

Abréviations

ACFA : Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire

AEG : Altération de l'état général

AEP : Appropriateness evaluation protocol

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

AOMI : Artérite oblitérante des membres inférieurs

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APHJPA : Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées

ARS : Agence régionale de la santé

ATCD : Antécédent

AVC : Accident vasculaire cérébral

BAV : Bloc auriculo ventriculaire

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CHU : Centre hospitalier universitaire

ECG : Électrocardiogramme

EFR : Épreuve fonctionnelle respiratoire

EGS : Évaluation gériatrique standardisée

EP : Embolie pulmonaire

EHPAD : Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

ETP : Équivalent temps plein

FOGD : Fibroscopie oeso-gastro-duodénale

GDS : Geriatric depression scale

GIR : Groupe iso-ressource

HAS : Haute autorité de santé

HBP : Hyperplasie bénigne de prostate

HDJ : hôpital de jour

HTA : Hypertension artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IMC : Indice de masse corporel

INF : Inférieur

IRM : Imagerie par resonance magnétique

MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique

MAX : Maximum

MIN : Minimum

MMSE : Mini mental state examination

MNA : Mini nutritionnal assessment

MNA-SF : Mini nutritional assessment short form

MoCA : The Montreal cognitive assessment

NB : Nombre

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ORL : Otorhinolaryngologiste

PNNS : Programme national nutrition santé

PPR : Pseudo-polyarthrite rhizomélique

PR : Polyarthrite rhumatoïde

SAHOS : Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Service de soins de suite et de réadaptation

SUP : Supérieur

TAVI : Transcatheter aortic valve implantation (ou implantation d'une valve aortique par voie percutanée)

TDM : Tomodensitométrie

TUG : Time and go test

TVP : Thrombose veineuse profonde

INDEX Tableaux et figures

Liste des figures :

FIGURE 1 - PYRAMIDE DES AGES EN NORMANDIE ENTRE 2001 ET 2021	1
FIGURE 2 - ÉVOLUTION PROJETEE DE LA POPULATION DES SENIORS EN NORMANDIE PAR TRANCHE D'AGE ⁽³⁾	1
FIGURE 3 – MODELE DYNAMIQUE DE LA FRAGILITE SELON BROCKELHURST	2
FIGURE 4 – LISTE DES DIFFERENTS CRITERES UTILISES POUR DEFINIR LA FRAGILITE SELON ROCKWOOD	3
FIGURE 5 – MODELE DE DECOMPENSATION GERIATRIQUE 1 + 2 +3 DIT DE BOUCHON	4
FIGURE 6 - CONSEQUENCES DE LA DENUTRITION	10
FIGURE 7 – L’HDJ : UNE INTERFACE DYNAMIQUE ENTRE LA FILIERE SANITAIRE GERIATRIQUE ET LA FILIERE MEDICO-SOCIALE	14
FIGURE 8 – CRITERES D’EVALUATION DE LA PERTINENCE EN HOPITAL DE JOUR	18
FIGURE 9 – PLAN DU SERVICE A SON OUVERTURE	21
FIGURE 10 – ORGANIGRAMME REPRESENTANT LE CHOIX DES DOSSIERS POUR NOTRE ETUDE	26
FIGURE 11 – REPARTITION DES AGES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES	31
FIGURE 12 – HISTOGRAMME REPRESENTANT LES DISTANCES ENTRE LES SUJETS, L’HDJ ET LE MEDECIN TRAITANT	33
FIGURE 13 – HISTOGRAMME DETAILLANT LES AIDES HUMAINES ET TECHNIQUES PRESENTES CHEZ LES SUJETS A DOMICILE.....	34
FIGURE 14 – PART DES COMORBIDITES DANS NOTRE POPULATION D’ETUDE A L’ENTREE DANS LE SERVICE.....	36
FIGURE 15 – TAUX DE PRESENCE DES TRAITEMENTS DANS NOTRE POPULATION EN FONCTION DES GRANDES CATEGORIES DE MEDICAMENTS	37
FIGURE 16 – PREMIERE PARTIE DE LA FICHE D’ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR DE LA CLINIQUE MISERICORDE	38
FIGURE 17 – TYPE D’INTERVENANT DEMANDE SELON LES FICHES D’ADMISSION.....	39
FIGURE 18 – POURCENTAGE DE PROGRAMMATION DE CHAQUE INTERVENANT PAR L’EQUIPE SOIGNANTE	40
FIGURE 19 – CLASSEMENT DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR NOMBRE DE COMORBIDITE	41
FIGURE 20 – CLASSEMENT DES PATIENTS SELON LEUR NOMBRE DE TRAITEMENT	42
FIGURE 21 – PROPOSITION ET DIAGNOSTIC AU DECOURS DE L’HOSPITALISATION DE JOUR	44

Liste des tableaux :

TABLEAU 1 - FONCTIONNEMENT DE NOTRE HDJ GERIATRIQUE SELON LES DONNEES RETENUES PAR L’APHJPA	25
TABLEAU 2 – ÉTUDE DES JOURNEES D’HOSPITALISATION SELON LES 9 PREMIERS CRITERES RETENUS	28
TABLEAU 3 – LISTING DES CRITERES MANQUANTS SELON LA PREMIERE MODALITE DE PERTINENCE	28
TABLEAU 4 – NOMBRE DE CRITERES MANQUANTS PAR DOSSIER SELON LA PREMIERE MODALITE D’EVALUATION DE LA PERTINENCE.....	29
TABLEAU 5 – NOMBRE DE JOURNEES PERTINENTES SELON LA 2 ^e MODALITE	29
TABLEAU 6 – PERTINENCE SELON LES ADRESSEURS EN HOSPITALISATION DE JOUR.....	30
TABLEAU 7 – PERTINENCE SELON LE MOTIF D’ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR.....	30
TABLEAU 8 – DONNEES CONCERNANT L’AGE DES SUJETS	31
TABLEAU 9 – CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE NOTRE POPULATION D’ETUDE	32
TABLEAU 10 – POURCENTAGE DE PATIENT BENEFICIAIRE DE L’APA EN FONCTION DE LEUR LIEU D’HABITATION.....	32
TABLEAU 11 – ÉCHELLE DE DISTANCES ENTRE LES SUJETS, L’HDJ ET LE MEDECIN TRAITANT	33
TABLEAU 12 – TYPE D’AIDE A LA MARCHÉ DANS LA POPULATION D’ETUDE	34
TABLEAU 13 - COMORBIDITES RETROUVEES DANS NOTRE POPULATION D’ETUDE A L’ENTREE	35
TABLEAU 14 – DESCRIPTION DES MOTIFS D’HOSPITALISATION SELON LES FICHES D’ADMISSION	39
TABLEAU 15 – RESULTATS DES DIFFERENTS TESTS ET ECHELLES REALISES LORS DE L’EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE	41
TABLEAU 16 – DESCRIPTIF DES NOUVELLES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU DECOURS DE L’EGS	43
TABLEAU 17 - FONCTIONNEMENT DE NOTRE HDJ COMPARE AUX DONNEES RECENSEES PAR L’APHJPA DANS SON ETUDE ⁽⁹⁰⁾	50
TABLEAU 18 - FONCTIONNEMENT DE NOTRE HDJ COMPARE AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	51

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
	a) Notion épidémiologique.....	1
	b) Concept en gériatrie	2
	1. Le vieillissement	2
	2. La fragilité.....	2
	c) L'évaluation gériatrique standardisée.....	4
	1. Histoire et bénéfices.....	4
	2. Déroulement de l'évaluation gériatrique standardisée.....	5
	d) Naissance de la filière gériatrique et des hôpitaux de jour en gériatrie	12
	1. Naissance de la gériatrie	12
	2. Le parcours de soins en gériatrie : réseaux et filières	12
	3. L'hôpital de jour gériatrique	14
	(1) <i>Naissance</i>	14
	(2) <i>Rôles et missions</i>	14
	(3) <i>Fonctionnement</i>	15
	(4) <i>Quid de l'efficacité ?</i>	16
II.	OBJECTIF DE L'ETUDE.....	19
	a) Objectif principal.....	19
	b) Objectifs secondaires	19
III.	MATERIEL ET METHODE	20
	a) Description de l'étude.....	20
	b) Population et terrain de l'étude.....	20
	1. Population étudiée.....	20
	(1) <i>Critère d'inclusion</i>	20
	(2) <i>Critère de non-inclusion</i>	20
	2. Lieu de l'étude	20
	(1) <i>Le cadre</i>	20
	(2) <i>Le personnel</i>	21
	(3) <i>Le fonctionnement du service</i>	21
	c) Déroulement de l'étude	22
	d) Données recueillies.....	23
	1. Données concernant l'activité de différents hôpitaux de jour en France	23
	2. Données socio épidémiologiques.....	23
	3. Données concernant l'adressage en hôpital de jour	23
	4. Données médicales concernant l'évaluation gériatrique.....	23

5. Données concernant la synthèse de l'évaluation.....	24
e) Analyse des résultats	24
IV. RESULTATS	25
a) Description du fonctionnement, selon les données retenues par l'APHJPA.....	25
b) Évaluation de l'outil d'après les critères de pertinence retenus par l'APHJPA	25
1. Évaluation de la pertinence	25
2. Raison de la non-pertinence	29
3. Adresseurs les plus pertinents	29
4. Indications les plus pertinentes	30
c) Description de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique de la clinique Miséricorde	30
1. Caractéristiques socio démographiques	30
2. Description des aides humaines et techniques	33
3. Description des comorbidités	34
4. Description des traitements à l'entrée	36
d) Données concernant la demande d'admission et la programmation de la journée d'hospitalisation dans notre service.....	37
e) Données concernant l'évaluation gériatrique standardisée.....	40
f) Données concernant la synthèse de la journée d'hospitalisation	42
V. DISCUSSION.....	45
a) Les principaux résultats	45
1. Évaluation de la pertinence de notre outil.....	45
2. Description de la population de notre hôpital de jour, des journées d'hospitalisation et évaluation des données de l'évaluation gériatrique standardisée.....	46
(1) <i>Concernant la population de notre unité</i>	46
(2) <i>Concernant les journées d'hospitalisation : évaluation, diagnostics et propositions finales.....</i>	48
3. Activité de notre hôpital de jour gériatrique comparé aux autres unités françaises selon les données de la littérature.....	49
b) Les forces et les faiblesses de notre étude	52
VI. CONCLUSIONS.....	54
VII. BIBLIOGRAPHIE	56
VIII. ANNEXES	65

I. INTRODUCTION

a) Notion épidémiologique

D'après les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) au 1^{er} janvier 2021 la France comptait 65 235 843 habitants dont 3 305 200 en Normandie (5,1 %). La part des 65 ans ou plus était de 22,5 % en Normandie contre 20,9 % au rang national ⁽¹⁾.

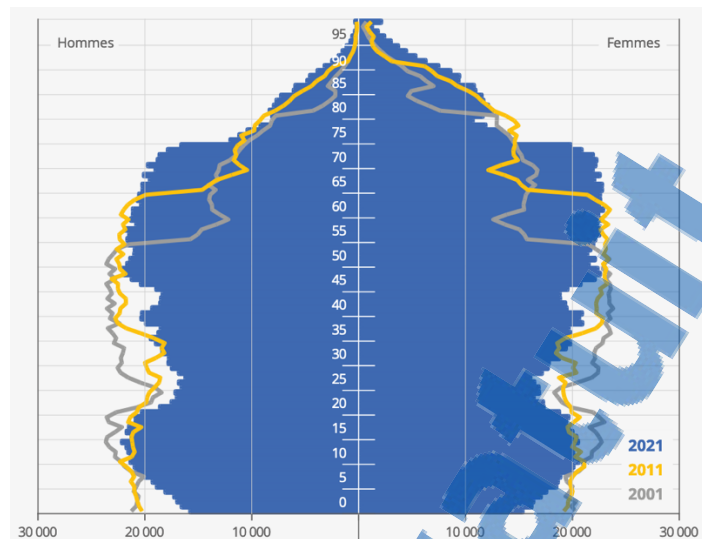


Figure 1 - Pyramide des âges en Normandie entre 2001 et 2021

Source : INSEE

Selon les prévisions au 1^{er} janvier 2050 on dénombrait en France plus de 20 millions de sujets âgés de 65 ans ou plus soit 8,6 millions de plus qu'en 2013 ⁽²⁾. Cette tendance s'appliquerait également en région normande avec un prévisionnel de 29,3% de séniors ⁽³⁾. A l'échelle mondiale on s'attend à 2 milliards de sujets de plus de 60 ans d'ici à 2050 alors qu'on en dénombrait 900 millions en 2015 ⁽⁴⁾.

Si la tendance nationale est au vieillissement de la population, le phénomène est plus rapide en Normandie, ce qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs : l'arrivée des générations issues du baby-boom à l'âge sénior, l'allongement de l'espérance de vie, le solde migratoire des jeunes combiné aux arrivées de séniors au moment de la retraite et la baisse du taux de naissance régional depuis 2010 ⁽⁵⁾.

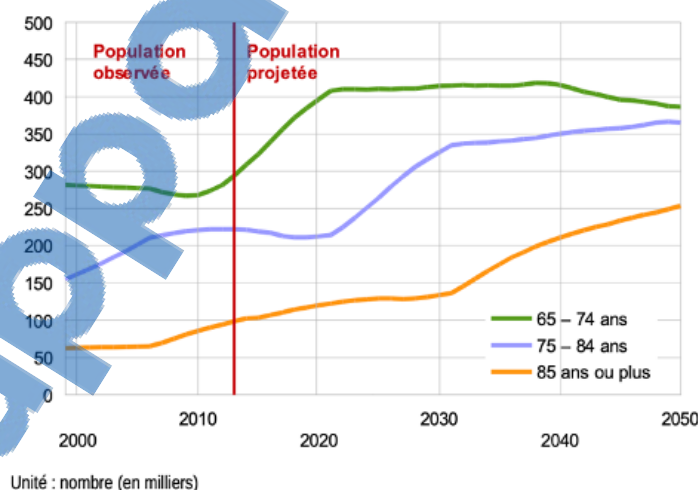


Figure 2 - Évolution projetée de la population des séniors en Normandie par tranche d'âge ⁽³⁾

Source : INSEE, Omphate 2017

L'espérance de vie connaît quant à elle une légère baisse en 2020 en Normandie avec un âge moyen de 78 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes soit une diminution de 0,5 an pour les hommes et 0,4 an pour les femmes (pouvant être expliqué par la pandémie coronavirus).

Les données nationales sont légèrement plus hautes avec une espérance de vie de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. Ainsi les hommes normands ont la 3^e espérance de vie la plus faible en France et les femmes normandes la 4^e ⁽¹⁾.

Avec ces quelques données épidémiologiques, on remarque bien que quantitativement le sujet âgé prendra une place plus importante. Les problématiques concernant le maintien de l'autonomie et la prise en charge de la dépendance du sujet âgé tendront à se majorer tant d'un point de vue national que régional.

b) Concept en gériatrie

1. Le vieillissement

Le vieillissement se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme lors de l'avancée en âge. Il est modulable selon les facteurs génétiques (sexe, appartenance ethnique...), les facteurs environnementaux physique et social (par exemple le logement, la situation socio-économique, le décès de proche...) mais aussi les facteurs aléatoires qui touchent chacun tout au long de la vie ⁽⁶⁾. Il s'accompagne d'une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress et favorise l'apparition de maladie aiguë.

Le vieillissement peut se distinguer en trois catégories :

- **Vieillissement pathologique** entraînant morbidité et retentissement fonctionnel,
- **Vieillissement usuel** avec réduction des réserves adaptatives, difficulté d'adaptation aux situations de stress pouvant s'apparenter au concept de fragilité que l'on décrira par la suite,
- **Vieillissement réussi** avec maintien des capacités fonctionnelles et absence de pathologies ⁽⁷⁾.

C'est un processus lent et progressif n'ayant que peu de rapport avec l'âge administratif des sujets qui est variable d'un individu à l'autre, mais aussi d'un organe à l'autre.

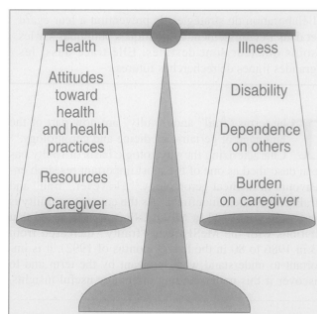
C'est pour cette raison qu'il est si difficile d'établir un « âge seuil » pour dire d'une personne qu'elle est âgée. Par exemple en France les prestations sociales sont versées aux sujets de plus de 60 ans, l'OMS a choisi quant à elle la barrière des 65 ans et il faut avoir 75 ans pour entrer dans un service de gériatrie ⁽⁶⁾. Une étude du groupe PREVOIR nommée « Les Français et le Bien vieillir » a également réalisé un sondage en France en 2011 pour savoir à partir de quel âge on devient « vieux », la réponse moyenne des français était 69 ans ⁽⁸⁾.

2. La fragilité

C'est un concept assez récent développé en Amérique du Nord dans les années 1980. A l'origine les définitions étaient plutôt axées sur la dépendance et la limitation fonctionnelle.

Par exemple, en 1988 les sujets fragiles étaient pour WOODHOUSE ceux « de plus de 65 ans dépendant dans les actes de leur vie quotidienne et souvent institutionnalisés ». Pour GILLICK il s'agissait des personnes âgées ne pouvant vivre sans l'aide des autres.

En 1985 BROCKLHURST établit un modèle dynamique en utilisant une balance entre le biomédical et le psychosocial pour décrire la fragilité, d'un côté se trouve les facteurs permettant le maintien de l'autonomie et de l'autre ceux qui mènent à la perte d'autonomie/d'indépendance. On comprend ainsi qu'il s'agit d'une situation instable et réversible.



*Figure 3 – Modèle dynamique de la fragilité selon BROCKELHURST
Source: « Frailty in elderly people an evolving concept » ⁽¹⁰⁾*

C'est en 1994 que Linda P. FRIED en propose une approche plus médicale en utilisant le terme de « syndrome de fragilité » qu'elle décrit comme « l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, physiologique ou social »^(9,10).

Plus récemment en 2011, la Société Française de gériatrie et gérontologie définit le concept de fragilité comme « une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux »⁽¹¹⁾.

En France deux modèles de critères de fragilité sont validés.

- **« Les cinq critères de FRIED » :**

Il a été établi en 2001, par Linda FRIED et ses collaborateurs, plutôt basé sur le « physique » :

1. Perte de poids involontaire dans la dernière année supérieure à 5% ou 4,5 kg,
2. Impression subjective de fatigue,
3. Réduction des activités physiques,
4. Vitesse de marche ralentie (< 0,60 m/s),
5. Baisse de la force musculaire.

Un sujet est dit robuste lorsqu'il n'a aucun critère, pré fragile lorsqu'il en valide un ou deux et fragile à partir de trois^(12, 13).

- **« Modèle de la fragilité multi-domaine » ou « Frailty Index » de ROCKWOOD (2005) :**

Il repose sur une approche cumulative des pathologies et des dépendances. La « Frailty index » liste les différents items de l'évaluation gériatrique (comorbidités, cognition, nutrition, dépendance, performances fonctionnelles et données sociales) et définit un index de déficits cumulatifs (nombre d'items déficients / total des items). On obtient alors une échelle définissant le degré de fragilité et variable selon le temps⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index		
<ul style="list-style-type: none"> • Changes in everyday activities • Head and neck problems • Poor muscle tone in neck • Bradykinesia, facial • Problems getting dressed • Problems with bathing • Problems carrying out personal grooming • Urinary incontinence • Toileting problems • Bulk difficulties • Rectal problems • Gastrointestinal problems • Problems cooking • Sucking problems • Problems going out alone • Impaired mobility • Musculoskeletal problems • Bradykinesia of the limbs • Poor muscle tone in limbs • Poor limb coordination • Poor coordination, trunk • Poor standing posture • Irregular gait pattern • Falls 	<ul style="list-style-type: none"> • Mood problems • Feeling sad, blue, depressed • History of depressed mood • Tiredness all the time • Depression (clinical impression) • Sleep changes • Restlessness • Memory changes • Short-term memory impairment • Long-term memory impairment • Changes in general mental functioning • Onset of cognitive symptoms • Clouding or delirium • Paranoid features • History relevant to cognitive impairment or loss • Family history relevant to cognitive impairment or loss • Impaired vibration • Tremor at rest • Postural tremor • Intention tremor • History of Parkinson's disease • Family history of degenerative disease 	<ul style="list-style-type: none"> • Seizures, partial complex • Seizures, generalized • Syncope or blackouts • Headache • Cerebrovascular problems • History of stroke • History of diabetes mellitus • Arterial hypertension • Peripheral pulses • Cardiac problems • Myocardial infarction • Arrhythmia • Congestive heart failure • Lung problems • Respiratory problems • History of thyroid disease • Thyroid problems • Skin problems • Malignant disease • Breast problems • Abdominal problems • Presence of snout reflex • Presence of the palmomental reflex • Other medical history

Figure 4 – Liste des différents critères utilisés pour définir la fragilité selon ROCKWOOD
Source: « A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people »⁽¹⁵⁾

On comprend que la fragilité est définie comme un état réversible et modifiable qu'il est important de repérer précocement afin d'éviter l'évolution vers une perte d'autonomie irréversible. On estime entre 10 et 20% de sujets fragiles de plus de 65 ans habitant au domicile en France et après 85 ans on atteint les 50% ⁽¹²⁾.

Il s'agit d'un enjeu de santé publique, la perte d'autonomie étant un motif fréquent d'hospitalisation. Rappelons que le coût moyen d'une hospitalisation pour les 60 – 74 ans est de 1620 euros et 2920 euros pour les plus de 80 ans ⁽¹⁷⁾, et que les patients âgés représentent selon la HAS 5,4 millions environ de séjours hospitaliers par an ⁽¹⁸⁾.

Force de ces constats il a fallu inventer un outil complet pour évaluer le sujet âgé en fonction de sa complexité afin de permettre sa prise en charge optimale. Ainsi est apparue « l'évaluation gériatrique standardisée ».

c) L'évaluation gériatrique standardisée

1. Histoire et bénéfices

L'évaluation gériatrique standardisée est un concept né dans les années 1930 au Royaume Uni d'après recherches des Dr WARREN, COSIN et ANDERSON.

Ces derniers observant des taux élevés d'hospitalisation longue chez les sujets âgés ont remarqué que peu avaient reçu une évaluation complète. De nombreuses pathologies simples et souvent résolutes n'ont souvent pas été diagnostiquées, contraignant ainsi la réhabilitation clinique et un retour à domicile dans de bonnes conditions.

C'est à la suite de ces observations qu'ils ont alors imaginé l'évaluation gériatrique standardisée menant à la création des unités de gériatrie et de façon plus large à la Gériatrie comme spécialité à part entière dès 1948 ⁽¹⁹⁻²²⁾.

Plus tard en 1991 RUBENSTEIN définit plus précisément l'évaluation gériatrique standardisée comme « une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné intégré et un suivi à long terme » ^(19, 20).

La construction de l'évaluation gériatrique standardisée peut également être rapprochée du « modèle de BOUCHON » créé par J-P BOUCHON. Il a utilisé le concept de « vieillissement somme de multiples facteurs variables » pour modéliser la décompensation gériatrique dans son ensemble en comptant : le poids du vieillissement physiologique (1), le poids de la maladie chronique (2) et le poids des facteurs précipitants (3) sur lesquels on peut agir pour améliorer la décompensation et diminuer les récurrences ⁽⁶⁾. L'idée de BOUCHON est de prendre en charge le plus précocement possible ces facteurs précipitants qui sont potentiellement curables, réversibles, ainsi que les maladies chroniques non diagnostiquées dont il est possible de ralentir l'évolution.

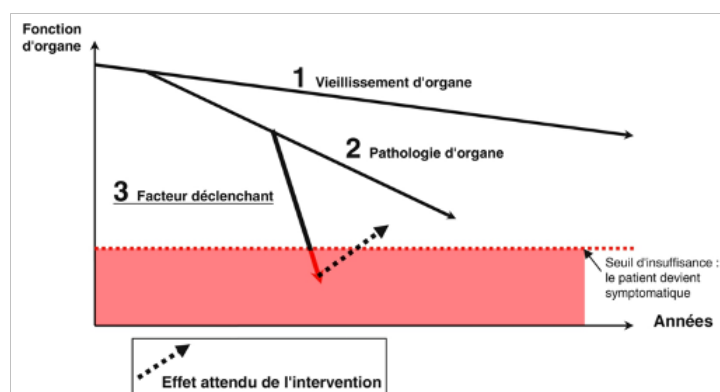


Figure 5 – Modèle de décompensation gériatrique 1 + 2 + 3 dit de BOUCHON
Source : référentiel de gériatrie ⁽⁶⁾ (d'après la revue du praticien 1984 ; 34 ; 888-92)

Aujourd'hui on pourrait parler d'une approche bio-psycho-sociale du sujet âgé. Elle permet le dépistage précoce des syndromes gériatriques afin d'éviter les décompensations pouvant compromettre tant leur pronostic vital que fonctionnel.

C'est une démarche systématique et reproductible composée d'échelles diverses. Elle peut être réalisée par différents intervenants. On limite ainsi le risque d'oubli. Cela permet de proposer des comparaisons entre les patients mais également chez un même sujet dans le temps afin d'en faire le suivi.

Attention il ne s'agit pas simplement de remplir des échelles diagnostics, il est important d'en faire l'interprétation, la démarche clinique reste primordiale.

Elle peut se réaliser dans des contextes variables tels que les consultations gériatriques, au cours d'une hospitalisation conventionnelle, par un médecin coordonnateur en EHPAD... ou lors d'une hospitalisation de jour comme développé dans ce travail par différent professionnel en collaboration (médecins, neuropsychologue, infirmiers, kinésithérapeute, diététicien...).

Plusieurs études ont permis ces dernières années de démontrer son efficacité.

La première et pionnière de la discipline, réalisée par RUBENSTEIN et ses collaborateurs en 1984 au Canada. Elle a mis en évidence chez des sujets fragiles de plus de 75 ans ayant bénéficiés d'une EGS, opposé à des malades suivis classiquement :

- Une diminution de la mortalité jusqu'à un an après (24% contre 48%),
- Une réduction du taux d'institutionnalisation (27% contre 47%),
- Une diminution du taux de ré hospitalisation (35% contre 50%),
- Une amélioration du statut fonctionnel (amélioration à 1 an chez 42% des sujets cas contre 24% des sujets témoins) ⁽²³⁾.

L'étude a été poursuivie une année supplémentaire et les résultats rapportés dans un article de 1988 étaient similaires ⁽²⁴⁾.

En 1993, un nouveau travail de RUBENSTEIN n'a cette fois pas permis de mettre en évidence une baisse significative de la mortalité dans le groupe ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique. Ils retrouvent cependant de nouveau une diminution du taux de ré-hospitalisation et un bénéfice sur les fonctions physiques à 6 et 12 mois ⁽²⁵⁾.

Entre 2011 et 2013 en Suède, un essai clinique randomisé a comparé deux groupes de sujets de plus de 75 ans ayant été hospitalisé au moins 3 fois sur la dernière année. Le groupe cas avait bénéficié d'une évaluation gériatrique au cours de l'année contrairement au groupe témoin. Dans le groupe cas, on observe une diminution de la durée d'hospitalisation et une baisse de la mortalité précoce pour un coût similaire ^(26, 27).

Plus tard, la même équipe a montré une amélioration de la qualité de vie à 3 mois et une diminution de la mortalité chez les patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique en service adapté comparé au groupe témoin hospitalisé dans un service traditionnel ⁽²⁸⁾.

Une méta-analyse espagnole de 2008, incluant onze essais cliniques randomisés, a fait valoir un moindre déclin physique au cours d'une hospitalisation en service de gériatrie (et donc une après une évaluation gériatrique standardisé) comparé à un séjour en service traditionnel ⁽²⁹⁾.

Pour résumer, d'après la littérature, l'évaluation gériatrique standardisée permettrait de :

**Diminuer le taux de mortalité,
Réduire et retarder l'institutionnalisation,
Améliorer le statut fonctionnel,
Diminuer la durée des hospitalisations,
Améliorer la qualité de vie.**

2. Déroulement de l'évaluation gériatrique standardisée

L'évaluation gériatrique standardisée se déroule en plusieurs étapes dont l'ordre importe peu. Elle est composée d'un interrogatoire, d'un examen clinique et de différentes échelles diagnostics (toutes validées mais sans qu'aucune ne soit obligatoires). L'anamnèse se fait volontiers avec l'aide de l'entourage du patient afin d'avoir une synthèse exhaustive. On associe à toutes ces échelles un examen clinique complet ainsi que des examens complémentaires adaptés à la plainte initiale : biologie, TDM, IRM, ECG, recherche de l'hypotension orthostatique...

- **ÉVALUATION DE LA COMORBIDITE ET DE LA POLY-MEDICATION :**

Les sujets âgés sont souvent poly-pathologiques et en conséquence poly-médiqués. Si l'ordonnance n'est pas réévaluée régulièrement cela augmente les risques de iatrogénie et d'interaction médicamenteuse.

Pour réviser l'ordonnance (dans l'idéal tous les 6 mois) on peut utiliser les critères de BEERS établis par la société Américaine de gériatrie. Ils permettent de classer les médicaments en trois groupes : inapproprié, potentiellement inapproprié et à utiliser avec prudence ⁽³⁰⁾.

Quant à la comorbidité elle peut s'évaluer selon le score de CHARLSON. Il établit la probabilité de survie à 10 ans du patient en fonction de ses pathologies et de son âge. Il existe aussi l'échelle CIRS-gériatrie quantifiant le poids des comorbidités en incluant cette fois leur sévérité ⁽³¹⁻³⁴⁾ (*annexe 1 et 2*).

- **ÉVALUATION DES CONDITIONS DE VIE ET DU RESEAU SOCIAL :**

Le maintien à domicile dépend étroitement des ressources du réseau familial ou professionnel ainsi que des ressources économiques et de l'aménagement du domicile. Il convient alors de faire l'état des lieux des conditions de vie, souvent via l'expertise d'une assistante sociale.

De façon non exhaustive il convient de s'informer :

- ***De la qualité du réseau professionnel*** : existence d'un passage infirmier et d'une aide-ménagère, mode de réalisation des courses et des repas voire portage des repas, présence de la téléalarme, prise en charge régulière dans des structures intermédiaires tel que l'accueil de jour en structure,
- ***De la qualité du réseau familial*** : existence d'aidants et évaluation de leur épuisement, recherche de signe de maltraitance qu'elle soit physique, psychologique ou financière,
- ***Existence de directive anticipée ou de mesures tutélaires ?***
- ***Évaluation des ressources économiques*** : revenu, perception d'allocation ou d'aide complémentaire,
- ***Et pour finir appréciation rapide des conditions de vie et de sécurité au domicile*** : appartement ou maison, présence d'un étage, équipement de la salle de bain, alimentation au gaz...

L'épuisement familial se manifeste par une fatigue chronique, des troubles du sommeil, des douleurs musculaires, une irritabilité et une anxiété ⁽³⁵⁾.

Il s'évalue via l'échelle du « Zarit Burden Interview » créée comme son nom l'indique par ZARIT et ses collaborateurs en 1980. Il s'agit de 29 items couvrant l'impact sur la vie sociale, financière, physique ou psychique des aidants principaux de patients dépendants. D'après les études de ZARIT, on remarque que bien souvent ce ne sont pas l'importance ou la durée des troubles des malades qui majorent l'épuisement mais bien l'absence d'aide venant du reste de l'entourage, d'où l'importance d'optimiser le plan d'aide.

L'équivalent plus court de cette échelle, le « mini-ZARIT » en 7 items est plus couramment utilisé lors des évaluations gériatriques ⁽³⁷⁾ (*annexe 3*).

- **ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE LA DEPENDANCE :**

Dépendance et autonomie ne sont pas des opposées. L'autonomie se réfère au libre choix de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide humaine.

D'après le collège des enseignements de gériatrie ils se définissent par :

- ***Dépendance*** : impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide humaine les activités de la vie quotidienne qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement. Pour éviter les amalgames on parlera plutôt d'indépendance fonctionnelle,
- ***Autonomie*** : capacité à se gouverner soi-même et donc présuppose la capacité de jugement et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement dans le respect des lois et des usages communs.

On ne peut donc pas décrire l'autonomie comme une absence de dépendance ⁽⁶⁾.

La dépendance en France s'évalue selon plusieurs échelles :

- La **grille AGGIR** classe les sujets en 6 groupes allant de la dépendance totale (GIR 1) à l'indépendance parfaite (GIR 6). Elle est utilisée par les instances financières notamment pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (ou APA) pour les plus de 60 ans. Il s'agit d'une prestation sociale non

conditionnée aux revenus permettant d'obtenir une enveloppe pour financer des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne à domicile ou en EHPAD ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ (annexe 4).

- L'**échelle ADL de KATZ** (ou échelle des activités basiques de vie quotidienne) a pour but d'évaluer les capacités des sujets à réaliser les activités de la vie quotidienne. C'est la référence en gériatrie pour le suivi médical du patient ⁽⁴¹⁾ (annexe 5).
- L'**échelle iADL de LAWTON** (ou échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne) évalue l'utilisation des outils usuels aux actes de la vie courante et donc la perte de l'autonomie (les fonctions instrumentales étant dépendantes de la cognition) (annexe 6).

La perte d'indépendance fonctionnelle a de nombreuses conséquences que ce soit sur les sujets âgés (hospitalisations répétées, difficultés au domicile et financières, un confinement et un isolement, une entrée en institution précoce, une réactivation d'un mode de relation infantile tel que l'inversion du rapport parent/enfant vécu comme pénible) mais aussi sur l'entourage (épuisement et risques de maltraitance).

Il est important de rappeler que l'hospitalisation elle-même est un facteur prédisposant de dépendance. En effet l'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation, soit la perte fonctionnelle aux activités de base entre l'entrée et la sortie, est évaluée de 30 à 60% ⁽⁶⁾. Elle est secondaire à trois causes qui interagissent entre elles : la pathologie entraînant l'hospitalisation, les capacités de base du patient et les processus de soins (notamment ceux non adaptés aux malades âgés) ^(20, 42).

Cette évaluation tente d'aboutir à la mise en place d'aide pour préserver le maintien au domicile lorsque cela est possible ou le cas échéant sert de point d'appui vers une institutionnalisation.

- **ÉVALUATION DE LA MARCHE ET DE L'EQUILIBRE :**

L'évaluation de la mobilité est essentielle puisqu'elle revient à déterminer un des facteurs de risque de chute, définie par l'OMS comme « le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ ». Selon l'OMS 28 à 35% des plus de 65 ans et 32 à 42% des plus de 70 ans chutent chaque année ⁽⁴³⁾.

Ses complications peuvent être graves : blessures physiques (contusion, fracture...), troubles psychologiques avec le syndrome post chute et le syndrome de désadaptation psychomotrice (qui correspond à une sidération des automatismes et une peur de retomber, une rétropulsion, un appui podal postérieur et un soulèvement des orteils à la position debout), hospitalisation, institutionnalisation voire le décès... ^(6,44).

Premièrement il convient d'observer la démarche habituelle du patient, idéalement à son insu (par exemple lorsqu'il se déplace dans le service). Cette dernière est modifiée naturellement par le vieillissement avec une augmentation des oscillations debout, une diminution de la vitesse, une réduction de la longueur et hauteur du pas, une augmentation du temps de double appui ou une diminution des mouvements des bras.

En second temps si l'observation n'est pas suffisante il convient d'utiliser des tests d'évaluation :

- La « **station unipodale** » : consiste à demander au sujet de se tenir debout sur les deux pieds l'un après l'autre en le chronométrant. Une impossibilité à maintenir la position plus de 5 secondes et/ou le fait d'écarter les bras témoignent d'un risque de chute ^(44, 45, 48).
- Le « **get up and go test** » développé par MATHIAS ET AL en 1986 évalue l'équilibre statique et dynamique en demandant au sujet de se lever d'une chaise avec accoudoirs, de marcher en ligne droite sur 3 mètres, de faire demi-tour puis de retourner s'asseoir. Le mouvement est noté entre 1 et 5 par l'examineur.
- Le « **timed up and go test** » : créée par Me PODSIALLO et son équipe en 1991 est la variante chronométrée du précédent, moins subjective. Un temps inférieur ou égal à 20 secondes est considéré comme normal alors qu'un temps supérieur à 30 secondes sera prédictif de chute ⁽⁴³⁻⁴⁶⁾.
- Le « **five times sit to stand test** » : consiste à demander au patient de se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide de ses bras le plus rapidement possible, il sera pathologique au-delà de 15 secondes.
- Le « **stop walking while talking test** » : où l'on demande à la personne de marcher en ligne droite tout en discutant avec elle. Il sera pathologique si un arrêt est nécessaire pour continuer la discussion, cela témoigne d'un possible trouble du contrôle moteur cérébral et d'un risque de chute à 6 mois ^(45, 47).
- La **vitesse de marche** : se calcule en chronométrant le malade sur un trajet en ligne droite de 3 mètres, elle permet d'identifier une fragilité des automatismes moteurs. Sous 1 m/s le sujet est en situation de fragilité posturo motrice et sous 0,6 m/s il est en situation de fragilité globale avec un risque de dépendance élevé ⁽⁴⁵⁾.

- **ÉVALUATION DE LA COGNITION :**

Selon l'OMS en 2012, 36 millions de personnes dans le monde (soit 4,7% de la population) présentaient des troubles cognitifs. Ces derniers augmentent avec l'âge et sont parfois banalisés par le patient et son entourage. Il est important de les dépister de façon systématique via des tests d'évaluation cognitive.

- **Le « Mini Mental State Examination » ou « MMSE » de FOLSTEIN :**

Il s'agit du plus célèbre d'entre eux. Il s'agit d'un test de débrouillage des fonctions supérieures globales en 30 items explorant l'orientation dans le temps et dans l'espace, la mémoire à court et moyen terme, le calcul mental, l'attention, le langage, la compréhension et la praxie constructive. Il permet d'authentifier l'existence de difficultés cognitives si le résultat est inférieur à 26 et est utilisé également pour le suivi des malades ⁽⁴⁹⁾. Néanmoins il manque de sensibilité pour évaluer les sujets âgés avec un niveau socio-culturel élevé et les déficits cognitifs légers (MCI). Sa réalisation entraîne également une certaine subjectivité examinateur dépendant notamment lié à la compréhension des items et leur validation ⁽⁵⁰⁾ (*annexe 7*).

- **« The Montreal Cognitive Assessment » ou « MoCA » :**

Créé quelques années plus tard en 2005 sous l'impulsion de NASREDDINE et son équipe. Il est plus spécifique et sensible pour diagnostiquer les déficits cognitifs légers. Il est également composé de 30 items dont les épreuves sont souvent plus complexes que celles retrouvées dans le MMSE. Il sera pathologique dès lors d'un résultat inférieur à 24/30 ^(51, 53) (*annexe 8*).

Ces deux tests restent validés et peuvent donc être utilisés pour le diagnostic des troubles cognitifs bien que le MoCA soit plus spécifique et sensible comme énoncé précédemment pour les MCI ⁽⁵²⁾.

- **Le « test des cinq mots de Dubois » :**

Il a pour objectif d'évaluer rapidement la performance de la mémoire épisodique (ou encodage) et de faire la différence entre un réel trouble et un manque d'attention par exemple. Un score inférieur à 10 avec ou sans « indigage » témoigne de difficulté mnésique ^(54, 55) (*annexe 9*).

- **Le « test de l'horloge » :**

Il est utilisé pour la première fois dans les années 1930 par Sir Henri HEAD et inclus au screening cognitif depuis les travaux d'Édith KAPLAN en 1986 démontrant une corrélation avec les résultats du MMSE.

Il consiste à faire dessiner au patient un cercle représentant une horloge et ensuite de lui faire ajouter les chiffres/nombres et les aiguilles la composant à l'heure de 11h10 ou 16h40 (heures devenues populaires car les plus à même de provoquer des erreurs notamment lors de dysfonctionnement frontal). Il se note de 1 (aucun essai ou tout est faux) à 10 (dessin normal) selon sa réussite (place des chiffres, des aiguilles, séquence de la numérotation...).

Ce test est facilement utilisé par les praticiens car il est rapide et moins influencé par le langage ou le niveau d'éducation du malade ^(56, 57) (*annexe 10*).

Rappelons qu'il ne s'agit que de test de « débrouillage » et qu'ils doivent être complétés d'un bilan neuropsychologique plus complet lorsque cela est possible pour préciser la pathologie neurocognitive.

- **ÉVALUATION DE LA THYMIE :**

La dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente du sujet âgé, en cause plusieurs événements survenant avec l'âge : l'isolement, le passage à la retraite, le veuvage, la perte d'autonomie, les maladies invalidantes... Elle touche entre 11 et 13% des personnes âgées de plus de 65 ans et jusqu'à 40% des patients institutionnalisés.

Elle est à dépister du fait de son mauvais pronostic, du risque de mauvaise observance qu'elle entraîne et du risque suicidaire élevé chez le patient âgé français (prédominance masculine avec un taux de 108/100 000 pour les plus de 85 ans, en 2010 28% des 10 500 suicides ont concerné des plus de 65 ans).

Il existe une sémiologie dépressive spécifique chez la personne âgée, en plus de la tristesse, du pessimisme, de l'anhédonie, des troubles du sommeil et de la perte d'appétit retrouvé communément on retrouve :

- **Des dépressions masquées** : plainte somatique au premier plan,
- **Des dépressions hostiles** : avec anxiété, agitation hostile, un refus de soins, une agressivité tournée vers l'entourage...
- **Des dépressions avec plainte mnésique**
- **Des dépressions mélancoliques / conatives** : avec prostration, mutisme, refus de manger et de traitements,
- **Des dépressions délirantes** : avec délire de tonalité triste, idée d'incurabilité, de persécution,
- **Des dépressions anxieuses** : avec accès de crise d'angoisse inexpliquée, une inquiétude permanente parfois reliée à des faits anodins.

A noter également que la dépression est un symptôme fréquent au cours d'une maladie neurodégénérative ce qui complique et retarde parfois le diagnostic ^(6, 58, 59).

Afin de la dépister on peut utiliser la « Geriatric Depression Scale » (ou GDS) qui se présente sous la forme de 30 items à remplir. Attention elle n'est pas validée pour les sujets dont le MMSE est inférieur à 15.

Il existe également sa version écourtée, la « Mini Geriatric Depression Scale » en 4 items ou la « Short Geriatric Depression Scale » en 15 items ⁽⁶⁰⁾ (*annexe 11, 12 et 13*).

• ÉVALUATION DES SYNDROMES DE DESAFFÉRENTATION SENSORIELLE :

Non prises en compte, ces altérations ont des conséquences sur la qualité de vie des personnes : isolement, repli sur soi, trouble de la communication, dépression, augmentation des accidents domestiques, chute... et accélèrent la survenue de la dépendance. D'autant plus qu'avec le vieillissement de la population les sujets âgés vivent de plus en plus longtemps avec leur handicap. Il convient alors de les dépister le plus précocement possible.

Selon l'Observatoire régional Pays de Loire en 2005, la France comptait 1,7 millions de sujets déficients visuels dont 60% des plus de 60 ans ⁽⁶¹⁾. Parmi les pathologies les plus courantes on retrouve : la cataracte, le glaucome, la dégénérescence liée à l'âge, la rétinopathie diabétique, le décollement de rétine... ^(6, 62).

Une parenthèse sur le syndrome de Charles Bonnet, à ne pas méconnaître, qui entraîne des hallucinations visuelles à type d'images linéaires perçues comme des personnages clairs et organisés dont le sujet a conscience de leur irréalité. Il convient de le différencier des autres hallucinations psychiques ⁽⁶³⁾.

La baisse de l'audition se nomme l'hypoacousie. Elle est définie par l'OMS « lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale (...) elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts » ⁽⁶⁴⁾. Selon les études environ 40% des personnes de plus de 75 ans en souffrent de façon significative. L'origine la plus fréquente est la presbycusie conséquence du vieillissement naturel de l'oreille.

Pour la dépister, lors de la consultation il est possible de faire un test à la voix chuchotée à compléter selon les besoins par une consultation chez le spécialiste pour réalisation d'un audiogramme (bien entendu après avoir vérifié la vacuité du conduit auditif) ⁽⁶²⁾.

L'appareillage auditif est indiqué dès que la perte dépasse 30 dB sur les fréquences conversationnelles et 30% en audiométrie vocale sur la meilleure oreille ⁽⁶⁾.

• ÉVALUATION DE LA NUTRITION :

La dénutrition est un vrai problème de santé publique puisqu'on compte en France environ 2 millions de personnes dénutries dont une majorité de sujets âgés : entre 4 et 10% de séniors dénutris à domicile, entre 15 et 40% en institution et entre 30 et 70% à l'hôpital. Ces chiffres ont motivé la mise en place en 2019 du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ⁽⁶⁵⁾.

Non prise en charge elle peut entraîner : une perte d'autonomie, une baisse de la qualité de vie avec une majoration du risque de chute, de fracture, d'hospitalisation, d'institutionnalisation, du déclin psychique et cognitif, des problèmes de cicatrisation (escarre +++) ⁽⁶⁶⁾ ...

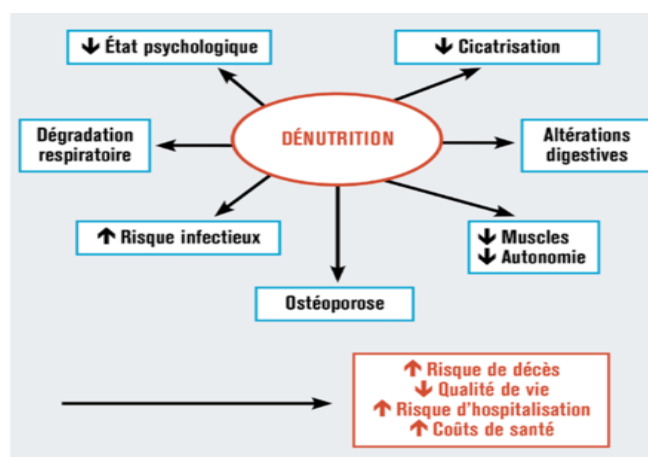


Figure 6 - Conséquences de la dénutrition

Source : « Alimentation et dénutrition de la personne âgée ». La revue du praticien vol. 68, mars 2018 ⁽⁶⁶⁾

Il existe différents facteurs de risque de dénutrition chez le sujet âgé :

- **Une insuffisance des apports** : causée par l'isolement, une ignorance des besoins nutritionnels, une baisse des capacités physiques, des troubles cognitifs entraînant une mauvaise reconnaissance des aliments et une désorganisation dans l'heure des repas et parfois des oublis,
- **Une admission à l'hôpital,**
- **Une augmentation du métabolisme** : pour faire face aux infections, à la cicatrisation d'escarre par exemple, très souvent non compensée,
- **La poly-médication** : la prise de plus de 3 médicaments en début de repas avec un verre d'eau a un effet anorexigène en plus de modifier le transit, entraîner une sécheresse buccale, des nausées ou vomissements...

Le vieillissement entraîne également, de façon non exhaustive, une altération des goûts et de l'odorat, une perte des dents et une modification du cycle de la leptine avec pour conséquence une satiété plus précoce. Les personnes âgées ont aussi tendance à s'astreindre à des régimes alimentaires stricts fondés sur des anciennes recommandations injustifiées qu'il faut proscrire ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾.

Pour le dépistage il existe de nombreux marqueurs de l'état nutritionnel :

- L'**albuminémie** et la **pré albuminémie** (attention à interpréter selon le contexte car modifiée en cas d'infection, d'insuffisance hépatique, de perte protéique digestive ou rénale, d'hyper hydratation en cas d'insuffisance rénale / cardiaque ou de perfusion),
- La **cinétique du poids** et de l'**IMC** (en prenant bien compte des œdèmes pouvant biaiser les résultats),
- Le score résultant du **Mini Nutritionnel Assessment (MNA)** en 18 questions ou son homologue plus court le **Mini Nutritionnel Assessment Short Form (MNA-SF)** composé des 6 premiers items de la version globale, tous deux validés pour le dépistage des troubles nutritionnels. Selon les recommandations on commence par le MNA-SF. Si son résultat est inférieur à 11, c'est indicateur d'une possible dénutrition il est nécessaire de compléter par le MNA global. ⁽⁷⁰⁾ (annexe 14),
- Le dosage de la **vitamine B12**, de la **vitamine B9**, de la **vitamine D**, de la **ferritine** et de la **calcémie corrigée**.

En 2007 on parlait de dénutrition lorsqu'un seul de ces critères était validé ⁽⁷¹⁾ :

Dénutrition	Dénutrition sévère
1. Perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois	1. Perte de poids supérieure ou égale à 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois
2. IMC < 21	2. IMC < 18
3. Albuminémie < 35 g/l	3. Albuminémie < 30 g/l
4. MNA global < 17	

En 2017, les experts du Global Leadership Initiative on Malnutrition ou GLIM, issus des principales sociétés savantes internationales (USA, Europe, Amérique Latine et Asie) ont publié un nouveau consensus sur les critères internationaux à utiliser pour le diagnostic de la dénutrition.

Ils sont au nombre de 5 :

- Perte de poids non volontaire,
- Diminution de l'IMC,
- Réduction de la masse musculaire,
- Diminution des apports alimentaires
- Présence d'une maladie inflammatoire ⁽⁶⁵⁾.

A noter qu'en novembre 2021 la HAS a modifié ces critères diagnostics, on parle de dénutrition lorsqu'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique sont présents ⁽¹⁴²⁾ : (à savoir que ces dernières recommandations n'ont pas été utilisé dans notre étude puisqu'elle a été commencée avant leurs apparitions)

<i>Critères phénotypiques</i>	<i>Critères étiologiques</i>
1. Perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois ou 10% par rapport au poids habituel 2. IMC < 22 3. Sarcopénie confirmée	1. Réduction de la prise alimentaire supérieure ou égale à 50% pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines par rapport : à la consommation habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques 2. Absorption réduite (malabsorption / mal digestion) 3. Situation pathologique : pathologie aigue, pathologie chronique ou pathologie maligne évolutive

Pour évaluer la sarcopénie on utilise les critères de l'European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 de 2019 ⁽¹⁴²⁾.

	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
- 5 levers de chaise en secondes	>15	
- Force de préhension en kg	<16	<27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)		
- Masse musculaire appendiculaire en kg	<15	<20
- Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	<5,5	<7

• ÉVALUATION DE LA DOULEUR :

La douleur chronique est très fréquente chez le sujet âgé et dans bien des cas elle est insuffisamment contrôlée car ils ont tendance à la banaliser, la considérant comme un fait inéluctable survenant avec leur âge.

Les mécanismes de la douleur sont les mêmes que chez une personne plus jeune à savoir une participation sensitive, émotionnelle, comportementale et cognitive. Il existe toutefois des particularités chez le sujet âgé comme une augmentation de la sensibilité, une majoration du seuil de détection du fait d'une démyélinisation des fibres périphériques et une diminution du seuil de tolérance. A ne pas oublier la part de la souffrance morale s'exprimant souvent chez nos aînés par des plaintes douloureuses multiples non systématisées comme vu précédemment.

Lors de l'interrogatoire, il est essentiel premièrement de rechercher une douleur puis d'en décrire le type (nociceptive, neuropathique ou psychogène), l'horaire et la durée pour mieux l'analyser et tenter de la soulager. Le sujet âgé, l'évoquant peu verbalement, il faut ensuite observer les comportements douloureux très indicateurs comme les expressions faciales (grimaces, front crispé...), les vocalisations (gémissements, soupirs...), les mouvements du corps (déambulation, rigidité...), les changements dans les relations sociales (agressivité, résistance aux soins...), les changements dans les activités (refus alimentaire, trouble du sommeil...) et les changements psychiques (irritabilité, confusion...).

Il convient ensuite de procéder à une auto-évaluation de la douleur via des échelles tel que l'**échelle visuelle analogique** ou l'**échelle verbale simple** si cela est possible (*annexe 15 et 16*).

Puis de compléter par des échelles d'hétéro-évaluation comme la **doloplus** évaluant les douleurs chroniques et l'**algoplus** spécialisée dans les douleurs aiguës et ne nécessitant pas la participation du malade ^(6, 72, 73) (annexe 17 et 18).

d) Naissance de la filière gériatrique et des hôpitaux de jour en gériatrie

1. Naissance de la gériatrie

La gériatrie est née au Royaume-Uni en 1948 à la suite des travaux du Dr. Majory WARREN, comme vu précédemment, avec la création des « consultants en gériatrie ». Ces derniers ont été exclus des grandes structures hospitalières jusqu'à dans les années 1970. Date à laquelle le gouvernement a menacé les autres spécialités de réorienter une partie de leur budget vers les petites structures où travaillaient les gériatres. Cet ultimatum n'a jamais été mené jusqu'au bout mais a eu le mérite d'apaiser les relations entre tous les secteurs, permettant aux gériatres de prendre en charge des patients dans les hôpitaux principaux du pays.

Aux USA, à l'origine, les gériatres étaient limités aux soins à domicile devant beaucoup de résistance à l'émergence de la spécialité en tant que telle. Les premiers à reconnaître son importance furent les services de soins pour les vétérans. C'est à la suite de la publication d'une critique dans les années 1975, visant la mauvaise prise en charge des plus âgés dans le pays, que les choses ont évolué. Malheureusement la gériatrie peine à se développer par son coût élevé ⁽²¹⁾.

En France il existe depuis très longtemps un intérêt pour les plus âgés. En effet déjà en 1801 ont été créés des établissements réservés à la classe d'âge des « vieillards » dans la capitale (notamment l'hospice de Bicêtre, l'hospice de la Salpêtrière et les deux hospices des Incurables) dont le but était de secourir « les vieux pauvres ». On a ensuite toujours retrouvé un certain engouement dans certaines unités médicales pour nos aînés sans que pour autant elles ne soient étiquetées « unités gériatriques ». C'est en 1961 que la discipline va sortir de l'ombre avec la création de la société savante de gériatrie et gérontologie et ensuite en 1988 de la capacité en gériatrie. Dans les années 1990 c'est Simone VEIL qui marque de son empreinte la gériatrie avec l'organisation d'un colloque Européen sur la formation à la gériatrie en Europe et la nécessité qu'elle soit enseignée dans les facultés pour préparer au mieux les années à venir avec le vieillissement de la population ⁽⁷⁴⁾. Il faudra cependant attendre 2004 pour une reconnaissance de la gériatrie en tant que spécialité avec la création du diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie. Récemment à la suite de la réforme de l'internat en 2017, la médecine gériatrique est devenue un choix à part entière lors de la répartition des postes après l'épreuve classante nationale ⁽⁷⁵⁾.

2. Le parcours de soins en gériatrie : réseaux et filières

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le système de santé inclut tous les acteurs concourant à un « état de complet bien-être physique, mental et social ». C'est selon cette vision que s'est construit le parcours de soins gériatrique.

Il faut revenir brièvement sur la construction du système de soins français en termes de « réseaux » et « filières » à la suite des ordonnances dites JUPPE d'avril 1996 (article 6 de l'ordonnance n°96-345 du Code de la Sécurité Sociale et article L.712-3-2 du Code de la Santé Publique). Elles visent à organiser un accès plus rationnel au système de soins et une meilleure coordination dans la prise en charge des patients en impliquant la ville et l'hôpital mais également les secteurs public, privé, sanitaire et social ^(76, 77).

Ces changements sont nés de plusieurs exigences provenant des malades qui souhaitaient une prise en charge globale et « humanisée » de leurs problèmes de santé, mais également des médecins, qui au vu de la diversité des domaines médicaux, ne pouvaient prétendre à l'excellence de la pratique sans une coordination entre les différentes professions et des financeurs. Ceux-ci étant de plus en plus attentifs aux dépenses de santé ⁽⁷⁸⁾.

Tout d'abord les **filières de soins** sont décrites comme les trajectoires médicales suivies par les patients et organisées au départ par les médecins généralistes. Elles sont destinées à améliorer la qualité du suivi médical et l'accès des patients au système de santé en adaptant l'offre à leurs besoins spécifiques ⁽⁷⁷⁾. Chacun des « maillons » de cette filière ou trajectoire reste indépendant des autres, chacun prenant la suite des autres par un mécanisme d'adressage ⁽⁷⁹⁾.

Malheureusement, souvent la prise en charge des patients nécessite le recours à des compétences variées qui, pour être efficaces, ont besoin d'être organisées d'où la création des **réseaux de soins**. Ils ont pour but de prendre en charge globalement les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques en s'articulant autour de la personne et non plus autour de l'organe ou de la maladie ^(76, 80). Leur bon fonctionnement nécessite une adaptation permanente dans le temps mais également, selon les zones géographiques, pour coller au mieux à la demande en santé ⁽⁸¹⁾.

A la suite de la loi relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé du 4 mars 2002 on ne parle plus de réseaux de soins mais de **réseaux de santé**. Ils y sont définis comme des réseaux qui ont pour « objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires [et qui] assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » ⁽⁷⁸⁾.

On comprend qu'ils sont une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles en assurant la continuité de leurs soins, sans rupture, pendant toute leur trajectoire médicale et trouvent leur place en amont et en aval de l'hospitalisation. Ils permettent parfois de l'éviter.

La **filière de soins gériatriques**, quant à elle, est définie d'après la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière, le plan solidarité grand âge 2007-2012 et la circulaire du 28 mars 2007 ⁽⁸²⁻⁸⁴⁾. Elle est décrite comme une « modalité d'organisation cohérente et gradué des soins gériatriques sur un territoire donné qui a pour objectif 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 du plateau technique » ⁽⁸⁵⁾. Elles sont implantées dans un territoire particulier par les Agences Régionales de Santé depuis la loi HPST de juillet 2009 selon les caractéristiques de chaque région, leur besoin et l'offre déjà existante ⁽⁸⁶⁾.

Les missions de la filière gériatrique s'articulent autour de plusieurs axes :

- Prendre en charge les hospitalisations programmées ou non,
- Réaliser des bilans médicaux, réadapter les traitements et les soins,
- Faire des évaluations gériatriques standardisées,
- Mettre en place des projets de vie,
- Coordonner les soins extrahospitaliers,
- Diffuser la culture gériatrique,
- Permettre un suivi ambulatoire.

Pour répondre à ces objectifs il est recommandé qu'elle comporte plusieurs structures :

- Un **service de court séjour gériatrique** : devant être dans l'établissement support de la filière, avec pour objectif d'assurer les hospitalisations directes ou provenant des urgences, de réaliser des investigations et de rééquilibrer les traitements et de permettre une ré insertion au domicile voire une ré orientation rapide vers les unités adaptées.
- Une **équipe mobile de gériatrie** : située dans l'établissement possédant le court séjour, se déplaçant de service en service y compris aux urgences pour gérer les spécificités gériatriques que ce soit pendant le séjour hospitalier ou pour aider à planifier une sortie, il diffuse aussi le savoir gériatrique,
- Une **unité de consultation et d'hôpital de jour** : interface entre la médecine de ville et hospitalière, réalisant entre autres les évaluations gériatriques standardisées à la demande des médecins traitants, des spécialistes, des structures extrahospitalières ... afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée,
- Une ou plusieurs **unités de soins de suite et de réadaptation** appropriés aux besoins des personnes âgées : prenant en charge les patients soit au décours d'une hospitalisation afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle pour garantir un meilleur retour à domicile, soit venant du domicile afin de prévenir des risques de décompensation pouvant entraîner hospitalisation, ils font également le relais avec les structures para médicales et sociales du réseau de santé,
- Un ou plusieurs **services de soins de longue durée** : accueillant des sujets présentant une ou des pathologies chroniques organiques actives au long cours ou susceptibles de décompenser de façon répétée et pouvant entraîner une perte d'autonomie et une dépendance durable, ils sont également adaptés aux soins palliatifs ^(79, 82, 84, 87).

Il est également possible d'inclure comme partenaire dans la filière les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services d'hospitalisation à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et toutes les structures d'aide aux personnes âgées du moment qu'un contrat est établi avec le centre référent.

3. L'hôpital de jour gériatrique

(1) Naissance

L'hôpital de jour gériatrique est un véritable enjeu pour la filière de soins gériatriques puisqu'il permet de graduer l'offre de soins et la diffusion de la culture gériatrique tout en encourageant l'inter professionnalité.

L'idée de leur création est apparue en Russie dans les années 1930 dans le milieu psychiatrique afin de lutter contre l'engorgement des services et de permettre au patient de rester dans son cercle familial ⁽⁸⁸⁾.

Dans le milieu gériatrique, les premiers services ont vu le jour dans les années 1940 aux USA et 1950 au Royaume-Uni dans l'hôpital de Cowley Road à Oxford avec pour missions le maintien de l'autonomie, la réalisation d'acte médicaux ou de soins infirmiers lourds, une organisation du plan social et la réadaptation physique. Objectifs qui sont toujours d'actualité ⁽⁸⁹⁾.

En France, les premiers hôpitaux de jour gériatriques sont apparus au début des années 1970. La circulaire ministérielle de 1971 les définissait comme des unités destinées à des personnes âgées dont l'état nécessitait des soins qui pourraient être donnés sans que pour autant l'hébergement ne soit nécessaire ⁽⁹⁰⁾.

Ils ont connu un essor à la suite des différentes circulaires parues depuis les années 2000 comme nous l'avons vu précédemment. Actuellement en France, 213 sont recensés sur le site de « l'Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées » (ou APHJPA)*, valeur non exhaustive puisque tous n'y adhèrent pas.

(2) Rôles et missions

L'hôpital de jour est situé à l'interface entre le monde libéral et le monde intra hospitalier. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation en ambulatoire, s'inscrivant dans une démarche de prévention primaire et secondaire. Il est une porte d'entrée éventuelle des patients dans la filière gériatrique. C'est une alternative aux évaluations gériatriques standardisées en hospitalisation conventionnelle qui peuvent être délétères pour les sujets âgés (déclin fonctionnel, état confusionnel, infection nosocomiale...).

Ils y sont adressés le plus souvent par leur médecin traitant ou par tout autre médecin notamment les gériatres de la filière lorsqu'il est nécessaire de compléter un bilan ou faire un suivi post hospitalisation.

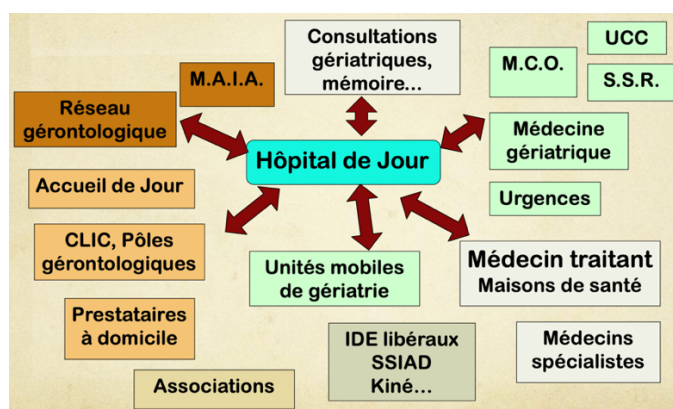


Figure 7 – L'HDJ : une interface dynamique entre la filière sanitaire gériatrique et la filière médico-sociale

Source : « Évaluation et prise en compte de la fragilité en hôpital de jour »

<https://www.aphjpa.org/publications/180-evaluation-et-prise-en-compte-de-la-fragilite-en-hopital-de-jour.html> ⁽⁹³⁾

D'après la circulaire de 2007 ils ont plusieurs missions ⁽⁸⁴⁾ :

- Dispenser des évaluations gériatriques standardisées à la demande du médecin traitant et proposer une stratégie de soin adaptée,

* Il s'agit d'une association visant à promouvoir la place des hôpitaux de jour dans la filière de soins gériatriques notamment en organisant des congrès dans les différentes régions de France. Elle organise également des formations à destination des intervenants dans les services et participe à des projets de recherche clinique ⁽⁹²⁾.

- Être un recours pour le médecin traitant lorsqu'il a repéré un problème,
- 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 provoqués par une hospitalisation, notamment au résident d'EHPAD,
- Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques,
- Pratiquer des soins lourds impossible au domicile (transfusions, ponction ascite...),
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents intervenants participant à la prise en charge ambulatoire,
- Participer à l'organisation du soutien à domicile,
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

(3) Fonctionnement

L'évaluation médico-psycho-sociale nécessaire à la prise en charge de la personne âgée implique l'engagement de plusieurs disciplines en hôpital de jour et donc un fonctionnement inter professionnel. On peut comparer cette activité à un puzzle où chaque intervenant ajoute sa contribution pour évaluer et adapter le plan personnalisé de prévention. En effet les données de l'évaluation du patient vont s'assembler progressivement au cours de la journée mais aussi se modifier en fonction des constatations des différents professionnels. L'hospitalisation de jour n'est pas seulement une suite de consultations variées, mais offre aussi l'opportunité de faire des observations qui n'ont pas le temps d'être réalisées sur des temps courts de consultations simples.

Selon la réglementation, une équipe doit pouvoir se constituer d'1 équivalent temps plein gériatre qui coordonne l'unité, d'1,5 équivalent temps plein infirmiers, 0,5 équivalent temps plein d'aide-soignant et d'un temps psychologue / neuropsychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire. Peuvent intervenir ponctuellement des médecins spécialistes ⁽⁸⁴⁾.

Selon les besoins, chacun aura un temps d'entretien et d'examen avec le patient, le tout étant organisé en amont conformément à un programme établi selon les demandes du médecin adresseur.

Le plus souvent il n'existe pas d'horaire fixe de transmission entre les intervenants, la communication se fait tout au long de la journée ainsi qu'à l'écrit dans le dossier médical patient. Ceci est favorisé par l'agencement des locaux, souvent réduits, avec une pièce centralisant les dossiers et le planning de chaque patient pour la journée. L'équipe va s'y côtoyer sans cesse ⁽⁹⁴⁾.

Sans oublier que l'agencement permet également aux patients de se côtoyer (par exemple lors du temps de repas). Cela permet d'observer le relationnel qu'ils ont entre eux et avec le personnel soignant. C'est un élément important du bilan, difficile à analyser dans un autre contexte.

Le service doit comporter au minimum 5 places et offrir au moins 120 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire de la filière.

A noter que selon la circulaire N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, pour qu'une hospitalisation de jour soit facturée en tant que telle, elle doit comporter plusieurs examens (sans compter les examens purement biologiques). Si cette condition n'est pas respectée chaque prestation diagnostique ou thérapeutique sera facturée comme un acte à part entière et non pas en tant que « qu'hospitalisation de jour ». Le financement du service et le remboursement par l'assurance maladie en seront impactés ⁽⁹⁵⁾.

Il est donc important qu'un accès à un plateau technique soit possible sur le site ou organisé selon un conventionnement (radiologie, biologie, scanner, EFR, endoscopie digestive...).

A la fin de chaque journée, le médecin gériatre réalise une restitution des diagnostics retenus lors de l'hospitalisation et du plan de soin envisagés au patient. Lorsque sa cognition ne permet pas une bonne compréhension ils peuvent également être fait à la famille. Afin d'assurer la liaison avec les médecins traitants, la législation recommande de leur adresser le jour même un compte rendu complet de la journée ⁽⁸⁴⁾. Ce dernier point reste toutefois difficile à réaliser dans le délai imparti.

Par ailleurs, bien qu'ils s'appellent tous « hôpital de jour gériatriques », on retrouve en France des modes de fonctionnement hétérogènes, tant d'un point de vue de l'activité que de l'équipe professionnelle, souvent subordonnés au contexte hospitalier où chacun est implanté.

En 2002 l'APHJPA a réalisé une enquête descriptive visant à les regrouper en catégorie ⁽⁹⁰⁾.

À la suite de cette enquête en sont ressortis trois types distincts :

- Les **HDJ d'évaluation-gériatrique** : avec un objectif diagnostique sur des problématiques multiples (trouble mnésique / du comportement, dénutrition, chute, ...) en moyenne deux passages par an par patient, permettant une optimisation des traitements et de la prise en charge via la mise en place d'un plan de soins personnalisé en fonction de l'évaluation ⁽⁹⁶⁾. Ils font partie de la famille des hôpitaux de jour « médecine-chirurgie-obstétrique » (ou MCO),
- Les **HDJ d'évaluation-réadaptation** : comme son nom l'indique, ils ont pour objectif la réadaptation et le maintien de l'indépendance, prise en charge plus longue avec environ 24 passages par an par sujet ⁽⁹⁷⁾,
- Les **HDJ de psychogériatrie** : dirigé en général par le secteur psychiatrique.

Nous reviendrons plus loin sur le fonctionnement spécifique de l'hôpital de jour de la Clinique Miséricorde et sur la composition de l'équipe soignante.

(4) *Quid de l'efficacité ?*

Les écrits concernant l'efficacité des hôpitaux de jour gériatrique sont très peu nombreux dans la littérature et s'intéressent majoritairement aux unités de rééducation.

Les premières approches consistaient à **comparer l'évolution entre des patients pris en charge soit en hôpital de jour soit dans un service de gériatrie classique**.

On peut citer l'étude d'EAGLE et son équipe réalisée en 1991 à Hamilton au CANADA qui n'a malheureusement pas mis en évidence des différences significatives entre les 2 groupes en termes de qualité de vie ⁽⁹⁸⁾. Sans oublier qu'elle a subi une critique par la suite, la méthodologie ne répondant pas correctement à la question « d'efficacité » et ses conclusions estimées trop hâtives. Cela pouvant faire du tort au développement de tel service ⁽⁹⁹⁾.

Une revue Cochrane publiée en 1999 par FORSTER montre que la prise en charge en hôpital de jour semble bénéfique pour les sujets âgés nécessitant une réadaptation mais qu'elle ne semble pas plus probante qu'une hospitalisation complète plus classique ⁽¹⁰⁰⁾.

En 2008 ce dernier publie également une méta analyse comparant l'hôpital de jour à trois autres formes d'approches : des programmes de soins avec spécificité gériatrique, une réadaptation à domicile et des programmes de soins usuels non gériatriques. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre une prise en charge en hôpital de jour comparativement aux autres formes de soins spécifiques du sujet âgé concernant le taux de mortalité, d'institutionnalisation ou le risque de déclin fonctionnel. En revanche, il a été démontré que le suivi en hôpital de jour était meilleur, selon ces mêmes critères, que des soins distribués par des services non gériatriques ⁽¹⁰¹⁾.

Cela fait écho à l'étude de RUBENSTEIN et al. de 1984 déjà citée précédemment, qui a démontré qu'une prise en charge en unité d'évaluation gériatrique comparé à une hospitalisation classique permettait de diminuer le taux de mortalité à un an, de ré hospitalisation et de la durée de séjour hospitalier. A également été rapporté une amélioration plus franche du statut fonctionnel et du statut thymique chez les sujets étant passés par ce service ⁽²³⁾.

Par la suite, les études se sont consacrées à **comparer le résultat d'outils diagnostiques ou d'échelles de dépistage entre le début, la fin et à distance d'une prise en charge en hôpital de jour gériatrique**.

A nouveau beaucoup d'entre elles sont réalisées dans des HDJ SSR ⁽¹⁰²⁻¹⁰⁵⁾.

On peut tout de même citer une étude réalisée à Bordeaux en 2008 réalisé en HDJ gériatrique diagnostic évaluant la qualité de vie des personnes âgées via l'échelle SF-12 après un passage dans leur hôpital de jour. Cette échelle se base sur 8 aspects : l'état de santé général et mental, le fonctionnement physique et social, la santé physique et émotionnelle, la douleur et vitalité (*annexe 19*). Elle montre un effet positif sur la qualité de vie mentale mais pas physique ⁽¹⁰⁶⁾.

Ces études cliniques utilisent toutes plusieurs échelles diverses et variées, toutes validées pour justifier de l'efficacité des services d'hôpital de jour gériatrique majoritairement de rééducation. Cependant aucune n'évoque précisément la méthodologie employée. Il semble y avoir une grande hétérogénéité dans les pratiques de chaque équipe, mais également dans les relations qu'elles font entre score et syndrome gériatrique.

Une équipe québécoise, a d'ailleurs essayé de dégager une combinaison d'échelle précise permettant d'identifier significativement les sujets fragiles et leur évolution sans y parvenir ⁽¹⁰⁷⁾.

D'autres ont **évalué le taux de ré-hospitalisation et de mortalité au décours d'une prise en charge en hôpital de jour gériatrique** ⁽¹⁰⁸⁾.

Très peu d'équipe se sont intéressées à la *satisfaction des patients et des médecins généralistes après un passage en hôpital de jour*. Ce critère peut être tout aussi intéressant pour juger d'une prise en charge réussie ou non. On peut néanmoins retenir l'étude descriptive de MORISHITA et al. de 1989. Les retours à la suite d'un questionnaire interrogeant les patients furent positifs puisque 99% des sujets seraient revenus dans le service et 100% d'entre eux auraient l'aurait recommandé à des proches. D'après les médecins généralistes, sans que cela soit significatif du fait de la faiblesse de l'étude, l'hôpital de jour serait utile car sans ce service 21% d'entre eux aurait adressés leur patient pour une hospitalisation complète ⁽¹⁰⁹⁾.

Intéressons-nous maintenant à l'hospitalisation de jour gériatrique par son *bénéfice en termes de coût*. Malheureusement les écrits ayant utilisés cette approche ne sont que très rarement avantageux pour les unités de jour. Ils sont soit non significatifs ⁽¹¹⁰⁾ soit en défaveurs ⁽¹¹¹⁾.

Seule l'étude canadienne de TOUSSIGNANT et son équipe est en faveur de l'hôpital de jour. Ils ont mesuré l'amélioration fonctionnelle de leurs patients sur un an qu'ils ont ensuite rapporté au temps passé avec chacun des professionnels du service. Ils ont ainsi pu dégager un ratio « amélioration fonctionnelle / coût » et ont démontré que pour 1 dollar investi dans le service les bénéfices pour le système de soin étaient de 2,74 dollars ⁽¹¹²⁾.

L'idée générale reste que l'hôpital de jour est plus coûteux qu'un service de soins classiques mais qu'il permet tout de même de faire des bénéfices en termes de santé public puisqu'il réduit le taux d'hospitalisation, la durée de celles-ci, le taux d'institutionnalisation etc.

En FRANCE l'APHJPA s'est quant à elle intéressée au *concept de « pertinence »* pour juger de l'efficacité de l'hospitalisation de jour d'évaluation gériatrique.

Il s'agit d'un concept né aux États-Unis dans les années 1970, visant à optimiser le fonctionnement hospitalier en se demandant si « le patient est au bon endroit chaque jour d'hospitalisation ? ». Les réflexions ont mené à la création d'un protocole reproductible « l'Appropriateness Evaluation Protocol » (AEP) validé quelques années plus tard en Europe puis en France. Il se divise en deux évaluations l'une portant sur la « pertinence des admissions » et l'autre sur la « pertinence des journées d'hospitalisation » ^(113, 114). C'est d'ailleurs selon cette deuxième approche que dix critères, divisés en quatre groupes (adressage, indication, contenu et synthèse) ont été choisie pour valider la pertinence des journées en hôpital de jour gériatriques par l'APHJPA.

Pour juger une journée pertinente il faut :

- **Qu'elle satisfasse ces dix critères,**
- **Ou qu'au moins quatre professionnels interviennent auprès du patient,**
- **Ou qu'elle contienne une transfusion ou une chimiothérapie.**

2573 Journées issues de 11 unités de jour MCO ont donc été étudié rétrospectivement. Selon la grille d'évaluation 55% des journées ont rempli les 10 critères. Les journées jugées non pertinentes ont ensuite été revues par un expert qui d'après les éléments des dossiers médicaux en a validé 31% de plus, ce qui mène le total à 86%. Selon leur conclusion, le faible taux de pertinence après utilisation de la grille seule est peut-être la conséquence de conditions trop sévères, notamment la nécessité de rendre un compte rendu le jour même, clause non respectée dans 49% des cas ^(115, 116).

Tableau 3 Critères d'évaluation d'un hôpital de jour.

<i>Adressage (tracé)</i>
Demande du médecin de la consultation mémoire
Demande du médecin traitant
Demande d'un autre médecin du réseau (hôpital, équipe mobile, urgences)
Demande du médecin coordonnateur d'EHPAD
Demande d'un médecin hors réseau
<i>Indication (choix multiples)</i>
Bilan gériatologique médicopsychosocial
Bilan thématique
Mémoire
Malaise et chute, troubles de la marche, perte d'autonomie, altération de l'état général, bilan cardiovasculaire, bilan urodynamique, soins palliatifs
<i>Contenu : présence tracée de chacun des critères</i>
Bilan infirmier
Examen clinique gériatrique
Examens complémentaires (au moins 3)
Action d'information/éducation
Multidisciplinarité avec au moins 3 disciplines parmi : gériatre, neurologue, psychiatre, médecin d'une autre spécialité, infirmière, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, autre paramédical, psychologue, neuropsychologue
<i>Synthèse/qualité/traçabilité : présence simultanée de chacun des critères</i>
Trace de la synthèse multidisciplinaire écrite
Recommandations thérapeutiques
Compte rendu manuscrit ou dactylographié remis le jour même

Figure 8 – Critères d'évaluation de la pertinence en hôpital de jour

Source : Volpe-Gillot, L., et J. -M. Michel. « Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 12, n° 72 (1 décembre 2012): 243-49.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.06.007>

En conclusion, on remarque qu'il existe autant de méthode d'évaluation de l'hôpital de jour gériatrique que de mode de fonctionnement de ce dernier. Il n'y a aucun consensus concernant les variables à observer pour prouver de l'efficacité de la prise en charge même si toutes celles utilisées semblent appropriées puisqu'elles permettent de vérifier l'efficacité globale de la démarche en gériatrie.

De plus leur activité tout à fait hétérogène n'est pas toujours décrite de façon claire. L'analyse de la littérature montre que ce sont majoritairement les hôpitaux de jour de réadaptation qui sont étudiés. On manque de données concernant les bénéfices de ces services en termes de diagnostic et d'alternative à l'hospitalisation complète. Il est donc difficile de comparer ces études entre elles devant une absence de standardisation de leur méthode de réalisation (échelle de dépistage utilisée, durée de suivi, critère évaluation...).

En somme la grande diversité retrouvée dans ces écrits se réfère bien à la complexité du sujet âgé poly pathologique difficile à analyser selon une approche unidirectionnelle.

Pour ce travail, il a donc fallu choisir une approche pour évaluer le travail du service de l'hôpital de jour gériatrique de la clinique Miséricorde de CAEN. Nous avons donc choisi de nous référer aux critères de pertinence selon le modèle retenu par l'APHJPA.

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

a) Objectif principal

L'étude a consisté à évaluer la pertinence de l'outil « hôpital de jour gériatrie médecine » de la clinique Miséricorde selon les critères de pertinence élaborés par l'APHJPA selon le concept d'Appropriatness Evaluation Protocol (AEP), développé depuis 1970 aux États Unis et validé en France depuis 1989 ⁽¹¹⁵⁾.

b) Objectifs secondaires

Ce travail permettra de décrire l'activité de ce nouveau service sur la période allant du 01/01/2019 au 30/06/2019 et de le comparer aux unités françaises équivalentes décrites dans la littérature.

III. MATERIEL ET METHODE

a) Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude mono centrique descriptive et rétrospective sur dossier médical des journées d'hospitalisation réalisées au sein de l'hôpital de jour gériatrique de la clinique Miséricorde à CAEN entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 juin 2019. Ce travail a été inspiré des travaux de l'APHJPA ^(90, 115) et de l'expérience de l'hôpital de jour d'évaluation gériatrique de l'hôpital Bichat Claude Bernard paris ⁽⁹⁶⁾.

L'accord d'un comité éthique n'a pas été nécessaire car il s'agissait d'une étude observationnelle et descriptive sur dossier sans protocole d'expérimentation. Le recueil respectait également l'anonymat des patients.

b) Population et terrain de l'étude

1. Population étudiée

(1) Critère d'inclusion

Il s'agit de tous les patients admis au sein du service d'hospitalisation de jour gériatrique de la Fondation Miséricorde entre le 01 janvier 2019 et le 30 juin 2019 dans le cadre d'une première évaluation gériatrique. Dans le cas où le patient s'est présenté à plusieurs reprises dans la structure, seul le premier passage a été étudié.

(2) Critère de non-inclusion

Ont été exclus les patients ayant bénéficiés d'une réévaluation gériatrique au cours de la période donnée, d'une consultation simple, les patients ayant bénéficié d'une injection intra veineuse de fer, de la pose d'un patch de QUTENZA ou d'un acte technique seul (tel qu'une ponction d'ascite ou une ponction lombaire...).

2. Lieu de l'étude

(1) Le cadre

L'étude se déroule au sein de l'hôpital de jour d'évaluation gériatrique de la clinique Miséricorde à Caen. Il a été ouvert en avril 2016, après un accord de l'ARS en 2013, dans le but d'étoffer l'offre de soins proposer par la Fondation Miséricorde.

La Fondation Hospitalière de la Miséricorde est un établissement privé d'intérêt collectif fonctionnant comme une association. Elle fonctionne sur quatre sites (CAEN, HEROUVILLE SAINT CLAIR, CORMELLES LE ROYAL et VERNON) et comprend la clinique Miséricorde (composée d'un service d'urgence, d'un service de médecine polyvalente à orientation gériatrique, d'un service de chirurgie ambulatoire, d'un service de réadaptation cardiaque, de consultations, d'un service d'imagerie, d'une unité mobile de soins dentaires et d'ateliers de maquillage correcteur), le service de soins de suite et de réadaptation de Betharram, l'unité régionale de soins palliatifs Maurice Abiven, le centre de prévention des maladies infectieuses, un centre de vaccination, une permanence d'accès aux soins de santé, trois EHPAD (Madeleine Lamy, Sainte Marie et Mathilde de Bayeux) et le foyer Odette Rabo ⁽¹¹⁷⁾.

Le service se compose de :

- 6 chambres comportant chacune des sanitaires et un tableau mural avec la date du jour et le programme de la journée pour chaque patient,
- 1 salle commune pour le déjeuner ou les activités proposées afin d'occuper les personnes âgées entre chaque intervenant,
- 1 secrétariat à l'entrée du service,
- 1 salle de soin infirmier,
- 3 bureaux de consultations,
- 1 bureau médecin,
- 1 salle de pause pour l'équipe au milieu du service,
- 1 salle sanitaire pour l'équipe.

En fin de journée le gériatre réalise une synthèse de l'évaluation gériatrique standardisée au malade et à sa famille si elle est présente et donne les recommandations préconisées par l'équipe pluridisciplinaire. Le rendez-vous de suivi si nécessaire y est également transmis.

Un compte rendu est ensuite rédigé et adressé au médecin traitant et/ou au médecin adresseur (lorsque celui-ci diffère).

Notons que la décoration et l'organisation du service ont été voulu la moins hospitalière possible, dans l'espoir de favoriser la spontanéité et la détente des patients et de leurs familles, dans un environnement le plus familial possible (accès libre aux sanitaires, à un coins repas, intimité des chambres individuelles pour les échanges entre le patient et son aidant, ...).

c) Déroulement de l'étude

Une partie du travail concernait l'étude rétrospective de chaque dossier médical, comprenant le courrier de sortie, les formulaires informatiques remplis par toute l'équipe lors de l'hospitalisation et la fiche d'admission se trouvant sur le logiciel de la fondation Miséricorde, « Mediboard », afin d'en dégager les données nécessaires à l'étude épidémiologique.

Puis nous avons vérifié, via ces dossiers, la pertinence de chaque journée d'hospitalisation de jour selon le modèle de l'APHJPA, inspiré de l'Appropriateness Evaluation Protocol.

Pour être jugé pertinente une journée devait soit :

- **Présenter la totalité de 9 critères : A + B + C (5) + D (3)**
 - *A - Concernant l'adressage, demande émanant :*
 - Du médecin de la consultation mémoire,
 - Du médecin traitant,
 - D'un autre médecin du réseau,
 - D'un médecin coordonnateur d'EHPAD,
 - D'un médecin hors du réseau.
 - *B - Concernant l'indication :*
 - Évaluation gériatrique standardisée,
 - Bilan thématique : mémoire, malaise et chute, trouble de la marche, perte d'autonomie, altération de l'état général, bilan cardiovasculaire, bilan urodynamique et soins palliatifs.
 - *C - Concernant le contenu, devait être retrouvé une trace de chacun de ces éléments :*
 - Bilan infirmier,
 - Examen clinique gériatrique,
 - Au moins trois examens complémentaires,
 - Action d'information / d'éducation,
 - Participation d'au moins trois intervenant de l'équipe pluridisciplinaire.
 - *D - Concernant la synthèse, la traçabilité devait également être retrouvé :*
 - Une trace écrite de l'intervention multidisciplinaire,
 - Des recommandations thérapeutiques.
- **Comporter un acte de transfusion, de chimiothérapie ou quatre intervenants.**

Lors de notre étude, nous avons consciemment retiré le critère « compte rendu manuscrit ou dactylographié remis le jour même » ce dernier n'étant jamais validé. Les comptes rendus sont la majorité des cas dactylographiés rapidement puis mis en forme avant d'être transmis dans les plus brefs délais.

Nous avons également pris le parti de supprimer la 3^e partie de la grille permettant d'établir la pertinence de la journée d'hospitalisation selon l'avis de l'expert afin de pallier le manque d'objectivité.

Enfin nous avons cherché des données concernant l'activité et le mode de fonctionnement des différents hôpitaux de jour gériatrique français. Cette recherche s'est faite via les moteurs de recherche de « Pubmed »,

« Google », « CISMeF » et « EM consulte » (accessible via la bibliothèque de l'université de Caen), les archives de différentes revues tels que « La revue du praticien », « La revue de gériatrie » ou « Le généraliste » mais également via les sites regroupant les différents travaux de thèse déjà réalisés tel que « www.theses.fr ».

Les mots clés utilisés ont été : « hôpital de jour gériatrique », « hôpital de jour » et leur équivalent anglais « geriatric day hospital », « day hospital » et « hospital day care ».

d) Données recueillies

1. Données concernant l'activité de différents hôpitaux de jour en France

Nous avons récupéré d'après les données de la littérature :

- Le nom de l'hôpital de jour,
- L'année de réalisation de l'étude,
- Le nombre de place par jour,
- L'existence d'un plateau technique et sa composition,
- La description de l'équipe pluri disciplinaire,
- Et les statistiques d'activité à savoir : le nombre de journée par an et par semaine d'ouverture du service, le nombre de patient vu par an, l'âge moyen des patients, le nombre de journée par patient par an et le prix moyen d'une journée d'hospitalisation

2. Données socio épidémiologiques

Nous avons décidé de recueillir pour chaque patient :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Son genre,- Son âge,- Son statut matrimonial,- Son niveau d'étude,- Son ancienne profession,- Son lieu de résidence,- La perception de l'APA ou non, | <ul style="list-style-type: none">- L'existence d'aidant humain au domicile ou non,- L'utilisation d'aide technique ou non,- La distance entre le domicile et l'hôpital de jour,- Et la distance entre son domicile et son médecin traitant. |
|--|---|

Les données kilométriques étant exprimées sous forme d'intervalle à savoir : 0-10 km, 10-20 km, 20-50 km et > 50 km.

3. Données concernant l'adressage en hôpital de jour

Via les demandes d'hospitalisation de jour ont été relevés :

- La qualité du médecin adresseur,
- Le motif du bilan selon :
 - o La fiche d'admission à remplir pour toute demande de bilan,
 - o Les critères d'indication de l'AEP,
- Les intervenants demandés.

4. Données médicales concernant l'évaluation gériatrique

Les données de l'historique médicale des patients concernaient :

- Leurs comorbidités, classées par appareils,
- Leurs traitements, selon les classes médicamenteuses principales.

Les informations de l'examen gériatrique retenues sont les scores validés et utilisés lors d'une évaluation gériatrique standardisée, soit l'étude :

- De l'autonomie et de la dépendance : ADL et iADL,
- De la nutrition : IMC, albuminémie,
- De l'équilibre : nombre de patients chuteur, TUG et la station uni podale,
- De la cognition : MMSE,
- De la thymie : Mini GDS et GDS 15,
- De la poly médication : nombre de traitement par patient,
- Et de la poly comorbidité : nombre de pathologie par patient.

Nous avons également comptabilisé le nombre d'intervenants médicaux et para médical participant à chaque journée d'hospitalisation de jour gériatrique incluse.

5. Données concernant la synthèse de l'évaluation

Pour finir, nous avons relevé les différentes propositions faites lors de la remise du plan de soins qui sont :

- La modification de l'ordonnance,
- Le diagnostic d'une nouvelle pathologie et laquelle,
- Une réflexion sur la iatrogénie,
- La proposition d'une prise en charge kinésithérapeutique, orthophonique et/ou par l'ESA,
- Des conseils diététiques,
- Si une réévaluation, un suivi spécialisé ou une hospitalisation directe étaient proposés,
- Et des conseils pour mettre en place des aides à domicile.

e) Analyse des résultats

Il s'agit d'une étude descriptive.

Les données ont été recueillies dans un tableur excel.

Les variables qualitatives (nominales, ordinales et binaires) ont été décrites sous forme d'effectif et de pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées selon plusieurs paramètres :

- Le nombre,
- Les valeurs extrêmes,
- Pour les variables continues : la moyenne et l'écart type,
- Pour les variables discrètes : la médiane et les quartiles.

IV. RESULTATS

a) Description du fonctionnement, selon les données retenues par l'APHJPA

L'étude a permis de comparer l'activité du service aux autres hôpitaux de jour du même type selon les données retenues dans les travaux de B. DURAND GASSELIN et de l'APHJPA ⁽⁹⁰⁾.

		HDJ CLINIQUE MISERICORDE CAEN (2019)	
Nombre de places par jour		5	
Plateau technique	Laboratoire / radiologie	Oui	
	Scanner à proximité	Oui	
Représentation moyenne en personnel	Spécialiste (ETP)		0,1 neurologue Et à la demande
	Psychiatre (ETP)		0,1
	Géiatre		Oui
	Personnel non médical (ETP)	Cadre infirmier	0,2
		Infirmier	1
		Aide-soignant	1
		Agent hôtelier	0
		Neuro/psychologue	0,8
		Orthophoniste	0,1
		Psychomotricien	0
		Ergothérapeute	0,1
		Kinésithérapeute	0,2
		Diététicienne	0,3
		Assistant social	0,3
Secrétaire		1	
Statistique d'activité	Nombre de journées/an		236
	Nombre de journée/semaine		5/7
	Nombre de séjours/an		1205
	Age moyen des patients (an)		85,4
	Prix d'une journée (euros)		Inconnu

Tableau 1 - Fonctionnement de notre HDJ gériatrique selon les données retenues par l'APHJPA

b) Évaluation de l'outil d'après les critères de pertinence retenus par l'APHJPA

1. Évaluation de la pertinence

Nous avons cherché à expertiser notre outil en se basant sur les critères de pertinence établis par l'APHJPA, inspiré de « l'Appropriateness Evaluation Protocol », utilisé dans leur étude multicentrique nationale évaluant de la pertinence des journées en hôpital de jour gériatrique ^(115, 125).

Sur une période de 6 mois allant du 02 janvier au 30 juin 2019, correspondant à 129 journées d'ouverture de l'hôpital de jour ont été étudiés **279 dossiers de patients**.

Entre le 1 janvier et le 30 juin 2019, 752 passages en hôpital de jour ont été comptabilisés ont été exclus 473 dossiers :

- 131 consultations gériatriques,
- 70 entrées pour des gestes techniques :
 - o Qutenza : 2

- Ferinject : 55
- Ponction lombaire : 6
- Ponction d'ascite : 7
- 272 journées concernant des réévaluations gériatriques et donc un second passage (comme on le retrouve dans la littérature)

Ont été inclus 279 dossiers soit :
27 transfusions
252 premières évaluations gériatriques

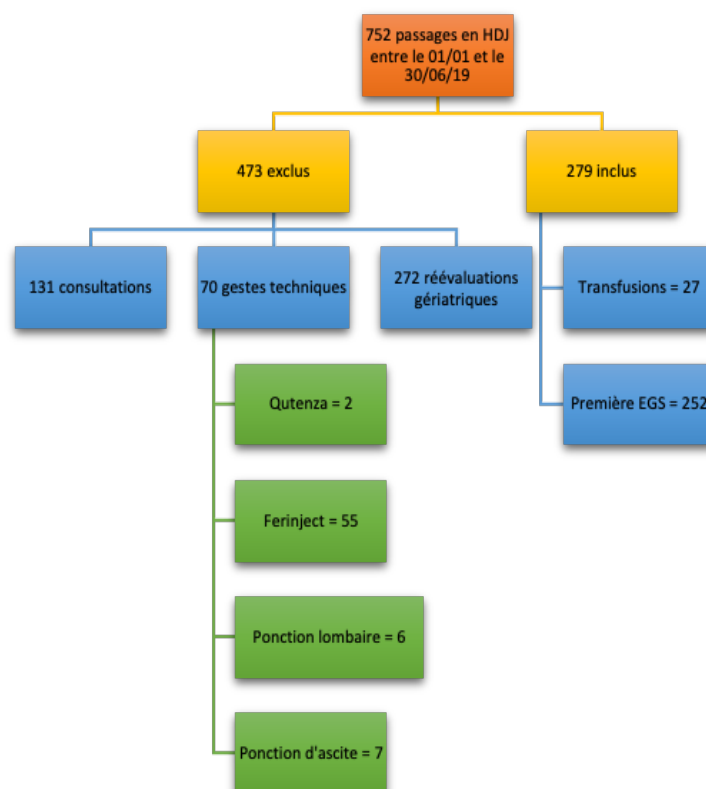


Figure 10 – Organigramme représentant le choix des dossiers pour notre étude

- **EVALUATION SELON LA PREMIERE MODALITE :**

- **Adressage :**

Si l'on se fie aux conditions d'adressage, 3 dossiers ne valident pas le critère puisque les patients sont envoyés par une orthophoniste, une neuropsychologue et pour le dernier l'information n'a pas été retrouvée faute de fiche d'admission ou de courrier d'entrée dans le dossier.

Rappelons que l'APHJPA distingue en tant qu'adresseur les médecins du réseau (urgentiste et médecin de la filière gériatrique locale et des services hospitaliers) et les médecins participant à la consultation mémoire.

Ainsi, dans notre étude, la majorité des demandes viennent des médecins traitants avec 63,1% des admissions. Suivent les médecins du réseau avec 21,1% des demandes puis les médecins de la consultation mémoire dont 6,1% des demandes émanent. En quatrième position avec 6,8% des adressages, on retrouve les spécialistes majoritairement les cardiologues pour des bilans pré TAVI et des néphrologues pour des évaluations pré hémodialyse. Pour finir il s'agit des médecins coordinateurs d'EHPAD avec 1,8% des demandes.

- **Indication :**

Concernant l'indication des bilans, 53% concerné des demandes d'évaluation gériatrique globale (incluant 11 évaluations pré TAVI puisqu'il s'agit plus d'une évaluation globale que d'un bilan cardiovasculaire) et 36,6% des bilans thématiques.

Parmi ces derniers il y avait 58 patients sur 279 adressés pour suspicion de trouble mnésique soit 20,8% de l'effectif.

Suivent les bilans de chute pour 8,2% des admissions. Les troubles de la marche ne sont jamais annoncés en tant que tel dans les dossiers d'où leur résultat nul, cependant on peut logiquement penser qu'ils sont inclus dans les bilans de chute.

On compte 20 demandes dans un contexte d'altération de l'état général soit 7,2% de l'effectif.

On ne retrouve pas de bilan urodynamique, cardiovasculaire ou de soins palliatifs dans notre population.

Via le critère indication, 29 dossiers ne peuvent être jugés pertinents puisqu'ils concernent des expertises de douleurs et dyspnée ou des demandes de transfusion (ces derniers seront traités ensuite). Cela correspond à 10,4% des 279 dossiers.

○ **Contenu :**

On retrouve une évaluation infirmière ainsi qu'un examen clinique dans la totalité des dossiers.

Le critère le moins validé est la présence de 3 examens complémentaires puisqu'on le retrouve dans seulement 132 dossiers soit 65,3% de la population. Nous avons comptabilisé les électrocardiogrammes, les imageries réalisées le jour de l'hospitalisation, les recherches d'hypotension orthostatique ou les examens réalisés par les spécialistes (FOGD, audiogramme, ...). Les imageries étudiées lors du séjour mais réalisées en dehors de l'HDJ ont été exclues puisque non tarifées et pour rappel les examens biologiques ne sont pas inclus également (circulaire N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 ⁽⁹⁵⁾).

250 patients soit 89,6% ont pu bénéficier de l'expertise d'au moins 3 intervenants.

13 dossiers soit 4,7% manquent d'action d'éducation (ou préconisation non médicale).

130 dossiers réunissent tous les critères « contenu » soit 46,6% de pertinence via ce facteur.

○ **Synthèse / qualité / traçabilité :**

L'intégralité des dossiers comportent des traces écrites des différentes évaluations réalisées par les professionnels de santé le jour de l'hospitalisation.

On ne retrouve pas de trace de recommandations thérapeutiques dans 6 dossiers, soit 2,2% de l'effectif.

Ces différents résultats sont résumés dans les Tableau 2 et Tableau 3 ci-dessous.

<p><u>D'après la première modalité :</u> 126 dossiers sont retenus pertinents soit 45,2% 153 ne le sont pas soit 54,8%</p>

Parmi les dossiers 153 dossiers jugés non pertinents d'après ces critères, on note que la majorité d'entre eux ne manquent d'un seul critère (*Tableau 4*).

	EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
Adressage		
• Demande du médecin de la consultation mémoire	17	6,1
• Demande du médecin traitant	176	63,1
• Demande d'un autre médecin du réseau (hôpital, équipe mobile, urgences)	59	21,1
○ Urgences	6	2,2
○ SSR	5	1,8
○ Médecine	48	17,2
• Demande d'un médecin coordonnateur d'EHPAD	5	1,8
• Demande d'un médecin hors réseau (cardiologue, néphrologue)	19	6,8
• Autre (orthophoniste, neuropsychologue)	3	1,1
Indication		
• Bilan gériatrique médico-psycho-social	148	53
• Bilan thématique	102	36,6
○ Mémoire	58	20,8
○ Malaise et chute	23	8,2
○ Trouble de la marche	0	0,0
○ Perte d'autonomie	1	0,4
○ Altération de l'état général	20	7,2
○ Bilan cardiovasculaire	0	0,0
○ Bilan urodynamique	0	0,0
○ Soins palliatifs	0	0,0
• Autre (dyspnée, douleurs)	2	0,7
• Transfusion	27	9,7
Contenu : présence tracée de chacun des critères		
• Bilan infirmier	279	100
• Examen clinique gériatrique	279	100
• Examens complémentaires (au moins 3)	132	65,3
• Action d'information / éducation	266	95,3
• Multidisciplinarité avec au moins 3 intervenants parmi : gériatre, neurologue, psychiatre, médecin spécialiste autre, infirmière, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, autre paramédical, psychologue, neuropsychologue	250	89,6
Synthèse / qualité / traçabilité : présence simultanée de chacun des critères		
• Trace de la synthèse multidisciplinaire écrite	279	100
• Recommandations thérapeutiques	273	97,8

Tableau 2 – Étude des journées d'hospitalisation selon les 9 premiers critères retenus

CRITERE MANQUANT	EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
Adresseur autre	3	1,0
Indication non respectée	29	10,4
Pas de bilan infirmier	0	0,0
Pas d'examen clinique	0	0,0
Moins de 3 examens complémentaires	147	52,7
Participation de moins de 3 intervenants	29	10,0
Pas d'éducation / information	13	4,7
Pas de trace écrite multidisciplinaire	0	0,0
Pas de recommandation thérapeutique	6	2,2

Tableau 3 – Listing des critères manquants selon la première modalité de pertinence

NOMBRE DE CRITERES MANQUANTS PAR DOSSIER	EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
0	126	45,2
1	125	44,8
2	0	0,0
3	14	5,0
4	9	3,2
5	4	1,4
6	1	0,4

Tableau 4 – Nombre de critères manquants par dossier selon la première modalité d'évaluation de la pertinence

• **DEUXIEME EVALUATION SELON LA 2^E MODALITE :**

Pour rappel il s'agissait ici d'évaluer les 153 journées jugées non pertinentes précédemment à l'aide de la 2^e modalité à savoir :

- Présence d'un acte de transfusion,
- Présence d'un acte de chimiothérapie,
- Présence d'au moins 4 intervenants.

Dans les 153 journées restantes, on comptabilise 27 demandes de transfusion soit 9,7% de l'effectif et 114 patients ont bénéficié de l'expertise d'au moins 4 intervenants différents soit 40,9% des sujets (Tableau 5).

A noter que la réalisation de chimiothérapie ne fait pas parti des missions du service.

	EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (dans les 279 dossiers) (%)
Transfusion	27	9,7
Chimiothérapie	0	0
Participation de 4 intervenants	114	40,9

Tableau 5 – Nombre de journées pertinentes selon la 2^e modalité

D'après la deuxième modalité :

141 dossiers supplémentaires sont jugés pertinents
Soit un total de 267 journées sur les 6 mois de l'étude soit 95,7% de l'effectif
Reste 12 journées jugées non pertinentes soit 4,3%

2. Raison de la non-pertinence

On retient 12 dossiers non pertinents sur les 279 journées d'hospitalisation étudiées :

- 2 dossiers ont moins de 3 intervenants et ne valident aucune modalité,
- 9 dossiers manquent d'examen complémentaire selon la première modalité et n'ont pas non plus de nombre d'intervenants suffisants afin de valider la pertinence selon la 2^e modalité,
- Dans le dernier dossier, l'adresseur fait défaut (orthophoniste) et il manque ensuite d'intervenant pour valiser la 2^e modalité.

3. Adresseurs les plus pertinents

Si l'on juge de la pertinence en fonction des adresseurs dans notre service, on remarque que les médecins de la consultation mémoire, les spécialistes hors réseau gériatrique, les urgentistes de la clinique et les médecins coordonnateurs sont les plus pertinents puisque la totalité des patients qu'ils ont adressé y trouvait leur place.

Suivent les médecins généralistes avec un taux de pertinence à 96,6% et les médecins du service de médecine conventionnelle avec un taux de 91,6%.

Les médecins des SSR du réseau gériatrique et les autres ferment la marche avec respectivement un taux de 80 et 66,6% de pertinence (Tableau 6).

Précisions que l'APHJPA considère comme étant hors réseau les médecins non gériatriques ni urgentistes (dans notre cas les cardiologues demandant les bilans pré TAVI, des néphrologues pour des évaluations pré dialyse...).

	NOMBRE DE PATIENTS ADRESSES (N)	DOSSIERS PERTINENTS (N)	POURCENTAGE (%)
<i>Consultation mémoire</i>	17	17	100
<i>Médecin traitant</i>	176	170	96,6
<i>Médecin du réseau</i>	59	54	91,5
• <i>SSR</i>	5	4	80
• <i>Médecine</i>	48	44	91,6
• <i>Urgences</i>	6	6	100
<i>Médecin hors réseau</i>	19	19	100
<i>Médecin coordonnateur</i>	5	5	100
<i>Autre</i>	3	2	66,6

Tableau 6 – Pertinence selon les adresseurs en hospitalisation de jour

4. Indications les plus pertinentes

Maintenant si l'on s'intéresse à la pertinence en fonction du motif d'admission, les bilans de chute et malaise sont les plus pertinents avec un taux de 100%.

Viennent ensuite les évaluations gériatriques standardisées avec un taux de 97,3% et les bilans mémoire dont 89,6% sont jugées pertinentes selon la grille d'expertise.

On se rend compte que les motifs d'admission considérés comme non pertinents initialement (douleurs et dyspnée) le sont finalement via la seconde modalité.

Ces résultats sont rapportés dans le Tableau 7.

	EFFECTIF TOTAL (N)	DOSSIERS PERTINENTS (N)	POURCENTAGE (%)
<i>Bilan gériatologique médico-psycho-social</i>	148	144	97,3
<i>Bilan thématique :</i>			
• <i>Mémoire</i>	58	52	89,6
• <i>Malaise et chute</i>	23	23	100
• <i>Trouble de la marche</i>	0	0	100
• <i>Perte d'autonomie</i>	1	1	100
• <i>Altération de l'état général</i>	20	18	90
• <i>Bilan cardiovasculaire</i>	0	0	0
• <i>Bilan urodynamique</i>	0	0	0
• <i>Soins palliatifs</i>	0	0	0
<i>Autre</i>	2	2	100

Tableau 7 – Pertinence selon le motif d'admission en hôpital de jour

c) Description de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique de la clinique

Miséricorde

1. Caractéristiques socio démographiques

L'âge moyen des patients était de 85,44 +/- 6,99 ans (Tableau 8). Le plus jeune patient avait 62 ans et le plus âgé 99 ans. 157 Étaient âgés de plus de 85 ans soit 56% de la population totale.

Comme le représente la Figure 11, la répartition des sujets selon leur classe d'âge était proche entre les hommes et les femmes avec une majorité de sujets entre 80 et 89 ans.

		MOYENNE (ECART TYPE)
<i>Age (ans)</i>	<i>Homme</i>	84,72 (+/- 7,38)
	<i>Femme</i>	85,71 (+/- 6,83)
	<i>Général</i>	85,44 (+/- 6,99)

Tableau 8 – Données concernant l'âge des sujets

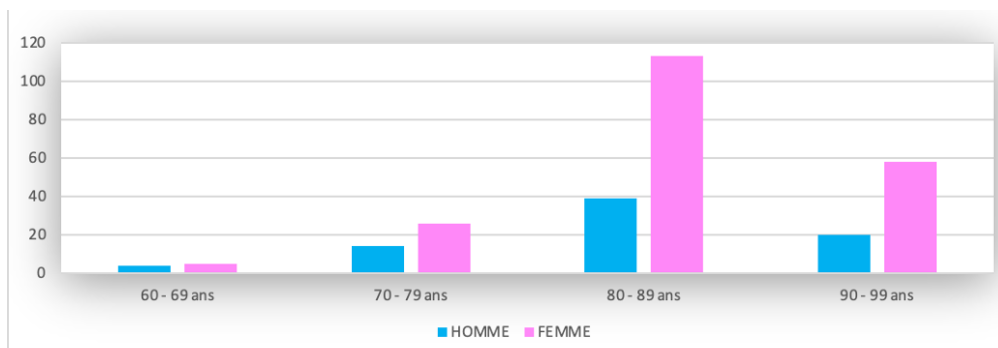


Figure 11 – Répartition des âges entre les hommes et les femmes

Le Tableau 9 représente les caractéristiques de notre population. Elle comporte 202 femmes et 77 hommes.

Si on en dégage, un profil majoritaire il s'agirait d'une femme (72%) veuve (49%) habitant à domicile (67%) sans l'APA (56%) et ayant obtenu le certificat d'étude (33%) pour travailler ensuite comme employée (35%).

Concernant l'APA, elle a été demandée seulement chez 41 personnes vivant à domicile soit 22% de l'effectif « domicile », chez 65 résidents d'EHPAD soit 95,5% de l'effectif « EHPAD » et chez 2 résidents d'un foyer soit 10,5% de l'effectif « foyer » (Tableau 10).

		EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
Sexe	<i>Homme</i>	77	28
	<i>Femme</i>	202	72
Statut matrimonial	<i>Marié</i>	89	32
	<i>Veuf</i>	137	49
	<i>Célibataire</i>	14	5
	<i>Divorcé</i>	16	6
	<i>Union libre</i>	4	1
	<i>Inconnu</i>	19	7
Niveau d'étude	<i>Sait lire, écrire, compter</i>	64	23
	<i>Certificat d'étude</i>	91	33
	<i>Études secondaires</i>	37	13
	<i>Études supérieures</i>	52	19
	<i>Inconnu</i>	35	13
Ancienne profession	<i>Ouvrier</i>	12	4
	<i>Employé</i>	98	35
	<i>Agriculteur</i>	16	6
	<i>Profession intermédiaire</i>	38	14
	<i>Cadre</i>	16	6
	<i>Commerçant, artisan</i>	46	16
	<i>Femme au foyer</i>	21	8
	<i>Inconnue</i>	32	11
Lieu d'habitation	<i>Domicile</i>	186	67
	<i>EHPAD</i>	68	24
	<i>Foyer logement</i>	19	7
	<i>Inconnu</i>	6	2
APA	<i>Oui</i>	108	39
	<i>Non</i>	156	56
	<i>Inconnu</i>	15	5

Tableau 9 – Caractéristiques socio démographiques de notre population d'étude

	EFFECTIF DE PATIENT BENEFICANT DE L'APA SELON LE LIEU DE VIE (N)	EFFECTIF TOTAL DE PATIENT SELON LEUR LIEU DE VIE (N)	POURCENTAGE (%)
Domicile	41	186	22
EHPAD	65	68	95,5
Foyer	2	19	10,5

Tableau 10 – Pourcentage de patient bénéficiant de l'APA en fonction de leur lieu d'habitation

Si on s'intéresse aux distances entre les patients, l'HDJ et leur médecin traitant on remarque que 47% d'entre eux vivent dans un rayon de 10 km de l'HDJ et 91% dans un même rayon que leur médecin traitant (Tableau 11 et Figure 12).

		EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
Distance domicile - HDJ	0-10 km	131	47
	10-20 km	84	30
	20-50 km	47	17
	> 50 km	13	5
	Inconnu	4	1
Distance domicile - MT	0-10 km	253	91
	10-20 km	14	5
	20-50 km	3	1
	> 50 km	2	1
	Inconnu	7	3

Tableau 11 - Échelle de distances entre les sujets, l'HDJ et le médecin traitant

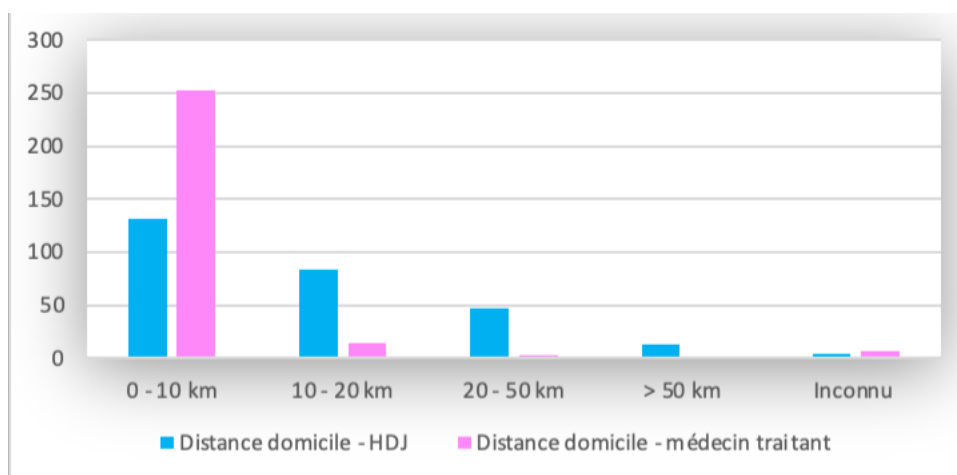


Figure 12 – Histogramme représentant les distances entre les sujets, l'HDJ et le médecin traitant

2. Description des aides humaines et techniques

La Figure 13 représente les aides humaines professionnelles et non professionnelles ainsi que les aides techniques présentes chez les sujets vivants à domicile. La majorité des aides étant présentes en institution, nous avons fait le choix d'exclure ces patients. Les données détaillées sont à retrouver dans l'annexe 22.

Bon nombre de patients peuvent compter sur l'aide de leur proche puisque 68% d'entre eux bénéficie d'au moins 1 aide non professionnelle. Dans 52% il s'agit de leur enfant et dans 25% des cas de leur conjoint lorsque celui-ci est encore en vie.

L'aide-ménagère est l'aide professionnelle la plus représentée avec 47% suivi de l'infirmière à domicile (27%). A noter tout de même que 30% des sujets n'ont pas encore accès à des aides extérieures humaines.

Au sujet des aides techniques, 69% de la population à domicile n'en a pas et lorsqu'elle est présente il s'agit de la téléalarme (23%).

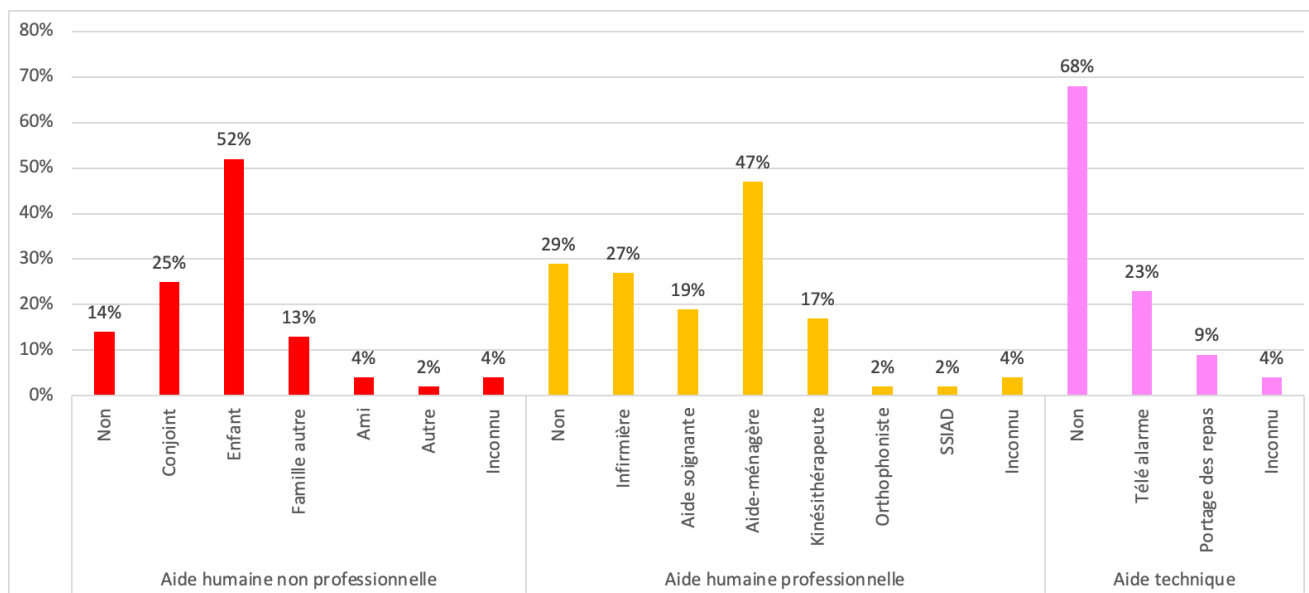


Figure 13 – Histogramme détaillant les aides humaines et techniques présentes chez les sujets à domicile

Concernant les aides à la marche, elles ont été comptabilisées dans les deux groupes : institution et domicile. On voit que la plupart des sujets n'en ont pas actuellement (46%) et lorsqu'il y en a une il s'agit d'une canne simple (25%) (Tableau 12).

TYPE D'AIDE (sur la population totale)		EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
Aide à la marche	<i>Canne simple</i>	71	25
	<i>Canne anglaise</i>	11	4
	<i>Déambulateur</i>	40	14
	<i>Fauteuil</i>	23	8
	<i>Inconnu</i>	17	6
	<i>Non</i>	129	46

Tableau 12– Type d'aide à la marche dans la population d'étude

3. Description des comorbidités

Le Tableau 13 et la Figure 14 résument les comorbidités de notre patientèle à l'entrée dans le service.

On retrouve majoritairement 5 comorbidités par sujet dans notre population. On compte même 234 patients soit 83,9% de l'effectif poly morbide car suivi pour 3 pathologies ou plus (Figure 19 et Tableau 15).

Elles sont dominées par les maladies cardiovasculaires présentes chez 83,5% de notre population, l'hypertension artérielle au premier plan (67%). Viennent en seconde position les affections métaboliques (50,5%) avec la dyslipidémie (28%) et les dysthyroïdies (21%).

Les affections neurologiques arrivent en 4^e position avec un taux de présence de 37,6% chez nos patients. On y retrouve les AVC en tête (11%) puis les troubles cognitifs non étiquetés (30%) et les maladies d'Alzheimer (10%).

Concernant les maladies psychiatriques, le syndrome anxio-dépressif domine puisqu'il est présent chez 32% de nos sujets.

		EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
<i>Affection cardio-vasculaire</i>	<i>HTA</i>	187	67
	<i>AOMI</i>	23	8
	<i>EP/TVP</i>	33	12
	<i>ACFA</i>	76	27
	<i>Cardiopathie ischémique</i>	53	19
	<i>Cardiopathie valvulaire</i>	29	10
	<i>Insuffisance cardiaque</i>	11	4
<i>Affection neurologique</i>	<i>AVC</i>	32	11
	<i>Maladie de Parkinson</i>	5	2
	<i>Démence mixte</i>	3	1
	<i>Démence vasculaire</i>	1	0
	<i>Maladie d'Alzheimer</i>	28	10
	<i>Dégénérescence cortico basale</i>	4	1
	<i>Démence non étiquetée</i>	30	11
	<i>Épilepsie</i>	2	1
	<i>Neuropathie périphérique</i>	6	2
	<i>Hydrocéphalie à pression normale</i>	1	0
<i>Affection sensorielle</i>	<i>Déficit visuel</i>	62	22
	<i>Déficit auditif</i>	42	15
<i>Affection psychiatrique</i>	<i>Syndrome anxio-dépressif</i>	88	32
	<i>Psychose connue</i>	5	2
	<i>Alcoolisme chronique</i>	11	4
<i>Affection métabolique</i>	<i>Diabète</i>	48	17
	<i>Dyslipidémie</i>	77	28
	<i>Dysthyroïdie</i>	59	21
<i>Affection pulmonaire</i>	<i>BPCO</i>	15	5
	<i>Asthme</i>	14	5
	<i>Insuffisance respiratoire</i>	3	1
	<i>Tuberculose</i>	10	4
	<i>SAHOS</i>	7	3
<i>Affection ostéo articulaire</i>	<i>Arthrose</i>	82	29
	<i>Ostéoporose</i>	41	15
	<i>Amputation</i>	1	0
	<i>PPR / PR</i>	16	6
	<i>Canal lombaire étroit</i>	7	3
<i>Affection néphrologique</i>	<i>Insuffisance rénale chronique</i>	35	13
<i>Affection oncologique solide</i>	<i>ATCD de cancer</i>	45	16
	<i>Cancer actuel</i>	9	3
<i>Affection urogénitale</i>	<i>Incontinence urinaire</i>	4	1
	<i>HBP</i>	20	7
<i>Affection hématologique</i>	<i>Néoplasique</i>	6	2
	<i>Anémie</i>	44	16
	<i>Syndrome myélodysplasique</i>	4	1
<i>Affection digestive</i>	<i>Diverticulose</i>	17	6
	<i>Colopathie</i>	11	4
	<i>Ulcère</i>	16	6
	<i>Lithiase</i>	1	0
	<i>Hépatopathie</i>	5	2
	<i>Polype</i>	7	3
<i>Affection dermatologique</i>		20	7
<i>Affection auto immune</i>		4	1

Tableau 13 - Comorbidités retrouvées dans notre population d'étude à l'entrée

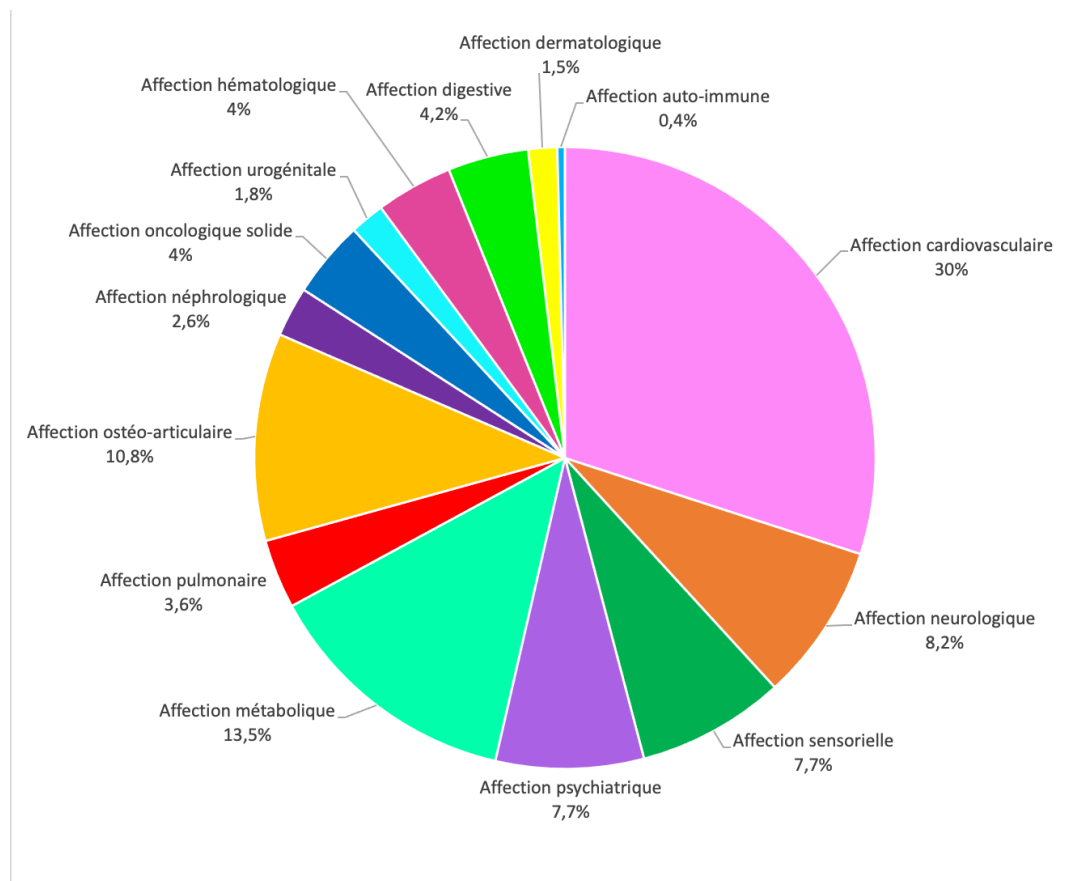


Figure 14 – Part des comorbidités dans notre population d'étude à l'entrée dans le service

4. Description des traitements à l'entrée

216 patients soit 77,4% de notre effectif est poly-médiqués puisqu'il possède plus de 5 médicaments habituels (et Tableau 15).

Logiquement au vu des comorbidités de notre population d'étude, les traitements à l'entrée sont dominés par les antihypertenseurs, présents chez 76,4% des sujets. D'une façon générale, ce sont les traitements à visée cardiovasculaire qui sont les plus représentés puisque les antiagrégants et anticoagulants arrivent en 3^e position (55,2%).

S'intercalent les traitements à visée digestives (56,3%) avec notamment les laxatifs et les protecteurs gastriques.

On retrouve des psychotropes dans les traitements habituels de plus de la moitié de nos patients (52,3%), il s'agit le plus souvent d'antidépresseurs.

Le détail de ces traitements est présenté dans l'annexe 23 et la Figure 15.

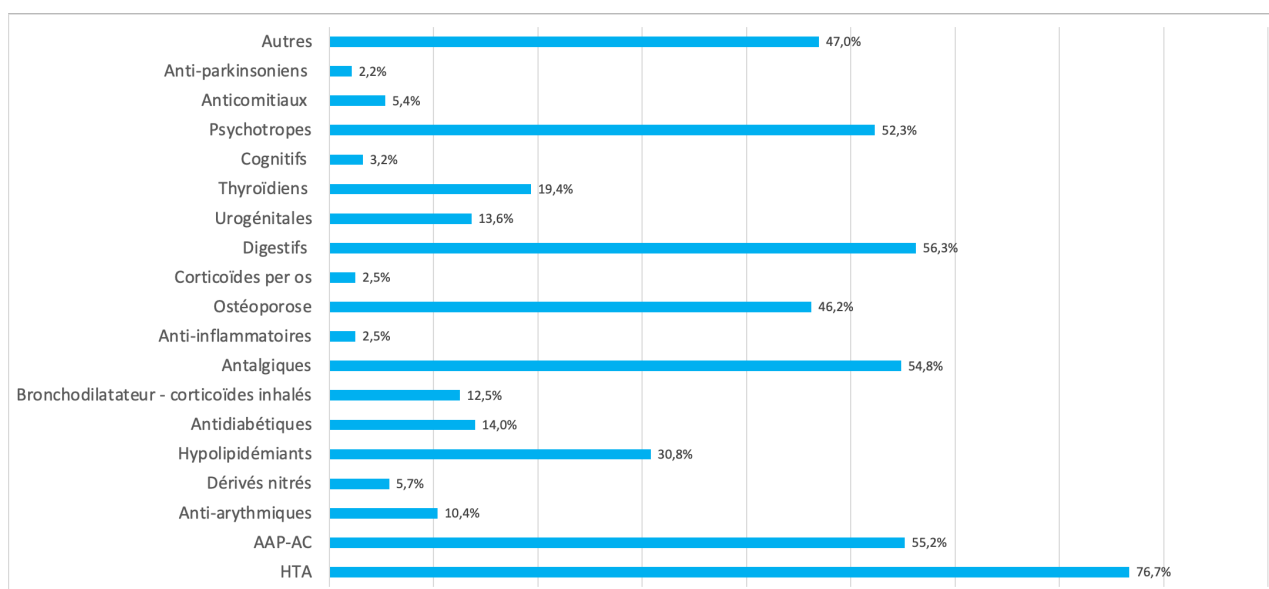


Figure 15 – Taux de présence des traitements dans notre population en fonction des grandes catégories de médicaments

d) Données concernant la demande d'admission et la programmation de la journée d'hospitalisation dans notre service

Sur les 279 dossiers étudiés, 113 fiches d'admission (*annexe 20 et Figure 16*) ont été remplies soit 40,5% de l'effectif. Dans les cas où cette fiche n'était pas présente, le patient a été adressé par un courrier du médecin traitant, ou d'un cardiologue pour une demande de bilan pré-TAVI. Il y a eu aussi sur cette période 27 demandes de transfusion. Pour le reste des dossiers, la demande d'admission faite via le logiciel de la fondation dans le cadre d'une procédure personnalisée pour les adressages émanant du service des autres services de la clinique (Médecine polyvalente et SSR de Betharam).

Nous avons étudié ici seulement les séjours de patients adressés via une fiche d'admission.

Fiche d'admission

De la part du Dr :

Date de la demande :

PATIENT :

Nom :

Tel :

Nom de naissance :

Adresse :

Prénom :

Date de naissance :

AIDANT / Contact privilégié :

Nom / Prénom :

Tel :

MOTIF de la DEMANDE : <input type="radio"/> Troubles cognitifs <input type="radio"/> Troubles de l'humeur / du comportement <input type="radio"/> Chute à répétition et/ou trouble de la marche <input type="radio"/> Troubles de la déglutition <input type="radio"/> Altération de l'état général	Quel intervenant faut-il prioriser parmi : <input type="radio"/> Assistante sociale <input type="radio"/> Diététicienne <input type="radio"/> Kinésithérapeute
---	--

Figure 16 – Première partie de la fiche d'admission en hôpital de jour de la clinique Miséricorde

Source : Fondation hospitalière de la Miséricorde à Caen [cité 30 nov 2021]. Disponible sur :

<https://www.fondation-misericorde.fr/wp-content/uploads/2016/09/admission-numerique-MISERICORDE.pdf>

• MOTIF ET DEMANDE D'INTERVENANT SPECIFIQUE PAR LES ADRESSEURS :

Le Tableau 14 décrit le nombre et le type de motif indiquant l'hospitalisation de jour.

Dans 46% des cas les patients étaient adressés pour un motif unique à savoir la suspicion de trouble cognitif (29,2%) suivi de la demande de bilan de trouble de l'humeur (6,2%).

Dans 38,9% des fiches d'admission 2 motifs étaient cochés par les demandeurs. La suspicion de trouble cognitif associé aux troubles de l'humeur sont les plus fréquents avec 22,1% des demandes.

Quant aux intervenants, l'assistante sociale (22,1%) et le kinésithérapeute (18,6%) étaient les plus convoités lorsqu'un choix était réalisé. Dans 59,3% des cas il n'y en avait aucun (Figure 17).

	EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
1 Motif	52	46,0
• Trouble cognitif	33	29,2
• Trouble de l'humeur	7	6,2
• Chute	6	5,3
• Altération de l'état général	6	5,3
2 Motifs	44	38,9
• Trouble cognitif + humeur	25	22,1
• Trouble cognitif + chute	8	7,1
• Trouble cognitif + altération de l'état général	6	5,3
• Trouble de l'humeur + altération de l'état général	2	1,8
• Chute + altération de l'état général	3	2,6
3 Motifs	15	13,3
• Trouble cognitif + humeur + chute	6	5,4
• Trouble cognitif + humeur + altération de l'état général	2	1,8
• Trouble cognitif + chute + altération de l'état général	3	2,6
• Trouble de l'humeur + chute + altération de l'état général	3	2,6
• Trouble de l'humeur + déglutition + altération de l'état général	1	0,9
4 Motifs	2	1,8
• Trouble cognitif + humeur + chute + altération de l'état général	1	0,9
• Trouble cognitif + trouble de l'humeur + altération de l'état général + trouble de la déglutition	1	0,9

Tableau 14 – Description des motifs d'hospitalisation selon les fiches d'admission

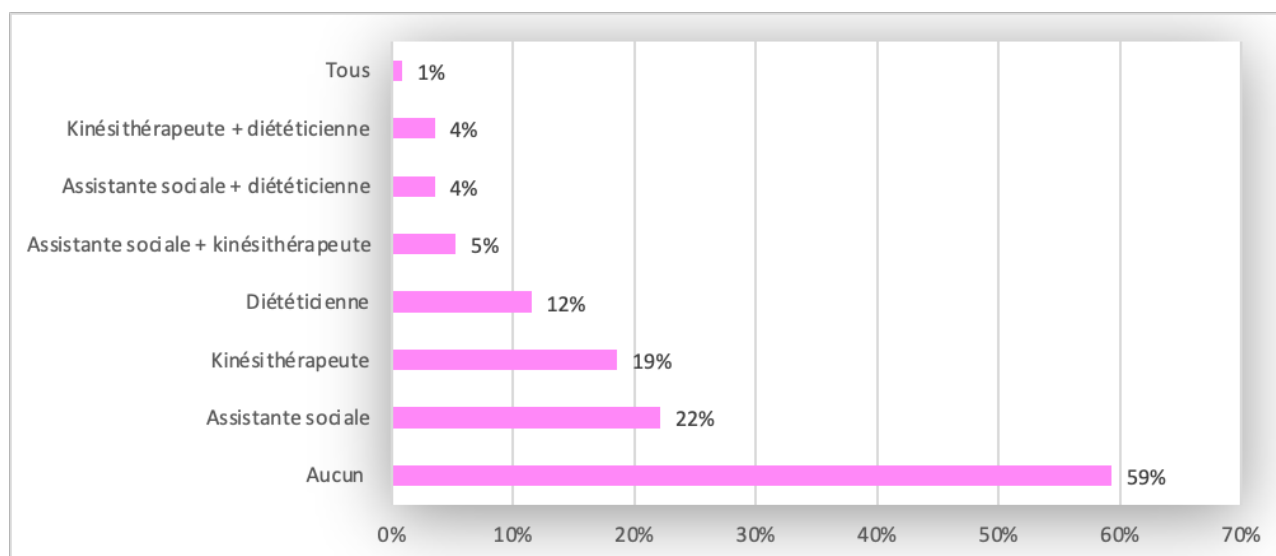


Figure 17 – Type d'intervenant demandé selon les fiches d'admission

• **PROGRAMMATION DES JOURNEES D'HOSPITALISATION PAR L'EQUIPE DU SERVICE :**

Les intervenants les plus souvent programmés par l'équipe médicale sont le neuropsychologue (23% des journées) et le kinésithérapeute (23% également) juste devant l'assistante sociale (22% des journées) et la diététicienne (21% des programmations) comme le montre la Figure 18.

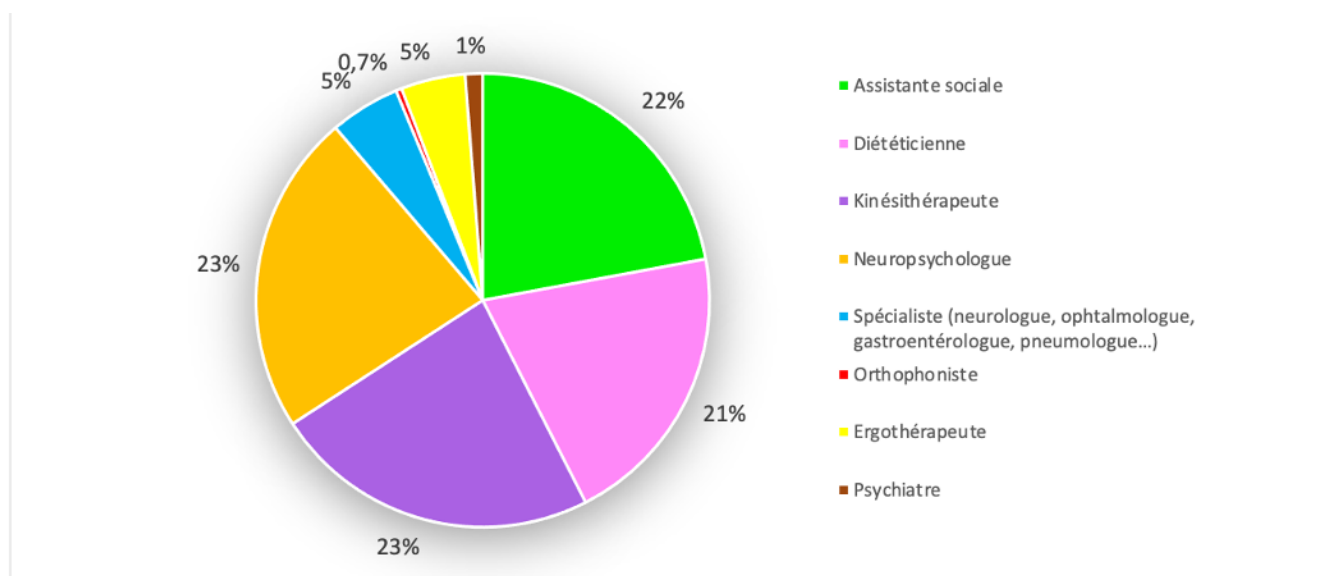


Figure 18 – Pourcentage de programmation de chaque intervenant par l'équipe soignante

A savoir que dans 78,3% des cas, les demandes d'intervenants spécifiques faites par les adresseurs ont pu être respectées.

e) Données concernant l'évaluation gériatrique standardisée

Le Tableau 15 résume le résultat aux différents tests et échelles réalisés lors de l'évaluation gériatrique standardisée.

Concernant la dépendance, l'ADL médian est de 5 et l'IADL simplifié médian de 1. 13,3% des sujets ont un ADL inférieur à 3 et sont donc considérés comme « dépendants ».

L'état nutritionnel est évalué via l'IMC et le taux d'albuminémie. L'IMC moyen est de 26,7 +/- 5,38. On compte 11,5% de personnes dénutris et 21,9% en obésité via ce marqueur. Quant à l'albuminémie, elle est d'environ 38,8 +/- 4,17 g/l dans notre population.

On compte 133 patients chuteurs soit 47,7% de notre effectif. Le TUG moyen est de 22,8 +/- 15,7 secondes dont 17,9% pathologique supérieur ou égal à 20 secondes.

D'un point de vue cognitif, le MMSE médian est de 22. 75% De notre population a des troubles cognitifs même légers puisque le quartile supérieur est de 25. D'ailleurs les scores en rapport avec des troubles cognitifs légers et modérés sont majoritaires puisqu'ils concernent respectivement 33 et 29,4% de notre effectif. Seule 4,3% de la population a un score inférieur à 10 témoignant de troubles sévères.

Concernant l'évaluation de la thymie, le mini GDS est le plus souvent utilisé dans notre service, son score médian est de 1 témoignant de la forte probabilité d'un syndrome anxio-dépressif chez nos sujets. Dans 14% des cas seulement, ce score est complété et précisé par la réalisation d'une GDS 15.

		RESULTATS
<i>Autonomie et dépendance</i>	ADL médian (quartile inf. et quartile sup.) Dont ADL < 3 Nb (%) Et manquant Nb (%)	5 (4 – 6) 37 (13,3) 13 (4,7)
	iADL médian (quartile inf. et quartile sup.) Et manquant Nb (%)	1 (3 – 4) 15 (5,4)
<i>Nutrition</i>	IMC moyen +/- écart type (min – max) Dont dénutrition < 21 Nb (%) Dont obésité ≥ 30 Nb (%) Et manquant Nb (%)	26,7 +/- 5,38 (15,78 – 44,13) 32 (11,5) 61 (21,9) 18 (6,5)
	Albumine moyenne en g/l (min – max) Dont ≤ 35 Nb (%) Et manquant Nb (%)	38,8 +/- 4,17 (24 – 49) 45 (16,1) 33 (11,8)
<i>Équilibre</i>	Nb de patient chuteur (%)	133 (47,7)
	TUG moyen en seconde +/- écart type (min – max) Dont pathologique ≥ 20 sec Nb (%) Et manquant Nb (%)	22,8 +/- 15,7 (8 – 112) 50 (17,9) 175 (62,7)
	Station uni podale échouée (%)	170 (60,9)
<i>Cognition</i>	MMSE médian (quartile inf. et quartile sup.) Dont normal ≥ 26 Nb (%) Dont troubles légers 20 – 25 Nb (%) Dont troubles modérés 20 – 10 Nb (%) Dont troubles sévères < 10 Nb (%) Et manquant Nb (%)	22 (16 – 25) 57 (20,4) 92 (33) 82 (29,4) 12 (4,3) 36 (12,9)
	Mini – GDS médian (quartile inf. et quartile sup.) Et manquant Nb (%)	1 (0 – 2) 43 (15,4)
	GDS 15 médian (quartile inf. et quartile sup.) Et manquant Nb (%)	8 (5,75 – 10) 239 (86)
	Nb de traitements médian (quartile inf. et quartile sup.) Dont ≥ 5 Nb (%)	7 (5 – 9) 216 (77,4)
	Nb de pathologie médian (quartile inf. et quartile sup.) Dont ≥ 3 Nb (%)	5 (3 – 7) 234 (83,9)

Tableau 15 – Résultats des différents tests et échelles réalisés lors de l'évaluation gériatrique standardisée

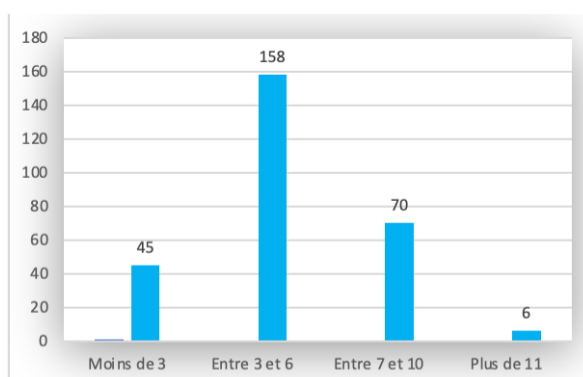


Figure 19 – Classement des patients en fonction de leur nombre de comorbidité

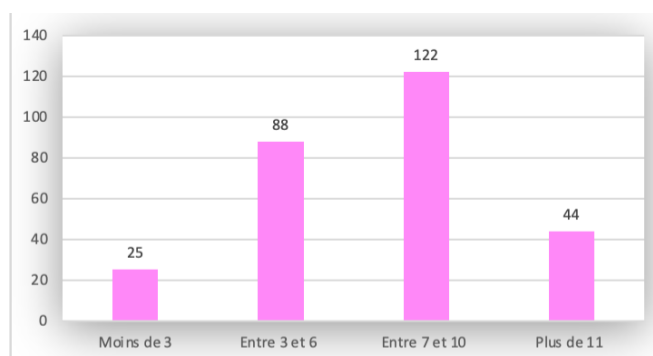


Figure 20 – Classement des patients selon leur nombre de traitement

f) **Données concernant la synthèse de la journée d'hospitalisation**

Au terme de la journée d'hospitalisation un nouveau diagnostic a été réalisé chez 118 patients soit 42,3% de nos sujets. Chez les autres il s'agissait de pathologie déjà connue qui ont été réévalué.

Les pathologies ou syndromes gériatriques les plus souvent rapportées sont :

- Les troubles neurocognitifs majeurs d'origine précise indéterminée (31,9%),
- Les carences en vitamine D (26,5%),
- Les chutes à répétition (22,9%),
- La dénutrition (20,1%),
- Les troubles anxio-dépressifs (19,4%),
- L'hypotension orthostatique (11,8%).

Pour rappel la suspicion de trouble cognitif était le motif le plus fréquent de demande d'hospitalisation de jour. Ont pu être diagnostiqués à la suite de cette première évaluation gériatrique standardisé 11,3% de maladie d'Alzheimer, 8,2% de trouble cognitif mixte, 3,9% de trouble cognitif d'origine vasculaire et 2,2% de trouble cognitif mineur.

Le Tableau 16 détaille ces nouvelles pathologies.

DIAGNOSTIC FINAL		EFFECTIF (N)	POURCENTAGE (%)
Cardiovasculaire	Décompensation cardiaque	5	1,8
	Hypotension orthostatique	33	11,8
	Thrombose veineuse	1	0,4
	Péricardite	1	0,4
	Hypertension artérielle pulmonaire	1	0,4
Neurologique	Trouble neurocognitif majeur d'origine indéterminée	89	31,9
	Maladie d'Alzheimer	33	11,8
	Trouble neurocognitif majeur d'origine mixte	23	8,2
	Trouble neurocognitif majeur d'origine vasculaire	11	3,9
	Trouble neurocognitif mineur	6	2,2
	Maladie de Parkinson	1	0,4
	Hématome intra cérébral	1	0,4
Psychiatrique	Trouble anxiodépressif	54	19,4
	Trouble du comportement	20	7,2
	Trouble du sommeil	4	1,4
Ostéo articulaire	Chute à répétition	64	22,9
	Pseudo polyarthrite rhizomélisque	1	0,4
Métabolique	Dysthyroïdie	15	5,4
	Anémie	33	11,8
	Dénutrition	56	20,1
	Déséquilibre diabète	10	3,6
	Carence vitamine D	74	26,5
Autre	Pneumopathie	2	0,7
	Syndrome inflammatoire d'origine indéterminé	14	5,0
	Altération de l'état général	18	6,5
	Cancer	4	1,4
	Syndrome douloureux chronique	21	7,5

Tableau 16 – Descriptif des nouvelles pathologies diagnostiquées au décours de l'EGS

A l'issu du séjour en HDJ, des modifications des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses sont proposées au médecin traitées ou bien réalisées le jour même, en concertation avec le patient et sa famille. Dans la population de cette étude, on remarque que 67% des ordonnances de traitements habituels ont été modifiées au décours du bilan gériatrique. On compte un ajout de médicament chez 49,5% de l'effectif ou une modification de posologie chez 43,7% de ces derniers. Concernant les modifications des thérapeutiques non médicamenteuse : on relève la prescription d'une prise en charge kinésithérapeutique dans 39,8% des cas, et la prescription d'une réhabilitation cognitive par l'Equipe Spécialisé Alzheimer (ESA) ou par une orthophoniste dans 23,3% des cas. Des conseils diététiques sont remis par écrit au patient dans 36,6% des cas. Des préconisations afin de majorer le plan d'aide à domicile sont réalisées dans 25,4% des cas (*Figure 21*).

Malheureusement 6 patients n'ont pu regagner leur domicile à la fin de la journée, soit 2,2% de l'effectif après la mise en évidence de pathologie le contre indiquant : découverte d'une sténose œsophagienne, d'un hématome sous dural, un BAV 3, une fracture de rotule après une chute dans le service...

Chez les autres, 68,8% se sont vu proposer une réévaluation dans l'unité que ce soit en hospitalisation de jour ou en consultation simple dans un délais pouvant aller de 1 à 12 mois.

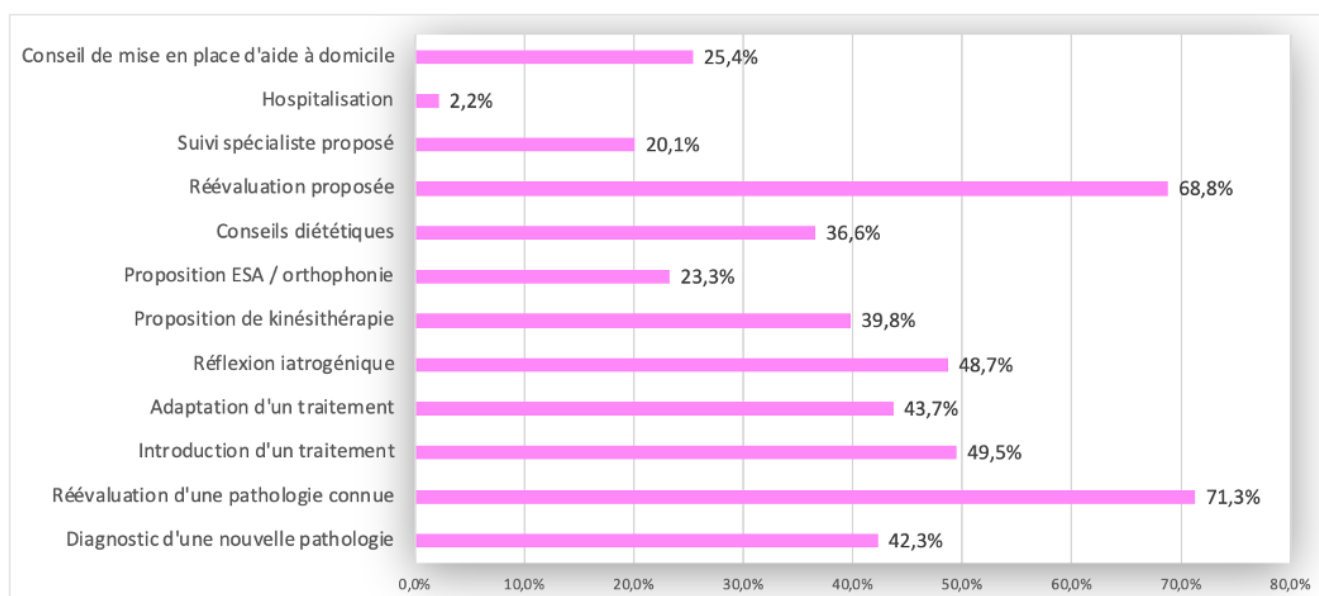


Figure 21 – Proposition et diagnostic au décours de l'hospitalisation de jour

V. DISCUSSION

a) Les principaux résultats

1. Évaluation de la pertinence de notre outil

Pour rappel le concept de pertinence permet d'évaluer le fonctionnement d'un système de soins. Il s'agit de savoir si le patient est au bon endroit au bon moment indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation initiale.

Nous avons étudié 279 séjours dans notre unité sur une période de 6 mois selon le modèle développé par l'APHJPA dans leur étude pilote de 2008 ⁽¹²⁵⁾.

Toutefois nous avons décidé d'ajuster ce modèle à notre unité, d'une part en excluant le critère « compte rendu remis le jour même » de la grille initiale n'étant jamais validé dans notre service. Dans la mesure du possible la synthèse d'hospitalisation est rédigée le jour même par le gériatre en charge du dossier, puis remis en forme par la secrétaire, avant d'être adressé au médecin traitant dans les plus brefs délais. Ce critère est d'ailleurs déjà jugé sévère dans l'étude pilote. D'autre part nous avons choisi de ne pas solliciter d'expert pour juger de la pertinence des journées restantes, afin de limiter le biais de subjectivité dont aurait pu faire preuve les gériatres du service concerné.

Sur les 279 séjours, 267 ont été jugés pertinents d'après notre méthodologie d'évaluation retenue, soit 95,7% de l'effectif : 45,2% selon la grille initiale puis 50,5% d'après la 2^e modalité. Un résultat supérieur à celui retrouvé lors de l'étude pilote qui retrouvait 55% de pertinence (sans l'avis de l'expert), à pondérer puisque dans 49% de leur dossier manquait le compte rendu. Dans notre étude, la majorité des demandes de bilan émanait des médecins traitants (63,1%) puis les médecins de la filière gériatrique (27,2%). Ces résultats sont inversés dans l'étude pilote. On en conclut que ce service d'HDJ joue bien son rôle d'interface entre la ville et l'hôpital, en lien étroit avec la médecine générale, permettant peut-être de contrôler l'accès aux hospitalisations conventionnelles, et de limiter les durées de ce type d'hospitalisations.

D'après les résultats de notre étude, tous les adresseurs peuvent être jugés pertinents, puisque plus de la moitié des dossiers qu'ils nous ont transmis a remplis les critères de pertinence. Le moins bon résultat en termes de pertinence revient aux adresseurs « autres », ce qui conforte la nécessité d'un regard médical sur le dossier avant d'envisager un bilan en hôpital de jour. Cependant, rappelons que ces adresseurs « autres » concernent un très faible échantillon de patients. Ces chiffres sont donc à interpréter avec précaution. Dans l'étude pilote, les séjours les plus pertinents étaient les patients et leur famille. C'est un mode d'adressage qui n'a pas été relevé dans notre travail. Peut-on considérer qu'un patient adressé pour « plainte mnésique » par son médecin traitant est en réalité son propre adresseur ?

Une note particulière au faible taux d'admission à l'initiative des médecins coordonnateurs d'EHPAD (1,8%), il s'explique par le fait que les résidents nous sont adressés majoritairement par le médecin traitant qui continue à les suivre en institution.

Les évaluations gériatriques standardisées et les bilans mnésiques sont les motifs d'admission les plus fréquents, représentant respectivement 53% et 20,8% des demandes. Ces résultats sont similaires bien qu'inversés dans l'étude pilote. Étonnamment, on ne retrouve dans notre étude qu'une seule demande de bilan d'une perte d'autonomie, alors que cette thématique de prise en charge a été une des motivations pour l'ouverture des hôpitaux de jour en gériatrie ⁽⁹⁰⁾. Une demande d'évaluation gériatrique globale ne serait-elle pas la conséquence d'une perte d'autonomie ? Faute de précisions, il est possible que certain type de bilan ait été sous-estimé car interprété comme une demande de bilan gériatrique standardisé.

Dans cette étude, toutes les indications semblent conduire à des séjours pertinents. On constate que les motifs d'hospitalisation jugés les moins pertinents dans l'étude pilote, à savoir les bilans urodynamiques et les soins palliatifs, ne sont finalement pas des actes réalisés dans notre unité. Quant aux réévaluations, elles n'ont pas été incluses dans notre travail. Une part relativement importante de notre activité concerne des transfusions (9,7%) comparé à l'étude pilote (2% en incluant la chimiothérapie). Les transfusions peuvent également être considérées comme une porte d'entrée vers une prise en charge en HDJ. Ce taux n'a pas été chiffré, mais plusieurs des patients qui ont été transfusés ont ensuite bénéficié d'une réévaluation à distance avec un bilan gériatrique complet.

Dans la majorité des cas de séjours évalués non pertinents, il manque un seul critère de pertinence (44,8%). Il s'agit principalement d'un défaut d'examen complémentaires (52,7% des dossiers) tout comme dans l'étude pilote de 2008 (74%). A noter que selon la circulaire N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 ne sont pas considérés comme des examens complémentaires les biologies ⁽⁹⁵⁾. Dans de nombreux cas, nos évaluations s'appuient sur des imageries réalisées en externe, notamment pour les IRM cérébrales, puisqu'au moment de l'étude, le plateau technique de la Clinique Miséricorde n'en possédait pas encore.

Comparés à l'étude pilote, les comptes rendus des séjours de notre étude font apparaître quasiment tous des recommandations thérapeutiques ou des actions d'éducatrices manuscrites (95,3% pour l'éducation contre 53% et 97,8% contre 46% pour les suggestions thérapeutiques).

Il serait licite de se poser la question de ce qui peut être considérée comme une recommandation et de qui elle doit émaner, de la conclusion du gériatre ou d'un paramédical ? Par exemple les conseils alimentaires venant d'une diététicienne peuvent-ils être comptabilisés ? L'équipe semble réactive à la rédaction de leur synthèse, puisqu'elles sont retrouvées dans tous les dossiers étudiés, contre 57% seulement pour l'étude pilote.

D'autre part, concernant le temps de latence que l'équipe médicale s'accorde pour la rédaction des comptes rendus d'hospitalisation, peut-il être considéré comme un atout pour y apposer toute la qualité de l'expertise ? En veillant à respecter un délai raisonnable, afin de maintenir l'adhésion des patients et de leur médecin traitant au projet thérapeutique proposé d'une part, et de permettre sa mise en œuvre aussi rapidement que possible d'autre part.

Bon nombre des journées sont finalement jugées pertinentes grâce à l'intervention de l'équipe paramédicale. Il y a en moyenne 3 professionnels différents présent chaque jour d'ouverture de l'HDJ, en excluant l'infirmière qui est présente en continu. Ainsi, 40,9% de l'effectif des patients a donc bénéficié de l'expertise de 4 professionnels différents, permettant ainsi à la majorité des séjours d'acquiescer un niveau de pertinence acceptable.

2. Description de la population de notre hôpital de jour, des journées d'hospitalisation et évaluation des données de l'évaluation gériatrique standardisée

(1) Concernant la population de notre unité

Ce travail a permis de dégager un profil type des patients admis durant la période de l'étude. Il s'agissait de femmes (72%) âgées en moyenne de 85,44 ans, ce qui est cohérent avec les données de l'INSEE qui annoncent 62% de femmes dans les plus de 75 ans en Normandie en 2021, ces dernières ayant une espérance de vie plus élevée ⁽¹²⁶⁾. Notre population est légèrement plus âgée que celles étudiées dans les études de J. CANTOT à DIJON en 2017 (82,1 ans) et M. ALLARD-REYNIER / C. EYNARD-ENGEL à ANNECY en 2008 (81,7 ans), ce qui est cohérent avec les données démographiques régionales puisque la population normande fait partie des plus âgées de France ^(120, 127). L'âge moyen des patients plus élevé dans ce travail va dans le sens du vieillissement de la population (79,5 +/- 1,6 ans en 2002 contre 81,3 +/- 3,3 ans).

Dans notre échantillon, la majorité des personnes vivaient seules (61% des sujets étaient veufs, célibataires ou divorcés) et à domicile (67%). Ces données sont aussi similaires à celles de l'INSEE qui comptait 55% de femmes de plus de 85 ans vivant seules à domicile en 2016 ⁽¹²⁸⁾, ou avec l'étude de J. CANTOT à DIJON en 2017 qui comptait une majorité de femmes (62,9%) et de sujets vivant à domicile (82,3%) ⁽¹²⁰⁾.

77% des patients de notre effectif loge à moins de 20 km de l'unité, ce qui correspond bien au territoire de la filière de soins gériatrique du secteur Caen-Couronne, dans le calvados. Ces données permettent ainsi de penser que le dispositif est cohérent en termes de parcours de soins. D'autre part, 91% des patients de l'étude se situent dans un périmètre de 10 km de leur médecin traitant, ce qui reste rassurant au vu de l'évolution de la démographie médicale actuelle (-2,3% de médecin généraliste dans le calvados entre 2010 et 2020 ⁽¹³⁰⁾). Cette impression d'un accès satisfaisant aux soins est toutefois à interpréter avec précaution puisque toute admission dans le service doit se faire via une demande de médecin, les sujets sans suivi médical en bénéficient difficilement.

Concernant les aides au domicile, 96% de la population étudiée bénéficie de l'intervention d'au moins un aidant non professionnel, il s'agit dans la majorité des cas d'un enfant (52%). Ces résultats concordent avec le rapport de la DREES publié en 2019 (sur des données datant de 2015), qui rapporte que 53,4% des aidants non professionnels sont les enfants ⁽¹³¹⁾. Les aides apportées concernent les actes de la vie quotidienne, un soutien moral et une aide technique ou financière. Lorsqu'il s'agit d'une aide professionnelle, les aides ménagères sont les plus représentées, intervenant chez 47% des patients. Parallèlement, 39% seulement des patients de l'étude

déclarent bénéficier de l'APA, et moins encore (15%) qui vivent à domicile. Ce résultat relativement bas est en accord avec les données de la littérature puisqu'en 2017, 21% des normands de plus de 75 ans y avait accès ⁽¹²⁹⁾. Bien souvent, le défaut d'obtention de ces aides est le résultat d'un manque d'informations. Cependant, le travail réalisé dans cette étude n'a pas consisté à chercher un lien éventuel entre ce taux plutôt faible de financement APA à l'arrivée dans le service, et le niveau de perte d'autonomie et/ou d'indépendance des patients. Enfin, 32% des patients de l'étude ont recours à une aide technique (portage des repas et/ou téléalarme), ce qui est relativement proche du taux retrouvé dans l'étude de J. CANTOT, évalué à 43,1% à DIJON ⁽¹²⁰⁾.

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et possiblement poly-pathologiques. Dans notre étude, les pathologies cardiovasculaires étaient les plus fréquentes (30% des comorbidités totales) : l'HTA en premier (67% de sujets atteints), suivie de l'ACFA (27% de notre effectif). Ces données sont en accord avec celles de l'assurance maladie qui, en 2019, a recensé 85 650 ALD pour motif cardiovasculaire en Basse Normandie, soit 28,3% des ALD totales de la région ⁽¹³²⁾. Ces résultats concordent aussi avec ceux des études de A. OBRAZTSOVA à Créteil ⁽¹³⁵⁾ et S.C. RIBOUX à Bordeaux ⁽¹¹⁸⁾. Suivent les pathologies métaboliques (13,5%) et les troubles ostéo-articulaires (10,8%) avec l'arthrose au premier plan (29%). L'ensemble de ces résultats corrobore le rapport de la DREES de 2017 concernant l'état de santé de la population en France sorti en 201. Là aussi, parmi les motifs de recours au médecin traitant chez les personnes de plus de 65 ans, on constate en premier lieu les pathologies circulatoires, puis métaboliques, et enfin ostéo-articulaires ⁽¹³³⁾.

Pour rappel, 77% des patients de l'étude sont poly-médiqués (plus de 5 molécules différentes apparaissent dans leur ordonnance habituelle). Le nombre médian de traitements par patient est de 7. Dans son étude portant sur l'activité pharmaceutique clinique à l'hôpital de jour de BEAUVAIS ⁽¹²³⁾, A. CHEYROUX rapporte en moyenne 8,05 médicaments par patient. On constate une augmentation du nombre de traitement moyen par jour par patient âgé depuis les années 2000, qui peut s'expliquer par l'augmentation de la poly-pathologie. Un rapport de la HAS de 2005 mettait en évidence 4,4 médicaments par jour pour les sujets de plus de 80 ans en moyenne. Un travail de M. HERR et son équipe de 2017 démontre que le nombre de traitement augmente avec le taux de fragilité des patients, alors que ces derniers sont plus exposés à la iatrogénie. Cette dernière a un coût, puisqu'elle est responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et ce taux atteint jusqu'à 20% chez les plus de 80 ans ^(144, 145).

Les antihypertenseurs sont présents dans 76,7% des ordonnances habituelles à l'entrée dans le service, résultat cohérent puisque l'HTA est la comorbidité la plus fréquente dans cette étude. De même, selon l'étude de L. AUVRAY et C. SERMET concernant la consommation pharmaceutique chez les personnes âgées, les médicaments à visée cardiovasculaire sont les plus distribués. En effet, 51% des personnes âgées de leur enquête déclarent en avoir obtenu un au cours du dernier mois ⁽¹³⁴⁾. Viennent ensuite dans notre étude les traitements à visée digestives, qu'on retrouve dans 56,3% des ordonnances habituelles, bien que la part des pathologies digestives ne fût que de 4,2% dans cet effectif. Ce résultat surprenant peut s'expliquer par le fait que la constipation ne faisait pas partie des comorbidités relevées dans l'étude. Du fait du vieillissement du tube digestif provoquant un ralentissement du transit, du manque d'activité, et de la modification du régime alimentaire, les sujets âgés y sont pourtant très sensibles. Suivent ensuite les antalgiques, ce qui étaient aussi les résultats du rapport de la DRESS de 2017 qui affirme que l'une des plaintes principales des plus de 65 ans concerne des douleurs articulaires ⁽¹³³⁾. Il ne faut pas négliger les psychotropes que l'on retrouve dans 52,3% des ordonnances d'entrées, classe dominée par les antidépresseurs. La dépression est fréquente chez les personnes âgées, elle s'explique par le mauvais vécu des affections somatiques, l'isolement social et géographique, et les événements de vie marqués par les deuils ou entrée en institution. D'après l'article sur l'état de santé des personnes âgées en Normandie en 2017, 30% de ces derniers se plaignent de solitude. 2,9% Des hommes et 3,7% des femmes de 65 à 75 ans affirment même avoir pensé au suicide au cours de l'année ⁽¹²⁹⁾. Pour autant, la présence d'anti déprimeur pour près de la moitié de nos sujets paraît démesuré. Une étude réalisée pour l'institut national de veille sanitaire en 2007-2008 retrouve que 17% des personnes de plus de 65 ans consultant leur médecin généraliste prenaient quotidiennement ce genre de traitement, alors que 59% des médecins traitants affirmaient ne jamais utiliser d'échelle de dépistage ⁽¹³⁶⁾. Selon la HAS en 2007 environ 1 sujet sur 2 de plus de 70 ans faisait usage de psychotropes en France ⁽¹⁴⁸⁾.

Dans notre étude, l'ordonnance a été modifiée avec un ajout de traitement pour presque la moitié de notre effectif. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait d'introduire de la vitamine D en prévention de l'ostéoporose.

(2) Concernant les journées d'hospitalisation : évaluation, diagnostics et propositions finales

La première constatation est le faible taux de remplissage de la fiche d'admission avec un taux de seulement 40,5%. On retrouve cette dernière en annexe sur le site de la clinique Miséricorde dans la partie relatant du fonctionnement de l'hôpital de jour. Au vu de ces résultats, on peut projeter d'améliorer sa visibilité, car c'est un outil essentiel à la bonne programmation de l'hospitalisation, la bonne orientation des patients et dans les meilleurs délais.

Dans la majorité des cas (59,3%) les adresseurs n'ont pas demandé l'intervention de paramédicaux spécifiques. Lorsque cela a été le cas, il s'agissait de l'assistante sociale. On peut donc supposer de l'importance de la problématique social et du maintien à domicile notamment pour le médecin généraliste. Un rapport de la DREES de 2014 rapportait que 95% des médecins généralistes prenaient en charge au moins une personne âgée dépendante à domicile, et 40% au moins vingt ⁽¹³⁷⁾.

Du côté de l'équipe médicale, les intervenants sont sollicités quasiment à part équivalente les neuropsychologues (23%), le kinésithérapeute (23%), l'assistante sociale (22%) et la diététicienne (21%). Il s'agit logiquement des paramédicaux avec le temps de présence le plus important dans l'unité. La psychiatre n'est que très peu représentée dans nos résultats (1%). Ceci s'explique par le fait que nous nous sommes concentrés sur les premières évaluations en hôpital de jour, tandis qu'elle est sollicitée majoritairement lors des suivis et réévaluations, après mise en évidence de troubles de l'humeur ou du comportement d'allure complexe et/ou résistant, pendant le premier temps diagnostique. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature de données comparatives.

Le bilan des troubles cognitifs reste le motif premier d'adressage vers l'HDJ de cette étude. Il apparaît dans 56% des demandes (que le motif initial soit unique, double, triple...). Ce résultat est moindre, comparé à celui des études de J. CANTOT à DIJON en 2017, avec 74,2%, et de M. ALLARD REYNIER et C. EYNARD ENGEL en 2008 à ANNECY, avec 84%. Ce taux est probablement sous-estimé puisque nous n'avons pas retenu les demandes réalisées par courrier simple par exemple. Le MMSE médian après évaluation était de 22/30. Ces résultats se rapprochent de ceux des travaux de J. CANTOT réalisés à DIJON en 2017, qui mettaient en évidence en MMSE médian de 20. Selon l'étude PAQUID, étude de cohorte menée en population générale à partir de 1989 en Gironde et Dordogne chez les sujets de plus de 65 ans, le MMSE initial moyen était de 19, témoin de troubles cognitifs déjà modérés, ce qui retardait la prise en charge ⁽¹³⁸⁾. Ces mêmes travaux comptabilisaient 7,7% de troubles cognitifs chez les hommes de 75 à 79 ans et 5,7% chez les femmes, et jusqu'à 23,9% chez les hommes et 38,4% chez les femmes âgées de plus de 85 ans ⁽¹³⁹⁾. Au décours de l'évaluation gériatrique, 33 maladies d'Alzheimer, 11 démences vasculaires, et 23 pathologies d'origine mixte neurodégénérative et vasculaires ont été diagnostiqués. Au total, 164 patients ont des troubles cognitifs qu'ils soient étiquetés ou non. On voit donc que la faible part de pathologies neurodégénératives à l'entrée dans le service, (4,8%), augmente fortement à la sortie, confirmant les suspicions des adresseurs. 23,3% patients se sont vu proposer une rééducation cognitive via l'équipe spécialisée d'Alzheimer ou par une orthophoniste. Nous n'avons pas retrouvé d'éléments comparatifs dans la littérature.

Les troubles de l'humeur concentraient 32,1% des demandes. Le mini-GDS médian était de 1. Le faible taux de réalisation de la GDS 15 (239 données manquantes sur 279) ne nous permet pas de commenter cette donnée. D'après les conclusions médicales 19,4% des sujets présentés un syndrome anxio-dépressif. Ceci concorde avec les résultats d'une étude psychologique menée entre 1999 et 2001 auprès de 1863 personnes âgées de plus de 65 ans (ESPRIT), rapportant que jusqu'à 26,5% des femmes avaient présenté un épisode dépressif caractérisé ⁽¹³⁶⁾. Ces résultats semblent rassurants, les troubles de l'humeur des anciens ayant longtemps été sous diagnostiqué du fait d'une présentation clinique atypique. Notons qu'une des forces du service est le temps de présence hebdomadaire d'une gériopsychiatre d'une part, mais également des neuro psychologues, qui, en plus de leur activité diagnostic, proposent des temps d'évaluation et de soutiens psychologiques aux patients ainsi qu'aux aidants.

Concernant l'indépendance fonctionnelle des patients de notre étude : l'ADL médian était de 5, ce qui est un résultat plutôt satisfaisant. Notons tout de même que 13,2% des patients avait un score inférieur à 3. D'après l'INSEE et le scénario de ROBIBE et MORMICHE de 1993 on comptera en France près de 50% de personnes dépendantes en plus en 2040 comparé à l'an 2000 ⁽¹⁴⁰⁾. Concernant les activités instrumentales, le score IADL simplifié médian était de 1. Pour rappel, était utilisée dans le service à l'époque de l'étude l'échelle simplifiée de LAWTON, côté sur 4, regroupant 4 items (capacité à utiliser le téléphone, les transports en communs, à gérer son budget et responsabilité pour la prise des médicaments), en écho à l'étude PAQUID, qui a permis de mettre en relation ces items du score IADL et la forte probabilité de troubles neurocognitifs majeurs associés. En effet, les troubles neurocognitifs se manifestent initialement par une diminution de la vitesse d'exécution des tâches et

l'atteinte des fonctions exécutives ; ainsi, l'altération du score IADL apparaît environ 5 à 6 ans avant le stade de démence⁽¹³⁸⁾.

Concernant l'état nutritionnel des patients de l'étude, l'IMC moyen était de 26,7 +/- 5,38. On comptabilise 11,5% de dénutri, avec un IMC < 21 et 21,9% de sujets obèses ayant un IMC > 30. Ces résultats coïncident avec les travaux de S.C. RIBOUX à l'hôpital de jour de BORDEAUX en 2016 retrouvant un IMC moyen de 26 +/- 6⁽¹¹⁸⁾. 36,6% des patients ont bénéficié de conseils diététiques au terme de leur hospitalisation. Rappelons que la dénutrition de la personne âgée est reconnue comme pathologie en 2007. On considère en France qu'il y a entre 4 et 10% de dénutris chez les plus de 70 ans à domicile, entre 15 et 38% en institution et entre 30 et 70% à l'hôpital. Il est important de la diagnostiquer puisqu'elle entraîne un sur-risque de morbidité, mortalité et une augmentation de la durée des hospitalisations et a donc un impact économique majeur⁽¹⁴¹⁾. Notons que depuis cette étude, la HAS a établie de nouvelles recommandations concernant le diagnostic de la dénutrition chez le sujet de 70 ans et plus⁽¹⁴²⁾, qui n'ont pas été pris en compte dans ce travail.

Le time up and go test (TUG) moyen de notre population d'étude était de 22,8 +/- 15,8 secondes. Plus précisément, 17,9% de l'effectif a obtenu un résultat pathologique lors de ce test. Ce pourcentage concorde avec le taux de demande d'admission en HDJ pour bilan de chute (20%). D'après la HAS, il est estimé qu'au moins un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an. Les chutes accidentelles sont la première cause de décès tout âge confondu, et majoritairement chez les plus de 75 ans, en 2008⁽¹⁴³⁾. Nos résultats sont proches de ceux retrouvés dans les travaux de S.C. RIBOUX⁽¹¹⁸⁾. 64 patients ont été diagnostiqués « chuteurs à répétition » à l'issue du séjour, soit une part de 22,9% des nouveaux diagnostics établis. Pour 39,6% des patients, une prise en charge kinésithérapique fut prescrite. MANCKOUNDIA et al en 2014 ont démontré une amélioration ou stabilité des capacités motrices dans un groupe cas composé de sujets âgés atteints de maladie d'Alzheimer après une rééducation comparé au groupe témoin qui n'en bénéficiait pas⁽¹⁴⁶⁾. De la même façon BROWN et al en 2000 avaient mis en évidence une amélioration de la fragilité physique chez des sujets âgés de 83 +/- 4 ans ayant participé à un programme de rééducation basé sur des exercices physiques simples versus un groupe n'y ayant pas eu accès. Néanmoins même si elle est modifiable la fragilité physique n'est pas éliminable malgré un programme physique adapté⁽¹⁴⁷⁾. Une adaptation du domicile peut également être proposée à la suite d'une visite à domicile d'un ergothérapeute, participant au bilan initial du patient. Ces données n'apparaissent pas dans notre étude puisqu'elles ne sont pas retenues par l'APHJPA.

Au terme de cette première évaluation dans notre unité, 68,8% des patients se sont vu proposer une réévaluation clinique dans l'année à venir. Pourcentage important comparé au 41,3% relevé dans les travaux de M. ALLARD REYNIER et C. EYNARD ENGEL à Annecy en 2009⁽¹²⁷⁾ ou ceux de l'hôpital Bichat-Claude Bernard-Paris est ses 26% de suivi. Il n'existe pas de recommandations concernant le volume de journées préconisé pour le diagnostic ou le suivi, il est donc difficile de dire quelle organisation est à privilégier.

3. Activité de notre hôpital de jour gériatrique comparé aux autres unités françaises selon les données de la littérature

En 2001, 80 hôpitaux de jour gériatriques étaient recensés par l'APHJPA. En 2020 ils étaient 213, qu'ils soient de réadaptation, de diagnostic ou de psychogériatrie^(90,91). Grand nombre n'y figure pas encore. Pour l'être, il faut adhérer à l'association (formulaire disponible sur leur site internet).

Grâce aux données de l'APHJPA dans son étude de 2002⁽⁹⁰⁾ nous avons pu comparer le fonctionnement de l'hôpital de jour de la clinique Miséricorde à 6 structures du même type (*Tableau 17*).

		HDJ SELON L'APHJPA (N = 6)	HDJ CLINIQUE MISERICORDE CAEN (2019)
Nombre de places par jour		7 +/-3	6
Plateau technique	<i>Laboratoire / radiologie</i>	Sur site (4/6)	Oui
	<i>Scanner à proximité</i>	Oui (4/6)	Oui
Représentation moyenne en personnel	Spécialiste (ETP)	1,5 +/- 1,0	0,1 neurologue Et à la demande
	Psychiatre (ETP)	0,3 +/- 0,4	0,1
	Gériatre	Oui (6/6)	Oui
	Personnel non médical (ETP)	<i>Cadre infirmier</i>	0,4 +/- 0,5
		<i>Infirmier</i>	1,6 +/- 0,7
		<i>Aide-soignant</i>	0,9 +/- 0,7
		<i>Agent hôtelier</i>	0,2
		<i>Neuro/psychologue</i>	0,5
		<i>Orthophoniste</i>	0,1
		<i>Psychomotricien</i>	0
		<i>Ergothérapeute</i>	0,2
		<i>Kinésithérapeute</i>	0,1
		<i>Diététicienne</i>	0
		<i>Assistant social</i>	0,3
		<i>Secrétaire</i>	0,5
Statistique d'activité	Nombre de journées/an	1270 +/- 928	1205
	Nombre de patients/an	590 +/- 288	Inconnu
	Age moyen des patients (an)	79,5 +/- 1,6	85,4
	Prix d'une journée (euros)	411,61 +/- 243,9	Inconnu

Tableau 17 - Fonctionnement de notre HDJ comparé aux données recensées par l'APHJPA dans son étude ⁽⁹⁰⁾

Nous avons ensuite fait les mêmes comparaisons à partir de données retrouvées dans des travaux de thèse qui concernent 9 autres structures françaises du même type (DIJON, LILLE, BRUMATH, BEAUVAIS, BORDEAUX, MONT D'OR, LYON et PARIS) ^(91, 96, 118-124). Ce travail est résumé dans le Tableau 18. **Les détails de cette recherche sont rapportés dans les tableaux de l'annexe 21.**

		HDJ EN FRANCE SELON LA LITTÉRATURE (N=9)	HDJ CLINIQUE MISERICORDE CAEN (2019)
Nombre de places par jour		5 +/-3	6
Plateau technique	<i>Laboratoire / radiologie</i>	Oui (3/9) Inconnu (6/9)	Oui
	<i>Scanner à proximité</i>	Oui (3/9) Inconnu (6/9)	Oui
Représentation moyenne en personnel	Spécialiste (ETP)	A la demande (5/9)	0,1 neurologue Et à la demande
	Psychiatre (ETP)	0,15 +/- 0,1	0,1
	Gériatre	Oui (8/9) Inconnu (1/9)	Oui
	Personnel non médical (ETP)	<i>Cadre infirmier</i>	0,6 +/- 0,6
		<i>Infirmier</i>	1,7 +/- 0,7
		<i>Aide-soignant</i>	1,2 +/- 0,3
		<i>Agent hôtelier</i>	0,5 +/- 0,7
		<i>Neuro/psychologue</i>	1,3 +/- 0,6
		<i>Orthophoniste</i>	0,2 +/- 0,1
		<i>Psychomotricien</i>	0,3 +/- 0,2
		<i>Ergothérapeute</i>	0,2 +/- 0,1
		<i>Kinésithérapeute</i>	0,4 +/- 0,1
		<i>Diététicienne</i>	0,3 +/- 0,2
		<i>Assistant social</i>	0,4 +/- 0,2
		<i>Secrétaire</i>	0,9 +/- 0,7
Statistique d'activité	Nombre de journées/an	210 +/- 36,8	236
	Nombre de journée/semaine	5/7 (5/9) 4/7 (1/9) Inconnu (3/9)	5/7
	Nombre de patients/an	Inconnu	1205
	Age moyen des patients (an)	81,3 +/- 3,3	85,4
	Prix d'une journée (euros)	335 +/- 19,8	Inconnu

Tableau 18 - Fonctionnement de notre HDJ comparé aux données de la littérature

En termes de capacité d'accueil, on compte entre 1 et 10 places par jour dans les services à activité diagnostique ; cas particulier des hôpitaux de jour du MONT D'OR, LYON VILLEURBANNE, BEAUVAIS et GRADIGNAN, qui sont des unités à activité mixte diagnostique et thérapeutique. En 2005 l'HDJ Claude Bichat Bernard ne comportait que 2 places, capacité toujours d'actualité en 2015 selon l'annuaire de l'APHJPA, ce qui ne répond pas aux recommandations gouvernementales établies dans la circulaire DHOS/02 de 2007 relative à la filière de soins gériatriques (5 places)^(84, 91, 96). Le service étudié compte quant à lui 6 places au moment de l'étude, et récemment 9 places par jour. Si l'on compare aux résultats obtenus par l'APHJPA dans leur étude de 2002⁽⁹⁰⁾, on remarque que le nombre de place par jour et par unité est moindre (7 +/-3 places en 2002 contre 5 +/-3 dans ce travail).

Lorsque les données sont disponibles, on voit qu'un plateau d'imagerie ou un laboratoire est accessible à proximité, tout comme la présence d'un ou plusieurs gériatres.

Dans la plupart des cas, l'accès aux spécialistes est possible selon les besoins. Il n'y a pas de précisions concernant les spécialités concernées. C'est aussi le cas ici, avec un temps de consultation neurologique et gérontopsychiatrique toutes les semaines. D'autres spécialités sont accessibles, si besoin : ORL, ophtalmologue, gynécologue, gastro-entérologue, pneumologue, cardiologue.

Dans le service étudié, la composition de l'équipe paramédicale et le temps de travail des différents professionnels semblent être dans la moyenne nationale. Seul diffère le temps de présence du kinésithérapeute, moins disponible que dans les autres structures (0,2 ETP chez nous contre 0,4 +/- 0,1 ETP ailleurs). Ce résultat peut probablement s'expliquer par le choix de conserver dans cette étude les données auprès des services à

activités mixtes de diagnostic et de réadaptation. Par ailleurs, le temps infirmier est plus bas que ce qui est suggéré par les recommandations gouvernementales, soit 1,5 ETP infirmier recommandé pour 1 ETP dans cette étude. Tandis que ce quota semble majoritairement respecté dans les autres structures (1,7 +/- 0,7 ETP). On remarque aussi qu'il n'est pas possible dans cet HDJ de faire appel à un psychomotricien, et qu'il n'y a pas de temps « agent hôtelier ». Cette tâche est exécutée ici par une aide-soignante, qui a d'ailleurs vu son activité augmentée lors de notre étude (1 ETP contre 0,8 ETP). On ne retrouve pas non plus de podologue accessible, professionnel pourtant recommandé également dans la circulaire de 2007⁽⁸⁴⁾.

Concernant le temps de présence des différents professionnels, il est plus important pour une majorité des para médicaux, et apparaît même pour le diététicien et le psychomotricien. Seul le temps infirmier et ergothérapeute reste similaires. L'activité du psychiatre semble aussi diminuée depuis 2002 (0,3 +/- 0,4 ETP en 2002 contre 0,15 +/- 0,1 ETP dans notre travail), probablement à cause de l'essor des unités de psycho-gériatrie en parallèle.

A propos des statistiques d'activité, très peu de données ont été retrouvées. Le nombre de journées ouvertes par semaine est quasi similaire à ce qui est rapporté dans la littérature (5 jours sur 7 sauf pour l'HDJ Bichat Claude Bernard ouvert simplement 4 jours/semaine). Le service reçoit des patients plus âgés en moyenne que ceux des autres unités 85,4 ans contre 81,3 +/- 3,3 ans. Il est ouvert environ 236 jours par an, soit plus que celui de l'HDJ Bichat Claude Bernard, ouvert 184 journées par an, seule donnée disponible, mais en 2005.

L'accessibilité au laboratoire et à l'imagerie est toujours respectée, ainsi que la présence d'un gériatre évidemment.

Pour finir, le coût moyen de la journée d'hospitalisation semble moins onéreux en 2002 que dans ce travail : 411,6 +/- 243,9 euros en 2002, contre 335 +/- 19,8 euros ici. Ce résultat est à temporiser du fait de l'apparition de l'euro entre temps.

Finalement, cette revue de la littérature confirme la pauvreté des écrits concernant l'activité de ces unités, et notamment des hôpitaux de jour à orientation diagnostic comme c'est le cas dans cette étude. Notons aussi que certains travaux commencent à dater (2005 pour l'HDJ Bichat Claude Bernard ou 2008 pour l'HDJ de BRUMATH). Les études les plus nombreuses concernent les hôpitaux de jour de réadaptation, probablement parce que ce sont les premiers à avoir vu le jour.

b) Les forces et les faiblesses de notre étude

Le nombre de sujets ainsi que la durée du relevé de données est une force pour cette étude. On peut aussi se satisfaire de l'absence de dossier manquant. Tout cela permet un bon aperçu des caractéristiques des sujets âgés du bassin caennais, premiers bénéficiaires de la filière gériatrique au sein de laquelle s'intègre ce service. On peut d'ailleurs constater que la population de l'étude se rapproche de celle décrite dans les autres travaux français, tant dans ses aspects épidémiologiques que médicaux^(118, 120, 121, 127).

On peut considérer ces recherches comme un audit du fonctionnement du service, répondant bien finalement aux objectifs de la circulaire de 2007⁽⁸⁴⁾, et avec pour but d'améliorer la qualité des soins qui y sont prodigués.

Cette étude permet également d'enrichir une littérature finalement assez pauvre et non récente dans la définition et l'évaluation des hôpitaux de jour gériatrique à visée diagnostic. Cette pauvreté des écrits est une faiblesse de l'étude, car la comparaison des différentes activités proposées dans les unités françaises est limitée par le manque de données et leur ancienneté.

Le choix d'une étude mono-centrique apporte un biais de sélection à notre travail. Notre méthodologie, basée sur des données rétrospectives et observationnelles, apporte un faible niveau de preuve scientifique.

Finalement au décours de ce travail, on peut suggérer que cette unité est un maillon pertinent du réseau de soins pour le territoire concerné tout en prenant en compte notre choix d'adapter les critères établis par l'APHJPA dans son étude pilote.

L'absence de recommandations claires quant à la méthodologie à adopter pour évaluer la pertinence des hôpitaux de jour gériatrique entraîne également un biais de reproductibilité : chaque acteur choisit son propre critère de jugement, comment comparer par exemple une étude visant à calculer le taux de ré hospitalisation à distance d'une hospitalisation de jour⁽¹¹⁸⁾ à une autre qui évalue la satisfaction des médecins traitants⁽¹³⁵⁾ ?

Il n'existe pas non plus de recommandations collégiales quant à la proportion à réserver aux suivis gériatriques dans un service comme le nôtre. 36,2% des journées y sont consacrées d'après notre relevé de données sur les 6 mois et 68,8% des patients s'en sont vus proposer un au décours de leur évaluation. C'est une donnée à considérer afin de ne pas fermer l'accès aux « premières fois », et continuer d'être un recours à la médecine de ville, force première de l'activité du service. Rappelons qu'un retard de prise en charge d'un patient souffrant de troubles cognitifs par exemple pourra être le facteur d'un réel problème de santé publique.

Il serait intéressant également de détacher les termes de « pertinence » et « d'efficacité », aussi proches qu'éloignés dans leur définition, et souvent mépris l'un pour l'autre, y compris dans ce travail. Le premier faisant rappel à quelque chose de « logique, d'approprié » alors que le second rapporte une notion « d'effet positif, d'action utile » d'après le Larousse. On comprend donc qu'un séjour hospitalier peut être jugé pertinent pour le patient se trouvant dans un endroit approprié, où se situe le meilleur plateau technique et la meilleure équipe médicale adaptés à sa situation, mais que pour autant ce séjour peut ne pas être efficace pour sa santé, par exemple s'il meurt. D'autant plus en gériatrie où l'efficacité renvoi plus difficilement à une amélioration de l'état de santé (outre les phénomènes aigus et corrigibles) qu'à un maintien des capacités antérieures.

Nous pouvons nous poser la question du niveau de preuve que peut apporter ce travail, et sa valeur dans un système où le choix du soin se fait également via des décisions économiques et politiques. Selon le point de vue, l'efficience peut être synonyme de rentabilité, difficile à obtenir dans le domaine de la gériatrie, notamment à court terme. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique est encore une jeune structure, avec peu de recul, mais un maillon important dans la filière gériatrique par sa centralité et son rôle d'intermédiaire entre la ville et l'hôpital. Il peut être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle dans certains cas. Il faut le voir comme un investissement à long terme : diminue la durée des hospitalisations, limite le risque de ré-hospitalisation, retarde les institutionnalisations... ^(23, 108).

De part ce travail, on a eu un reflet du fonctionnement « interne » de l'unité, et de son apport « objectif » pour la population caennaise, le tout comparé à quelques autres structures françaises. Il semblait important de commencer par cette approche afin de connaître la place que peut occuper ce nouvel outil dans la filière gériatrique de territoire, et dans le système de soins français. Il serait intéressant d'aller plus loin en complétant ce travail par une approche qu'on pourrait qualifier « d'externe », en se posant la question de son apport pour les usagers ou leur médecin traitant. Quelle serait la pertinence des séjours d'après les principaux concernés ?

Pour aller plus loin il serait intéressant d'établir un protocole d'évaluation des unités de jour gériatrique en utilisant une méthode de jugement unique et semblable pour tous les services, basé sur quelques critères simples. L'APHJPA, dans son étude pilote de 2008, a fait une tentative d'harmonisation de ces méthodes d'expertise. Malheureusement, par leur sévérité (par exemple le compte rendu de sortie), ou leur aspect chronophage (comme la nécessité d'un avis d'expert dans une période où la demande de soins croissante laisse peu de temps à ce genre d'exercice), il semble difficile de s'en servir en pratique courante.

On pourrait envisager de créer un score simple et rapide, en quelques items, à remplir lors de chaque bilan gériatrique standardisé en hôpital de jour. Ces résultats pourraient permettre une comparaison entre les unités afin de conserver les modes de fonctionnement les plus pertinents et efficaces. De cette façon on améliorerait les prestations et la promotion des unités de jour, maillon central des filières gériatriques. Le but serait de permettre l'ouverture de nouveaux services dans les territoires sous dotés.

VI. CONCLUSIONS

La population vieillit, et ce depuis de nombreuses années, faisant apparaître de nouveaux concepts tels que la fragilité et la perte d'autonomie. Vieillir est une chose, réussir son vieillissement en est une autre. C'est devant ce pré requis que de nombreuses politiques ont vu le jour concernant le « grand âge », et sont toujours en réflexion. L'amélioration constante de la prise en charge des seniors, en limitant le risque de dépendance et de poly-pathologie, est l'un des enjeux économico-médico-social les plus importants de notre société.

Depuis 1996, avec les ordonnances dites « JUPPE », l'offre de soins en gériatrie s'est donc étoffée, avec la création des réseaux et des filières gériatriques, afin de créer un maillage territorial et répondre aux besoins des sujets âgés à différents niveaux.

Les hôpitaux de jour gériatrique, bien qu'apparus antérieurement (années 1970), ont connu leur essor grâce à la circulaire de 2007 définissant leurs missions :

- Dispenser une évaluation gériatrique standardisée (couvrant tous les champs et les spécificités du sujet âgé) à la demande du médecin traitant et en être le recours principal,
- Adapter des plans de soins adaptés,
- Diffuser les bonnes pratiques,
- Réaliser des actes difficiles à organiser à domicile,
- Coordonner les soins entre les différents intervenants des réseaux
- Proposer des prises en charge hospitalière courte évitant le traumatisme des hospitalisations de longue durée.

On les classe en trois groupes : évaluation diagnostic, évaluation réadaptation et psycho-gériatrique.

Il ne paraît pas exister de mode de fonctionnement « type » de ces services, mais il existe une grande similitude des pratiques d'après les faibles données de la littérature.

C'est dans cette élan qu'a ouvert, en 2016, l'hôpital de jour diagnostic de la clinique Miséricorde. Sa capacité était de 6 maintenant 9 places, accueillant des patients de plus de 75 ans, cinq jours sur sept, pour des évaluations gériatriques standardisées, des bilans à thème (trouble mnésique, chute, trouble de la déglutition, altération de l'état général...), ou des actes techniques (transfusion, perfusion de fer, ponction lombaire...) adressés par les médecins de ville ou du réseau principalement.

Notre travail de relevé de données sur 6 mois (du 1^{er} janvier au 31 juin 2019) a permis de mettre en avant le profil type des patients accueillis sur cette période.

Il s'agit de femmes (72%) âgées de 85,71 +/- 6,83 ans, ayant obtenues le certificat d'étude (33%) pour travailler ensuite comme employées (35%). Elles sont veuves (49%) et vivent à domicile (67%). Elles sont majoritairement indépendantes (ADL médian de 5) et ne bénéficient pas encore de l'APA (56%). Malgré tout, nombreuses sont celles qui bénéficient de l'aide de leur enfant dans leur quotidien (52%) et d'une aide-ménagère d'un point de vue professionnel (47%). Une grande partie des patients sont poly-pathologiques (83,9% ont plus de 3 comorbidités dont l'hypertension artérielle) et donc poly-médiqués (77% ont plus de 5 molécules dans leur ordonnance habituelle). Ils bénéficient tous d'un médecin traitant à proximité.

Concernant l'adressage dans l'unité, il vient majoritairement des médecins traitants (63,1%), suivi des médecins de la filière (27,2%). Le motif principal d'entrée est une demande d'évaluation gériatrique standardisée (53%) et une exploration de possible trouble cognitif (20,8%). A noter un faible taux de remplissage de la fiche d'admission (40,5%), qu'il serait bon d'améliorer.

Au terme de l'évaluation gériatrique standardisée, 66,7% des patients se sont vus diagnostiquer des troubles cognitifs qu'ils soient légers ou sévères et pour 11,8% d'entre eux il s'agissait d'une maladie d'Alzheimer probable. 23,3% ont été adressés vers une réhabilitation cognitive.

Une prise en charge kinésithérapeutique a été préconisée chez 39,8% des sujets bien que seuls 17,9% d'entre eux avaient un TUG pathologique et 22,9% étaient diagnostiqués « chuteurs », appuyant le rôle préventif de l'hospitalisation de jour.

Des conseils diététiques ont été donnés à 36,6% des patients. Ce résultat est plutôt cohérent, considérant que 33,4% des patients présentaient des troubles alimentaires d'après l'IMC (obésité ou dénutrition).

Il faut aussi noter que 27,9% de l'effectif est sorti du service avec le diagnostic d'une nouvelle affection psychiatrique (syndrome dépressif dans la majorité des cas).

Un suivi fut recommandé pour 68,8% des patients. Se pose la question de la proportion a conservé entre les premières évaluations et les suivis (qui risquent d'augmenter avec le temps), pour ne pas compromettre le rôle premier de l'hospitalisation de jour, d'être un recours à la médecine de ville.

En se basant sur la méthode d'évaluation de l'APHJPA, dans leur étude pilote de 2008 utilisant les critères de pertinence inspirés de l'Appropriateness Evaluation Protocol, tout en excluant l'avis de l'expert et le critère « compte rendu remis le jour même », 95,7% des journées d'hospitalisation étudiées ont pu être jugées pertinentes. Tous les adresseurs et tous les motifs d'hospitalisation semblent également pertinents dans notre étude (taux > 50%). Le critère principal de non-pertinence est le défaut de réalisation d'un examen complémentaire (52,7%). Cependant cela n'a pas de répercussion dans le résultat final, grâce à l'équipe paramédical présente en nombre chaque jour et permettant à de nombreux patients de bénéficier de 4 expertises différentes.

Finalement, très peu de textes concernent le fonctionnement des hôpitaux de jour d'évaluation gériatriques français. Chacun décide de travailler selon ses propres modalités, de suivre ses propres protocoles entraînant une certaine hétérogénéité « matérielle ». Néanmoins si on se concentre sur l'approche « médicale » ils ont tous un objectif unique, ayant un profil similaire, qu'importe la région d'appartenance : la qualité de vie du patient.

Pour aller plus loin il serait judicieux de réfléchir à une méthode d'évaluation unique de l'hôpital de jour gériatrique d'évaluation afin de l'améliorer, de le comparer et surtout de le promouvoir puisqu'il s'agit d'un maillon prépondérant dans le réseau de soin gériatrique qui, avec le vieillissement de la population, va devoir s'étoffer et s'adapter.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Pauline Roger, INSEE. Bilan démographique 2020 : baisse des naissances et forte augmentation des décès en Normandie dans le contexte de pandémie. Insee Analyses Normandie. juill 2021;(94).
2. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole - Insee Première - 1652 [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
3. Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050 : une forte poussée des populations dépendantes à partir de 2030 - Insee Flash Normandie - 65 [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3574506>
4. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Un vieillissement démographique plus rapide en Normandie - Insee Analyses Normandie - 49 [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3574639>
6. Collège national des enseignants de gériatrie. Le vieillissement humain. In: Gériatrie. Elsevier/Masson; 2018. (Référentiels des Collèges).
7. Dr Emmanuelle DURON, Dr Yann SPIVAC, Pr Olivier HANON, Pr Anne Sophie RIGAUD. Vieillissement normal. Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique. La revue du praticien. févr 2011;61:269-76.
8. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? Gériatrie et société. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
9. Christophe TRIVALLE. Le syndrome de fragilité. Revue Médicale Suisse. 2000;4(20925).
10. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CAN MED ASSOC J. févr 1994;150(4):489-95.
11. Antoine Plau, Fati Nourhashemi. Détecter la fragilité du sujet âgé. La revue du praticien. mars 2017;31(978):252-3.
12. Dr Stéphanie GLORIA, Paul HEREDIA. Le dépistage de la fragilité du sujet âgé en Hôpital de jour [Internet]. HAS; 2017 nov 24 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rencontre_regional_ces_-_groupe_ahnac_polyclinique_de_riaumont.pdf
13. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://prod-web.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
14. Rockwood K, Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D., McDowell, I., et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal. 30 août 2005;173(5):489-95.
15. Hélène DELAZZARI. Comparaison des performances de trois tests de dépistage de la fragilité (G8, Frailty Index et phénotype de Fried) en oncogériatrie. [Toulouse]: Paul Sabatier; 2017.
16. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CAN MED ASSOC J. févr 1994;4(150):489-95.
17. Sécurité Sociale. Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/PLFSS-2020-ANNEXE%201-Maladie.pdf>

18. Marguerite Briand, Dr Thomas de Nadaï, Dr Laurent Balardy, Dr Yves Rolland, Dr Fatemeh Nourshahemi, Dr Sandrine Sourdet, et al. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. *La revue du praticien*. mars 2020;70:97-105.
19. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. sept 1991;39(S1):8S-16S.
20. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull*. 2004;71:45-59.
21. Grimley Evans J. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ*. 25 oct 1997;315(7115):1075-7.
22. Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. *Aging (Milano)*. 1989;1(2):87-98.
23. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Clinical Trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
24. Rubenstein LZ, Darryl Wieland G, Josephson KR, Rosbrook B, Sayre J, Kane RL. Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): Who benefits? *Journal of Clinical Epidemiology*. janv 1988;41(5):441-9.
25. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
26. Ekdahl AW, Wirehn A-B, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, et al. Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGe-FIT Study): A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 1 juin 2015;16(6):497-503.
27. L. Rubenstein, D. W. Reynolds. Evolving models of comprehensive geriatric assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16:446-7.
28. Ekerstad N, Karlson BW, Dahlin Ivanoff S, Landahl S, Andersson D, Heintz E, et al. Is the acute care of frail elderly patients in a comprehensive geriatric assessment unit superior to conventional acute medical care? *Clin Interv Aging*. 2017;12:1-9.
29. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 22 janv 2009;338(jan22 2):b50-b50.
30. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. nov 2015;63(11):2227-46.
31. Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gérontologique globale : où en est-on ? *La Revue de Médecine Interne*. févr 2013;34(2):114-22.
32. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. janv 1987;40(5):373-83.
33. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a Geriatric Residential Population. *Journal of the American Geriatrics Society*. févr 1995;43(2):130-7.
34. F. Salvi, M. D. Miller, A. L. Towers, V. Morichi, P. Dessi-Fulgheri. Manuel de directives pour la cotation de l'échelle « modified cumulative illness rating scale (CIRS) ». 2016.

35. Gratao ACM, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Rossetti ES, et al. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement neuropsychol.* mars 2019;13(1):122-9.
36. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist.* 1 déc 1980;20(6):649-55.
37. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview. *The Gerontologist.* 1 oct 2001;41(5):652-7.
38. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
39. Grille AGGIR : comment évaluer la perte d'autonomie ? [Internet]. Fédération des Malades Handicapés. 2019 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://fmh-association.org/grille-aggir-comment-evaluer-la-perte-dautonomie/>
40. Qu'est-ce que la grille Aggir ? | service-public.fr [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
41. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 21 sept 1963;185:914-9.
42. Marguerite Briand, Dr Thomas de Nadaï, Dr Laurent Balardy, Dr Yves Rolland, Dr Fatemeh Nourshahemi, Dr Sandrine Sourdet, et al. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. *La revue du praticien.* mars 2020;70:97-105.
43. Park S-H. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* janv 2018;30(1):1-16.
44. Pr PUISIEUX François. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. *La revue du praticien.* 2002;52:1695-702.
45. MANCKOUNDIA Patrick, PFITZENMEYER Pierre, MOUREY France, RAMANANTSOA Mamy. Sujet âgé « chuteur ». Quelle évaluation ? *La revue du praticien.* avr 2007;21(766/767):387-9.
46. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* févr 1991;39(2):142-8.
47. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *The Lancet.* mars 1997;349(9052):617.
48. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero L, Baumgartner RN, Rubenstein LZ, Garry PJ. One-Leg Balance Is an Important Predictor of Injurious Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* juin 1997;45(6):735-8.
49. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research.* nov 1975;12(3):189-98.
50. Reasons for retiring the Mini-Mental State Examination [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.es/en-revista-neurologia-english-edition--495-pdf-S2173580815001418>
51. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bäckström V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment: MOCA: A BRIEF SCREENING TOOL FOR MCI. *Journal of the American Geriatrics Society.* avr 2005;53(4):695-9.

52. Pinto TCC, Machado L, Bulgacov TM, Rodrigues-Júnior AL, Costa MLG, Ximenes RCC, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? *Int Psychogeriatr.* avr 2019;31(04):491-504.
53. Z. Nasreddine. Montreal Cognitive Assessment (MoCa) instructions pour l'administration et la cotation [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-French_version_7.2.pdf
54. Croisile B, Astier J-L, Beaumont C, Mollion H. Le Test des cinq mots dans les formes légères de maladie d'Alzheimer : comparaison du score total, du Score Total Pondéré, du Score d'apprentissage et du Score de mémoire dans trois classes d'âge (60 ans, 70 ans, 80 ans). *Revue Neurologique.* août 2010;166(8-9):711-20.
55. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alpérovitch A, Dartigues JF, et al. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. *Revue Neurologique.* déc 2005;161(12):1205-12.
56. Hazan E, Frankenburg F, Brenkel M, Shulman K. The test of time: a history of clock drawing: History of clock drawing. *Int J Geriatr Psychiatry.* janv 2018;33(1):e22-30.
57. Shulman KI, Shedletsky R, Silver IL. The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* oct 1986;1(2):135-40.
58. J. P. Clément. Dépressions du sujet âgé. *La revue du praticien.* 2004;54:725-33.
59. HOZER Franz, MOUAFFAK Fayçal. Dépression du sujet âgé. *La revue du praticien.* 2016;30(953):21-6.
60. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research.* janv 1982;17(1):37-49.
61. DECRION Jérôme, ABRAHAM Eliane. Les déficiences visuelles de la personne âgée [Internet]. 2009 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Etude_deficiences_visuelles_septembre_09.pdf
62. ANESM. Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficiences_resi_aut_230117.pdf
63. Remy C. Martin du Phan. Syndrome de Charles Bonnet (hallucinoses). *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2008 [cité 6 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-166/Syndrome-de-Charles-Bonnet-hallucinoses>
64. Surdité et d ficiency auditive [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
65. HAS. Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée. 2020.
66. J. C. Desport, P. Jésus, P. Fayemendy. Alimentation et dénutrition de la personne âgée. *La revue du praticien.* mars 2018;68:312-8.
67. Hamon Vilcot Brigitte, Bouillanne Olivier. Dénutrition des sujets âgés. *La revue du praticien.* 22 mai 2007;21(772/773):543-6.
68. Hamon Vilcot Brigitte, Bouillanne Olivier. Dénutrition des sujets âgés. *La revue du praticien.* 17 déc 2009;23(N 832):813-4.

69. Constans Thierry. Dénutrition des personnes âgées. La revue du praticien. 2003;(53):275.
70. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y, Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment(CGA) and the MNA: An Overview of CGA,Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: Vellas B, Garry PhJ, Guigoz Y, éditeurs. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Program [Internet]. Basel: KARGER; 1999 [cité 7 oct 2020]. p. 101-16. Disponible sur: <https://www.karger.com/Article/FullText/62958>
71. HAS. Synthèse des recommandations : stratégie de la prise en charge en cas de dénutrition chez le sujet âgé [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
72. S. Pautex, N. Vogt-Ferrier. Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2006 [cité 14 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-71/31463>
73. Kim Y-S, Park J-M, Moon Y-S, Han S-H. Assessment of pain in the elderly: A literature review. THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA. 2017;30(4):5.
74. À l'origine de la création de la gériatrie, une dame : Simone Veil [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2017 [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/a-lorigine-de-creation-de-geriatrie-dame-simone-veil/>
75. Anne Nardin. La vieillesse à l'hôpital. Regards sur le secteur de la gériatrie. La revue du praticien. avr 2008;58:922-6.
76. Légifrance. Section 6 : Actions expérimentales. (Article L162-31-1) [Internet]. 1996 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006740876/1996-04-25>
77. Santé, territoires, réadaptation et handicap. Brève histoire des filières et des réseaux [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/filiere-reseaux-et-coordination/breve-histoire-ds-filiere-et-des-reseaux>
78. J. M. Chabot. Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux. La revue du praticien. 31 mars 2005;(55):661-6.
79. F. DUQUESNE. Filière de soins [Internet]. 2012; [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Filiere_de_soins.pdf
80. Juan Manuel Vinas, Pierre Larcher, Marc Duriez. Réseaux de santé et filières de soins. Actualité et dossier en santé publique. sept 1998;24:12-52.
81. Marie Odile FRATTINI, Jean Christophe MINO. Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé. Santé Publique. 2006;18(3):475-81.
82. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. 2002 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
83. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Plan solidarité grand âge [Internet]. 2006 [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
84. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. 2007 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
85. Prud'homme J, Somme D. Organisation du soin du patient âgé, filières et approche territoriale. EMC - Traité de médecine Akos. janv 2017;12(1).

86. Vermorel M, Rumeau E. Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gériatologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire. *Gerontologie et société*. 29 avr 2010;33(132):213-21.
87. Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gériatologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. *Gerontologie et société*. 2002;25(100):131-47.
88. Durand-Gasselín B., Cohen N. Hôpitaux de Jour / Accueils de Jour. 2008 janv.
89. Brocklehurst JC. Role of day hospital care. *BMJ*. 27 oct 1973;4(5886):223-5.
90. DURAND GASSELIN B, APHJPA. Les hôpitaux de jour gériatriques en France. *La Revue de gériatrie*. mai 2002;27(5):319-22.
91. APHJPA [Internet]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/>
92. Michel Jean Marc. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - Livre Blanc [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: www.fragilite.org/livreblanc
93. JM. Michel, L. Volpe Gillot, F. Bonté, MH. Coste, D. Strubel. Évaluation et prise en compte de la fragilité en hôpital de jour [Internet]. 2013 avr 18 [cité 10 nov 2020]; 1e Congrès Francophone « Fragilité des Personnes Agées » - Toulouse. Disponible sur: <https://www.aphjpa.org/publications/180-evaluation-et-prise-en-compte-de-la-fragilite-en-hopital-de-jour.html>
94. MARTIN HUNYADI Catherine. L'interprofessionalité en hôpital de jour d'évaluation gériatrique. *Pratiques gériatologiques*. 2005;223-7.
95. Ministère de la santé et des sports. DGHOS/R/2010/201. 2010.
96. LACAILLE Sophie, KAROUBI Edouard, STOIANOVICI Irina, BOUTRON Isabelle, FAUCHIER Nathalie, LEGRAIN Sylvie. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique : l'expérience de l'hôpital Bichat-Claude Bernard-Paris. *La Revue de gériatrie*. oct 2007;32(8):585-92.
97. DURAND-GASSELIN Bernard, BONTE Florence, PORTRON Pierre-Luc, MICHEL Jean-Marc, DUBURCQ Anne, LAVALLART Benoit, et al. Les hôpitaux de jour de soins de suite et réadaptation gériatriques en France : enquête descriptive et état des lieux. *La Revue de gériatrie*. juin 2013;38(6):429-34.
98. Eagle DJ, Guyatt GH, Patterson C, Turpie I, Sackett B, Singer J. Effectiveness of a geriatric day hospital. *CMAJ*. 15 mars 1991;144(6):699-704.
99. A. Elizabeth Watson. Effectiveness of a geriatric day hospital. *CMAJ*. 15 sept 1991;145(6):613-6.
100. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ*. 27 mars 1999;318(7187):837-41.
101. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 oct 2008;(4):CD001730.
102. Glaesmer H, Künstler J, Reuter W. Improvement of functional deficits, physical mobility and cognitive function by treatment in a geriatric day hospital. *Z Gerontol Geriatr*. déc 2003;36(6):475-83.
103. HersHKovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y, Brill S. Programme evaluation of a geriatric rehabilitation day hospital. *Clin Rehabil*. nov 2003;17(7):750-5.
104. Moorhouse P, Theou O, Fay S, McMillan M, Moffatt H, Rockwood K. Treatment in a Geriatric Day Hospital improve individualized outcome measures using Goal Attainment Scaling. *BMC Geriatr*. 7 janv 2017;17(1):9.

105. Malone M. Three-month follow up of patients discharged from a geriatric day hospital. *Age and Ageing*. 1 nov 2002;31(6):471-5.
106. MORAS J-B, DECHAMPS A, MARTIN V, JOYEUX S, ONIFADE C, TRAISSAC T, et al. Qualité de vie des personnes âgées après une hospitalisation de jour pour Evaluation Gériatologique Standardisée (EGS). *La Revue de gériatrie*. 2010;35(2):101-10.
107. Pereira SRM, Chiu W, Turner A, Chevalier S, Joseph L, Huang AR, et al. How can we improve targeting of frail elderly patients to a geriatric day-hospital rehabilitation program? *BMC Geriatr*. 3 nov 2010;10:82.
108. Lökk J, Arnetz B, Theorell T. Mortality and morbidity rates of discharged elderly day care patients. A one-year follow-up of an experimental day care programme. *Scand J Prim Health Care*. juin 1991;9(2):79-82.
109. Morishita L, Siu AL, Wang RT, Oken C, Cadogan MP, Schwartzman L. Comprehensive geriatric care in a day hospital: a demonstration of the British model in the United States. *Gerontologist*. juin 1989;29(3):336-40.
110. Eagle DJ, Guyatt G, Patterson C, Turpie I. Day hospitals' cost and effectiveness: a summary. *Gerontologist*. déc 1987;27(6):735-40.
111. Tucker MA, Davison JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation--effectiveness and cost in the elderly: a randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 3 nov 1984;289(6453):1209-12.
112. Tousignant M, Hébert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing*. janv 2003;32(1):53-9.
113. Robain M, Lang T, Fontaine A. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. avr 1999;Vol. 47, N°2:139-49.
114. Lombard I, Lahmek P, Diène E. Etude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2e partie). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. sept 2001;Vol. 49, N°4:367-75.
115. Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2012;12(72):243-9.
116. B. DURAND GASSELIN. Hôpital de jour gériatrique : Un dispositif pertinent dans la filière de soins [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.aphjpa.org/publications/21-hopital-de-jour-geriatrique-un-dispositif-pertinent-dans-la-filiere-de-soins.html>
117. Fondation hospitalière de la Miséricorde à Caen - Accueil [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-misericorde.fr/>
118. Sophie Charlotte RIBOUX. Taux d'hospitalisations non programmées un an après une évaluation gériatologique standardisée en Hôpital de Jour : une étude rétrospective. Université de Bordeaux; 2016.
119. Elizabeth TALLON. Dispositifs de prise en soin des patients souffrant d'un syndrome démentiel en France : la place des hôpitaux de jours. [Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.
120. Julie CANTOT. Évaluation de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique du centre hospitalier universitaire de Dijon : étude descriptive sur une période de 4 mois portant sur 62 patients admis pour la première fois en hôpital de jour. [DIJON]: Université de Bourgogne; 2017.

121. Céline ALTOUNIAN. Impact de la filière gériatrique labellisée des centres hospitaliers de Seclin / Carvin sur leur territoire de santé : étude descriptive qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur Seclin / Carvin. [Lille]: Université Henri Warembourg; 2013.
122. Anne LUDWIG. La place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatriques exemple du nouvel hôpital de jour Les Jardins Fleuris. 2008.
123. Aurélien CHEYROUX. Bilan de 7 mois d'une activité de pharmacie clinique dans un hôpital de jour gériatrique. Université de pharmacie de Picardie Jules Vernes; 2015.
124. DERLON Aurélie, EMERIAU Vincent. Hôpital de jour gériatrique - Bilan d'activité janvier juin 2019.
125. L. Volpe Gillot, B. Durand Gasselin. Pertinence des journées en HDJ gériatrique. Présentation et résultats de l'étude nationale.
126. INSEE [Internet]. Disponible sur: www.insee.fr
127. Maryline Allard Reynier, Carole Eynard Engel. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique du centre hospitalier de la région d'Annecy : étude descriptive prospective de mars à juillet 2008. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2009.
128. INSEE. Seniors – France, portrait social [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
129. Association ORS-CREAI Normandie. La santé observée en Normandie, la santé des personnes âgées. [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2020/11/Sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-VF.pdf>
130. Dr Patrick BOUET. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2020. [Internet]. Ordre National des médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
131. Xavier Besnard, Mathieu Brunel, Nadège Couvert, Delphine Roy. Les dossiers de la Drees, les proches aidants des séniors et leur ressenti sur l'aide apportée, résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/dd45.pdf>
132. Assurance Maladie. Effectif de bénéficiaires et prévalences standardisées des ALD par région en 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-region-2019>
133. Drees. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>
134. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. Gériatrie et société. 2002;25 / n° 103(4):13.
135. OBRAZTSOVA Anastasia. Hôpital de jour diagnostic gériatrique de l'hôpital Albert Chenevier : Bilan, après un an de fonctionnement, de son apport pour les médecins généralistes dans le diagnostic et le suivi des troubles des fonctions supérieures. [Créteil (Paris XII)]: Paris Val de Marne; 2011.
136. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2015;15(89):256-61.
137. J.F. Buyck, B. Casteran Sacreste, M. Cavillon, F. Lelievre, F. Tuffreau, F. Mikol, et al. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. févr 2014;(869).

138. Dartigues J-F, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, et al. Paquid 2012: illustration and overview. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. sept 2012;10(3):325-31.
139. Helmer C, Pasquier F, Dartigues J-F. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *Med Sci (Paris)*. 1 mars 2006;22(3):288-96.
140. M. Duée, C. Rebillard. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Santé et protection sociale*. 2006;
141. P. BROCKER. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. *La Revue de gériatrie*. 2008;8.
142. Fédération Française de Nutrition, HAS. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
143. HAS. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_evaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf
144. S. Legrain, HAS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
145. M. HERR, N. SIRVEN, J. ANKRI, S. PICHETTI, C. SERMET. FRAGILITÉ ET CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS EN POPULATION ÂGÉE. *Vieillessement et fragilité : approches de santé publique*. 11 juill 2017;311-7.
146. Manckoundia P, Taroux M, Kubicki A, Mourey F. Impact of ambulatory physiotherapy on motor abilities of elderly subjects with Alzheimer's disease: Physiotherapy in Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*. janv 2014;14(1):167-75.
147. Brown M, Sinacore DR, Ehsani AA, Binder EF, Holloszy JO, Kohrt WM. Low-Intensity exercise as a modifier of physical frailty in older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. juill 2000;81(7):960-5.
148. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé - propositions d'actions concertées [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_version_courte_2007_11_07_19_34_38_576.pdf

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : LE SCORE DE CHARLSON

Nombre de points attribués	Pathologies
<i>1 point</i>	Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque Artérite oblitérante des membres inférieurs Accident vasculaire cérébral Démence Maladie pulmonaire chronique Connectivite Ulcère gastro-intestinal Hépatopathies Diabète non compliqué
<i>2 points</i>	Hémiplégie Insuffisance rénale modérée à sévère Diabète compliqué Tumeurs solides Leucémie Lymphome
<i>3 points</i>	Cirrhose avec ou sans saignement
<i>6 points</i>	Tumeur solide métastatique VIH avec ou sans SIDA

Résultats :

- 0 : probabilité de survie à 10 ans de 99%
- 1 : probabilité de survie à 10 ans de 96%
- 2 : probabilité de survie à 10 ans de 90%
- 3 : probabilité de survie à 10 ans de 77%
- 4 : probabilité de survie à 10 ans de 53%
- 5 : probabilité de survie à 10 ans de 21%
- 6 : probabilité de survie à 10 ans de 2%
- > 6 : probabilité de survie à 10 ans de 0%

ANNEXE 2 : SCORE CIRS-GERIATRIE

Système d'organes	Score				
	aucun problème	léger problème	problème modéré	problème sévère	problème très grave
1. Cardiaque (cœur uniquement)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas; hors diabète).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Hépatique (foie et voies biliaires)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Rénal (uniquement les reins)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde ; seins ; infections systémiques ; intoxications)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Troubles psychiatriques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire, psychose).....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Description des scores

0. **Aucun problème:** Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique
1. **Problème léger:** Problème actuel léger ou problème antérieur important
2. **Problème modéré:** Atteinte ou morbidité modéré/e et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
3. **Problème sévère:** Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
4. **Problème très grave:** Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et /ou incapacité fonctionnelle grave.

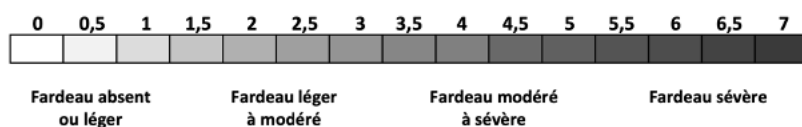
Source : F. Salvi, M. D. Miller, A. L. Towers, V. Morichi, P. Dessi-Fulgheri. Manuel de directives pour la cotation de l'échelle « modified cumulative illness rating scale (CIRS) ». 2016.

ANNEXE 3 : LE MINI ZARIT

Notation : 0 = jamais, ½ = parfois, 1 = souvent

	0	½	1
• Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :			
○ Des difficultés dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Un retentissement sur votre santé (physique et / ou psychique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCORE TOTAL : ____ / 7			

Interprétation :



Source : Géroto-sud-lorraine. Mini Zarit [Internet]. Disponible sur: www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Mini-zarit.pdf

ANNEXE 4 : LA GRILLE AGGIR

Les 17 variables du modèle AGGIR.

Variables	A	B	C
1 *Transferts : Se lever, se coucher, s'asseoir, et passer d'une de ces positions à un autre			
2 Déplacement intérieur : Se déplacer dans le lieu de vie (domicile : pièce habituelle, jusqu'à la boîte aux lettres ou local poubelle ; en institution comporte aussi les lieux collectifs de vie)			
3 Toilette Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes Coter séparément haut et bas. La cotation globale est A si AA, C si CC, et B dans les autres cas			
4 Élimination urinaire et fécale Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire Assurer l'hygiène de l'élimination fécale Coter séparément l'élimination urinaire et fécale La cotation globale est A si AA, C si CC ou une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
5 Habillage Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, collants ou bas, chaussures Coter séparément haut, moyen et bas. La cotation globale est A si AA, C si CC, et B dans les autres cas			
6 Cuisine : Préparation et conditionnement des repas pour qu'ils puissent être servis (ne concerne pas l'achat de denrées ou la vaisselle/ménage)			
7 Alimentation Se servir Manger les aliments préparés Coter séparément se servir, et manger La cotation globale est A si AA, C si CC, ou une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
8 Suivi du traitement : Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement			
9 Ménage : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
10 Alerter : Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter si besoin			
11 Déplacement à l'extérieur : Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie			
12 Transports : Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel			
13 Activités du temps libre : Pratiquer volontairement des activités de loisirs			
14 Achats : Acquisition volontaire de biens (directe ou à distance)			
15 Gestion : Gérer ses affaires, son budget, ses biens, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir des formulaires			
16 Orientation Se repérer dans l'espace Se repérer dans le temps Coter séparément l'orientation dans le temps et dans l'espace La cotation globale est A si AA, C si CC ou une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
17 Cohérence Communiquer, et Se comporter de façon logique et sensée par rapport au contexte Coter séparément communiquer et se comporter La cotation globale est A si AA, C si CC ou une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			

*La personne fait seule totalement, habituellement, correctement = A, fait partiellement = B, ne fait pas = C.

Source : référentiel de gériatrie

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Qu'est-ce que la grille Aggir ? | service-public.fr [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

ANNEXE 5 : ALD DE KATZ

Il s'agit échelle simple, rapide et surtout reproductible pour le suivi des sujets. On cote « 1 » si l'activité est réalisée seule et sans aide et le score est dégressif en fonction de la dépendance. Un sujet est dit « indépendant » s'il a un score de 6 ou « dépendant » si son résultat est inférieur à 3 ⁽⁶⁾.

Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz).	
Activités	État
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1 besoin d'aucune aide
	0,5 besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds)
	0 besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair)	1 besoin d'aucune aide
	0,5 besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair
	0 besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e)
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1 besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant...)
	0,5 besoin d'une aide
	0 ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)
	0,5 besoin d'une aide
	0 ne quitte pas le lit
Continence	1 contrôle complet des urines et des selles
	0,5 accidents occasionnels
	0 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente
Alimentation	1 besoin d'aucune aide
	0,5 besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain
	0 besoin d'aide complète ou alimentation artificielle

Source : référentiel du collège de gériatrie selon l'article « The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function – JAMA 1963 ; 21 : 914-9 »

ANNEXE 6 : ECHELLE DE LAWTON

Elle est également rapide à passer et reproductible. Pour chaque item on cote « 1 » ou « 0 » en fonction des capacités du sujet. Le résultat va de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes. Le score maximal correspond à une indépendance totale (6).

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton).			
Activités	Définitions	Homme	Femme
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul(e) la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seule		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seule des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
Linge	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
	Lave tout son linge seule		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
Médicaments	Ne voyage pas	0	0
	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Source : référentiel de gériatrie selon l'article "Assessment of older people : self maintaining and instrumental activities of daily living – Gerontologist 1969 ; 9 : 179-86"

ANNEXE 7 : MINI MENTAL TEST (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) Date : Evalué(e) par : Niveau socio-culturel	Etiquette du patient
--	----------------------

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | ! ! ! | 5. Quel jour de la semaine ? | ! ! ! |
| 3. en quel mois ? | ! ! ! | | |

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

- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | ! ! ! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | ! ! ! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | ! ! ! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | ! ! ! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | ! ! ! |

APPRENTISSAGE

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

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

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | ! ! ! |
| 15. 86 | ! ! ! |
| 16. 79 | ! ! ! |
| 17. 72 | ! ! ! |
| 18. 65 | ! ! ! |

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

RAPPEL

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

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

LANGAGE

- | | | |
|--|--------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | ! ! ! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | ! ! ! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | ! ! ! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | ! ! ! |
| 26. Pliez-la en deux. | ! ! ! |
| 27. et jetez-la par terre ». | ! ! ! |

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

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | ! ! ! |
|---------------------------------|-------|

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | ! ! ! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | ! ! ! |
|---|-------|



SCORE TOTAL (0 à 30) ! ! !

FERMEZ LES YEUX

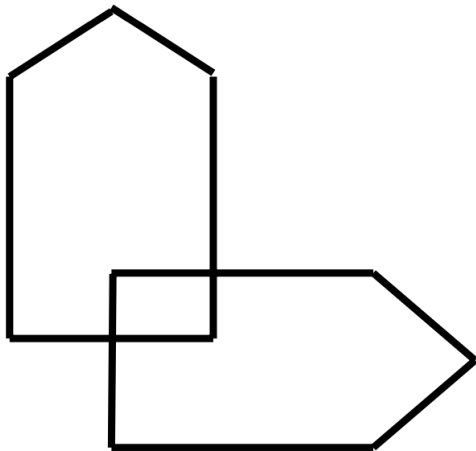
Phrase :

.....

.....

.....

Recopier le dessin :



Source : Mini mental state examination (MMSE) [Internet]. Disponible sur: <http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>

ANNEXE 8 : MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM :
Scolarité :
Sexe :

Date de naissance :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS		
				<input type="checkbox"/> Contour <input type="checkbox"/> Chiffres <input type="checkbox"/> Aiguilles		___/5		
DÉNOMINATION								
						___/3		
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.					Pas de point	
			VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	
		1 ^{er} essai						
		2 ^{ème} essai						
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					___/2	
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1	
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3	
		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt						
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					___/2	
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N ≥ 11 mots)					___/1	
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					___/2	
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES					Points pour rappel SANS INDICES seulement	
		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		
		[]	[]	[]	[]	[]		
Optionnel		Indice de catégorie Indice choix multiples						
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30		
Administré par : _____		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans						

Source : Z. Nasreddine. Montreal cognitive assessment (MOCA) [Internet]. Disponible sur: https://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-French_7_1.pdf

ANNEXE 9 : LES 5 MOTS DE DUBOIS

Liste des mots
Musée
Limonade
Sauterelle
Passoire
Camion

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Score total pondéré de l'épreuve des cinq mots de Dubois

► Indiquer le score des bonnes réponses rappelées spontanément et par indigage :

- rappel libre sans erreur : 2 points par mot
- rappel indicé : 1 point par mot
- rappel indicé échoué : 0 point par mot

► Noter les intrusions.

Mot (indice)	Rappel immédiat	Rappel différé	Intrusions
Limonade (boisson)			
Passoire (ustensile de cuisine)			
Camion (véhicule)			
Musée (bâtiment)			
Sauterelle (insecte)			
	Score : /10	Score : /10	
Score total pondéré (somme des scores du rappel immédiat + rappel différé) :			/20

Seuil diagnostique : 19-20 : déclin cognitif peu probable
≤ 18 : possibilité de déclin cognitif (une évaluation supplémentaire est nécessaire)

Attention : La présence d'un mot non restitué en rappel indicé ou d'une intrusion est considérée comme suspecte et le patient doit faire l'objet d'une investigation plus approfondie.

Source : L'épreuve des cinq mots de dubois [Internet]. Disponible sur:
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Epreuve_5mots_Dubois.pdf

ANNEXE 10 : LE TEST DE L'HORLOGE

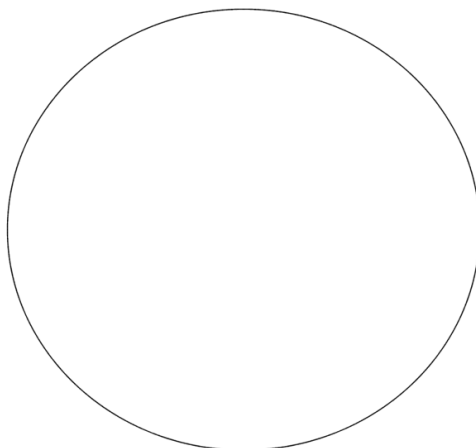
Consignes de passation :

« Imaginons que ce cercle représente le cadran d'une horloge (ou d'une montre)- Vous allez dessiner les chiffres représentant les heures dans ce cercle comme vous les verriez sur le cadran d'une horloge ».

Donnez au patient un crayon et une gomme et attendez qu'il inscrive les chiffres de 1 à 12.

Une fois terminé, mettez un point au centre du dessin et dites-lui :

«Ceci étant le centre du cadran, dessinez-moi les aiguilles de sorte à lire 11h10 ».

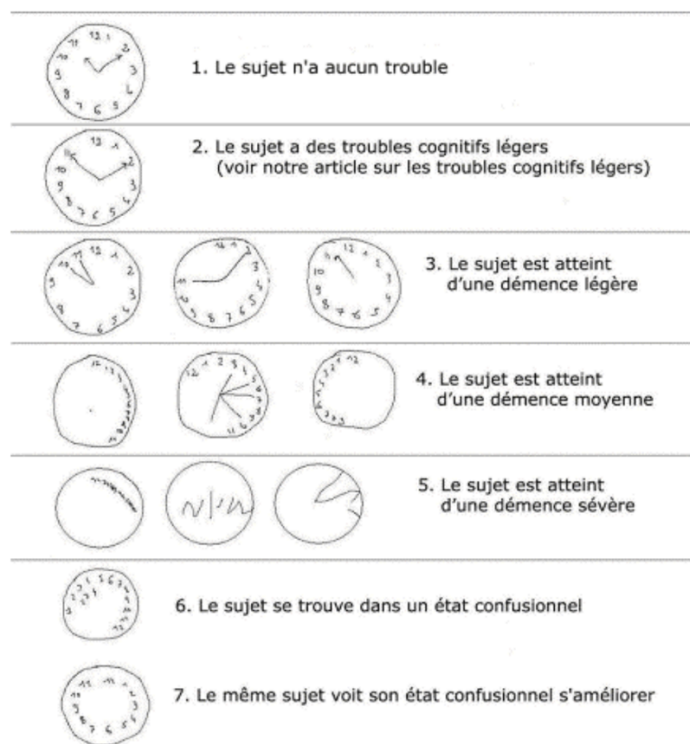


Source : http://fmc31200.free.fr/MG-liens/Neurologie/quatre_tests.pdf

Compter 1 point pour chacun des items réussis :

- Nombres présents
- Nombres dans le bon ordre
- Nombres en position correct
- Deux aiguilles présentes
- Heure indiquée
- Le nombre cible des minutes
- Proportions correctes des aiguilles

Exemple de tests :



Source : Réseau neuropsychologie limousin. Le test de l'horloge [Internet]. Disponible sur: http://fmc31200.free.fr/MG-liens/Neurologie/quatre_tests.pdf

ANNEXE 11 : LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Interprétation : Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal, un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

Source : Geriatric Depression Scale [Internet]. Disponible sur: <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/GDS-30-items.pdf>

ANNEXE 12 : LA MINI GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent		
1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non
Cotation : Question 1 : oui : 1, non : 0 Question 2 : oui : 1, non : 0 Question 3 : oui : 0, non : 1 Question 4 : oui : 1, non : 0		
Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.		

Source : Mini Geriatric Depression Scale [Internet]. Disponible sur: <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/Mini-GDS-ou-GDS-4-items.pdf>

ANNEXE 13 : LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE 15

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 – Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 – Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée * vaut un point.

<p>Score 0 à 5 : normal Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</p>
--

Source : Jérôme A. Yesavage, MD. Syllabus Gériatrique. IPSEN. American Geriatrics society. Société Française de Gériontologie. 2701713/02.99. p 412

ANNEXE 14 : MNA ET MNA-SF

Score de dépistage (sous-total maximum : 14 points) *

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit. A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (< 3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids

C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)²)
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Évaluation globale**

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui

H Prend-il plus de 3 médicaments ? 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas

K Consomme-t-il :
Une fois par jour au moins des produits laitiers ? ☐ oui ☐ non
Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? ☐ oui ☐ non
Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? ☐ oui ☐ non
0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1 = si 3 oui

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir :
0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de malnutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1 = aussi bonne 2 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm) : 0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1 = CB > 22

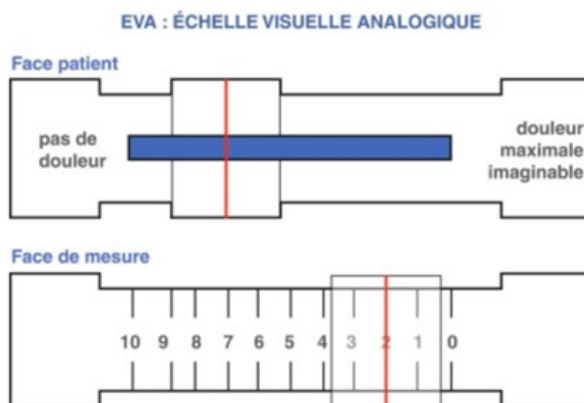
O Circonférence du mollet (CM en cm) ? : bien nourri (problèmes nutritionnels) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

*** MNA réduit = score de dépistage (6 premiers items de A à F)**
- passation 2 à 3 minutes
- normal si > 11
- si < 11 possibilité de dénutrition => faire le MNA complet

**** MNA complet = score de dépistage (de A à F) + évaluation globale (de G à O)**
- passation : 10 minutes
- MNA complet > 23,5 : pas de risque de dénutrition
- 17 < MNA complet < 23,5 : un risque nutritionnel existe
- MNA complet < 17 : mauvais état nutritionnel.

Source : Hamon Vilcot Brigitte, Bouillanne Olivier. Dénutrition des sujets âgés. La revue du praticien. 22 mai 2007;21(772/773):543-6.

ANNEXE 15 : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



Source : Collège national des enseignants de gériatrie. Le vieillissement humain. In: Gériatrie. Elsevier/Masson; 2018. (Référentiels des Collèges).

ANNEXE 16 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

0 : Pas de douleur
1 : Douleur faible
2 : Douleur modérée
3 : Douleur intense
4 : Douleur extrêmement intense

Source : Collège national des enseignants de gériatrie. Le vieillissement humain. In: Gériatrie. Elsevier/Masson; 2018. (Référentiels des Collèges).

ANNEXE 17 : ÉCHELLE DOLOPLUS

RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR				
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL				
8 • Communication	• inchangée	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3
SCORE				

COPYRIGHT

Source : Échelle DOLOPLUS [Internet]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf>

ANNEXE 18 : ECHELLE ALGOPLUS

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhhhhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Source : Échelle ALGOPLUS [Internet]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/pdf/algoplus-fr.pdf>

ANNEXE 19 : ECHELLE SF-12

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
☐ 1 Excellente ☐ 2 Très bonne ☐ 3 Bonne ☐ 4 Médiocre ☐ 5 Mauvaise
2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :
 - des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...) ?
☐ 1 Oui, beaucoup limité ☐ 2 Oui, un peu limité ☐ 3 Non, pas du tout limité
 - monter plusieurs étages par l'escalier ?
☐ 1 Oui, beaucoup limité ☐ 2 Oui, un peu limité ☐ 3 Non, pas du tout limité
3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :
 - avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
 - avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :
 - avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
 - avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?
☐ 1 Pas du tout ☐ 2 Un petit peu ☐ 3 Moyennement ☐ 4 Beaucoup ☐ 5 Enormément
6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.
 - y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
 - y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
 - y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?
☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais

Source : Société Nationale Française de Colo-proctologie. Questionnaire de qualité de vie SF-12 [Internet].
Disponible sur: <https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/Questionnaires-et-outils/SF12.pdf>

ANNEXE 20 : FICHE D'ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE A LA FONDATION MISERICORDE



Hôpital de jour Médecine Gériatrie

Tel : 02.31.38.50.82

Fax : 02.31.38.50.83

@ : drderlon-hdj.fond-misericorde@apicrypt.fr

Fiche d'admission

De la part du Dr :

Date de la demande :

PATIENT :

Nom :

Tel :

Nom de naissance :

Adresse :

Prénom :

Date de naissance :

AIDANT / Contact privilégié :

Nom / Prénom :

Tel :

MOTIF de la DEMANDE :

- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Troubles de l'humeur / du comportement
- ☐ Chute à répétition et/ou trouble de la marche
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Altération de l'état général

Quel intervenant faut-il prioriser parmi :

- ☐ Assistante sociale
- ☐ Diététicienne
- ☐ Kinésithérapeute

Commentaire :

ATCD / Allergies :

Traitement en cours :

Examens complémentaires réalisés récemment:

(Merci de joindre compte-rendu) :

Souhaitez vous que nous programmions un scanner cérébral?

☐ OUI ☐ NON

Délai d'intervention souhaité :

☐ Dès que possible ☐ Dans le mois ☐ Dans les 6 mois

Source : Fondation hospitalière de la Miséricorde à Caen [cité 30 nov 2021]. Disponible sur:
<https://www.fondation-misericorde.fr/wp-content/uploads/2016/09/admission-numerique-MISERICORDE.pdf>

ANNEXE 21 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTES ACTIVITES D'HDJ GERIATRIQUES EN FRANCE D'APRES LA LITTERATURE

		<i>HDJ Bordeaux Hôpital Haut L'évêque (2014)</i>	<i>HDJ du Mont D'Or (2013)</i>	<i>HDJ Charpennes Lyon Villeurbanne (2013)</i>	<i>HDJ Gradignan (2013 et 2017)</i>	<i>HDJ Bichat Claude Bernard Paris (2005)</i>
<i>Nombre de places par jour</i>		4	Diagnostic = 1 Réadaptation = 7	Diagnostic = 8 Réadaptation = 16	Diagnostic = 3 Réadaptation = 7	2
<i>Plateau technique</i>	<i>Laboratoire / radiologie</i>					
	<i>Scanner à proximité</i>					
<i>Représentation Moyenne en personnel</i>	Spécialiste (ETP)			Selon les besoins		
	Psychiatre (ETP)				0,2	
	Géiatre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Personnel non médical (ETP)	<i>Cadre infirmier</i>		0,5	0,01	
		<i>Infirmier</i>	1	1,5	2	2
		<i>Aide-soignant</i>	1	1	1,5	
		<i>Agent hôtelier</i>			0,02	
		<i>Neuro/psychologue</i>	0,5	1,1	1,3	1,4
		<i>Orthophoniste</i>	Selon les besoins	0,25	0,35	
		<i>Psychomotricien</i>		0,25	0,1	0,5
		<i>Ergothérapeute</i>		0,3	0,2	0,25
		<i>Kinésithérapeute</i>	Selon les besoins	0,5		
		<i>Diététicienne</i>	Selon les besoins	0,1		
		<i>Assistant social</i>		0,2	0,3	0,5
		<i>Secrétaire</i>	1	0,2	0,2	2
<i>Statistique d'activité</i>	Nombre de journées/an					184
	Nombre de journée/semaine	5/7			5/7	4/7
	Nombre de patients/an					
	Age moyen des patients		83	76	79	82,8
	Nombre de journée/patient/an					
	Prix d'une journée (euros)		321	349		

			HDJ CHU Dijon (2017)	HDJ Seclin Carvin Lille (2013)	HDJ Les Jardins Fleuris Brumath (2008)	HDJ CH Beauvais (2015 et 2017)	HDJ Clinique Miséricorde Caen (2019)
Nombre de places par jour			10	5		Diagnostic = 2 Réadaptation = 5	6
Plateau technique		Laboratoire / radiologie			Oui	Oui	Oui
		Scanner à proximité			Oui	Oui	Oui
Représentation Moyenne en personnel	Spécialiste (ETP)				A la demande	A la demande	0,1 neurologue
	Psychiatre (ETP)						0,1
	Gériatre		Oui		Oui	Oui	Oui
	Personnel non médical (ETP)	Cadre infirmier	1		0,15		0,2
		Infirmier	2,9		1	X	1
		Aide-soignant	1,5		1		1
		Agent hôtelier	1				
		Neuro/psychologue	1,9		1	X	0,8
		Orthophoniste					0,1
		Psychomotricien					
		Ergothérapeute	0,1		0,3		0,1
		Kinésithérapeute	0,5		0,5	X	0,2
		Diététicienne	0,5			X	0,3
		Assistant social	0,8		0,3	X	0,3
Secrétaire					1		
Statistique d'activité	Nombre de journées/an						236
	Nombre de journée/semaine		5/7	5/7			5/7
	Nombre de patients/an						1200
	Age moyen des patients		82,1				85,4
	Nombre de journées/patient/an						
	Prix d'une journée (euros)						

X = présent mais pas d'indication sur le temps d'activité

ANNEXE 22 : TYPES D'AIDE RETROUVE CHEZ LES SUJETS VIVANT A DOMICILE

TYPE D'AIDE (sans le groupe EHPAD)		EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
Aide humaine non professionnelle	<i>Non</i>	30	14
	<i>Conjoint</i>	52	25
	<i>Enfant</i>	110	52
	<i>Famille autre</i>	27	13
	<i>Ami</i>	9	4
	<i>Autre</i>	4	2
	<i>Inconnu</i>	8	4
Aide humaine professionnelle	<i>Non</i>	62	29
	<i>IDE</i>	57	27
	<i>AS</i>	41	19
	<i>Aide-ménagère</i>	99	47
	<i>Kinésithérapeute</i>	35	17
	<i>Orthophoniste</i>	4	2
	<i>SSIAD</i>	4	2
	<i>Inconnu</i>	8	4
Aide technique	<i>Non</i>	143	6
	<i>Télé alarme</i>	48	23
	<i>Portage des repas</i>	18	9
	<i>Inconnu</i>	9	4

ANNEXE 23 : TYPES DE TRAITEMENTS HABITUELS A L'ENTREE

	EFFECTIFS (N)	POURCENTAGE (%)
<i>Traitements antihypertenseurs</i>	214	76,7
<i>Antiagrégants plaquettaires et anticoagulants</i>	154	55,2
<i>Anti-arythmiques</i>	29	10,4
<i>Dérivés nitrés</i>	16	5,7
<i>Hypolipémiants</i>	86	30,8
<i>Antidiabétiques</i>	39	14,0
<i>Bronchodilatateurs / corticoïdes inhalés</i>	35	12,5
<i>Antalgiques</i>	153	54,8
<i>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</i>	7	2,5
<i>Corticoïdes per os</i>	129	46,2
<i>Traitements de l'ostéoporose</i>	7	2,5
<i>Sphère digestive</i>	157	56,3
<i>Sphère uro-génitale</i>	38	13,6
<i>Traitements à visée thyroïdienne</i>	54	19,4
<i>Traitements à visée cognitive</i>	9	3,2
<i>Psychotropes</i>	146	52,3
<i>Anti-comitiaux</i>	15	5,4
<i>Anti-parkinsoniens</i>	6	2,2
<i>Autres</i>	131	47,0

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : PERTHUIS Florine

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : ACTIVITE ET PERTINENCE DE L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE DE LA CLINIQUE MISERICORDE DE CAEN : ETUDE RETROSPECTIVE DU 01 JANVIER AU 30 JUIN 2019.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les enjeux économiques du vieillissement ont fait émerger l'essor des HDJ gériatrique. Nous retrouvons dans la littérature peu d'écrits les décrivant.

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer la pertinence de notre HDJ secondairement nous avons décrit sa population et son activité entre le 1 janvier et le 30 juin 2019.

Méthode : Nous nous sommes inspirés de l'APHJPA et de son étude pilote basée sur les critères de l'« Appropriateness Evaluation Protocol » pour évaluer la pertinence de nos dossiers. Puis nous avons réalisé une étude qualitative rétrospective sur ces mêmes dossiers pour décrire notre population d'étude.

Résultats : Avec 95,7% de dossiers validés notre unité est jugée pertinente dans son réseau de soins. Notre population se compose majoritairement de femmes veuves à domicile adressées par leur généraliste pour troubles cognitifs. L'activité du service répond aux critères de la circulaire de 2007.

Discussion : Les unités semblent avoir choisi un fonctionnement semblable afin d'être un recours à la médecine de ville pour une population en perte d'autonomie. Lorsqu'il s'agit d'évaluer leur efficacité aucun protocole n'est établi. Notre activité semble pertinente dans son réseau de soins tout comme peut l'être celle des autres structures ayant pourtant choisi une évaluation différente. Ce manque d'harmonisation est un frein pour apporter une preuve puissante de leur importance.

Conclusion : L'HDJ gériatrique est un maillon principal de sa filière puisqu'il est au croisement entre la ville et l'hôpital. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en créant un score reproductible pour l'évaluer et le promouvoir.

MOTS-CLÉS : hôpital de jour, gériatrie, activité, pertinence.

THESIS TITLE: ACTIVITY AND RELEVANCE OF THE MISERICORDE CLINIC's GERIATRIC DAY HOSPITAL IN CAEN: RETROSPECTIVE STUDY FROM THE 1st OF JANUARY TO THE 30th OF JUNE 2019.

ABSTRACT:

Introduction : The consecutive economic stakes of the ageing have led to the emergence of geriatric day hospital. We found in the literature few articles describing them.

Objectives : The main purpose is to assess the relevance of this type of unit. Then we describe our study population from the 1st of January to the 30th of June 2019.

Method : The assessment of relevance of the unit's medical records was inspired by the APHJPA's pilot study based on the Appropriateness Evaluation Protocol's requirements. Then, a retrospective quality review of the medical records was conducted to describe the population.

Results : With 95,7% of cases validated our unit seems to be relevant in its care network. Our population includes widowed women living at home and addressed by their GP for cognitive impairment. Activity of our unit responds to the 2007's criteria.

Discussion : Despite the lack of data it seems that geriatric units all chose a similar management in order to be a solution for an ageing population. There is no established protocol to assess their efficiency. Our geriatric day hospital is managed and appeared to be relevant in its care network as could be the other units even if they have chosen a different methodology. This lack of harmonisation is an obstacle to prove how important day hospitals could be.

Conclusion : Geriatric day hospital, at the crossroad between general medicine and hospitalisation, is a major link of the geriatric sector. It would be interesting to continue this work by creating a reproducible score to evaluate and promote it.

KEY WORDS: day hospital, geriatrics, activity, relevance.