les examens prescrits sont détaillés dans le tableau ci-contre.

NB : La faiblesse des effectifs ne permet pas de comparer les différents types d'examens selon leur caractère « urgent » ou différé ».

Examens à visée diagnostique envisagés par l'EMG (nombre et %)

Examens à visée diagnostique envisagés	En urgence		De manière différée	
	Effectif	%	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins un examen a été envisagé	73	61%	41	34%
Nombre moyen d'examens par patient	3,3		2,8	
1. Biologie	51	70%	30	73%
Ionogramme	20	27%	7	17%
NFS	23	32%	7	17%
VS-CRP	27	37%	5	12%
Clairence créatinine	14	19%	5	12%
ECBU	10	14%	2	5%
Hémoculture	5	7%	1	2%
PL	1	1%		
Bilan hépatique	3	4%	2	5%
Bilan lipidique				
Bilan phosphocalcique	6	8%	6	15%
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	14	19%	19	46%
TSH	13	18%	17	41%
Autres examens biologiques et sérologiques	16	22%	8	20%
2. Radiologie imagerie endoscopie	40	55%	12	29%
Radio pulmonaire	9	12%		
Radiographies osseuses	6	8%		
Autres radios	3	4%		
Echographie abdomino pelvienne	5	7%	4	10%
TDM ou IRM cérébrale	19	26%	9	22%
Autres TDM ou IRM	4	5%	2	5%
Ostéodensitométrie				
Endoscopie digestive			1	2%
EEG	9	12%	1	2%
Autres investigations	1	1%		
3. Examens à visée cardiologique	25	34%	16	39%
ECG	13	18%	1	2%
Echocardiographie			7	17%
Holter tensionnel			1	2%
Holter rythmique			1	2%
Echodoppler veineux	5	7%	1	2%
Echodoppler artériel	1	1%	2	5%
Recherche d'hypotension orthostatique	9	12%	5	12%
4. Autres types d'examens	3	4%	1	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les demandes d'avis programmés et les consultations spécialisées prévues

Des demandes d'avis programmés pour 2 patients sur 5

43% des patients pris en charge par l'EMG font l'objet d'une demande d'avis, et le nombre moyen d'avis est de 1,4. La demande d'avis auprès d'un kinésithérapeute est la plus fréquemment citée dans 8 cas sur 10 (N=39).

Demandes d'avis prévues par l'EMG (nombre et %)

Une demande d'avis est-elle prévue?	Effectif	%
Nombre de patients concernés	50	43%
Nombre moyen d'avis	1,4	
Ergothérapeute	11	22%
Kinésithérapeute	39	78%
Psychologue	5	10%
Neuropsychologue	3	6%
Orthophoniste	1	2%
Dietéticien	7	14%
Podologue	1	2%
Chirurgien dentiste		
Assistante sociale	3	6%
Psychomotricien		
Autre	1	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Une consultation spécialisée prévue pour 4 patients sur 10

Pour près de 4 patients sur 10 (N=42) vus par l'EMG, il est prévu au moins une consultation spécialisée. Le nombre moyen de consultations est de 1,2 par patient. La spécialité médicale la plus fréquemment citée est la psychiatrie (N=13).

Consultations spécialisées prévues par l'EMG (nombre et %)

Une ou des consultations spécialisées est ou sont-elles prévues?	Effectif	%
Nombre de patients pour lesquels au moins une consultation a été envisagée	42	38%
Nombre moyen de consultations par patient	1,2	
Neurologie	6	14%
Cardiologie	3	7%
Pneumologie		
Psychiatrie	13	31%
Orthopédie	2	5%
Gastro-entérologie		
Rhumatologie	1	2%
Urologie	3	7%
Néphrologie	2	5%
ORL		
Ophthalmologie	2	5%
Stomatologie		
Dermatologie		
Oncologie	1	2%
Consultation mémoire	7	17%
Consultation gériatrique hospitalière	7	17%
Autres chirurgies	1	2%
Endocrinologie		
Hématologie		
Autre	3	7%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les traitements médicamenteux en cours ou à prescrire

Les gériatres devaient indiquer pour chaque patient et par famille thérapeutique, les traitements médicamenteux « en cours » au moment de la prise en charge, ceux « prescrits » ou « interrompus » à l'issue de la prise en charge.

Le nombre moyen de traitements médicamenteux en cours au moment de la prise en charge est de 4,8 par patient. La mise en place d'une nouvelle thérapeutique a concerné près de la moitié des patients (48%), avec en moyenne 1,8 nouveaux traitements. L'interruption d'un traitement médicamenteux est un peu moins fréquente, elle concerne 44% de l'ensemble des patients et 2 médicaments en moyenne.

Prédominance des médicaments à visée cardio-vasculaire dans les traitements en cours

Les médicaments à visée cardio-vasculaire et les psychotropes sont les deux familles

thérapeutiques les plus citées parmi les traitements en cours. Les traitements à visée cardio-vasculaire concernent 85% des patients et les psychotropes 50%.

Les autres traitements médicamenteux apparaissent moins fréquents.

Traitements médicamenteux en cours, prescrits et interrompus par grandes familles thérapeutiques chez les patients vus par l'EMG (nombre et %)

	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	117		56		51	
Nombre total de familles thérapeutiques	560		99		104	
Nombre moyen de traitements médicamenteux	4,8		1,8		2,0	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	45	38%	21	38%	14	27%
2. Psychotropes	58	50%	20	36%	51	100%
3. Antiparkinsoniens	6	5%	1	2%		
4. Antiépileptiques	8	7%	1	2%	1	2%
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	100	85%	12	21%	26	51%
6. Antidiabétiques, hypocholestérolémiants, hypouricémiants	14	12%	3	5%	7	14%
7. Antibiotiques	27	23%	10	18%		
8. Digestif	26	22%	7	13%	2	4%
9. AINS					1	2%
10. Corticoïdes	6	5%	1	2%		
11. Suppléments	5	4%	3	5%	2	4%
12. Anti-ostéoporotiques	6	5%			1	2%
13. Incontinence urinaire	18	15%			3	6%
14. Pansements d'escarres	5	4%	7	13%		
15. Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)						
16. Thyroïde	16	14%	1	2%		
17. Hormonothérapie (sein, prostate)	4	3%				
18. Chimiothérapie	2	2%				
19. EPO	1	1%				
20. Oxygénothérapie	11	9%	1	2%	1	2%
21. Médicaments à visée respiratoire	7	6%				
22. Traitements adénome prostatique						
23. Autres traitements médicamenteux	13	11%	8	14%	3	6%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

Concernant les deux classes médicamenteuses principales que sont les traitements à visée cardio-vasculaire et les psychotropes, les traitements en cours au moment de la prise en charge du patient les plus fréquemment cités sont :

- Parmi les psychotropes : les antidépresseurs et les benzodiazépines
- Pour les traitements à visée cardio-vasculaire : les diurétiques, l'IEC ou Sartan et les antiagrégants.

**Psychotropes et médicaments à visée cardio-vasculaire
chez les patients vus par l'EMG (nombre et %)**

	En cours		Prescrits		Interrompus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Psychotropes	58	50%	20	36%	51	100%
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	25	21%	1	2%	7	14%
Benzodiazépine	25	21%	12	21%	7	14%
Autres sédatifs	12	10%	2	4%	4	8%
Neuroleptiques	15	13%	3	5%	11	22%
Anticholinestérasiques	6	5%	1	2%	1	2%
Mémantine	1	1%	1	2%	2	4%
Autres psychotropes			1	2%		
Médicaments à visée cardio-vasculaire	100	85%	12	21%	26	51%
Diurétiques	46	39%	1	2%	8	16%
IEC ou Sartan	41	35%	1	2%	5	10%
Béta-bloquants	19	16%	1	2%	4	8%
AVK	13	11%	1	2%	3	6%
Antiagrégants (aspirine, plavix)	40	34%	1	2%	3	6%
Héparine	19	16%	5	9%	1	2%
Antiarythmiques (dont digitaliques)	20	17%	1	2%	1	2%
Inhibiteurs rénine						
inhibiteurs calciques	15	13%			3	6%
Statines	16	14%			5	10%
Anti angineux	2	2%			3	6%
Autres hypertenseurs	2	2%				
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	3	3%			1	2%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique – Exploitation ORS Bretagne

*Les traitements
à visée cardio-vasculaire
concernent 85% des patients
et les psychotropes 50%...*

L'orientation souhaitée après la prise en charge en cours

Nécessité d'une hospitalisation pour 7 patients sur 10...

À l'issue de la prise en charge par l'EMG, 7 patients sur 10 (N=81) nécessitent une hospitalisation.

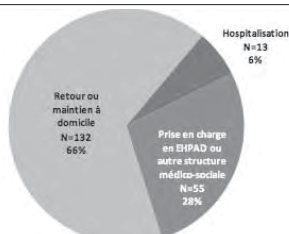
Près de 2 patients sur 10 (N=21) peuvent être maintenus ou retourner à leur domicile.

Pour 16 patients, l'hébergement permanent en Ehpad ou dans une autre structure médico-sociale est préconisé. Pour plus de la moitié (9 sur 16) de ces patients, résidents permanents d'EHPAD, il s'agit de retours dans leur établissement.

...majoritairement en court séjour gériatrique

Les patients pour lesquels une hospitalisation est souhaitée à l'issue de la prise en charge par l'EMG, sont orientés majoritairement vers un service de court séjour gériatrique (N=50, 62%), les autres services cités sont diversifiés et de moindre fréquence.

Orientation souhaitée après la prise en charge par l'EMG (nombre et %)



Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Service d'hospitalisation souhaitée après la prise en charge par l'EMG (nombre et %)

Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ?	Effectif	%
Urgences	1	1%
Court séjour	9	11%
Court séjour gériatrique	50	62%
SSR	1	1%
SSR gériatrique	7	9%
USLD	1	1%
Psychiatrie	5	6%
Unité cognitivo-comportementale	2	2%
Autre service	5	6%
Total	81	100%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

» Près de 2 patients sur 10 (N=21) peuvent
être maintenus ou retourner à leur domicile...

L'accompagnement au domicile par le médecin traitant

Les gériatres préconisent que tous les patients orientés vers leur domicile bénéficient d'un suivi par le médecin traitant (N=21).

La moitié des patients (N=11) justifie d'une prise en charge sociale ou de soins paramédicaux (N=10).

Modalités de suivi préconisé dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à domicile à l'issue de la prise en charge par l'EMG (nombre et %)

Nombre de patients orientés vers le domicile	113	
Nombre total de modalités de suivi préconisé	303	
Nombre moyen de modalités de suivi par patient	2,7	
	Effectif	%
Suivi par vous-même	19	17%
Médecin généraliste	109	96%
Médecin spécialiste	33	29%
Soins paramédicaux	34	30%
ESSAD	38	34%
Prise en charge psychologique	4	4%
Prise en charge sociale	29	26%
Prise en charge par un réseau gériatrique	13	12%
Prise en charge par une équipe mobile gériatrique		
Hospitalisation de jour gériatrique	7	6%
HAD	2	2%
Coordination avec le CLIC	11	10%
Autre	4	4%

Source : Enquête 2011 sur l'activité gériatrique
Exploitation ORS Bretagne

Les gériatres
préconisent que tous
les patients orientés
vers leur domicile
bénéficient d'un suivi
par le médecin
traitant...





» *Annexes*

■ 1 – Prescriptions médicamenteuses globales

■ 2 – Fiche patient : modules spécifiques aux différents segments et modules communs

Prescriptions médicamenteuses globales

Tableau I

Tous segments confondus (y compris gériatrie libérale)	En cours		Prescrits		Interrompus	
Nombre de patients concernés	1300		446		272	
Nombre de familles thérapeutiques	7716		899		459	
Nombre moyen de médicaments par patient	5,9		2,0		1,7	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1. Antalgiques	673	52%	124	28%	41	15%
Classes I	558	43%	70	16%	12	4%
Classes II	137	11%	26	6%	27	10%
Classes III	109	8%	34	8%	2	1%
2. Psychotropes	831	64%	161	36%	238	88%
Benzodiazépine	360	28%	51	11%	27	10%
Autres sédatifs	149	11%	12	3%	19	7%
Neuroleptiques	167	13%	23	5%	49	18%
Anticholinestérasiques	147	11%	20	4%	25	9%
Mémanline	96	7%	12	3%	12	4%
Autres psychotropes	5	0%	2	0%		
3. Antiparkinsoniens	69	5%	5	1%	3	1%
4. Antiépileptiques	139	11%	16	4%	5	2%
5. Médicaments à visée cardio-vasculaire	1082	83%	102	23%	112	41%
Diurétiques	397	31%	13	3%	29	11%
IEC ou Sartan	486	37%	4	1%	18	7%
Béta-bloquants	261	20%	15	3%	10	4%
AVK	186	14%	10	2%	13	5%
Antiagrégants (aspirine, plavix)	434	33%	11	2%	17	6%
Héparine	152	12%	36	8%	5	2%
Antiarythmiques (dont digitaliques)	153	12%	3	1%	9	3%
Inhibiteurs rénine	5	0%				
inhibiteurs calciques	202	16%	8	2%	12	4%
Statines	222	17%	7	2%	16	6%
Anti angineux	45	3%	2	0%	6	2%
Autres hypertenseurs	10	1%			3	1%
Autres médicaments à visée cardio-vasculaire	18	1%			6	2%
6. Antidiabétiques, hypocholestéromiants, hypouricémiants	193	15%	13	3%	23	8%
Antidiabétiques Oraux	87	7%			19	7%
Insuline	111	9%	13	3%	2	1%
Allopurinol	27	2%			3	1%
7. Antibiotiques	115	9%	57	13%	5	2%
8. Digestif	626	48%	74	17%	16	6%
IPP	357	27%	25	6%	12	4%
Laxatif	404	31%	56	13%	3	1%
Autres médicaments à visée digestive	21	2%	7	2%	1	0%

Fiche patient : modules spécifiques aux différents segments et modules communs



ENQUÊTE LIVRE BLANC DE LA GÉRIATRIE FICHE PATIENT

CADRE RÉSERVÉ ORSB

CODES : CODE SEGMENT CONCERNÉ

CODEM : [][][][]

N° QUEST :

Avant de commencer à remplir le questionnaire,
lire attentivement

le PROTOCOLE et les CONSIGNES de REMPLISSAGE
(voir en dernière page)

MODULE COMMUN à l'ensemble des segments

Information du patient ou de sa famille pour ce recueil anonyme d'information ☐

I. Lieu de la prise en charge

1. Selon votre situation et/ou votre activité, cocher la case correspondant au lieu ou au type d'établissement où vous prenez en charge le patient : (1 seule réponse possible)

- | | |
|---|--|
| CHU ☐ 1 | Cabinet libéral ☐ 5 |
| CH ☐ 2 | Domicile du patient ☐ 6 |
| Clinique ☐ 3 | Autre ☐ 7, préciser : |
| EHPAD ☐ 4 | |
| préciser si : public hospitalier ☐ 1 | |
| public autonomie ☐ 2 | |
| privé à but non lucratif ☐ 3 | |
| privé à but lucratif ☐ 4 | |

II. Caractéristiques du patient

- | | |
|---|--|
| 2. Âge [][][] ans | 6. Situation familiale : Marié(e) ou en couple ☐ 1 |
| | Veu(ve) ☐ 2 |
| 3. Sexe : Homme ☐ 1 | Divorcé(e) ou séparé(e) ☐ 3 |
| Femme ☐ 2 | Célibataire ☐ 4 |
| 4. Provenance géographique : Moins de 10 kms ☐ 1 | 6a. Le patient vit-il seul ? oui ☐ 1 |
| 10-30 kms ☐ 2 | (hors patients en EHPAD ou USLD) non ☐ 2 |
| 30 kms ou plus ☐ 3 | |
| 5. Lieu de vie habituel (hors patients en EHPAD ou USLD) : | 7. Présence de l'entourage familial ou amical auprès du patient : |
| Domicile personnel ☐ 1 | Au moins une fois par semaine ☐ 1 |
| EHPA ☐ 2 | 1 à 3 fois par mois ☐ 2 |
| EHPAD ☐ 3 | Moins d'une fois par mois ☐ 3 |
| USLD ☐ 4 | Jamais ☐ 4 |
| Autre, préciser : ☐ 5 | |
| | 8. GIR du patient au dernier relevé (si cette mesure est effectuée) : [][] |

QUESTION SPÉCIFIQUE au segment ACTIVITÉ PSYCHO GÉRIATRIE

III. Contexte de la prise en charge

- | | |
|---|--|
| 9. La prise en charge concerne ? (1 seule réponse possible) | 10. De quelle pathologie psychiatrique souffre le patient ? (1 seule réponse possible) |
| Un patient hospitalisé en gériatrie ☐ 1 | Un état dépressif ☐ 1 |
| Un patient hospitalisé en psychiatrie ☐ 2 | Une psychose ☐ 2 |
| Un patient hospitalisé dans une unité psycho gériatrique ☐ 3 | Des troubles du comportement ☐ 3 |
| | Autre, préciser : ☐ 4 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment CONSULTATION/HOSPITALISATION

IV. Caractéristiques de la prise en charge

9. Quel est le type de prise en charge ? (1 seule réponse possible)

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Consultation MCO | ☐ 1 | Consultation SSR | ☐ 3 |
| Hospitalisation de jour MCO | ☐ 2 | Hôpital de jour SSR | ☐ 4 |

10. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|----------------------------------|---|
| Un avis diagnostique | ☐ 1 |
| Un avis thérapeutique | ☐ 2 |
| Un geste technique | ☐ 3, lequel ? |
| Le suivi d'une pathologie connue | ☐ 4 |
| Une prise en charge globale | ☐ 5 |
| Autre | ☐ 6, préciser: |

11. Quel est le motif principal de la prise en charge ? (Noter en clair)

.....

12. Existe-t-il un contexte d'urgence ?

- oui ☐ 1 non ☐ 2

13. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| Inconnu du service | ☐ 1 |
| Suivi régulièrement dans le service (au moins 1 fois par an en consultation, en HDJ ou en HDS) | ☐ 2 |
| Vu occasionnellement | ☐ 3 |

14. De quel type de consultation s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|---|---|
| Consultation pluridisciplinaire gériatrique | ☐ 1 |
| Consultation mémoire | ☐ 2 |
| Consultation de prévention des chutes | ☐ 3 |
| Consultation avancée | ☐ 4 |
| Autre | ☐ 5, préciser: |

15. Qui vous a adressé le patient ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case correspondante

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Médecin généraliste | ☐ 1 | | |
| Médecin spécialiste libéral | ☐ 2 | → Si oui, quelle spécialité ? | |
| Autre professionnel de santé | ☐ 3 | → Si oui, lequel ? | |
| EHPAD hospitalier | ☐ 4 | → S'agit-il ? | De l'EHPAD ☐ 1 de l'établissement De l'EHPAD ☐ 2 d'un autre établissement |
| EHPAD non hospitalier | ☐ 5 | | |
| Service hospitalier | ☐ 6 | → S'agit-il ? | D'un service ☐ 1 de l'établissement D'un service ☐ 2 d'un autre établissement |
| | | ↓ | ↓ |
| | | Lequel ? | Lequel ? |
| À la demande de la famille | ☐ 7 | | |
| À la demande du patient | ☐ 8 | | |
| Autre | ☐ 9 | → Préciser: | |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

IV. Caractéristiques de la prise en charge

9. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- Un avis diagnostique ☐ 1
 Un avis thérapeutique ☐ 2
 Un geste technique ☐ 3, lequel ?
 Le suivi d'une pathologie connue ☐ 4
 Une prise en charge globale ☐ 5
 Autre ☐ 6, préciser :

10. Quel est le motif principal de la prise en charge ? (Noter en clair)

.....

11. Existe-t-il un contexte d'urgence ? oui ☐ 1 non ☐ 2

12. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- Inconnu du service ☐ 1
 Suivi régulièrement dans le service (au moins 1 fois par an en consultation, en HDJ ou en HDS) ☐ 2
 Vu occasionnellement ☐ 3

13. De quel type d'entrée s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- Entrée directe ☐ 1 → Aller à la question 13.1
 Mutation interne à l'établissement ☐ 2 → Aller à la question 13.2
 Transfert d'un autre établissement ☐ 3 → Aller à la question 13.3

13.1 S'il s'agit d'une entrée directe, qui vous a adressé le patient ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case
correspondante

- Médecin généraliste ☐ 1
 Médecin spécialiste libéral ☐ 2 → Si oui, quelle spécialité ?
 Autre professionnel de santé ☐ 3 → Si oui, lequel ?
 EHPAD non hospitalier ☐ 4
 À la demande de la famille ☐ 5
 À la demande du patient ☐ 6
 Autre ☐ 7 → Préciser :

13.2 S'il s'agit d'une mutation, dans quel service de l'établissement était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- Aux urgences ☐ 1
 En Zone de surveillance de très courte durée ☐ 2
 En hospitalisation de jour gériatrique ☐ 3
 En court séjour non gériatrique ☐ 4
 En SSR gériatrique ☐ 5
 En SSR non gériatrique ☐ 6
 En USLD ☐ 7
 En EHPAD ☐ 8
 Autre, préciser : ☐ 9

13.3 S'il s'agit d'un transfert d'un autre établissement, dans quel service était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- Aux urgences ☐ 1
 En Zone de surveillance de très courte durée ☐ 2
 En hospitalisation de jour gériatrique ☐ 3
 En court séjour non gériatrique ☐ 4
 En SSR gériatrique ☐ 5
 En SSR non gériatrique ☐ 6
 En USLD ☐ 7
 En EHPAD ☐ 8
 Autre, préciser : ☐ 9

MODULE SPÉCIFIQUE au segment SSR GÉRIATRIQUE

IV. Caractéristiques de la prise en charge

9. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ 1 Une prise en charge suite à une affection médicale aiguë
☐ 2 Une prise en charge suite à une intervention chirurgicale
☐ 3 Une prise en charge globale
☐ 4 Autre, préciser :

10. Quel est le motif principal de la prise en charge ? (Noter en clair)

11. Existe-t-il un contexte d'urgence ? oui ☐ 1 non ☐ 2

12. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- ☐ 1 Inconnu du service
☐ 2 Suivi régulièrement dans le service (au moins 1 fois par an en consultation, en HDJ ou en HDS)
☐ 3 Vu occasionnellement par le service

13. De quel type d'entrée s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- ☐ 1 Entrée directe → Aller à la question 13.1
☐ 2 Mutation interne à l'établissement → Aller à la question 13.2
☐ 3 Transfert d'un autre établissement → Aller à la question 13.3

13.1 S'il s'agit d'une entrée directe, qui vous a adressé le patient ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case correspondante

- ☐ 1 Médecin généraliste
☐ 2 Médecin spécialiste libéral → Si oui, quelle spécialité ?
☐ 3 Autre professionnel de santé → Si oui, lequel ?
☐ 4 EHPAD non hospitalier
☐ 5 À la demande de la famille
☐ 6 À la demande du patient
☐ 7 Autre, préciser :

13.2 S'il s'agit d'une mutation, dans quel service de l'établissement était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- ☐ 1 Aux urgences
☐ 2 En Zone de surveillance de très courte durée
☐ 3 En hospitalisation de jour gériatrique
☐ 4 En court séjour non gériatrique
☐ 5 En court séjour gériatrique
☐ 6 En SSR non gériatrique
☐ 7 En USLD
☐ 8 En EHPAD
☐ 9 Autre, préciser :

13.3 S'il s'agit d'un transfert d'un autre établissement, dans quel service était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- ☐ 1 Aux urgences
☐ 2 En Zone de surveillance de très courte durée
☐ 3 En hospitalisation de jour gériatrique
☐ 4 En court séjour non gériatrique
☐ 5 En court séjour gériatrique
☐ 6 En SSR non gériatrique
☐ 7 En USLD
☐ 8 En EHPAD
☐ 9 Autre, préciser :

MODULE SPÉCIFIQUE au segment PSYCHO GÉRIATRIE

IV. Caractéristiques de la prise en charge

11. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Un avis diagnostique | ☐ 1 | Une prise en charge globale | ☐ 4 |
| Un avis thérapeutique | ☐ 2 | Autre | ☐ 5 |
| Le suivi d'une pathologie connue | ☐ 3 | préciser : | |

12. Quel est le motif principal de la prise en charge psycho-gériatrique ? (Noter en clair)

13. Existe-t-il un contexte d'urgence à la prise en charge psycho-gériatrique ? oui ☐ 1 non ☐ 2

14. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| Inconnu du pôle gériatrique | ☐ 1 |
| Suivi régulièrement (au moins 1 fois par an) par le pôle gériatrique | ☐ 2 |
| Vu occasionnellement par le pôle gériatrique | ☐ 3 |

15. Quel est le type de prise en charge ? (1 seule réponse possible)

- | | | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Consultation | ☐ 1 | → Aller à la question 16.1 puis 16.2 |
| Hospitalisation | ☐ 2 | → Aller à la question 17 |

Si vous avez répondu ☒ 1 à la question 15, répondez aux deux questions suivantes :

16.1 S'il s'agit d'une consultation, de quel type s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Consultation psycho gériatrique | ☐ 1 | Consultation avancée | ☐ 4 |
| Consultation pluridisciplinaire gériatrique | ☐ 2 | Autre | ☐ 5 |
| Consultation mémoire | ☐ 3 | préciser : | |

16.2. S'il s'agit d'une consultation, par qui a-t-elle été sollicitée ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case correspondante

- ↓
- | | | |
|------------------------------|----------------------------|---|
| Médecin généraliste | ☐ 1 | |
| Médecin spécialiste libéral | ☐ 2 | → Si oui, quelle spécialité ? |
| Autre professionnel de santé | ☐ 3 | → Si oui, lequel ? |
| EHPAD hospitalier | ☐ 4 | → S'agit-il ? De l'EHPAD de l'établissement ☐ 1 De l'EHPAD d'un autre établissement ☐ 2 |
| EHPAD non hospitalier | ☐ 5 | |
| Service hospitalier | ☐ 6 | → S'agit-il ? D'un service de l'établissement ☐ 1 D'un service d'un autre établissement ☐ 2 |
| | | Lequel ? |
| À la demande de la famille | ☐ 7 | |
| À la demande du patient | ☐ 8 | |
| Autre | ☐ 9 | → Préciser : |

Si vous avez répondu ☒ 2 à la question 15, répondez à la question suivante :

17. S'il s'agit d'une hospitalisation dans votre service, d'où provient le patient ? (1 seule réponse possible dans une seule des 2 colonnes)

- | | D'un service de l'établissement | D'un service d'un autre établissement |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| Urgences | ☐ 1 | ☐ 1 |
| Zone de surveillance de très courte durée | ☐ 2 | ☐ 2 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 3 | ☐ 3 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 4 | ☐ 4 |
| Court séjour non gériatrique | ☐ 5 | ☐ 5 |
| SSR gériatrique | ☐ 6 | ☐ 6 |
| SSR non gériatrique | ☐ 7 | ☐ 7 |
| USLD | ☐ 8 | ☐ 8 |
| EHPAD | ☐ 9 | ☐ 9 |
| Autre, préciser : | ☐ 10 | ☐ 10 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment SOINS DE LONGUE DURÉE

IV. Caractéristiques de la prise en charge

9. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- Prise en charge d'une pathologie organique chronique ☐ 1
 Polypathologie ☐ 2
 État de dépendance lourde ☐ 3
 Autre ☐ 4, préciser :

10. Quel est le motif principal de la prise en charge ? (Noter en clair)

.....

11. Existe-t-il un contexte d'urgence ? oui ☐ 1 non ☐ 2

12. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- Inconnu du pôle gériatrique de l'établissement ☐ 1
 Suivi régulièrement (au moins 1 fois par an) au niveau du pôle ☐ 2
 Vu occasionnellement au niveau du pôle ☐ 3

13. De quel type d'entrée s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- Entrée directe ☐ 1 → Aller à la question 13.1
 Mutation interne à l'établissement ☐ 2 → Aller à la question 13.2
 Transfert d'un autre établissement ☐ 3 → Aller à la question 13.3

13.1 S'il s'agit d'une entrée directe, qui vous a adressé le patient ? (1 seule réponse possible)

**Cocher la case
correspondante**

- Médecin généraliste ☐ 1
 Médecin spécialiste libéral ☐ 2 → Si oui, quelle spécialité ?
 Autre professionnel de santé ☐ 3 → Si oui, lequel ?
 EHPAD non hospitalier ☐ 4
 À la demande de la famille ☐ 5
 À la demande du patient ☐ 6
 Autre ☐ 7 → Préciser :

13.2 S'il s'agit d'une mutation, dans quel service de l'établissement était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- Aux urgences ☐ 1 En court séjour gériatrique ☐ 5
 En Zone de surveillance de très courte durée ☐ 2 En SSR ☐ 6
 En hospitalisation de jour gériatrique ☐ 3 En SSR gériatrique ☐ 7
 En court séjour ☐ 4 En EHPAD ☐ 8
 Autre, préciser : ☐ 9

13.3 S'il s'agit d'un transfert d'un autre établissement, dans quel service était hospitalisé le patient ? (1 seule réponse possible)

- Aux urgences ☐ 1 En court séjour gériatrique ☐ 5
 En Zone de surveillance de très courte durée ☐ 2 En SSR ☐ 6
 En hospitalisation de jour gériatrique ☐ 3 En SSR gériatrique ☐ 7
 En court séjour ☐ 4 En EHPAD ☐ 8
 Autre, préciser : ☐ 9

MODULE SPÉCIFIQUE au segment EHPAD

IV Caractéristiques de la prise en charge

9. Quel est le motif du recours au médecin ? (1 seule réponse possible)

- Entrée dans l'établissement ☐ 1 → Répondre aux questions 9.1 et 9.3
Suivi médical ☐ 2 → Répondre à la question 9.1
Évènement intercurrent ☐ 3 → Répondre à la question 9.2

9.1. Quel est le motif principal de la prise en charge ?
(noter en clair)

.....
.....
.....
.....
.....

9.2. De quel type de problème s'agit-il ?
(plusieurs réponses possibles)

- Troubles du comportement ☐ 1
Décompensation cardiaque ☐ 2
Épisode infectieux ☐ 3
Chute ☐ 4
Autre, préciser : ☐ 5

9.3. Qui vous a sollicité pour la prise en charge du patient ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case
correspondante

- Médecin généraliste ☐ 1
Médecin spécialiste libéral ☐ 2 → Si oui, quelle spécialité ?
Autre professionnel de santé ☐ 3 → Si oui, lequel ?
À la demande de la famille ☐ 4
À la demande du patient ☐ 5
Autre ☐ 6 → Préciser :

MODULE SPÉCIFIQUE au segment ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE

IV. Caractéristiques de la prise en charge

9. L'équipe mobile est-elle sollicitée pour : (plusieurs réponses possibles)

- Un avis diagnostique ☐ 1
- Un avis thérapeutique ☐ 2
- La mise en œuvre du retour à domicile du patient ☐ 3
- Trouver une orientation pour le patient ☐ 4
- Autre ☐ 5, préciser

10. Quel est le motif principal de la prise en charge par l'équipe mobile ? (Noter en clair)

.....

.....

11. Existe-t-il un contexte d'urgence à la prise en charge par l'équipe mobile ? oui ☐ 1 non ☐ 2

12. Le patient est-il ? (1 seule réponse possible)

- Inconnu d'un service de gériatrie ☐ 1
- Suivi régulièrement par un service de gériatrie (au moins 1 fois par an) ☐ 2
- Vu occasionnellement par un service de gériatrie ☐ 3

13. Qui vous a sollicité pour la prise en charge du patient ? (1 seule réponse possible)

Cocher la case
correspondante

Médecin généraliste	☐ 1		
Médecin spécialiste libéral	☐ 2	→ Si oui, quelle spécialité ?	
Autre professionnel de santé	☐ 3	→ Si oui, lequel ?	
EHPAD hospitalier	☐ 4	→ S'agit-il ?	De l'EHPAD ☐ 1 de l'établissement
EHPAD non hospitalier	☐ 5		De l'EHPAD ☐ 2 d'un autre établissement
Service hospitalier	☐ 6	→ S'agit-il ?	D'un service ☐ 1 de l'établissement
		↓	Lequel ?
			↓
			Lequel ?
À la demande de la famille	☐ 7		
À la demande du patient	☐ 8		
Autre	☐ 9	→ Préciser	

MODULE COMMUN à l'ensemble des segments

V. Investigations réalisées ou prévues

16. Dans la situation actuelle de prise en charge, envisagez-vous de réaliser l'un ou plusieurs des tests suivants ? (plusieurs réponses possibles)

	Immédiatement	À distance
	↓	↓
Évaluation des fonctions supérieures (Test des 5 mots, MMS, ...)	☐ 1	☐ 1
Évaluation de l'autonomie (ADL, IADL, AGGIR...)	☐ 2	☐ 2
Évaluation nutritionnelle (MNA...)	☐ 3	☐ 3
Bilan neuro-psychologique	☐ 4	☐ 4
Équilibre et posture (Get up and go test, Tinetti, TMM...)	☐ 5	☐ 5
Évaluation de l'humeur (GDS ou mini GDS...)	☐ 6	☐ 6
Troubles du comportement (NPI...)	☐ 7	☐ 7
Évaluation de la douleur	☐ 8	☐ 8
Évaluation du sommeil	☐ 9	☐ 9
Évaluation de la force musculaire (Grip test)	☐ 10	☐ 10
Examen bucco dentaire	☐ 11	☐ 11
Recherche d'un déficit sensoriel (audition, vision)	☐ 12	☐ 12
Évaluation risque d'escarre (Norton)	☐ 13	☐ 13
Autre, préciser :	☐ 14	☐ 14

17. Dans la situation actuelle de prise en charge, envisagez-vous de réaliser le ou les examen(s) à visée diagnostique suivants ? (plusieurs réponses possibles)

	En urgence	De manière différée
	↓	↓
Biologie		
Ionogramme	☐ 1	☐ 1
NFS	☐ 2	☐ 2
VS-CRP	☐ 3	☐ 3
Clairance créatinine	☐ 4	☐ 4
ECBU	☐ 5	☐ 5
Hémoculture	☐ 6	☐ 6
PL	☐ 7	☐ 7
Bilan hépatique	☐ 8	☐ 8
Bilan lipidique	☐ 9	☐ 9
Bilan phosphocalcique	☐ 10	☐ 10
Minibilan nutritionnel (ALB, PREALB)	☐ 11	☐ 11
TSH	☐ 12	☐ 12
Radiologie imagerie endoscopie		
Radio pulmonaire	☐ 13	☐ 13
Radiographies osseuses	☐ 14	☐ 14
Autres radio	☐ 15	☐ 15
Échographie abdomino pelvienne	☐ 16	☐ 16
TDM ou IRM cérébrale	☐ 17	☐ 17
Autres TDM ou IRM	☐ 18	☐ 18
Ostéodensitométrie	☐ 19	☐ 19
Endoscopie digestive	☐ 20	☐ 20
Examens à visée cardiovasculaire		
ECG	☐ 21	☐ 21
Échocardiographie	☐ 22	☐ 22
Holter tensionnel	☐ 23	☐ 23
Holter rythmique	☐ 24	☐ 24
Échodoppler veineux	☐ 25	☐ 25
Échodoppler artériel	☐ 26	☐ 26
Recherche d'hypotension orthostatique	☐ 27	☐ 27
EEG	☐ 28	☐ 28
Autre, préciser :	☐ 29	☐ 29

18. Une demande d'avis est-elle prévue ? oui ☐ 1 non ☐ 2

18.1 Si oui, auprès de quel(s) professionnel(s) de santé ? (plusieurs réponses possibles)

Ergothérapeute	☐ 1	Orthophoniste	☐ 5
Kinésithérapeute	☐ 2	Dietéticien	☐ 6
Psychologue	☐ 3	Podologue	☐ 7
Neuropsychologue	☐ 4	Chirurgien dentiste	☐ 8
		Autre, préciser :	☐ 9

19. Une ou des consultation(s) spécialisée(s) est (ou sont)-elle(s) prévue(s) ? oui ☐ 1 non ☐ 2

19.1 Si oui, laquelle ou lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

Neurologie	☐ 1	ORL	☐ 10
Cardiologie	☐ 2	Ophtalmologie	☐ 11
Pneumologie	☐ 3	Stomatologie	☐ 12
Psychiatrie	☐ 4	Dermatologie	☐ 13
Orthopédie	☐ 5	Oncologie	☐ 14
Gastroentérologie	☐ 6	Consultation mémoire	☐ 15
Rhumatologie	☐ 7	Consultation gériatrique hospitalière	☐ 16
Urologie	☐ 8	Autre, préciser :	☐ 17
Néphrologie	☐ 9		

VI. Traitements médicamenteux en cours ou prescrits

20. Cocher la ou les case(s) correspondant au(x) traitement(s) médicamenteux en cours, ou prescrit(s) ce jour ou interrompu(s) ce jour ? (plusieurs réponses possibles)

	En cours ↓	Prescrits ce jour ↓	Interrompus ce jour ↓
Antalgiques			
Classes I	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Classes II	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Classes III	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Psychotropes			
Antidépresseurs (ISRS – tricycliques – autres)	☐ 4	☐ 4	☐ 4
Sédatifs :			
benzodiazépine	☐ 5	☐ 5	☐ 5
autres	☐ 6	☐ 6	☐ 6
Neuroleptiques	☐ 7	☐ 7	☐ 7
Anticholinestérasiques	☐ 8	☐ 8	☐ 8
Mémantine	☐ 9	☐ 9	☐ 9
Antiparkinsoniens	☐ 10	☐ 10	☐ 10
Antiépileptiques	☐ 11	☐ 11	☐ 11
Médicaments à visée cardio-vasculaire			
Diurétiques	☐ 12	☐ 12	☐ 12
IEC ou Sartan	☐ 13	☐ 13	☐ 13
Bêta-bloquants	☐ 14	☐ 14	☐ 14
AVK	☐ 15	☐ 15	☐ 15
Antiagrégants (aspirine, plavix)	☐ 16	☐ 16	☐ 16
Héparine	☐ 17	☐ 17	☐ 17
Antiarythmiques (dont digitaliques)	☐ 18	☐ 18	☐ 18
Inhibiteurs rénine	☐ 19	☐ 19	☐ 19
Inhibiteurs calciques	☐ 20	☐ 20	☐ 20
Autre, préciser :	☐ 21	☐ 21	☐ 21

VI. Traitements médicamenteux en cours ou prescrits (suite)

20 (suite). Cocher la ou les case(s) correspondant au(x) traitement(s) médicamenteux en cours, ou prescrit(s) ce jour ou interrompu(s) ce jour ? (plusieurs réponses possibles)

	En cours ↓	Prescrits ce jour ↓	Interrompus ce jour ↓
Antidiabétiques, hypocholestérolémiants, hypouricémiants			
Antidiabétiques Oraux	☐ 22	☐ 22	☐ 22
Insuline	☐ 23	☐ 23	☐ 23
Statines	☐ 24	☐ 24	☐ 24
Allopurinol	☐ 25	☐ 25	☐ 25
Antibiotiques	☐ 26	☐ 26	☐ 26
Digestif			
IJP	☐ 27	☐ 27	☐ 27
Laxatifs	☐ 28	☐ 28	☐ 28
AINS	☐ 29	☐ 29	☐ 29
Corticoides	☐ 30	☐ 30	☐ 30
Suppléments			
Nutritionnels	☐ 31	☐ 31	☐ 31
Vitaminiques	☐ 32	☐ 32	☐ 32
Anti-ostéoporotiques			
Suppléments calciques	☐ 33	☐ 33	☐ 33
Bisphosphonates	☐ 34	☐ 34	☐ 34
Ranelate de strontium	☐ 35	☐ 35	☐ 35
Vitamine D	☐ 36	☐ 36	☐ 36
Incontinence urinaire			
Anti-cholinergiques	☐ 37	☐ 37	☐ 37
Solutions palliatives absorbantes	☐ 38	☐ 38	☐ 38
Pansements d'escarres	☐ 39	☐ 39	☐ 39
Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)			
Voie orale : glucosamine-autres	☐ 40	☐ 40	☐ 40
Injection intra-articulaire, préciser :	☐ 41	☐ 41	☐ 41
Thyroïde			
Hormones	☐ 42	☐ 42	☐ 42
ATS	☐ 43	☐ 43	☐ 43
Hormonothérapie (sein, prostate)	☐ 44	☐ 44	☐ 44
Chimiothérapie	☐ 45	☐ 45	☐ 45
EPO	☐ 46	☐ 46	☐ 46
Oxygénothérapie	☐ 47	☐ 47	☐ 47
Autres, préciser :	☐ 48	☐ 48	☐ 48

MODULE SPÉCIFIQUE au segment CONSULTATION/HOSPITALISATION

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en cours

21. À l'issue de la prise en charge en consultation ou en hôpital de jour, quelle est l'orientation souhaitée ?
(1 seule réponse possible)

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → Aller à la question 21.1 |
| Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale | ☐ 2 | → Aller à la question 21.2 |
| Retour ou maintien à domicile | ☐ 3 | → Aller à la question 21.3 |

Si vous avez répondu ☒ 1 à la question 21, répondez à la question suivante :

21.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Court séjour | ☐ 1 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 2 |
| SSR | ☐ 3 |
| SSR gériatrique | ☐ 4 |
| USLD | ☐ 5 |
| Psychiatrie | ☐ 6 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 7 |
| Autres, préciser : | ☐ 8 |

Si vous avez répondu ☒ 2 à la question 21, répondez à la question suivante :

21.2 Si le patient justifie d'une prise en charge en EHPAD ou dans une autre structure médico-sociale, s'agit-il ?
(1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| D'un hébergement permanent | ☐ 1 |
| D'un hébergement temporaire | ☐ 2 |
| D'une prise en charge en accueil de jour | ☐ 3 |

Si vous avez répondu ☒ 3 à la question 21, répondez à la question suivante :

21.3 Si le patient est maintenu ou retourne à son domicile personnel, quelle est ou quelles sont la ou les modalités de suivi préconisées ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|-----------------------------|
| Suivi par vous-même | ☐ 1 |
| Médecin généraliste | ☐ 2 |
| Médecin spécialiste | ☐ 3 |
| Soins paramédicaux | ☐ 4 |
| SSIAD | ☐ 5 |
| Prise en charge psychologique | ☐ 6 |
| Prise en charge sociale | ☐ 7 |
| Prise en charge par un réseau gériatrique | ☐ 8 |
| Prise en charge par une équipe mobile gériatrique | ☐ 9 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 10 |
| HAD | ☐ 11 |
| Coordination avec le CLIC | ☐ 12 |
| Autre, préciser : | ☐ 13 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en cours

19. À l'issue de la prise en charge en court séjour gériatrique, quelle est l'orientation souhaitée ?
(1 seule réponse possible)

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → Aller à la question 19.1 |
| Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale | ☐ 2 | → Aller à la question 19.2 |
| Retour ou maintien à domicile | ☐ 3 | → Aller à la question 19.3 |

Si vous avez répondu ☒ 1 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Court séjour non gériatrique | ☐ 1 |
| SSR | ☐ 2 |
| SSR gériatrique | ☐ 3 |
| USLD | ☐ 4 |
| Psychiatrie | ☐ 5 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 6 |
| Autres, préciser : | ☐ 7 |

Si vous avez répondu ☒ 2 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.2 Si le patient justifie d'une prise en charge en EHPAD ou dans une autre structure médico-sociale, s'agit-il ?
(1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| D'un hébergement permanent | ☐ 1 |
| D'un hébergement temporaire | ☐ 2 |
| D'une prise en charge en accueil de jour | ☐ 3 |

Si vous avez répondu ☒ 3 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.3 Si le patient est maintenu ou retourne à son domicile personnel, quelle est ou quelles sont la ou les modalités de suivi préconisé ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|-----------------------------|
| Suivi par vous-même | ☐ 1 |
| Médecin généraliste | ☐ 2 |
| Médecin spécialiste | ☐ 3 |
| Soins paramédicaux | ☐ 4 |
| SSIAD | ☐ 5 |
| Prise en charge psychologique | ☐ 6 |
| Prise en charge sociale | ☐ 7 |
| Prise en charge par un réseau gerontologique | ☐ 8 |
| Prise en charge par une équipe mobile gériatrique | ☐ 9 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 10 |
| HAD | ☐ 11 |
| Coordination avec le CLIC | ☐ 12 |
| Autre, préciser : | ☐ 13 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment SSR GÉRIATRIQUE

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en soins

19. À l'issue de la prise en charge en SSR gériatrique, quelle est l'orientation souhaitée ?

(1 seule réponse possible)

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → <i>Aller à la question 19.1</i> |
| Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale | ☐ 2 | → <i>Aller à la question 19.2</i> |
| Retour ou maintien à domicile | ☐ 3 | → <i>Aller à la question 19.3</i> |

Si vous avez répondu ☐ 1 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? *(1 seule réponse possible)*

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Court séjour | ☐ 1 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 2 |
| SSR non gériatrique | ☐ 3 |
| USLD | ☐ 4 |
| Psychiatrie | ☐ 5 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 6 |
| Autres, préciser : | ☐ 7 |

Si vous avez répondu ☐ 2 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.2 Si le patient justifie d'une prise en charge en EHPAD ou dans une autre structure médico-sociale, s'agit-il ?

(1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| D'un hébergement permanent | ☐ 1 |
| D'un hébergement temporaire | ☐ 2 |
| D'une prise en charge en accueil de jour | ☐ 3 |

Si vous avez répondu ☐ 3 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.3 Si le patient est maintenu ou retourne à son domicile personnel, quelle est ou quelles sont la ou les modalités de suivi préconisé ? *(plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|---|-----------------------------|
| Suivi par vous-même | ☐ 1 |
| Médecin généraliste | ☐ 2 |
| Médecin spécialiste | ☐ 3 |
| Soins paramédicaux | ☐ 4 |
| SSIAD | ☐ 5 |
| Prise en charge psychologique | ☐ 6 |
| Prise en charge sociale | ☐ 7 |
| Prise en charge par un réseau gériatrique | ☐ 8 |
| Prise en charge par une équipe mobile gériatrique | ☐ 9 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 10 |
| HAD | ☐ 11 |
| Coordination avec le CLIC | ☐ 12 |
| Autre, préciser : | ☐ 13 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment PSYCHO GÉRIATRIE

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en soins

23. À l'issue de la prise en charge en psycho-gériatrie, quelle est l'orientation souhaitée ?
(1 seule réponse possible)

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → Aller à la question 23.1 |
| Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale | ☐ 2 | → Aller à la question 23.2 |
| Retour ou maintien à domicile | ☐ 3 | → Aller à la question 23.3 |

Si vous avez répondu ☒ 1 à la question 23, répondez à la question suivante :

23.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Court séjour | ☐ 1 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 2 |
| SSR | ☐ 3 |
| SSR gériatrique | ☐ 4 |
| USLD | ☐ 5 |
| Psychiatrie | ☐ 6 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 7 |
| Autres, préciser : | ☐ 8 |

Si vous avez répondu ☒ 2 à la question 23, répondez à la question suivante :

23.2 Si le patient justifie d'une prise en charge en EHPAD ou dans une autre structure médico-sociale, s'agit-il ?
(1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| D'un hébergement permanent | ☐ 1 |
| D'un hébergement temporaire | ☐ 2 |
| D'une prise en charge en accueil de jour | ☐ 3 |

Si vous avez répondu ☒ 3 à la question 23, répondez à la question suivante :

23.3 Si le patient est maintenu ou retourne à son domicile personnel, quelle est ou quelles sont la ou les modalités de suivi préconisé ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|-----------------------------|
| Suivi par vous-même | ☐ 1 |
| Médecin généraliste | ☐ 2 |
| Médecin spécialiste | ☐ 3 |
| Soins paramédicaux | ☐ 4 |
| SSIAD | ☐ 5 |
| Prise en charge psychologique | ☐ 6 |
| Prise en charge sociale | ☐ 7 |
| Prise en charge par un réseau gériatrique | ☐ 8 |
| Prise en charge par une équipe mobile gériatrique | ☐ 9 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 10 |
| HAD | ☐ 11 |
| Coordination avec le CLIC | ☐ 12 |
| Autre, préciser : | ☐ 13 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment SOINS DE LONGUE DURÉE

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en cours

19. À l'issue de la prise en charge en USLD, quelle est l'orientation souhaitée ? (1 seule réponse possible)

Transfert dans un autre service

☐ 1

→ Aller à la question 19.1

Maintien à l'USLD

☐ 2

→ Passer au point VII - Co-morbidités

19.1 Si le patient doit être transféré, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

Court séjour

☐ 1

Court séjour gériatrique

☐ 2

SSR

☐ 3

SSR gériatrique

☐ 4

Psychiatrie

☐ 5

Unité cognitivo-comportementale

☐ 6

Autres, préciser

☐ 7

MODULE SPÉCIFIQUE au segment EHPAD

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en cours

15. À l'issue de la consultation, quelle est l'orientation souhaitée ?

(1 seule réponse possible)

- | | | |
|--------------------|----------------------------|--|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → Aller à la question 15.1 |
| Recours à l'HAD | ☐ 2 | → Aller au point VII sur les co-morbidités |
| Maintien à l'EHPAD | ☐ 3 | → Aller au point VII sur les co-morbidités |

15.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Urgences | ☐ 1 |
| Court séjour | ☐ 2 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 3 |
| SSR | ☐ 4 |
| SSR gériatrique | ☐ 5 |
| USLD | ☐ 6 |
| Psychiatrie | ☐ 7 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 8 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 9 |
| Autres, préciser | ☐ 10 |

MODULE SPÉCIFIQUE au segment ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE

VII. Orientation souhaitée après la prise en charge en cours

19. À l'issue de la prise en charge par l'équipe mobile gériatrique, quelle est l'orientation souhaitée ? (1 seule réponse possible)

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Hospitalisation | ☐ 1 | → <i>Aller à la question 19.1</i> |
| Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale | ☐ 2 | → <i>Aller à la question 19.2</i> |
| Retour ou maintien à domicile | ☐ 3 | → <i>Aller à la question 19.3</i> |

Si vous avez répondu ☒ 1 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.1 Si le patient doit être hospitalisé, vers quel service est-il orienté ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Urgences | ☐ 1 |
| Court séjour | ☐ 2 |
| Court séjour gériatrique | ☐ 3 |
| SSR | ☐ 4 |
| SSR gériatrique | ☐ 5 |
| USLD | ☐ 6 |
| Psychiatrie | ☐ 7 |
| Unité cognitivo-comportementale | ☐ 8 |
| Autres, préciser : | ☐ 9 |

Si vous avez répondu ☒ 2 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.2 Si le patient justifie d'une prise en charge en EHPAD ou dans une autre structure médico-sociale, s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- | | |
|--|----------------------------|
| D'un hébergement permanent | ☐ 1 |
| D'un hébergement temporaire | ☐ 2 |
| D'une prise en charge en accueil de jour | ☐ 3 |

Si vous avez répondu ☒ 3 à la question 19, répondez à la question suivante :

19.3 Si le patient est maintenu ou retourne à son domicile personnel, quelle est ou quelles sont la ou les modalités de suivi préconisées ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|-----------------------------|
| Suivi par vous-même | ☐ 1 |
| Médecin généraliste | ☐ 2 |
| Médecin spécialiste | ☐ 3 |
| Soins paramédicaux | ☐ 4 |
| SSIAD | ☐ 5 |
| Prise en charge psychologique | ☐ 6 |
| Prise en charge sociale | ☐ 7 |
| Prise en charge par un réseau gerontologique | ☐ 8 |
| Prise en charge par une équipe mobile gériatrique | ☐ 9 |
| Hospitalisation de jour gériatrique | ☐ 10 |
| HAD | ☐ 11 |
| Coordination avec le CLIC | ☐ 12 |
| Autre, préciser : | ☐ 13 |

MODULE COMMUN à l'ensemble des segments

VIII. De Morbidités et pathologies en cours ayant motivé la prise en charge actuelle

22. Cocher la ou les case(s) correspondant aux co-morbidités présentées par le patient ? (plusieurs réponses possibles)

1. Cardio-vasculaire

- Hypertension artérielle (HTA) ☐ 1
Hypotension orthostatique ☐ 2
Troubles du rythme (FA...) ☐ 3
Insuffisance cardiaque ☐ 4
Coronariopathie ☐ 5
Thrombose veineuse profonde (TVP) ☐ 6
Embolie pulmonaire ☐ 7
Lymphoedème, insuffisance veineuse ☐ 8
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ☐ 9

2. Neurologie

- Malaises, perte de connaissance ☐ 10
Accident vasculaire cérébral (AVC) ☐ 11
Syndrome confusionnel ☐ 12
Epilepsie, crâniopathie focale ou généralisée ☐ 13
Maladie de Parkinson ☐ 14
Syndrome démentiel ☐ 15
Instabilité posturale/chute ☐ 16

3. Psychiatrie

- Etat dépressif ☐ 17
Psychose ☐ 18
Trouble du comportement productif ☐ 19

4. Pneumologie

- BPCO ☐ 20
Insuffisance respiratoire chronique ☐ 21

5. Infectiologie

- Infection urinaire basse ☐ 22
Pyélonéphrite ☐ 23
Pneumopathie ☐ 24
Infection broncho-pulmonaire ☐ 25
Sepsis ☐ 26

6. Dermatologie

- Escarre ☐ 27
Trouble trophique d'origine veineuse ☐ 28

7. Rhumatologie

- Pathologie disco-vertébrale ☐ 29
Coxarthrose ☐ 30
Gonarthrose ☐ 31
Ostéoporose fracturaire (vertébrale, hanche, autre fracture) ☐ 32

8. Gastro-entérologie

- Reflux gastro-oesophagien ☐ 33
Constipation ☐ 34
Fécalome ☐ 35
Incontinence anale ☐ 36

9. Endocrino-métabolisme

- Troubles de l'hydratation ☐ 37
Diabète ☐ 38
Dysthyroïdie ☐ 39
Dénutrition ☐ 40

10. Uro-néphrologie

- Incontinence vésicale ☐ 41
Insuffisance rénale chronique
CL > 60 ml/min ☐ 42
30 ml/min < CL < 60 ml/min ☐ 43
CL < 30 ml/min ☐ 44

11. Hématologie

- Anémie ☐ 45
Dysglobulinémie ☐ 46
Hémopathie maligne ☐ 47

12. Cancérologie

- Sein ☐ 48
Prostate ☐ 49
Colon ☐ 50
Poumon ☐ 51

13. Ophtalmologie

- Glaucome chronique ☐ 52
DMLA ☐ 53
Cataracte ☐ 54

14. Syndrome d'immobilisation

☐ 55

15. Soins palliatifs

☐ 56

16. Accompagnement de fin de vie

☐ 57

17. Autre pathologie

☐ 58

Preciser :

.....

PROTOCOLE

Nombre de questionnaires attendus

Il vous est demandé de renseigner, à compter du jour de la réception des questionnaires, une fiche pour les **30 premières prises en charge** correspondant à **des patients différents**, réalisées dans le cadre du segment d'activité étudié dans l'enquête à laquelle vous participez.

Comment remplir la fiche patient ?

En cochant pour chaque question la ou les case(s) correspondant à votre réponse. Il existe deux types de questions fermées :

A. Celles qui ne requièrent qu'une seule réponse, comme par exemple :

14. De quel type de consultation s'agit-il ? (1 seule réponse possible)

- Consultation pluridisciplinaire gériatrique ☐ 1
- Consultation mémoire ☐ 2
- Consultation de prévention des chutes ☐ 3
- Consultation avancée ☐ 4
- Autre ☐ 5, préciser

Si vous avez coché la case n°5, noter en clair sur la zone pointillée l'autre type de consultation dont il s'agit.

B. Celles pour lesquelles, plusieurs modalités peuvent être cochées, comme par exemple :

10. Pourquoi le patient vous a-t-il été adressé ? (plusieurs réponses possibles)

- Un avis diagnostique ☐ 1
- Un avis thérapeutique ☐ 2
- Un geste technique ☐ 3, lequel ?
- Suivi d'une pathologie connue ☐ 4
- Une prise en charge globale ☐ 5

Si vous avez coché la case n°3, noter en clair sur la zone pointillée le geste technique que vous avez réalisé.

En suivant les instructions figurant tout au long du questionnaire pour vous guider dans le remplissage des items, vous gagnerez du temps car elles vous orienteront sur **le nombre de réponses attendues** (1 seule réponse ou plusieurs) et elles vous permettront de « **passer** » les questions qui ne correspondent pas à la situation propre à la prise en charge du patient concerné, comme par exemple :

21. A l'issue de la prise en charge en consultation ou en hôpital de jour, quelle est l'orientation souhaitée ? (1 seule réponse possible)

- 1. Hospitalisation ☐ 1 → **Aller à la question 21.1**
- 2. Prise en charge en EHPAD ou autre structure médico-sociale ☐ 2 → **Aller à la question 21.2**
- 3. Retour ou maintien à domicile ☐ 3 → **Aller à la question 21.3**

Remarque méthodologique :

Les règles de saisie des données des questionnaires des neuf segments d'activité étudiés, imposent des contraintes dans la formulation des questions afin de garantir l'homogénéité de l'analyse des enquêtes. Il est donc possible que la liste des modalités proposées pour une question envisagent des aspects qui débordent du champ de votre pratique et peuvent de fait paraître inadéquats au regard de l'activité étudiée. À l'inverse, si les modalités ne correspondent pas à la situation, la modalité « **Autre** » vous permet de pallier ce manque. Nous vous remercions de votre compréhension vis-à-vis de ces impératifs méthodologiques.

Retour de l'ensemble des questionnaires collectés

Dès que le nombre requis de questionnaires est atteint, ils doivent être retournés **de manière regroupée accompagnés de la feuille jaune, impérativement** à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie, incluse dans votre dossier à

Observatoire Régional de Santé de Bretagne
CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7

En cas de difficulté technique, vous pouvez contacter : Léna Pennognon par téléphone au 02.99.14.24.24 ou par télécopie au 02.99.14.25.21 ou par courriel à l'adresse l.pennognon@orsbretagne.fr



V.

La formation des gériatres



» L'enseignement de gériatrie à la faculté : où en sommes-nous ?

Pr Philippe Chassagne,
Service de gériatrie, CHU de Rouen

L'enseignement théorique de la gériatrie délivré actuellement par les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine a plusieurs objectifs :

- apporter aux futurs jeunes médecins, quelle que soient leur orientation professionnelle ou mode d'exercice ultérieurs, les bases théoriques et pratiques nécessaires à la bonne prise en charge des patients âgés. Cette population augmentera de manière significative dans les années à venir (formation de « niveau 1 »).

Cette formation théorique est actuellement dispensée dans le cadre du Module transdisciplinaire 5 (« vieillissement ») créé lors de la réforme du second cycle des études médicales en 2001. Elle est ainsi volontiers intégrée au programme du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSET) en DCEM 4.

L'enseignement pratique, quant à lui, est dispensé dans le cadre des stages hospitaliers dès le cycle d'enseignement pré-clinique (PCEM 2 et DCEM 1), dans le second cycle (les directives ministérielles de mai 1995 rendant obligatoire le passage dans les services

de court séjour de Médecine Interne ou Gériatrie au même titre que de pédiatrie, gynécologie-obstétrique et chirurgie).

- délivrer une formation aux médecins devant assurer les fonctions de coordination au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) (formation de « niveau 2 »).

- de Praticiens Hospitaliers (PH) des services de gériatrie (exemple : court séjour, soins de suite et réadaptation gériatrique, soins de longue durée, hospitalisation de jour, unité mobile de gériatrie, Hospitalisation à Domicile) (formation de « niveau 3 »). Cette compétence est actuellement obtenue soit par la validation de la Capacité de Gérontologie, soit par la validation du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de gériatrie (du groupe 1) enfin,

- proposer un enseignement dans le cadre des formations post-universitaires délivrées aux professionnels désireux d'acquérir des notions théoriques pertinentes pour leur exercice de médecins libéraux (Diplômes d'Université). ▀

DESC⁽¹⁾ de gériatrie et projet de DES⁽¹⁾ de gériatrie

Pr Philippe Chassagne,

Service de gériatrie, CHU de Rouen

L'enseignement de la gériatrie au cours du troisième cycle des études médicales

Depuis quelques années, un enseignement de gériatrie est délivré dans le cadre **du Troisième cycle aux résidents de Médecine Générale** sous la forme de séminaires et/ou d'enseignements dirigés. Cet enseignement est parfois dispensé grâce à la collaboration des médecins généralistes enseignants des départements de Médecine Générale de ces UFR et des enseignants de gériatrie. Dans d'autres facultés, cet enseignement centré sur la problématique de la prise en charge sanitaire de la population communautaire âgée est sous la responsabilité exclusive des départements pédagogiques du DES de Médecine Générale.

Les services cliniques de gériatrie accueillent également des Internes inscrits dans le cursus du DES de médecine générale permettant à ces médecins en formation de compléter leur formation parfois initiée au cours du second cycle des études médicales.

À l'initiative de la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne (COPENAMI), la maquette du **Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Interne** comporte également l'obligation pour les internes inscrits dans cette discipline d'effectuer un semestre dans un service de gériatrie agréé.

Les autres DES ne comportent pas officiellement d'enseignement relatif aux spécificités gériatriques de leur discipline. Un enseignement aux concepts gériatriques

1 Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de gériatrie

2 Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de gériatrie

commun à l'ensemble de ces DES pourrait être envisagé.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie.

Le **Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de Gériatrie** a été créé en 1988 à volontiers initialement destiné aux étudiants titulaires des DES de: Médecine Interne, cardiologie, neurologie, psychiatrie, médecine physique et réadaptation, rhumatologie, santé publique. L'enseignement théorique de ce DESC comporte environ 120 heures. Il est assuré en partie par chaque responsable de DESC et en partie sous l'égide du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) dans le cadre de séminaires nationaux bi-annuels et de réunions interrégionales. La formation pratique est assurée au cours de 6 semestres de stages dans des services agréés (dont 4 en post-internat). L'étudiant intéressé par cette formation s'inscrit à l'université en accord avec son coordonnateur régional.

Depuis la rentrée universitaire 2004-2005, le DESC de gériatrie est qualifiant (DESC de groupe 2). Les futurs détenteurs de ce DESC doivent faire le choix d'un exercice exclusif en gériatrie s'ils se destinent à une activité gériatrique future.

Le nombre d'étudiants inscrits en DESC de gériatrie est d'environ 180 étudiants. Le nombre d'étudiants susceptibles d'être formés par le DESC est en partie conditionné par le nombre de postes d'Assistant-Chef de Clinique (ACC) affectés aux services de gériatrie (40 postes d'ACC en 2003), de Praticiens contractuels et d'Assistants (spécialistes ou régionaux).

Très récemment un projet de création d'un DES de gériatrie a émergé à l'initiative des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur. A termes, celui-ci devrait remplacer le DESC de type 2 actuel. Il permettra une formation théorique et pratique comparable à celle des autres spécialistes. Il reste à déterminer le nombre d'étudiants qui auront chaque année à l'issue des épreuves de l'ECN accès à cette filière médicale. ▀

La capacité de gérontologie

Pr Pierre Pfitzenmeyer ⁽¹⁾,

Service de Médecine-Gériatrie, Centre gériatrique Champmaillot – Dijon

Pr Claude Jeandel – *Centre Antonin Balmès – Montpellier*

La gériatrie est une jeune discipline médicale pour laquelle les besoins sont croissants. Elle est devenue une spécialité médicale en France depuis 2004 (elle était auparavant une compétence). Les principaux secteurs d'activité pour les spécialistes en gériatrie sont les services hospitaliers de gériatrie. D'autres types d'exercice existent : médecin coordonnateur en l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le plus souvent conjointement avec une activité hospitalière à temps partiel, médecin de collectivités territoriales, exercice libéral (encore peu répandu), exercice hospitalier autre que dans des services de gériatrie (urgences, psychiatrie, notamment).

En France, deux formations médicales permettent d'obtenir le titre de gériatre : le DESC de gériatrie et la capacité de gérontologie.

Le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de gériatrie est accessible aux médecins qui ont validé une spécialité dans le cadre d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Depuis 2004 ce DESC est qualifiant et ouvre donc à la qualification de spécialiste en gériatrie (DESC de type II). Ce diplôme se déroule

sur 3 ans et implique un post-internat ; il ne peut donc assurer la formation que d'une cinquantaine de nouveaux gériatres par an. La formation la plus largement dispensée est la Capacité de Gérontologie qui a permis de former plus de 4000 médecins au cours des 15 dernières années. Créée en 1998, elle est destinée à tous les candidats titulaires d'un diplôme de docteur en médecine. Il s'agit d'un diplôme de validité nationale qui est donc réglementé par des dispositions strictes communes à toutes les universités qui ont ouvert cette formation.

Réglementation de la capacité de gérontologie (réf. Arrêté du 29.04.88 modifié).

Article 3 : Peuvent être admis à s'inscrire en vue des capacités de Médecine les titulaires d'un diplôme de médecin permettant l'exercice dans le pays d'origine des candidats ainsi que les ressortissants d'un état membre de la Communauté Économique Européenne dès lors qu'ils ont accompli et validé la totalité de leurs études médicales.

Article 4 : L'inscription en vue de la préparation d'une capacité est subordonnée à la réussite à un examen probatoire comportant des épreuves écrites et un entretien.

Article 5 : Les études de capacité de Médecine sont organisées sur une durée de 2 années.

L'enseignement se déroule sur 2 ans et l'obtention du diplôme nécessite la validation de 3 critères :

- la validation de chacun des 5 modules d'enseignement théorique dont le volume horaire total est d'environ 120 heures.
- la validation d'un enseignement pratique sous forme de 80 demi-journées de stages réalisées dans des structures gériatriques expertes.
- la rédaction d'un mémoire.

Programme de l'enseignement théorique

Il permet d'étudier les particularités cliniques des maladies de la personne âgée, d'apprendre les modes de prise en charge particuliers, tout en prenant conscience des nécessités d'un travail pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de santé spécifique à la personne âgée. L'enseignement se répartit selon 5 modules : 1) Données fondamentales sur le vieillissement ; 2) Médecine gériatrique ; 3) Psychogériatrie ; 4) Prise en charge et thérapeutique gériatriques ; 5) Gériatrie sociale.

Certains thèmes doivent être abordés en priorité :

- Vieillesse biologique et vieillissement fonctionnel ;
- Vieillesse différentiel et théories du vieillissement ;
- Le vieillard malade et l'état de fragilité ;
- L'évaluation gériatrique ;
- Prévention et vieillissement ;
- Démographie et vieillissement ;
- La politique de la vieillesse : le maintien à domicile, les institutions gériatriques et le rôle de médecin coordonnateur, les réseaux ;

- Autonomie et dépendance ;
- Les aspects médico-légaux : la maltraitance ;
- Les difficultés psychologiques liées au grand âge ;
- Pathologie de la mémoire ;
- Les syndromes démentiels ;
- Le syndrome dépressif, le syndrome confusionnel, le syndrome délirant ;
- Psychotropes et sujet âgé ;
- Les escarres ;
- Les dysthyroïdies et l'hyperparathyroïdie ;
- Le diabète ;
- Infectiologie ;
- La maladie de Horton et la pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) ;
- L'anémie du sujet âgé, les dysglobulinémies et lymphomes ;
- L'incontinence urinaire ;
- La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens ;
- Les accidents vasculaires cérébraux, l'hydrocéphalie, les hématomes sous et extra-duraux ;
- La dénutrition protéino-énergétique, la déshydratation ;
- Les déficits visuels, les déficits auditifs ;
- Les troubles de la déglutition ;
- Les maladies coliques, constipation et fécalome ;
- L'insuffisance cardiaque ;
- L'hypertension artérielle ; l'hypotension artérielle ;
- La fibrillation auriculaire ;
- L'ostéoporose ; fractures et tassements ;
- L'arthrose et les rhumatismes inflammatoires ;
- Les chutes et troubles de l'équilibre ;
- La douleur, les soins palliatifs et les soins de fin de vie ;
- Les principes pharmacologiques et la pathologie iatrogène ;
- Les principes de rééducation ;
- L'interdisciplinarité et le travail d'équipe ;

Reconnaissance du diplôme

La capacité de gérontologie est un diplôme obligatoire pour les médecins qui souhaitent exercer les fonctions de praticien hospitalier à temps partiel ou à temps plein en secteur gériatrique : hospitalisation de jour ou court séjour gériatrique, soins de suite et de réhabilitation gériatrique, soins de longue durée, équipe mobile de gériatrie.

Il est souhaitable de recommander cette formation à de nombreux médecins généralistes dont l'activité de soin auprès des personnes âgées ne cesse d'augmenter ainsi que :

- pour les médecins coordonnateurs en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), sachant que le diplôme universitaire de médecin coordonnateur en EHPAD reste une alternative actuelle dont la valeur est transitoire.
- pour les médecins ayant une activité dans les réseaux gérontologiques : médecins responsables de l'évaluation gérontologique dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), médecins référents ou responsables de secteurs de soins à domiciles...

En conclusion, la capacité de gérontologie est un diplôme national, obligatoire dès lors qu'un médecin souhaite travailler en secteur gériatrique. La formation est lourde (enseignement théorique, stages, mémoire) nécessitant un investissement important du médecin sur 2 années. ▀

» *La formation la plus largement dispensée est la Capacité de Gériatrie qui a permis de former plus de 4 000 médecins au cours des 15 dernières années.*

I Pierre Pfitzenmeyer avait écrit cet article dans le livre blanc de la gériatrie 2004 ; il nous a prématurément quittés le 8 juillet 2011. Ce nouvel article, remanié par Claude Jeandel, lui est dédié IN MEMORIAM.

La Formation Médicale Continue en Gériatrie : les Diplômes d'Université (DU) et les formations courtes

Pr Joël Belmin,

Hôpital Charles Foix et Université Pierre et Marie Curie - Ivry-sur-Seine

Pour la gériatrie comme pour les autres spécialités médicales, la formation continue est un aspect essentiel de la formation des médecins. Du fait des progrès médicaux et aussi de l'évolution du système de santé, les gériatres doivent mettre à jour leurs connaissances tout au long de la vie professionnelle pour garder une pratique d'une qualité optimale. De plus, l'exercice sur le terrain fait souvent apparaître des domaines pour lesquels la formation initiale ne fournit pas toutes les réponses et pour lesquels un gériatre peut souhaiter accroître ses compétences. Enfin, certains modes d'exercice de la gériatrie peuvent inciter des médecins à se perfectionner dans certains aspects de la gériatrie (« sur-spécialités »).

Depuis 2002, plusieurs textes de loi ont rappelé que la formation continue est devenue une obligation pour tous les médecins en France. En 2006, la loi a défini un cadre législatif pour réaliser cette formation continue. Elle prévoit notamment des modalités pour réaliser cette formation et un barème fixant des crédits pour chaque type de formation. Dans ce cadre a été prévu un dispositif prévoyant des organismes agréés par la Haute Autorité de

santé chargés d'accréditer les formations selon un cahier des charges et d'attribuer aux médecins qui suivent ces formations des crédits attestant de leur formation continue. Le Collège professionnel des gériatres français (CPGF) a été agréé et peut accréditer les formations à la gériatrie. Chaque médecin français, quel que soit son statut ou son mode d'exercice, doit obtenir tous les 5 ans 250 crédits en respectant une répartition entre les types de formation fixée par cette loi. Toutefois, faute de dispositif de contrôle ni même de mesure, les effets de cette loi sur la formation continue des médecins n'est pas connue avec précision.

La formation continue des gériatres peut globalement prendre deux formes : d'une part les formations longues, principalement représentées par les diplômes d'université (DU) et les diplômes inter-universités (DIU) ; d'autre part les formations courtes.

Les diplômes d'université (du) et autres formations longues

Les DU sont des formations organisées par une université. Les DIU sont organisés par plusieurs universités dont les enseignants

organisent et conduisent ensemble la formation. L'offre de DU et DIU dans le domaine de la gériatrie/gérontologie est très importante en France et d'une richesse et diversité qui n'ont probablement pas d'équivalent dans le monde (cf tableau en fin d'article). La plupart des DU ou DIU se préparent au cours d'une année universitaire. Le volume horaire varie en fonction de chaque DU/DIU, habituellement entre 80 et 160 heures. Ce sont des formations qui donnent lieu à validation et elles sont diplômantes. Il y a donc un examen de contrôle des connaissances. Certains DU/DIU comportent des stages et d'autres non. Certains nécessitent la réalisation d'un mémoire et d'autres non. Certaines formations sont très générales (DU ou DIU de Gérontologie) et peuvent être ouvertes à un public pluridisciplinaire, incluant les médecins. D'autres DU font des enseignements consacrés à certains aspects de la médecine gériatrique, avec un approfondissement des connaissances apprises en Capacité de Gérontologie. Par exemple, il y a des DU ou DIU spécifiquement consacrés à la gérontopsychiatrie, la cardiogériatrie, la nutrition chez les sujets âgés, l'oncogériatrie, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (cf tableau)... D'autres sont consacrés à des approches du soin, par exemple à la thérapeutique et au maniement des médicaments en gériatrie, aux gérontechnologies ou encore à la prévention en gériatrie. Enfin certains DU ou DIU sont plus consacrés au contexte de soins, comme par exemple les équipes mobiles de gériatrie, les réseaux de soin, la médecine d'urgence, ou encore à l'exercice en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les DU ou DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD font partie des formations (avec

la Capacité de Gérontologie et le DESC de gériatrie) permettant aux médecins d'exercer ces fonctions. Certains DU ou DIU permettent l'attribution de crédits de formation médicale continue. Un site internet a dressé une liste des DU ou DIU consacrés à la gériatrie/gérontologie en France et la met régulièrement à jour (<http://seformeralageriatrie.org>).

Le Certificat de médecine gériatrique est une autre formation longue qui s'adresse aux praticiens hospitaliers travaillant en gériatrie. Elle est organisée depuis plusieurs années par le Pr Philippe Chassagne, président du CNEG. Elle propose en 80 heures environ réparties sur une année une mise à jour des connaissances dans divers domaines de la gériatrie; elle n'est pas diplômante.

Au cours des dernières années des gériatres universitaires ont créé des Masters dans le domaine de la gérontologie. Il s'agit notamment d'insérer la gérontologie dans les filières d'enseignement en construction (LMD) pour les professionnels de santé paramédicaux, mais aussi pour les professionnels du secteur social ou médicosocial. Bien sûr, ils sont accessibles aux médecins. Des masters de gérontologie, notamment des spécialités de seconde année de master (M2) ont été créés à l'université de Strasbourg (Pr M. Berthel), de Montpellier (Pr C. Jeandel) et de l'université Pierre et Marie Curie de Paris (Pr J. Belmin).

Les formations courtes en gériatrie

Les séminaires de formation médicale continue agréés par l'Organisme de

Gestion Conventionnel (OGC) proposent aux médecins libéraux des formations de 2 journées. Ces séminaires sont organisés par des organismes formateurs, principalement des syndicats médicaux, des associations de médecins et plus récemment par quelques universités. Grâce au financement conventionnel, les participants sont indemnisés (25 C par jour) et bénéficient de ces formations sans frais d'inscription. Ce dispositif joue un rôle important dans la formation des médecins généralistes à la gériatrie, car un nombre croissant de séminaires agréés sont consacrés à des thèmes gériatriques. Les appels à projets pour sélectionner les séminaires OGC influencent le choix des sujets de ces séminaires en ciblant des thèmes prioritaires en fonction des priorités de santé publique, ce qui a pour effet d'inciter les organismes formateurs à proposer des formations sur des sujets gériatriques. Si peu de séminaires OGC sont organisés par des gériatres, les organismes formateurs font souvent appel à des gériatres en tant qu'expert ou intervenant dans ces formations.

Les soirées ou journées de formation et les séances de formation médicale continue au sein des congrès de gériatrie participent aussi à la formation des gériatres et des médecins. Elles sont organisées par les sociétés savantes de gériatrie ou par des équipes de gériatres. Parmi les actions organisées régulièrement, on peut citer entre autres les sessions de FMC des Journées annuelles de la SFGG, les journées des sociétés régionales de gérontologie, les rencontres de Gérontologie Pratique, le CIPPEG (GEROSANTE) à Montpellier, les Actualités en médecine gériatrique à Paris. Certaines de ces formations permettent l'obtention de crédits. Il faut aussi

souligner que des sessions de formation sur des thèmes gériatriques sont de plus en plus fréquentes dans les congrès d'autres spécialités que la gériatrie, notamment en médecine générale, en anesthésie-réanimation, en nutrition, en cardiologie, en cancérologie... Les laboratoires pharmaceutiques participent aussi à la formation continue en organisant des actions de formation ou des séances de formation au sein de congrès. Ces formations ne sont habituellement pas accréditées car les messages de formation peuvent être associés à des messages de communication du laboratoire, mêlant parfois actualités thérapeutiques et messages promotionnels.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles

La loi de 2006 sur la formation continue des médecins a aussi précisé dans le dispositif de formation l'obligation de suivre des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La démarche d'EPP a été proposée pour faire évoluer la pratique des médecins. En effet, il est apparu que les formations classiques consistant à transférer des connaissances connaissaient certaines limites pour produire une amélioration des pratiques des médecins déjà en exercice. La démarche d'EPP globalement consiste à demander au médecin d'examiner sa pratique dans un domaine particulier et à la confronter à un référentiel de bonne pratique de ce domaine. Il peut ainsi concrètement mesurer un écart entre sa pratique et la bonne pratique représentée par le référentiel. De plus, la conduite de l'EPP conduit naturellement le médecin à apprendre les éléments du référentiel, donc de la bonne pratique. Plusieurs techniques d'EPP ont été décrites par la Haute

Autorité de Santé. Les programmes d'EPP doivent être agréés par les Organismes agréés, et selon la loi, les médecins doivent obtenir en 5 ans 100 crédits sous la forme d'EPP parmi les 250 crédits de formation continue exigés. Si ce dispositif est intéressant et novateur, la mise en œuvre sur le terrain de la médecine libérale a été globalement un échec. Une nouvelle forme de formation continue, appelée Développement Professionnel Continu (DPC) reprend ces notions selon une nouvelle forme mixant formation classique et évaluation des pratiques et doit commencer à être proposée aux médecins en 2012.

L'auto-formation

Pour les médecins, l'auto-formation est un autre moyen pour assurer sa formation continue, notamment par la lecture des journaux médicaux et des livres médicaux. Les nouvelles technologies participent aussi largement à l'auto-formation des médecins,

via internet et ou des CD/DVD médicaux. L'auto-formation convient à certains médecins, notamment s'ils sont curieux et consacrent suffisamment de temps à se documenter et à consulter ces différentes sources. Elle est d'ailleurs reconnue dans la loi, puisque l'abonnement à une revue médicale ou l'achat d'un livre médical donnent lieu à l'obtention de crédits de formation. Ces supports de formation ont une qualité très variable et il faut aussi savoir faire le tri pour ne travailler que sur les meilleures sources. Les sources coordonnées par des agences nationales, des sociétés savantes, par un comité scientifique ou un groupe d'experts et élaborées de façon collective sont en général fiables. Les guides de bonne pratique produits par les agences de santé sont même des documents de référence. À l'inverse, les sources anonymes et/ou issues de personnes isolées ou de groupes de pression doivent être considérées avec prudence. ▮

Liste des diplômes d'université (DU) et diplômes inter-universités (DIU) recensés par le site «Se former à la gériatrie» en septembre 2011, et entre parenthèses, les universités qui les organisent

DU ou DIU de gérontologie-gériatrie généraux

DU de Gériatrie (Paris 6)
DU de Gériatrie générale (Strasbourg)
DU Diplôme interprofessionnel de Gériatrie (Dijon)
DU en Gériatrie appliquée (Pau)
DU Gériatrie (Rouen)
DU Gériatrie (Nice)
DU Gériatrie clinique et sociale (Reims)
DU Gériatrie : option interventions en

gériatrie sociale ; option soins infirmiers gériatriques (Nantes)

DU Gériatrie sanitaire et sociale (Marseille)

DU Gériatrie sociale approfondie (Bordeaux)

DU Maladies des personnes âgées (Bordeaux)

DU Maladies liées au vieillissement (Toulouse)

DU Médecine des personnes âgées (Lille)

DU Médecine et pratiques gériatriques et gériatriques (Montpellier)

DU Préserver l'indépendance et l'autonomie de la personne âgée (Angers)

DU ou DIU de gériatrie- gériatrie spécialisés

Cancérologie du sujet âgé

DIU Gériatrie appliquée à la cancérologie (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Limoges, Montpellier, Saint-Etienne)

DIU Oncogériatrie (Paris 5, Paris 6)

DU Oncogériatrie (Marseille)

DU Oncogériatrie (Nantes)

Cardiogériatrie

DIU Maladies cardiovasculaires du sujet âgé (Paris 5, Paris 6, Paris 11)

DIU Cardio-Gériatrie (Montpellier 1, Toulouse)

DU Cardiologie appliquée à la gériatrie (Lyon)

Démences et troubles cognitifs

DIU Maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées (Reims, Lyon)

DIU Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Brest et Rennes)

DIU Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : approches cognitives, comportementales, éducatives, psychothérapeutiques, et environnementales (Paris 6, et Paris 7)

DIU Mémoire normale et pathologies de la mémoire (Strasbourg, Nancy)

DU Démences et troubles cognitifs de l'adulte (Amiens)

DU Diagnostic et prise en charge des démences (Nantes)

DU Formation pluridisciplinaire à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés (Bordeaux, Montpellier, Toulouse)

DU Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : du diagnostic précoce à la prise en charge (Paris 12)

DIU Maladie d'Alzheimer et maladies

apparentées : du diagnostic précoce à la prise en charge (Poitiers, Tours)

DU Soins et accompagnement de la personne démente (Dijon)

DU Troubles de la mémoire et psychocomportementaux des sujets âgés (Paris 5, Paris 6)

Éthique

DIU Éthique et soins des malades d'Alzheimer et de leurs familles (Paris 5)

DU Éthique et gériatrie (Dijon)

DU Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge des patients âgés (Versailles-Saint-Quentin)

Évaluation, Prévention

DU Évaluation de la dépendance des personnes âgées (Angers)

DU Évaluation des pratiques professionnelles en gériatrie (Paris 7)

DU Évaluation et prévention en gériatrie (Grenoble)

DU Évaluation gériatrique (Paris 12)

DU Gériatrie préventive et vieillissement réussi (St-Etienne)

DU Prévention du vieillissement pathologique (Paris 11)

DU Prévention du vieillissement pathologique et évaluation du risque en gériatrie (Montpellier)

Géronto-psychiatrie

DIU Psychogériatrie (Besançon, Dijon)

DIU Psychogériatrie (Poitiers, Tours)

DIU Psychopathologie de la personne âgée (Angers, Tours)

DU Agés : psychologie médicale et psychiatrie (Clermont-Ferrand)

DU Géronto-psychiatrie (Paris 6)

DU Gérontopsychiatrie et psychopathologie du vieillissement (Montpellier)

DU Psychiatrie du sujet âgé (Lyon)

DU Psychiatrie du sujet âgé (Toulouse)

DU Psychogériatrie (Limoges)

DU Psychogériatrie (Rouen)

Médecin coordonnateur en EHPAD

Bordeaux, Lille, Limoges, Montpellier, Paris 5,
Poitiers, Nancy, Saint-Étienne, Tours

Néphro-gériatrie

DIU Néphro-gériatrie (Bordeaux, Lille, Paris
7, Nice)

DU Néphro-gériatrie (Montpellier)

Nutrition

DIU Nutrition du sujet âgé (Clermont-Ferrand,
Dijon, Montpellier, Paris 6, Paris 7)

DU Nutrition et vieillissement (Paris 12)

Rééducation fonctionnelle

DU Pratiques kinésithérapiques en gérontologie
(Versailles-Saint-Quentin)

DU Kinésithérapie et réhabilitations géria-
triques (Dijon)

DU Réadaptation gériatrique (Nice)

DU de SSR (Montpellier)

Soin et soignants

DIU Soignants en gérontologie (Brest, Rennes)
DU Amélioration des pratiques soignantes en
gériatrie (Montpellier)

DU Pratiques soignantes en soins de suite et
réadaptation (Montpellier)

DU Procédures de soins en gériatrie (Paris 12)

DU Soins en gérontologie (Lille)

DU Soins infirmiers aux personnes âgées
(Bordeaux)

DIU Accompagnement médico-social de la
maladie d'Alzheimer et des maladies apparen-
tées (Nancy I, Nancy II, Metz)

Autres thématiques gériatriques

DIU Biologie du Vieillissement (Dijon, Grenoble,
Nancy, Strasbourg)

DIU Biotechnologies (Paris 5, Paris 6,
Grenoble, Limoges)

DIU Infectiologie du sujet âgé (Paris 6,
Grenoble)

DIU Médecine du sommeil appliquée à la géron-
tologie (Lyon, Paris 5)

DU Coordination des réseaux gérontologiques
(Dijon)

DU Coordonnateur de santé en gériatrie
(Paris 5)

DU Gérontologie et pharmacie clinique
(Paris 5)

DU Gérontologie: métiers de la dépendance et
du grand âge (Limoges)

DU Management des équipes gérontologiques
(Dijon)

DU Médecine d'urgence de la personne âgée
(Paris 6)

DU Pédagogie active en gérontologie (Dijon)

DU Pharmacie clinique en gériatrie
(Montpellier)

DU Spécificité du travail en équipe mobile de
gériatrie (Paris 5)

DU Vieillissement cérébral normal et patholo-
gique (Paris 7)

La formation des médecins coordonnateurs d'EHPAD

Dr Xavier Gervais,

Secrétaire général de la Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD) – Bordeaux

et **Pr Claude Jeandel**

Centre Antonin Balmès – CHU de Montpellier

Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) crée la fonction de médecin coordonnateur. Ses missions sont précisées par le décret n°2005-560, puis complétées par le décret n°2007-547. Enfin le récent décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 les actualise.

Pour postuler à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, une compétence en gériatrie et gérontologie est requise. Pour tenir compte de son mode d'exercice et de sa formation antérieure, 4 modalités de formation sont possibles : module validé dans le cadre de la formation médicale continue, diplôme d'université, capacité nationale de gérontologie, Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) en gériatrie. S'il n'a pas cette formation, un médecin peut toutefois exercer cette fonction à la condition expresse d'acquérir une de ces quatre modalités de formation dans un délai de trois ans suivant sa prise de poste.

En 2003, le nombre de praticiens susceptibles d'assurer ces fonctions dans les quelque 10 000 établissements concernés était insuffisant. Le nombre de titulaires de la Capacité de Gérontologie était de l'ordre de 4 000 et celui des titulaires des DESC de l'ordre de 120.

Les missions et fonctions des médecins coordonnateurs sont nombreuses et pour certaines délicates : ils doivent élaborer et mettre en œuvre le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante et, si possible, celui des intervenants libéraux. Ils doivent assurer la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement, organiser la continuité des soins. Avant l'admission d'un résident, ils donnent un avis sur l'adéquation de l'état de la personne à accueillir avec les capacités de prise en charge de l'institution à cet instant T. Il est, par conséquent, souhaitable qu'ils aient connaissance du dossier médical avant l'admission. Dans le cadre de l'évaluation des soins, ils sont chargés d'élaborer le dossier médical que les médecins traitants

sont invités à compléter. Avec l'équipe d'infirmières, ils doivent élaborer le dossier infirmier. Ils ont un rôle dans la détection des besoins de formation du personnel soignant et sont susceptibles d'en assurer une part. Ils doivent contribuer à l'élaboration d'un rapport annuel d'activité médicale concernant la dépendance, les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins dans l'établissement. Cette fonction très spécifique nécessite donc, outre une compétence gériatrique et gérontologique :

- une aptitude au management (gestion de projets, gestion de la dynamique des équipes soignantes, gestion des organisations, gestion des conflits, aptitude à la communication...),
- des connaissances concernant la lecture critique du budget dépendance et du budget soin qui sont directement déterminés par le médecin coordonnateur, qui réalise l'évaluation AGIRR et la coupe PATHOS,
- une connaissance du contexte réglementaire, du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles, applicables en EHPAD,
- une culture de la démarche qualité et de l'évaluation.

En vue d'acquérir cette compétence et compte tenu de l'insuffisance d'effectifs de praticiens formés dans le cadre des diplômes nationaux, le ministère de la Santé, en 2003, a sollicité le Collège National des Enseignants de Gériatrie à contribuer à une formation accélérée des candidats. C'est ainsi qu'il a proposé la mise en place de Diplômes Universitaires (DU) spécifiques à la formation à cette fonction.

Ce diplôme est susceptible de constituer une unité de valeur s'inscrivant dans le cursus de la Capacité de Gériatrie permettant aux candidats d'acquérir celle-ci par le biais de validation d'acquis. Ces DU, souvent Diplômes Inter-Universitaires (DIU), ont été proposés en 2003 dans 15 universités. Ils comprennent un enseignement théorique d'environ 70 heures réparties en 5 séminaires de 2 jours et une formation pratique (3 semaines de stage) dans des services gériatriques ou structures gérontologiques s'inscrivant si possible dans leur réseau de proximité.

Ces diplômes universitaires organisés en 2003 pour répondre en urgence à ce nouveau besoin de formation, n'étaient pas prévus pour être reconduits au-delà de 2 ou 3 ans. En effet la voie d'accès normale à la fonction de médecin coordonnateur est a priori la Capacité Nationale de Gériatrie ou le DESC de gériatrie. Universités où ces DU sont proposés : Angers, Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris V, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Tours.

C'est ainsi qu'en 2009, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de formation du médecin coordonnateur, le rapport sur « les 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD », rédigé par les Drs Nathalie Maubourguet, Alain Lion et le Pr Claude Jeandel, a proposé dans sa mesure 7 de formaliser et standardiser au niveau national la formation des médecins coordonnateurs. ▀

Diplôme Universitaire de Coordination Médicale d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Programme pédagogique

Le programme pédagogique répondra à des objectifs généraux spécifiques, théoriques et pratiques

A. Objectifs théoriques

- 1 - Connaître le statut des EHPAD et leurs règles de fonctionnement, ainsi que les missions et responsabilités juridiques des médecins coordonnateurs.
- 2 - Connaître les droits des personnes âgées vivant en institution.
- 3 - Connaître les aspects psychosociologiques de la vie en institution.
- 4 - Connaître les principes d'animation de groupes et savoir mettre en pratique l'animation de groupes pluridisciplinaires gériatologiques.
- 5 - Connaître les ressources du réseau gériatologique.
- 6 - Savoir évaluer l'état physique et psychologique de la personne âgée entrant en institution (son parcours, ses attentes, ses besoins...) en vue d'une prise en charge personnalisée.
- 7 - Savoir faire le diagnostic différentiel entre démence et dépression.
- 8 - Savoir évaluer, avec les collaborations nécessaires, les états de dépendance et contribuer à l'organisation de la prise en charge des malades mentalement et physiquement dépendants.
- 9 - Connaître les particularités pharmacocinétiques et les effets indésirables des médicaments auxquels sont exposées les personnes très âgées et connaître les modalités de prise en charge des malades qui en sont atteints.
- 10 - Connaître les procédures de diagnostic et d'évaluation des troubles de l'équilibre et de la marche, des incontinences, des états de

dénutrition et des modifications thymiques.

- 11 - Savoir distinguer et prendre en charge les états de régression psychologique, psychomotrice et le syndrome d'immobilisation.
- 12 - Savoir repérer les risques d'évolutions de pathologies en cascade chez les malades fragiles et/ou polypathologiques.
- 13 - Connaître les approches et prises en charge non médicamenteuses utiles pour les personnes malades et dépendantes en institution.
- 14 - Connaître les mesures de prévention et le traitement de la pathologie de décubitus.
- 15 - Connaître les principes d'ergonomie visant à l'adaptation de l'environnement au malade âgé dépendant.
- 16 - Savoir gérer, en partenariat avec les équipes, les traitements antalgiques ainsi que les soins de fin de vie.

B. Objectifs pratiques

La formation pratique doit être acquise au cours de trois stages d'une semaine (une semaine correspondant à 10 demi-journées consécutives en EHPAD et en service hospitalier (court séjour gériatrique, soins de suite ou de réadaptation gériatrique, service de soin de longue durée ou assimilé, hôpital de jour), sous la direction d'un Maître de Stage, gériatre, titulaire de la Capacité de Gériatrie ou d'un DESC de Gériatrie

Un stage en service de psychiatrie, en vue, surtout de connaître les ressources du secteur psychiatrique, est recommandé.

Il est souhaitable que le maximum de stages soit effectué dans des structures gériatriques situées dans le secteur, voire le réseau, de l'EHPAD où le candidat envisage d'assurer sa mission de coordonnateur.

1 - S'intéresser au fonctionnement de l'institution.

2 - Suivre un ou plusieurs malades en vue de repérer leurs besoins (nutritionnels, réadaptation...) et évaluer la pertinence des réponses apportées.

3 - Repérer le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et la spécificité de chaque intervenant au sein du groupe.

4 - Participer aux réunions de l'unité (transmissions, synthèses, cas concrets...).

5 - Repérer les méthodes d'évaluation et de diagnostic (médical, infirmier, kinésithérapique...) utilisées dans l'unité.

6 - Réaliser des évaluations standardisées (nutritionnelles, fonctionnelles, cognitives,...).

7 - Repérer au sein de l'équipe multidisciplinaire le rôle d'animation du médecin coordonnateur.

8 - Repérer les modalités de coordination interne et externe de la structure.

Ces objectifs, atteints au cours du stage, sont validés par le Maître de Stage, consignés et discutés dans le rapport de stage.

En 2009, le rapport « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD » énonce parmi ces mesures la nécessité de créer une formation diplômante nationale aux fonctions de médecin coordonnateur. Cette formation aurait pour support le contenu de la capacité de gériatrie complétée d'un module spécifique abordant les aspects relatifs à la gestion, au management, au droit, à la pédagogie...

» *Le décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) crée la fonction de médecin coordonnateur.*



Comment anticiper les besoins futurs en médecins qualifiés en gériatrie ?

Pr Claude Jeandel,

Pôle de Gériatologie – Centre Antonin Balmès – CHRU de Montpellier

L'offre de formations médicales doit s'adapter aux besoins actuels et futurs en médecins exerçant au sein des services et établissements qui ont pour vocation la prise en charge des patients âgés.

Elle doit en particulier satisfaire les besoins actuels et futurs en :

- médecins exerçant les fonctions de médecin coordonnateur au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ;
- praticiens Hospitaliers exerçant au sein des pôles et départements de Gériatrie (gériatrie aiguë, hôpital de jour gériatrique, Soins de Suite et Réadaptation, Soins de Longue Durée, Unité mobile.
- médecins gériatres à exercice libéral, ambulatoire ou en établissement.

La qualification aux fonctions de médecin coordonnateur d'EHPAD

Elle est actuellement obtenue par la validation d'un cycle de formation médicale continue, d'un Diplôme d'Université délivré par les Unités de Formation et de Recherche – UFR – de médecine, de la Capacité de

Gériatologie ou encore du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de gériatrie.

Les besoins pressentis sont estimés à environ 6 000 médecins pour environ 10 000 établissements des secteurs publics, privés et associatifs (représentant environ 650 000 lits et places).

Propositions émises

- Il semble souhaitable de pérenniser la Capacité de Gériatologie afin de pourvoir les postes de médecins coordonnateurs devant être créés au sein des EHPAD ou qui seront libérés par les départs à la retraite. Par ailleurs, la Capacité de Gériatologie, qui ne délivre qu'une compétence en gériatologie, doit demeurer accessible aux médecins généralistes ou spécialistes qui ne sont pas issus de la réforme de l'internat (appliquée depuis 2004) et qui ne peuvent donc prétendre à une inscription au DESC de gériatrie.
- Par ailleurs, le statut de médecin coordonnateur d'EHPAD doit évoluer afin de permettre à ce dernier d'exercer pleinement les différentes missions énoncées dans le

décret du 26 avril 1999. La reconnaissance du rôle primordial du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD passe par une reconnaissance de ses compétences. C'est pourquoi le rapport « 13 mesures pour améliorer la prise en soins des résidents en EHPAD »* a préconisé parmi ces mesures la création d'une formation diplômante délivrée par l'Université. Il s'agit de former le médecin coordonnateur à des compétences qui lui font défaut pour remplir ses missions, de reconnaître les spécificités du métier de médecin coordonnateur et d'uniformiser les formations actuelles. Les auteurs du rapport recommandent la rédaction d'un cahier des charges national en incluant dans cette formation l'approche institutionnelle, juridique, la gestion, la coordination et le management, l'évaluation de la personne et des pratiques.

La qualification aux fonctions de praticien hospitalier en gériatrie

Elle est actuellement obtenue après concours national accessible aux médecins détenteurs d'une Capacité de Gériatrie ou d'un DESC de Gériatrie.

Les besoins actuels sont estimés à environ 150 à 250 postes mis au concours chaque année. Ils vont sans doute augmenter dans les années futures (création de services, départs à la retraite).

La création en 2004 d'un DESC de type 2 qualifiant en Gériatrie peut conduire à terme à limiter l'accès aux fonctions de Praticien Hospitalier (PH) aux seuls détenteurs du DESC de Gériatrie. Les premiers médecins qualifiés en Gériatrie ont été nommés dès 2006 (pour les internes inscrits en DESC en 2004). Leur nombre est plus significatif depuis

2009. Afin de pourvoir aux besoins de postes de PH renouvelés ou créés au cours de cette période, le concours de PH doit être maintenu accessible aux médecins capacitaires jusqu'à ce que le nombre de titulaires du DESC soit en adéquation avec ces besoins.

À l'instar des autres DESC et dans la perspective de la filiarisation des spécialités médicales et chirurgicales, le DESC de gériatrie doit prochainement disparaître pour être remplacé par un DES de gériatrie.

Propositions émises

La création d'une spécialité en Gériatrie (DESC de groupe 2) implique :

- d'adapter le nombre de postes d'Assistant Chef de Clinique (CHU) et d'Assistants (CH) afin qu'il soit en adéquation avec le nombre d'étudiants en DESC (et prochainement en DES) nécessaire pour pourvoir les postes de PH mis au concours.
- de disposer d'un nombre suffisant de services agréés à délivrer le DESC (et prochainement le DES) de Gériatrie.
- de renforcer l'encadrement universitaire par le maintien et la création de postes de PU-PH de Gériatrie. À terme, 65 à 70 postes seraient nécessaires. Le nombre de postes de CCA en CHU devrait être de l'ordre de 120 et celui d'assistant hors CHU à un niveau comparable.
- de reconnaître et d'identifier le « vieillissement et la gériatrie » comme des thèmes de recherche à part entière et de favoriser la création d'équipes de recherche labellisées dans la thématique « vieillissement et gériatrie ». Cette mesure devrait faciliter les conditions de préparation à l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) des futurs PU-PH de Gériatrie. ▀

* Rapport de mission « 13 mesures pour améliorer la prise en soins des résidents en EHPAD ». Nathalie Maubourguet, Claude Jeandel, Alain Lion, remis en décembre 2009.



VI.

**La recherche clinique
en gériatrie en France**

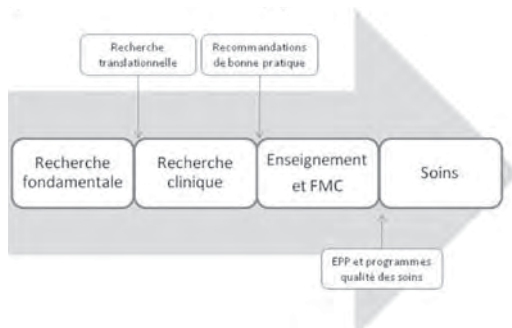
» La recherche clinique en gériatrie en France

Pr Joël Belmin,

Hôpital Charles Foix et Université Paris 6 – Ivry-sur-Seine

La recherche clinique est la partie de la recherche biomédicale, menée chez l'homme. Elle occupe une place importante au sein de la recherche médicale au même titre que la recherche fondamentale. Elle s'inscrit au sein d'une dynamique à l'origine des progrès de la médecine, depuis la recherche fondamentale jusqu'au soin des malades. La **Figure 1** montre la place de la recherche clinique dans ce processus d'amélioration des soins, et pour accélérer cette dynamique, les points d'interface entre ces grands processus sont aujourd'hui très encouragés : recherche translationnelle pour faciliter la réalisation de recherche chez l'homme à partir de nouvelles hypothèses élaborées au niveau de la recherche fondamentale, mais aussi élaboration de guides de bonnes pratiques cliniques pour favoriser la diffusion des connaissances au niveau des acteurs de la santé. Enfin les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles et les programmes de qualité des soins visent à modifier les comportements de santé pour optimiser leur pratique. La recherche clinique comprend plusieurs grands types de

Fig. 1 : Place de la recherche clinique dans les progrès de la médecine



FMC : formation médicale continue ;

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

recherches. La recherche en épidémiologie vise à connaître la fréquence de certaines maladies dans la population et aussi à identifier des facteurs de risque et des facteurs protecteurs vis-à-vis de ces maladies. Dans le domaine de la gériatrie, elles peuvent aussi aider à comprendre le rôle du vieillissement sur certaines fonctions de l'organisme. Il y a aussi des études physiopathologiques qui visent à comprendre les mécanismes impliqués dans certaines situations pathologiques. Il existe aussi des

travaux de recherche à visée diagnostique, en particulier pour améliorer le diagnostic ou la détection de certaines maladies. Enfin la recherche en thérapeutique occupe bien évidemment une grande importance. Elle vise à évaluer l'effet de traitements médicamenteux dans certaines maladies, mais aussi l'effet de traitements non médicamenteux. On peut aussi rapprocher de la recherche sur les interventions non médicamenteuses, celle sur les organisations de soin, qui est aussi un enjeu important pour la santé publique. Il faut aussi ajouter à ces grands types de recherche les revues systématiques de la littérature ainsi que les méta-analyses qui permettent aussi de synthétiser utilement les connaissances et qui sont aussi d'authentiques démarches de recherche.

La gériatrie est une jeune discipline médicale qui a beaucoup évolué au cours des dernières années. Elle est devenue en 2004 une spécialité médicale en France, quelques années après son apparition officielle au Conseil National des Universités qui propose les nominations d'enseignants universitaires. Si la discipline de gériatrie est née autour des structures de soin, l'émergence d'activités d'enseignement et de recherche était une démarche indispensable pour permettre à la gériatrie d'évoluer vers une discipline médicale à part entière, ce qu'elle devient aujourd'hui.

La gériatrie s'est en premier construite autour du soin des malades âgés. Ensuite, son essor notamment au plan universitaire s'est construit autour de l'enseignement de la gériatrie dans les facultés de médecine. A une période où il y avait peu d'enseignants de gériatrie, un objectif important était d'œuvrer pour que chaque faculté de médecine ait au moins un enseignant de

gériatrie. Durant cette période, il a été difficile de développer une recherche clinique importante en France. Actuellement, dans la mesure où ces objectifs sont atteints, on assiste à la construction d'équipes de gériatres universitaires, ce qui est plus propice à la mise en œuvre de la recherche clinique. Bien évidemment la recherche clinique en gériatrie n'est pas uniquement produite par des équipes universitaires, comme c'est le cas dans toutes les spécialités médicales, et plusieurs équipes ne bénéficiant pas du label universitaire produisent chaque année des travaux intéressants.

A l'occasion de la parution d'un nouveau livre blanc de la gériatrie, il nous a paru intéressant de faire le point sur l'activité de recherche clinique des gériatres français et de la replacer dans le cadre de son évolution au cours de ces 25 dernières années. Nous avons choisi pour étudier l'activité de recherche menée par les gériatres français d'analyser les publications ainsi que les projets de recherche clinique retenus dans le cadre de l'appel à projet du Programme de recherche clinique national (PHRC).

Les publications scientifiques des équipes de gériatrie

Pour analyser les publications des équipes de gériatrie en France, nous avons interrogé la base de données MEDLINE au moyen du site internet PubMed. MEDLINE répertorie les citations des articles publiés des journaux médicaux indexés. Dans la mesure où l'indexation dans MEDLINE est très valorisée pour les équipes médicales universitaires, ces journaux attirent la plus grande partie des articles scientifiques dans le domaine de la recherche clinique. Les modules d'interrogation de MEDLINE permettent de réaliser des requêtes en

Livre blanc de la gériatrie française

• La recherche clinique en gériatrie en France •

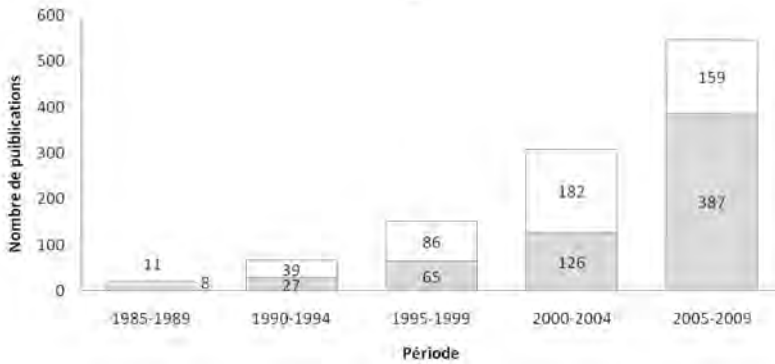


Fig.2: Évolution du nombre de publications des équipes de gériatrie française entre 1985 et 2009. Les publications en langue anglaise sont représentées par les histogrammes grisés et les publications en langue française par les histogrammes blancs.

cherchant certains mots dans des champs spécifiques. Afin de rester dans le champ de la recherche clinique, nous avons limité la recherche aux travaux chez l'homme en sélectionnant l'item « human » dans la fonction « Limits : human/animal ». Les publications issues d'équipes de gériatrie françaises ont été identifiées en recherchant dans le champ « Affiliation » (institution de l'auteur principal et son adresse) l'un des mots tronqués suivants {geriatr*, gerontol*, vieill*} ainsi que le mot {France}. Nous avons aussi analysé la langue de publication grâce au champ « Limits : French » ou « Limits : English ».

Bien que ce type d'interrogation ait certaines limites, elle nous est apparue intéressante pour obtenir une vue d'ensemble sur l'évolution de la production scientifique des gériatries français. Tous ces paramètres ont été analysés sur des périodes de 5 ans (1985-89, 1990-94, 1995-99, 2000-04 et 2005-2009).

Au total, 1 090 articles publiés par des équipes françaises de gériatrie ont été identifiés par cette enquête, dont 609 en langue anglaise (**Figure 2**). Parmi ces articles, il y avait 101 articles de revues de littérature en langue anglaise. Il est noté une nette augmentation du nombre de publications au cours du temps. En particulier on peut

noter que le nombre de publications durant la période 2005-2009 est aussi important que la totalité des périodes précédentes identifiées par cette étude.

Parmi les thématiques les plus fréquemment répertoriées de ces publications, on retiendra : démences et gérontopsychiatrie, nutrition, médicaments, chutes et traumatismes, épidémiologie, médecine cardiovasculaire, oncogériatrie.

En dehors de ces aspects quantitatifs encourageants, on observe au plan qualitatif une augmentation du nombre d'articles parus dans les bons journaux de la spécialité et aussi dans de grands journaux généraux.

Obtention des contrats de recherche publics par les équipes de gériatrie française : l'exemple du PHRC

Le Programme Hospitalier de Recherche Clinique est un grand appel à projets annuel organisé et financé par le ministère de la santé depuis plusieurs années. Il existe chaque année un appel à projet pour le PHRC national et un appel à projet pour le PHRC régional. Les thématiques prioritaires peuvent varier d'une année sur l'autre, mais les thématiques où peuvent se retrouver les gériatres sont présentes

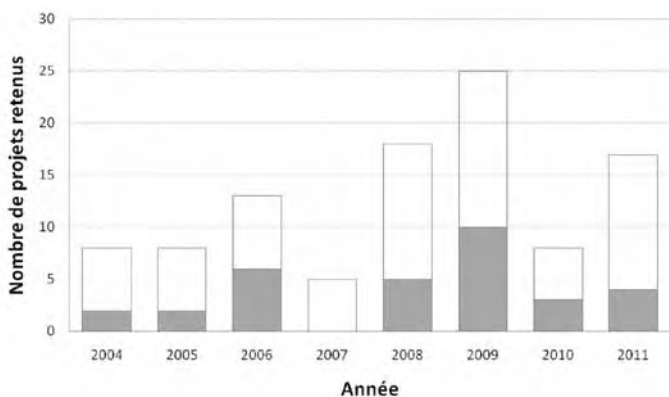


Fig. 3 : nombre de projets retenus dans le cadre de l'appel à projets PHRC national de 2004 à 2011 dont le thème concerne le vieillissement, les sujets âgés, et/ou la maladie d'Alzheimer et démences du sujet âgé. Les projets provenant des équipes de gériatrie françaises sont représentés par les histogrammes grisés et ceux proposées par des équipes d'autres spécialités en histogrammes blancs.

chaque année. Cet appel à projet connaît un grand succès avec de nombreux projets soumis et une très forte sélection qui conduit à retenir les projets les plus pertinents et crédibles.

A partir des données publiées sur le site du ministère de la santé, nous avons pu analyser les projets de recherche clinique retenus dans le cadre du PHRC national depuis 2004 à 2011. Sur les 1001 projets retenus et financés, 104 soit 10 % avaient dans le titre un terme faisant référence à la gériatrie, au vieillissement, au sujet âgé ou encore à la maladie d'Alzheimer ou aux démences. Toutefois, sur ces 104 projets de recherche clinique, 32 provenaient d'équipes de gériatres et 72 provenaient d'équipes d'autres spécialités. Il existe une légère augmentation du nombre de projets proposés par les gériatres et retenus (**Figure 3**). En particulier, l'appel à projet du PHRC 2009 a été très heureux pour les équipes de gériatrie avec 10 projets retenus. Il faut aussi noter que le nombre total de projets retenus dans le cadre du PHRC a augmenté au cours de cette période, passant de 86 pour le PHRC 2004 à 180 pour le PHRC 2011. Quoi qu'il en soit le nombre de projets de recherche financés

par le PHRC national permet le financement d'un nombre important de projets de recherche clinique pour les équipes de gériatrie françaises. Les données correspondantes concernant les résultats du PHRC régional ne sont pas centralisées et facilement accessibles, ce qui n'a pas permis de compléter cette analyse par leurs résultats.

En conclusion, ces différents indicateurs montrent que l'activité de recherche clinique des équipes de gériatrie française a fortement augmenté au cours des dernières années. Une forte augmentation du nombre de publications est notée depuis 2005, et cette tendance va probablement se poursuivre lorsque qu'on voit la progression des contrats de recherche PHRC obtenus par ces équipes depuis 2008. Ces indicateurs malgré leurs imperfections montrent des tendances très nettes et très cohérentes qui confirment amplement la vie gériatrique sur le terrain, avec la constitution d'équipes de recherche de mieux en mieux structurées, des congrès nationaux de gériatrie de plus en plus vivants et intéressants et une implication croissante des gériatres français dans les congrès et journaux internationaux de gériatrie. ▀

» Conclusion

Pr Claude Jeandel – Président du Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF)

Pr Gilles Berrut – Président de la Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG)

Pr Philippe Chassagne – Président du Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG)

Dr Michel Salom – Président du Syndicat National de Gérologie Clinique (SNGC)

Dr Nathalie Maubourguet – Présidente de la Fédération Française des Associations de Médecins
COordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD)

Après la reconnaissance de la spécialité de gériatrie en 2004, ce second livre blanc marque une nouvelle étape. À travers deux enquêtes originales, il expose un état des lieux de la pratique professionnelle des gériatres et présente le référentiel métier de cette spécialité désormais mature et maître de son avenir.

Un demi-siècle a été nécessaire pour structurer la gériatrie, mais face à la révolution de la longévité et à l'émergence des pathologies liées à l'avance en âge, cette évolution s'est accélérée très significativement au cours des 5 dernières années comme en témoignent les différents rapports et plans de santé publics publiés au cours de cette période et rappelés dans la préface.

La gériatrie est riche de son patrimoine collectif : savoir-faire de centaines de gériatres de notre pays, à l'œuvre dans la pratique de proximité, de référence et d'excellence, corpus de connaissance et création de connaissances nouvelles, diffusion de savoir, et maintenant référentiel métier, indispensable pour la valorisation et la reconnaissance de cette spécialité et pour l'élaboration et

l'actualisation du référentiel de formation et de compétences.

Ce patrimoine dont les gériatres sont gestionnaires n'appartient pas aux professionnels, mais à la société française forte et riche de ses citoyens vieillissants. Comme tout patrimoine, il doit être protégé, entretenu et développé.

La gériatrie est une spécialité indispensable et moderne, fortement accomplie en termes de multidisciplinarité et de coordination multiprofessionnelle. Elle se doit de poursuivre son développement pour répondre aux enjeux sociétaux liés au vieillissement et à l'émergence du cinquième risque, autrement dit de la dépendance.

La nouvelle génération des jeunes gériatres dynamiques et engagés aura à cœur de tenir ce défi dans la durée en investissant de nouveaux champs d'application dans les domaines des soins, de la recherche et de la formation.

Pour remplir ces missions, la gériatrie doit communiquer, être reconnue, appréciée, soutenue par ses confrères médecins, les citoyens et les décideurs de notre pays. Gageons que ce second Livre Blanc y contribuera activement. ▀

» Annexes

Collège Professionnel des Gériatres Français - CPGF

Créé en 2001 par ses trois organisations constitutives que sont la SFGG, le CNEG et le SNGC et sous la présidence d'Alain FRANCO, son champ d'activité est celui de l'activité professionnelle médicale de la Gériatrie.

Ses missions :

- fédérer les organisations médicales françaises de la Gériatrie et de la Gériatologie
- développer la formation médicale continue de la Gériatrie et Gériatologie au sein du milieu professionnel de la Gériatrie et de la Gériatologie, et au service d'autres disciplines médicales.
- représenter les professionnels de la discipline au sein des instances de la Formation Médicale Continue française et européenne.
- promouvoir la qualité des pratiques et des soins gériatriques.
- promouvoir l'évaluation des pratiques.

Il est dirigé par un conseil constitué de 12 membres désignés par les 3 organisations (4 membres par organisation : président, secrétaire général ou leur représentant, responsable EPP/FMC). Le Conseil d'Administration élit en son sein chaque année un bureau comportant 12 membres renouvelables : 4 représentants pour chacune des trois « Organisations constitutives », et désigne un président, un secrétaire général et un trésorier.

Les actions du CPGF : le Livre Blanc de la Gériatrie, les Journées professionnelles annuelles, l'installation d'experts régionaux de gériatrie, l'agrément par la Haute Autorité

de Santé du CPGF pour l'évaluation des pratiques professionnelles auprès des malades âgés, l'agrément par les CNFMC pour la FMC, la création en cours des Collèges Professionnels Régionaux de Gériatrie, la nomination de référents EPP dans les régions gériatriques, la représentation professionnelle du corps des gériatres, l'élaboration en 2011 du Référentiel « métier » de la gériatrie, le déploiement futur du Développement Professionnel Continu (DPC).

Pour mener à bien ses missions, le CPGF est organisé en deux sections : la section formation avec deux agréments (HAS en 2007 et FMC en 2008) - la section professionnelle qui définit les métiers de la gériatrie et valorise la profession vis-à-vis des tutelles, du Conseil de l'Ordre et de l'Union Européenne.

Dans le cadre de l'EPP, il développe actuellement deux actions importantes : l'EPP du programme MOBIQUAL porté par la SFGG et le programme PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) orienté vers la prévention de la iatrogénie, en particulier celle liée à la prescription de psychotropes.

Le CPGF est en cours de déclinaison en régions sous la forme de Collèges Professionnels des Gériatres Régionaux (CPGR).

Le CPGF est l'instance représentative des gériatres au sein de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM).

La présidence actuelle est assurée par le Professeur Claude Jeandel. Le bureau a été renouvelé en mai 2010, conformément aux statuts.

Société Française de Gériatrie et Gériatologie - SFGG

Fondée en 1961, elle regroupe les compétences de la gériatrie et de la gériatologie, disciplines et sciences diverses s'intéressant au vieillissement : biologie, psychologie, sociologie, démographie, santé publique, économie de la santé, administration de la santé, éducation, droit, architecture... La composante médicale est la plus étoffée dans notre société, mais elle doit s'enrichir des disciplines gériatologiques afin de répondre aux enjeux multiples du vieillissement.

La SFGG fédère les 16 sociétés régionales françaises de Gériatrie et /ou de Gériatologie, la Fondation Nationale de Gériatologie (FNG) et deux sociétés spécialisées : le Réseau d'Évaluation en Gériatrie de l'Activité des Thérapeutiques (REGATES) et la Société de Psychogériatrie de Langue Française. Elle fédère également actuellement 13 sociétés filiales et s'enrichit chaque année de nouvelles filiales qui participent au CA avec voix consultative.

Elle est structurée en 3 collèges : le Collège médical, le Collège des sciences humaines et biologiques, et le Collège des soignants.

La SFGG est ainsi fréquemment sollicitée par les Ministères chargés de la santé, des aînés, de l'action sociale et de l'éducation, par la CNAMTS, la HAS, l'ANESM, par d'autres sociétés savantes, dans la perspective d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques.

Dans le champ de la santé publique elle conduit depuis

2005, une action importante au plan national, le programme MobiQual, visant à l'amélioration des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile, sur les thèmes de la bientraitance, de la douleur, des soins palliatifs, de la dépression, de la maladie d'Alzheimer, de la nutrition et des risques infectieux.

Elle met en place des groupes de travail, notamment en partenariat avec d'autres sociétés de spécialité, dans la perspective d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, de publier des revues sur des thèmes communs. La présidence de la SFGG est actuellement assurée par le Professeur Gilles Berrut.

Le conseil scientifique, actuellement Présidé par le Professeur Olivier Hanon, est composé de 20 membres et structuré en 3 instances : instance gériatrique, instance gériatologique, instance organisation. Il est dirigé par le vice-président élu de la SFGG. Deux commissions : une commission des experts et des personnes ressources - une commission de labellisation dont la mission est de donner un avis au bureau sur la pertinence scientifique d'une demande de label SFGG émise par les organisateurs d'une réunion, formation ou congrès.

La SFGG communique au travers de 6 revues partenaires : la Revue de Gériatrie, l'Année Gériatologique, le journal d'OncoGériatrie, Gériatrie Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement, Soins en gériatologie.

Collège National des Enseignants de Gériatrie - CNEG

Le collège assure l'enseignement de la discipline aux différents stades de la vie professionnelle (initial, post- doctoral et post-universitaire), tout en contribuant à la promotion de la recherche. Dès 1988, onze ans avant sa constitution en association, les membres fondateurs du collège ont établi un programme commun des diplômes universitaires susceptibles de servir de base à un diplôme national : création de la capacité de gérontologie et celle du DESC, devenu qualifiant (spécialité d'exercice) en 2004.

Dans ce cadre, il organise des séminaires pour les candidats au DESC de gériatrie, une formation continue à l'intention des titulaires du DESC, des préparations au concours de PH et fédère la participation de ses membres sur des thèmes de recherche communs (PHRC) Il coordonne des DU ou DIU. Il vise à la présence d'au moins un PUPH de gériatrie dans chaque université et chaque CHU.

Il se compose de :

- membres titulaires de plein droit : les Professeurs des Universités – PU-PH ; les Maîtres de Conférences des

Universités Praticiens Hospitaliers (MCU-PH). Peuvent également être recrutés comme membres titulaires, des professeurs du Service de Santé des Armées, des professeurs associés des universités, des professeurs d'universités privées françaises, sous réserve de conditions

- membres associés : des médecins, essentiellement Praticiens Hospitaliers, assurant des activités d'enseignement et/ou de recherche dans le domaine de la gériatrie au sein d'une UFR ; des personnalités concourant par leur activité de recherche à la promotion de l'enseignement de la gériatrie ; des professeurs de gériatrie de pays francophones

- membres invités à titre consultatif

Le Collège est administré par un Conseil d'Administration composé de 7 membres élus à bulletin secret pour trois ans, à la majorité simple de ses membres présents. Le bureau a été renouvelé en 2011, pour une durée de trois ans : Président : Pr Philippe Chassagne, Secrétaire général : Pr Claude Jeandel, Secrétaire adjoint : Pr Joël Belmin, trésorier : Pr Sylvie Bonin-Guillaume.

Le syndicat national de gerontologie clinique - SNGC

Le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) est l'instance syndicale unique représentative des médecins pratiquant partiellement ou exclusivement la gériatrie face d'une part aux pouvoirs publics et d'autre part aux diverses fédérations professionnelles.

Fondé en novembre 1982, son but est d'établir un dialogue avec les autorités politiques et administratives, en assurant la promotion de l'action gérontologique, en ville, en EHPAD, ainsi qu'à l'hôpital.

Le SNGC est structuré en sections régionales mandatées pour relayer l'action gérontologique auprès des ARS.

Il est administré par un conseil de 20 à 40 membres, élus pour deux ans. Ce CA élit un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un secrétaire général adjoint, d'un trésorier, d'un trésorier adjoint et de membres conseillers. Présidé de longue date et jusqu'à il y a peu par le Dr Jean-Marie Vetel, le SNGC a changé de présidence en février 2010 : c'est désormais le Dr Michel Salom qui assure la présidence, le Dr Anne David-Breard et le Dr Christian Le Provost en sont les vice-présidents.

L'originalité du SNGC réside dans ce qu'il a pour objets principaux la promotion des filières gériatriques et de la qualité des soins tout en assurant la défense des statuts et des conditions d'exercice des médecins gérontologues. La mise en place d'un dispositif officiel de pilotage des politiques gérontologiques, intelligent, national et régional est un de nos enjeux syndicaux majeur pour les prochaines années. Il s'est mobilisé sans relâche pour œuvrer à l'amélioration des dispositifs de soins (filiale gériatrique), pour développer des outils d'analyse (AGGIR, PATHOS...) et obtenir les moyens nécessaires tant en nombre qu'en qualité (création du métier de médecin coordonnateur...).

Un dispositif de soutien pour les médecins adhérents au SNGC, en partenariat avec le sou médical, quel que soit leur

statut (public ou privé, médicosocial ou sanitaire, coordonnateurs d'EHPAD ou gériatres de pratique exclusive) est aujourd'hui opérationnel.

Le SNGC a obtenu depuis 2005 la possibilité d'une validation des acquis de l'expérience pour permettre sur la base de la capacité, d'acquiescer la spécialité de gériatrie. Le SNGC participe au CNOM à la commission de validation, plus de 1 000 collègues ont ainsi été validés comme « spécialistes en gériatrie ».

Le SNGC en tant que membre du CA de la CNSA et du GR31 est étroitement associé aux débats sur les moyens dévolus aux USLD et aux EHPAD.

Mais les moyens nous sont à nouveau comptés voir repris. Le SNGC, s'appuyant sur une politique d'association avec les partenaires institutionnels, sur sa présence dans les commissions ad hoc des grandes fédérations, porte la parole médicale à la base de la demande d'allocation de ressources. La mobilisation se poursuit pour défendre la place de la discipline dans la Nouvelle Gouvernance (incitation à la création de pôles gériatriques complets), pour défendre sa spécificité aux regards des enjeux financiers (T2A adapté à la polypathologie) pour défendre les missions et les moyens nécessaires au fonctionnement en qualité et en quantité de tout le secteur institutionnel EHPAD et USLD (ratio de personnel, amélioration du statut du médecin coordonnateur, place des PH dans les USLD, moyens sanitaires suffisants dans les 2 secteurs pour éviter aux résidents/clients des pertes de chance.)

Le SNGC en lien avec les autres professionnels de la discipline (Société Française, Collège des Enseignants) et avec ses interlocuteurs privilégiés (FEHAP, FHF, SYNERPA, ADPA, SNGIE...) continuera d'alerter les différents échelons de responsabilités sur les nombreux dysfonctionnements tout en faisant des propositions concrètes pour mettre en place des organisations de soins répondant aux besoins de santé des citoyens âgés.

Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD - FFAMCO

Créée en juin 2006 par 9 associations, la Fédération Française des Associations de Médecins COordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) fédère aujourd'hui 45 associations départementales de Médecins Coordonnateurs en EHPAD, représentant 49 départements, soit environ 1 800 médecins coordonnateurs.

La Fédération a pour buts :

- de fédérer les associations locales de médecins coordonnateurs, les soutenir et encourager la création d'associations,
- d'encourager les échanges d'expérience entre médecins coordonnateurs, et d'harmoniser les pratiques médicales et administratives,
- de jouer un rôle de force de proposition auprès des instances représentatives,
- de faire connaître et promouvoir les missions des médecins coordonnateurs,
- d'organiser les relations et le dialogue avec les autres acteurs du milieu gériatrique, ainsi qu'avec les différents réseaux,
- d'organiser toute action de formation en direction de ses membres,
- d'apporter son concours aux programmes de recherche en gériatrie.

La FFAMCO coordonne de nombreuses actions nationales en lien avec différentes instances : HAS, ANESM, Haut Conseil de Santé Publique, SFGG, CPGF, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale...

La FFAMCO a activement participé à la rédaction du Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps de travail et aux missions du Médecin Coordonnateur exerçant en EHPAD, paru au Journal Officiel le 4 septembre 2011. Elle compte aussi à son actif la publication de divers articles dans des revues professionnelles de gériatrie françaises et internationales.

Le Conseil d'Administration, composé de 12 membres, est présidé par le Dr Nathalie Maubourguet avec le Dr Xavier Gervais comme secrétaire général.

Contact : Secrétariat FFAMCO
23 rue de l'Océan - Mirville - BP 225
85602 Montaigu Cedex - Tél. 02 51 46 48 48
Site internet : www.famco-ehpad.org

MOBIQUAL : MOBilisation pour l'Amélioration de la QUALité du service rendu en établissements et services sanitaires et médico-sociaux

par le Dr Geneviève Ruault,
déléguée générale de la SFGG et du CPGF

Un programme national innovant, en **DEVELOPPEMENT CONTINU**

Le programme MobiQual est une action nationale dont l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du « prendre soin » – au bénéfice des personnes âgées et handicapées. Ce programme a été initié dans le cadre du plan douleur 2006 – 2010. Il participe aux mesures plus récentes développées en faveur de la bientraitance des personnes âgées et fait partie intégrante du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, du programme national pour l'alimentation ainsi que du plan de prévention des risques infectieux en EHPAD. Il est mis en œuvre par la **Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)**, avec le soutien depuis 2010 de la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et des ministères concernés**.

Il concerne l'ensemble des professionnels intervenant au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), des établissements de santé et des services d'aide et de soins au domicile : directeurs, cadres, médecins, professionnels soignants et hôteliers, institutions et organismes de formation initiale et continue, réseaux de santé...

Les différentes thématiques de ce programme sont : la bientraitance, la douleur, les soins palliatifs (2006), la dépression (2007), la nutrition et l'alimentation (2011) – cinq thématiques en cours – ainsi que la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, les risques infectieux (2012) – deux thématiques en développement.

Des outils pratiques, adaptés à chacun

A chacune de ces thématiques correspond au moins un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne – sous forme de mallette et, à compter de 2012, sous forme dématérialisée (outil informatique, graphique et interactif d'aide à la pratique). Les contenus sont élaborés et régulièrement mis à jour sur la base des recommandations de bonnes pratiques, officielles et validées scientifiquement. Les synthèses des connaissances sont présentées sous forme de supports facilitant leur consultation ainsi que leur appropriation (vidéos, diaporamas formateurs,...). Leur utilisation vise à **actualiser les connaissances, constituer une aide à la pratique et développer des liens de coopération de proximité**.

Les outils sont remis à titre gratuit sur la base d'un engagement volontaire à une bonne utilisation (charte MobiQual à signer / questionnaires d'évaluation à remplir).

Chaque thématique dispose également d'un programme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) élaboré en collaboration avec le Collège des Professionnels des Gériatres Français (CPGF).

Un travail national collaboratif

Chaque outil est conçu par la SFGG, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes et acteurs professionnels concernés : la SFGG a mobilisé ses membres (gériatres, gérontologues, soignants) et s'est adjoint des compétences complémentaires, notamment celles d'autres sociétés savantes grâce à des groupes de travail pluridisciplinaires : SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)

SFETD (Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)

SFN (Société Française de Nutrition)

CPGF (Collège Professionnel des Gériatres Français)

SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française)

SF2H (Société Française d'Hygiène Hospitalière)

SFNEP (Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme)

FNAPAEF (Fédération Nationale des Associations des Personnes Agées en Etablissements et de leurs familles)

FFP (Fédération Française de Psychiatrie) et SPLF (Société de Psycho-Gériatrie de Langue Française)

ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural)
UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles)

Une équipe spécialement dédiée à ce projet assure la production des outils, leur diffusion nationale structurée ainsi que l'évaluation de l'appropriation des thématiques du programme (synthèses annuelles). Elle comprend cinq membres permanents (dont un responsable du programme et un coordonnateur national).

Un comité de pilotage national se réunit deux fois par an pour suivre le développement du programme et orienter les actions. Il est composé de représentants des ministères, organismes publics, fédérations, associations, fondations et groupes concernés, et en particulier :

la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) ;

le CPGF ;

la FFAMCO-EHPAD (Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD) ;

la FHF (Fédération Hospitalière de France) ;

la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, à but non lucratif) ;

la FNAQPA (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées) ;

le SYNERPA (Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées) ;

l'UNIOPSS (Union Nationale et Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) ;

l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des

Soins et des Services aux Domiciles) ;
l'UNADMR (Union Nationale ADMR).

Une diffusion structurée

L'équipe nationale se déplace en région pour organiser des réunions de proximité, en lien étroit avec les actions des Agences Régionales de Santé (ARS) relatives au développement de la qualité ainsi qu'aux priorités de gestion du risque (thématiques et publics communs). Y sont présentés la démarche, les outils ainsi que des perspectives et exemples concrets d'utilisation. Ces réunions associent :

les établissements publics et collectivités territoriales impliqués, les sociétés régionales de gériatrie et

gérontologie, les délégations et antennes régionales des associations et fédérations d'établissements et de services ;

des organismes et personnes identifiés comme relais régionaux et/ou départementaux : coordinations

régionales en soins palliatifs, associations de médecins coordonnateurs, médecins

gériatres et palliativistes, cadres infirmiers, soignants, psychologues, formateurs, référents Qualité...

Les outils sont également disponibles sur demande motivée (mobiqua@sfgg.org) pour une utilisation sans délai en établissement/service.

Des accords-cadres avec des fondations et groupes nationaux ont également été conclus pour diffuser la démarche et les outils du programme (Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité, groupe Korian, groupe Emera, Croix Rouge Française).

Un site internet – www.mobiqua.fr – regroupe l'ensemble des informations utiles à toute personne intéressée par la démarche, les thématiques ainsi que les actions de diffusion.

Responsable du programme MobiQual :
Dr Geneviève Ruault
Coordinateur du programme :
Sébastien Doutreligne

