



EHESP

Elève Directeur d'hôpital

Promotion : **2010-2012**

Date du Jury : **Novembre 2011**

**La prise en charge des personnes
âgées dans les services non-
gériatriques du CHU de Grenoble**

Maud FERRIER

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord au Dr Gavazzi et au Dr Guillem pour m'avoir fait partager leur enthousiasme sur la problématique de l'oncogériatrie. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec eux lors de ce premier mois de stage

Je remercie chaleureusement mon maître de stage, Mme Sabbah-Guillaume, ainsi que mon référent mémoire, M. Campéon, pour leur soutien et leurs conseils tout au long de ce mémoire

Merci aux médecins, cadres de santé, infirmières, diététiciennes, assistantes sociales et directeur des soins qui ont accepté de partager leur expérience lors d'entretiens toujours enrichissants : Mme Mousseau, Mme Lanièce, Mme Bouillet, Mme Debaty, Mme Ferley, Mme Biguenet, Mme Bonnet, Mme Riethmuller, Mme Dionnet, Mme Gronnier, Mme Stempfle, Mme Zimmerman.

Un grand merci à l'équipe de direction qui m'a accueillie et guidée pendant ces 9 mois de stage, et plus particulièrement à Mme Passavant, M. Trapeaux et Mme Decq.

Je remercie enfin Mme Baratier pour ses conseils avisés.

Sommaire

Introduction	4
1 Le vieillissement démographique, un phénomène massif nécessitant de la part des hôpitaux français une transformation des prises en charge et des organisations	8
1.1 Un recrutement hospitalier bouleversé par les caractéristiques de recours au soin des personnes âgées	8
1.2 Une population polypathologique et fragile aux besoins spécifiques.....	14
1.3 Une prise de conscience nationale et locale des enjeux hospitaliers liés à l'accueil du patient âgé	17
2 Des questions organisationnelles et soignantes dont les réponses restent encore à définir, dans l'intérêt du patient et de l'institution.....	20
2.1 Des entrées non programmées en direction des urgences qui pèsent sur le fonctionnement de l'hôpital et compromettent la qualité de la prise en charge	21
2.2 Des hospitalisations souvent associées à des durées de séjour trop longues....	27
2.3 Les patients âgés du CHU de Grenoble bénéficient-ils d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée ?.....	35
2.4 La qualité des soins : des prises en charge à la hauteur des enjeux ?.....	42
3 Quelles solutions pour un parcours de soins court, ciblé, coordonné et en adéquation avec les besoins des patients âgés ?	46
3.1 Organiser les entrées non-programmées des personnes âgées et faciliter l'orientation vers le bon service	47
3.2 Améliorer la sortie du patient	53
3.3 Développer des outils et des occasions de rencontre entre professionnels au bénéfice de parcours de soins complets et fluides	55
3.4 Valoriser les bonnes pratiques gériatriques dans les services de spécialité.....	57

Conclusion	59
Bibliographie	I
Liste des annexes	II

Liste des sigles utilisés

ALD : Affections Longues Durées

ARC : Attaché de Recherche Clinique

ASIP : Agence des Systèmes d'Information de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMA : Complications et Morbidité Associée

CVT : (Pôle) Cardiovasculaire et Thoracique

DIM : Département de l'Information Médicale

DMS : Durée Médicale de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

GHM : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HDJ : Hospitalisation De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INCA : Institut National du Cancer

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PCMAC : Pôle Pluridisciplinaire de Médecine Aiguë Communautaire

PPM : Pôle Pluridisciplinaire de Médecine

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RUM : Résumé d'Unité Médicale

RRC : Réseau Régional de Cancérologie

RSS : Résumé de Sortie Standardisée

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et Rééducation

T2A : Tarification A l'Activité

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

ZES : Zone d'Examens et de Soins

ZSP : Zone de Soins de Proximité

Introduction

La publication en avril 2011 d'un appel à projet de l'Institut National du Cancer (INCA) pour la création d'une Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) témoigne de l'intérêt croissant des pouvoirs publics pour la prise en charge des patients âgés, qu'ils soient accueillis en gériatrie ou dans d'autres services. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble a souhaité répondre à ce projet qui visait à rendre accessible à l'ensemble des personnes âgées atteintes d'un cancer sur un territoire donné une prise en charge pluridisciplinaire (oncologie / gériatrie) adaptée aux besoins spécifiques de ces patients. Le projet comprenait également un ambitieux volet formation et recherche, destiné à ancrer la culture gériatrique dans les pratiques et dans l'innovation hospitalière. C'est à ce projet que j'ai participé au cours de mon stage, des réflexions préparatoires sur le cahier des charges, à la rédaction finale du projet. A cette occasion, il m'est apparu que le thème de la prise en charge des personnes âgées dans les services non-gériatriques se trouvait à la jonction de nombreux enjeux stratégiques du CHU - projet d'établissement 2011-2015, schéma régional d'organisation des soins (SROS), plan régional de santé (PRS) - et rencontrait des préoccupations de santé publique dont l'impact sur les hôpitaux allait être croissant au cours des années futures.

De par leur spécialisation, on a longtemps considéré que les services de gériatrie ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposaient du monopole de la réflexion quant à la prise en charge des personnes âgées. Toutefois, par le truchement du vieillissement démographique et le développement relativement limité des services gériatriques, tous les services de spécialité sont aujourd'hui concernés par l'accueil de personnes âgées polypathologiques et fragiles. En 2010, sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du CHU de Grenoble, 21 319 séjours soient 16,93% du total avaient été réalisés par des patients âgés de 75 ans et plus¹. Quant aux personnes de 85 ans et plus, elles représentent 4,4% du total des patients. Seuls 2089 de ces séjours de personnes âgées ont été réalisés dans les services de gériatrie, soit 9,79%. Plus de 9/10ème de la prise en charge des personnes âgées est donc le fait des services de spécialité ou d'urgences. .

¹ Calcul sous forme de RUM, c'est-à-dire Résumé d'Unité Médicale, qui code les informations administratives et médicales du patient.

Or, la prise en charge de ces patients pose des questions spécifiques auxquelles l'institution peine encore à répondre : patients âgés de plus en plus nombreux aux urgences, forte durée moyenne de séjour (DMS), spécificités diagnostiques et thérapeutiques, ...

Quelles sont et seront dans les années à venir les conséquences médicales, soignantes, organisationnelles et financières du vieillissement démographique sur le CHU de Grenoble ? Quelles sont les solutions apportées aujourd'hui à un défi auxquels les services sont d'ores et déjà confrontés ? Des besoins d'amélioration sont-ils identifiés par les services ? Comment répondre à ces besoins de manière durable, dans l'intérêt du patient, des équipes ainsi que de l'institution hospitalière ? Voici quelques questions auxquelles ce travail a essayé d'apporter un éclairage. En effet, les professionnels de santé du CHU de Grenoble sont souvent conscients que l'hôpital public n'offre pas toujours la meilleure prise en charge possible aux personnes âgées et que ces lacunes ont des effets désorganisateur sur le système hospitalier ainsi que sur les équipes. Des améliorations doivent être apportées, au bénéfice des personnes âgées en premier lieu, mais également de l'institution.

Pour faire face au défi du vieillissement, l'hôpital public ne peut se passer de collaborations poussées entre professionnels, de sorte d'assurer la cohérence des filières de soins et des prises en charge. En effet, de part l'intrication de pathologies relevant de spécialités diverses, du risque de dépendance associé à leur hospitalisation, de leur passage successif aux différentes étapes de l'offre de soins hospitalière et extra-hospitalière, la prise en charge du sujet âgé est nécessairement globale et protéiforme.

C'est donc à la pluridisciplinarité et à l'interdisciplinarité que l'hôpital doit travailler : collaboration entre professionnels de métiers et de spécialités différentes, polyvalence et adaptation des compétences et des structures, ... Toutefois, ce besoin de prise en charge polyvalente peut sembler complexe à mettre en œuvre dans des hôpitaux qui abandonnent progressivement leur polyvalence au profit d'une spécialisation croissante des services. C'est à plus forte raison le cas d'un CHU dans lequel les soins de recours constituent à la fois une part importante des moyens humains et financiers déployés et une forte motivation pour les équipes.

Cette approche populationnelle a l'intérêt d'interroger des domaines d'activité (soin médical et paramédical, stratégie, formation, systèmes d'information, finances) qui doivent s'imbriquer afin d'assurer la réussite de l'accueil à l'hôpital. Il s'agissait néanmoins de tracer les limites d'un sujet dont il n'était pas envisageable d'épuiser le contenu dans ce mémoire :

- Si les statistiques apportées à l'appui de cette étude se réfèrent le plus souvent aux personnes âgées de 75 ans et plus, la réalité abordée lors des entretiens concerne avant tout des patients plus âgés, polypathologiques, fragiles et parfois dépendants. Ce sont ces personnes qui posent de véritables questions médicales, soignantes, organisationnelles et qui constituent donc le cœur de ce travail.
- Dans les services de soins hors urgence, le travail a été orienté en priorité vers les services d'hospitalisation complète, ce qui constitue un choix méthodologique en cohérence avec le fort taux d'hospitalisation que connaissent ces patients.
- Si ce travail n'a pas vocation à intégrer l'ensemble de la filière gériatrique, il ne pouvait pas faire l'impasse sur l'environnement extra-hospitalier du CHU de Grenoble - coordination gérontologique, médecin généralistes, EHPAD – qui constituent bien souvent à la fois l'origine et la solution des problèmes auxquels l'établissement peut être confronté.
- Les pôles qui ont été choisis pour cette étude sont ceux pour lesquels la population âgée représente le pourcentage le plus important : urgences (35,78%), pôle cardiovasculaire-thoracique (30,44%), pôle de médecine aiguë communautaire (16,58%) et Pôle pluridisciplinaire de médecine (49,22%). Dans ces pôles ont été ciblées certaines cliniques en particulier², l'objectif étant d'obtenir un panel varié de services d'urgence, de médecine à tendance programmée ou non programmée et de chirurgie. (annexe 2)

Cette réflexion a débuté grâce au dossier déposé par le CHU de Grenoble pour la création d'une Unité de Coordination en Oncogériatrie sur le sillon Alpin. Elle a mûri par la constitution d'une riche bibliographie et le recueil de statistiques internes qui donnent ses bases théoriques à ce mémoire. Des entretiens ont été ensuite menés avec les cadres de santé, médecins, infirmiers des services concernés tout comme des acteurs menant une

² - Urgences médicales

- Dans le pôle pluridisciplinaire de médecine (PPM) : clinique de médecine interne, clinique de médecine vasculaire

- Dans le pôle de médecine aiguë et communautaire (PCMAC) : clinique d'oncologie

- Dans le pôle cardiologie vasculaire et thoracique : clinique de chirurgie cardiaque, clinique de chirurgie vasculaire et thoracique, clinique de cardiologie.

action transversale, de sorte d'enrichir le mémoire avec les expériences et témoignages réels de ceux qui accompagnent au quotidien les personnes âgées.

Dans une première partie, nous montrerons que le vieillissement démographique, par la spécificité des besoins de prises en charge des personnes âgées et la particularité de leur hospitalisation, constitue un véritable défi organisationnel, médical et soignant pour l'hôpital public. Dans un second temps, nous verrons quelles sont les difficultés auxquelles le CHU de Grenoble est aujourd'hui confronté : entrées non-programmées, durées de séjour plus longues que la moyenne, coopérations encore lacunaires entre les acteurs de soins, qualité des soins à développer. Ce constat invitera dans une troisième partie à s'interroger sur les réponses envisageables pour faire face à cette évolution démographique marquante.

1 Le vieillissement démographique, un phénomène massif nécessitant de la part des hôpitaux français une transformation des prises en charge et des organisations

Enjeu fortement identifié par les pouvoirs publics, la prise en charge hospitalière des personnes âgées est caractérisée par des spécificités organisationnelles et médicales dont il appartient au CHU de Grenoble de prendre conscience afin d'adapter la stratégie de l'établissement.

1.1 Un recrutement hospitalier bouleversé par les caractéristiques du recours au soin des personnes âgées

1.1.1 Le vieillissement de la population iséroise : un phénomène marqué mais plus mesuré que la moyenne française

Principalement sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie - 78,1 an pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes en 2010³ - la France est aujourd'hui confrontée à un fort vieillissement démographique qui est destiné à se renforcer dans les décennies à venir. Si les personnes âgées de 75 ans et plus représentent aujourd'hui 9% de la population, elles seront 10,9% en 2025 et 16,2% en 2060 (annexe 3).

Ce même phénomène de vieillissement démographique concerne le département de l'Isère et la zone de soins de proximité (ZSP) de Grenoble (n°13). Cette ZSP, qui constitue avec la ZSP de Voiron (n°14) et de la Mure (n°27) l'un des 13 bassins hospitaliers de la région Rhône-Alpes a vu le nombre de personnes âgées prises en charge s'accroître en quelques années. La Zone de soins de proximité de Grenoble passerait ainsi de 6,03% de plus de 75 ans en 1999 à 10,19% en 2014 (annexe 4), augmentant de 24000 les personnes de 75 ans et plus sur ce périmètre géographique⁴.

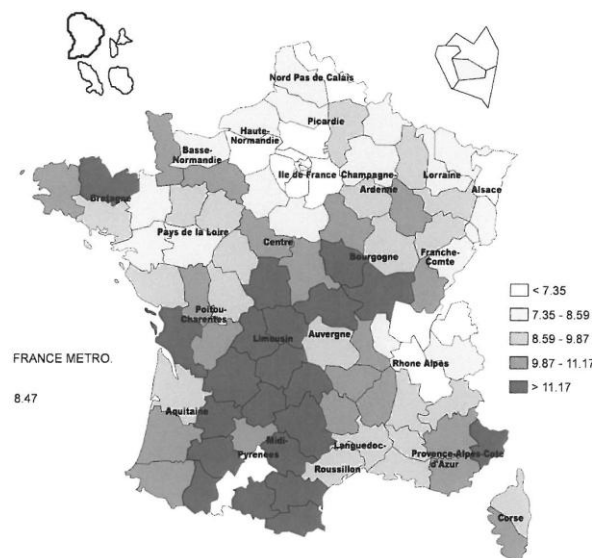
Toutefois, le vieillissement démographique isérois reste moins marqué que les tendances nationales : selon l'INSEE, la part de personnes âgées de 75 ans et plus était

³ <http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&nivgeo=0&type=2>

⁴ Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015, DIM, 52 p

en 2007 de 7,1% en Isère, 7,9% en Rhône-Alpes, contre 8,5% en France, caractéristique qui peut être mise en parallèle avec le solde naturel fortement positif de l'Isère⁵.

Importance des personnes âgées de 75 ans et plus au 01/01/2007 en % pop totale



Les conséquences de ce vieillissement démographique sur l'hôpital français n'existent pourtant que dans la mesure où le profil de recours au soin des personnes âgées est très spécifique.

1.1.2 Fort recours aux soins des personnes âgées et longues durées de séjours : des admissions au profil spécifique

A) Des personnes âgées plus consommatrices de soins et des entrées et séjours hospitaliers en forte hausse

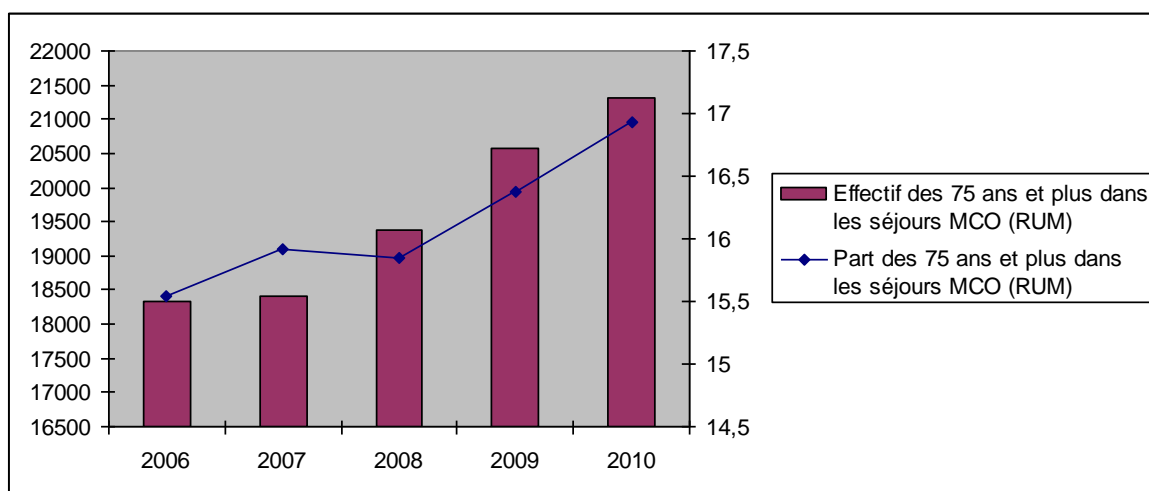
Les personnes âgées sont caractérisées par une plus forte consommation en soins que le reste de la population, consommation qui augmente de manière

⁵ en 2007, le taux de natalité était de 13,3 pour 1000 habitants et le taux de mortalité de 6,7 pour 1000 habitants. FRANCOIS P. et BAL G. *Données démographiques et sanitaires, département de l'Isère, bassin hospitalier de Grenoble, rapport 2010*, 16 p.

proportionnelle avec l'âge : la dépense totale de soins par habitant est de 1000 € à 25 ans, de 5000 € à 75 ans, et atteint son maximum entre 90 et 94 ans avec presque 8000 €⁶. Ce phénomène de surconsommation a même tendance à s'accroître puisque les dépenses individuelles de ces classes d'âge augmentent plus vite que celles du reste de la population française.

Cette consommation de soins des personnes âgées se tourne essentiellement vers l'hôpital : l'augmentation des dépenses hospitalières est nettement plus forte que celle des soins de ville. En effet, les personnes âgées sont surreprésentées parmi les patients hospitalisés (annexe 5) : elles ne constituent que 9% de la population française mais 15% des personnes hospitalisées. Le taux d'hospitalisation en MCO, hospitalisation à domicile (HAD) ou soins de suite et rééducation (SSR) est de 20% pour la classe d'âge 60-64 ans en 2008 mais de 35% à partir de 75 ans, tendance qui s'accroît parallèlement à l'âge⁷.

Cette tendance est déjà celle du CHU de Grenoble : les 75 ans et plus représentent d'ores et déjà 16,93 % des résumés d'unité médicale (RUM) en 2010, contre 15,55% en 2006.



Cette augmentation concerne en premier lieu certaines disciplines, l'évolution en entrées allant de +6,2% pour le pôle anesthésie réanimation à +16,1% pour le pôle pluridisciplinaire de médecine (annexe 6).

⁶ 22 avril 2010, Vieillesse, longévité et Assurance Maladie. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

⁷ Op. cit.

B) Un recours à l'hôpital aux causes diverses

Selon le HCAAM, cette accélération des dépenses n'est pas liée à l'importance des soins avant le décès, ni à une concentration des dépenses sur un petit nombre de patients âgés.

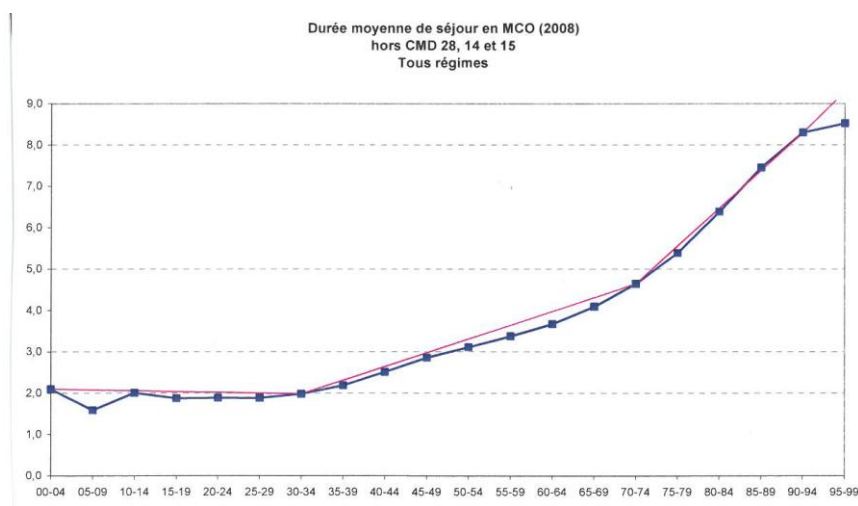
Plutôt que l'âge qui n'est pas nécessairement associé à des dépenses importantes, c'est la multiplication des maladies à partir de 50 ans puis la survenue de la fragilité du sujet âgé qui ont pour conséquence un plus grand nombre d'hospitalisations et une plus forte intensité de soins. Par exemple, les affections longues durées (ALD) et maladies chroniques sont très fréquentes avec une prévalence de 85% des personnes âgées atteintes⁸. S'ajoute également la multiplication des pathologies : ainsi à 60 ans, les personnes déclarent environ 4 maladies, contre 6 à 80 ans (annexes 7 et 8). De plus, l'hospitalisation de ces patients est couramment associée avec des situations graves, et notamment un grand nombre de complications et morbidités associées (CMA) et de forts niveaux de sévérité. Ainsi, dans les établissements publics, on recense 1,20 CMA pour la classe d'âge 75-79 ans et 1,70 pour les plus de 80 ans.

C) Une population à la plus forte durée moyenne de séjours

La population âgée est caractérisée non seulement par un fort recours aux soins hospitaliers mais encore par une forte durée moyenne de séjour (DMS) qui pose problème alors que les hôpitaux s'orientent aujourd'hui vers une logique de réduction de la DMS. En moyenne, les DMS sont de 5,3 jours à partir de 75 ans et atteignent 8 jours à 90 ans⁹.

⁸ 22 avril 2010, Vieillesse, longévité et Assurance Maladie. Op. Cit.

⁹ 22 avril 2010, Vieillesse, longévité et Assurance Maladie. Op. Cit.



Source : PMSI DHOS, ATIH

Champ : population générale, hospitalisations en MCO tous établissements hors CMD 28, 14 et 15

Les séjours sans nuitée sont comptés comme 0,5 jour.

Mode de lecture : la durée de séjour est de 2,0 jours pour les personnes âgées de 25 à 29 ans.

Au CHU de Grenoble, on remarque sur les évolutions anticipées 2006-2014 dues aux transformations démographiques des augmentations plus fortes en nombre de journées supplémentaires (+20,5%) qu'en termes de séjours supplémentaires (+15,1%). Ce phénomène est lié au fait que les Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui vont croître le plus sont ceux qui concernent les personnes âgées dont les hospitalisations sont associées à des DMS plus longues¹⁰.

1.1.3 L'hôpital public face à une prise en compte encore inadéquate du vieillissement par la T2A

Il existe dans la tarification à l'activité (T2A) plusieurs moyens de prendre en compte le vieillissement du patient et la lourdeur de la prise en charge qui peut en découler.

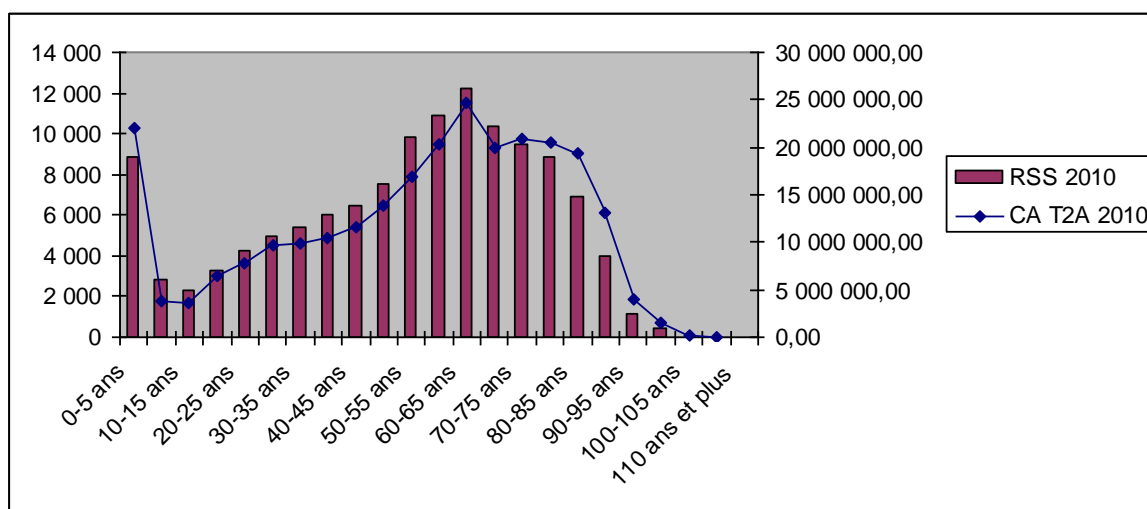
- Le codage des complications ou morbidités associées (CMA) par le médecin permet de prendre en compte la gravité du cas et de renforcer la rémunération des GHM. En effet, selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA ». On ne peut toutefois prendre en compte qu'une CMA par patient. Plusieurs CMA sont souvent associées aux personnes âgées : troubles nutritionnels, démences, ..

¹⁰

Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015, DIM, 52 p.

- Il existe pour certains GHM deux limites d'âge (69 et 79 ans) susceptibles d'accroître le niveau de sévérité, et permettant de prendre en compte des affections du sujet âgé qui prises séparément ne correspondent pas au critère CMA, mais dont le cumul a un effet assez proche.

Le schéma ci-dessous montre que la valorisation des RSS augmente avec l'âge. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) soulignait en effet que le montant moyen des dépenses par résumé de sortie standardisé (RSA) est 1,5 fois plus élevé que pour les 20-59 ans à partir de 75 ans, et deux fois plus élevé à partir de 85 ans.



Toutefois, il faut mesurer cette analyse : en effet, les RSS présentés ci-dessus ne disent rien des durées de séjour ou de la densité de soins. Selon le HCAAM, il semble que la hausse des recettes hospitalières soit légèrement inférieure à celle des journées effectuées par les personnes âgées, justifiant en partie la crainte que l'accueil des personnes âgées ne soit pas rentable pour l'hôpital et source de pertes financières. De plus, il n'existe pas nécessairement d'adéquation entre recettes T2A et offre de soins mobilisée pour le prise en charge des personnes âgées, notamment quand des services de médecine aiguë sont utilisés pour l'hospitalisation de patients aux problématiques sociales prédominantes. Face aux contraintes budgétaires auxquelles l'hôpital public est aujourd'hui confronté ainsi qu'à la part croissante que représentent les séjours de ces patients (annexe 9), installer la personne âgée dans le bon service et dans le bon lit est une impérieuse nécessité.

1.2 Une population polypathologique et fragile aux besoins spécifiques

1.2.1 Un patient souvent polypathologique

Qu'est ce que la polypathologie ?

On distingue classiquement deux types de patients âgés, correspondant chacun à des enjeux différents et donc des réponses diagnostiques et thérapeutiques distinctes :

Les patients âgés monopathologiques hospitalisés pour une « pathologie d'organe dominante facilement identifiable ». Ils sont hospitalisés de préférence dans les services de court séjour relevant de la spécialité dont relève leur pathologie.

Les patients âgés polypathologiques se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques. « Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité »¹¹.

Si les personnels médicaux et soignants sont aujourd'hui confrontés à des situations diagnostiques et thérapeutiques complexes, c'est aussi car les démences font partie des maladies auxquelles les équipes sont confrontées quotidiennement¹² : En effet, environ 860 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. La prévalence à partir de 75 ans est selon l'étude PAQUID de 13,2% chez les hommes et 20,5% chez les femmes, et peut atteindre 25% de sujets atteints à partir de 85 ans. Si la tendance actuelle ne ralentit pas (225 000 nouveaux cas par an en France), on devrait compter 1 200 000 cas en 2020 et 2 100 000 cas en 2040¹³.

1.2.2 Un patient fragile et souvent dépendant

Toutefois, la polypathologie seule n'est pas nécessairement source de difficultés : quand il s'agit du problème unique, le patient n'est alors « qu'un malade ». C'est l'apparition d'un syndrome de fragilité, particulièrement vers 80-85 ans, qui vient aggraver

¹¹ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie*, avril 2006, 54p.

¹² Perte de mémoire, trouble du langage, troubles du raisonnement et du jugement, stress, modification radicale du comportement.

¹³ <http://www.francealzheimer.org/pages/combattre-alzheimer/info-rechercheprevalence.php>

la polyopathie, renforce le besoin de soins et aggrave les difficultés diagnostiques et thérapeutiques auxquelles font face les médecins. C'est cette fragilité du sujet âgé polyopathologique qui fait la spécificité de la gériatrie.

Qu'est-ce que la fragilité ?

Il s'agit d'un « état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle existante. L'incapacité du sujet n'est pas installée mais peut survenir à l'occasion d'événements extérieurs minimes ». A partir de facteurs favorisants, comme l'absence d'exercice, une alimentation inadaptée, des modifications hormonales ou des médicaments, peuvent survenir certains symptômes (fatigabilité, asthénie, déshydratation, amaigrissement, troubles de la marche) qui vont provoquer syndromes confusionnels, chutes, escarres ou encore incontinence. Les conséquences sont alors lourdes sur l'état de santé de la personne. Le syndrome de fragilité concernerait environ 10 à 20% des personnes de plus de 65 ans, et 46% des personnes de plus de 85 ans¹⁴.

L'hospitalisation - et notamment le changement d'alimentation, la position couchée ou encore les médicaments prescrits – peut aggraver la polyopathie. L'effet pervers de l'hospitalisation existe également chez le sujet monopathologique relevant habituellement d'un service de spécialité : l'hospitalisation est alors le déclencheur d'une décompensation par l'intermédiaire d'un phénomène de cascade « au cours duquel une pathologie aiguë entraîne des décompensations organiques en série »¹⁵ et une aggravation de plus en plus marquée de l'état de la personne qui peut mener à la dépendance.

Qu'est ce que la dépendance ?

Dans la définition retenue par la loi du 24 janvier 1997, la dépendance se dit de "l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ". Il y aurait 800 000 personnes dépendantes aujourd'hui, 1 200 000 en 2040¹⁶.

Par l'intermédiaire du syndrome de fragilité, la dépendance peut être aggravée ou créée au décours d'une hospitalisation. C'est donc un enjeu de la prise en charge des patients âgés que de détecter rapidement la fragilité et limiter les risques de perte d'autonomie qui en découleraient. Cette problématique concerne maintenant tous les

¹⁴ TRIVALLE C., mai/juin 2000, « le syndrome de fragilité des sujets âgés », *Gériatries*, n°20, p.11-13.

¹⁵ dégradation de la fonction cérébrale corticale et sous-corticale, fonction cardiaque, fonction rénale et fonction d'alimentation

¹⁶ DUEE (Michel) et REBILLARD (Cyril), 2006, « la dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 ». *Données sociales, la Société française*, INSEE.

services, y compris la chirurgie, puisque les progrès de la technique permettent de réaliser des opérations de plus en plus tardives.

1.2.3 Un patient aux problématiques sociales aiguës

Les soignants parlent de manière unanime des problèmes sociaux spécifiques qui accompagnent souvent l'hospitalisation d'une personne âgée. Car pour éviter une hospitalisation ou la raccourcir, encore faut-il que la personne puisse trouver des relais familiaux ou institutionnels. Face à la lourdeur des pathologies, à la dépendance et aux démences qui peuvent se cumuler avec l'âge, la vie quotidienne à domicile est souvent rendue très difficile.

Les intervenants du CHU de Grenoble constatent que les familles restent très présentes auprès de leurs ascendants, malgré l'éloignement géographique ou le développement du travail féminin. Cette implication va parfois jusqu'à l'épuisement de l'aidant, phénomène qui est d'autant plus vif que l'aidé est parfois âgé de 90 ans ou plus¹⁷ ses propres enfants ayant alors 60-70 ans et pouvant alors avoir ses propres problèmes de santé. C'est pourquoi la prise en charge familiale est particulièrement fragile. De nombreux paramètres sont à identifier : possibilité d'effectuer des déplacements, alimentation et réalisation des repas, toilette par la personne ou par un assistant, conditions de la poursuite du traitement médicamenteux, famille ou proches prévenus et capables d'assurer le retour de la personne.

1.2.4 Un patient nécessitant des prises en charge médicales et soignantes adaptées

Au niveau médical, l'intrication des pathologies et des syndromes de fragilité peuvent rendre complexe les choix diagnostiques et thérapeutiques. On peut prendre l'exemple de la prescription médicamenteuse¹⁸. Face à la très forte consommation de médicaments par les patients âgés¹⁹, le prescripteur doit veiller à certains risques : la

¹⁷ Il y a aujourd'hui en France 15000 centenaires, soient 0,02% de la population française. Ils pourraient être 200 000 en 2060, soit 0,3% de la population.

¹⁸ DELPIERRE S. et LEGRAIN S, 2005, « Les médicaments du sujet âgé et les risques avec l'anesthésie », JEPU 2005, p.323-331

¹⁹ Les patient de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus

iatrogénie, le mauvais usage des médicaments, la sous-prescription c'est-à-dire l'absence de mise en place d'un traitement même si le médicament a prouvé son efficacité chez la personne âgée et la sur-utilisation de médicaments n'ayant pas de service médical rendu suffisant. Ces spécificités qui concernent pleinement la pratique de l'anesthésie peuvent constituer un facteur de morbi-mortalité périopératoire.

Les problématiques soignantes sont elles aussi aiguës : escarres, pertes fonctionnelles, dénutrition. Ce dernier cas est fréquent est particulièrement problématique puisque la dénutrition protéino-énergétique « entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités ». La dénutrition toucherait 10% des personnes âgées vivant à domicile et de 30 à 70% des sujets hospitalisés. Facteur de risque, l'hôpital doit pouvoir identifier les facteurs de risque liés à l'âge²⁰, notamment par un dépistage systématique des troubles nutritionnels à chaque hospitalisation et notamment la mesure du poids.

Face à ces difficultés, la prise en charge des personnes âgées appelle la diffusion d'une véritable culture gériatrique, permettant l'acquisition d'un socle solide de connaissances par les spécialités. Les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou l'INCA sont d'ailleurs nombreuses.

1.3 Une prise de conscience nationale et locale des enjeux hospitaliers liés à l'accueil du patient âgé

1.3.1 Une promotion de plus en plus affirmée de la filière gériatrique par les pouvoirs publics

Au début des années 2000, le vieillissement démographique et l'indispensable adaptation de l'offre de soins sont identifiés par la circulaire du 18 mars 2002 qui défend l'organisation d'une filière gériatrique²¹, c'est-à-dire « l'accès à des soins de proximité, le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique, l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. A tous ces

²⁰ Facteurs psycho-sociaux-environnementaux, troubles bucco-dentaires et de la déglutition, troubles psychiatriques et démences, ...

²¹ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de la filière ». Mais c'est à partir de 2003 et de la canicule qui fera 11 435 morts du 1^{er} au 15 août que les plans de santé publique se multiplient et posent la question de l'accueil des patients âgés dans les services non-gériatriques : le Plan Urgences en 2007²² consacre par exemple un volet important à leur accueil.

En 2007 est publiée la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques²³, qui organise la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012. L'objectif est de faire bénéficier les patients « d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis ». La circulaire décrit la coordination entre les différents maillons de la filière gériatrique²⁴ et rappelle la nécessité de partenariats menés avec l'ensemble des acteurs de santé gravitant autour du patient.

C'est le domaine de la cancérologie qui a été le plus loin dans la création de référentiels de prise en charge partagés entre oncologues, hématologues et gériatres. Le Plan Cancer 2009 -2013 répertorie plusieurs mesures concernant directement les personnes âgées : personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie pour créer un parcours de soins plus fluide et éviter les ruptures entre hôpital et ville (mesure 18), favoriser la pluridisciplinarité notamment grâce aux RCP (mesure 19). C'est également en 2009 qu'a été publié par l'INCA un rapport d'expertise en oncogériatrie²⁵ qui a abouti à la création de 15 Unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG), créées à titre expérimental dans 13 régions, puis à leur déploiement en 2011.

Au-delà de l'aspect médical de la prise en charge, les enjeux organisationnels et financiers du vieillissement démographique sont soulevés par le HCAAM en 2010²⁶ et par l'ANAP en 2011²⁷.

²² COLOMBIER G, 2007, *La prise en charge des urgences médicales*, Rapport d'information à l'Assemblée Nationale, 584 p.

²³ Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

²⁴ court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et HDJ gériatrique, un ou plusieurs SSR de préférence gériatriques, un ou plusieurs USLD

²⁵ INCA, mai 2009, *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, 381 p.

²⁶ 22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Op. Cit.

²⁷ ANAP, 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire – retour d'expérience*, 76p.

1.3.2 Un intérêt croissant pour la question gériatrique au CHU de Grenoble

- A) Un projet d'établissement 2011-2015 qui fait des évolutions démographiques une de ses priorités

Cette prise de conscience nationale a trouvé un fort écho dans les préoccupations qui se sont révélées lors des ateliers autour du projet d'établissement 2011-2015 du CHU de Grenoble.

Dans la lignée du SROS III qui avait déjà mis en lumière les enjeux du vieillissement démographique, un atelier a été spécifiquement créé sur ces problématiques de vieillissement. Il devait répondre à la question de savoir « comment adapter l'offre de soins à l'impact du vieillissement dans l'organisation des prises en charge ». 5 réunions se sont tenues jusqu'à la restitution en janvier 2011. Ont participé des 15 personnes aux profils variés²⁸ : diverses spécialités et métiers ont donc été représentés, même si les chirurgiens ont été peu présents. Les questions posées par l'institution à cet atelier ont été multiples : disponibilité des lits dans les unités de soins accueillant des personnes âgées, partenariats avec l'extérieur, organisation transversale de la gériatrie et des spécialités.

D'autres ateliers ont abordé la question démographique : l'atelier 1 sur l'offre de soins a mis l'accent sur l'accueil non-programmé des patients, qui concerne en premier lieu les personnes âgées. L'atelier 6 sur les relations ville-hôpital a également été amené à s'interroger sur les transformations nécessaires.

- B) Une prise de conscience encore variable du corps médical

Cette préoccupation de l'institution a réussi on l'a vu à fédérer des réflexions provenant de métiers et de spécialités différentes. Toutefois, les conséquences du vieillissement démographique sur les services de spécialité sont inégalement identifiées par les professionnels de santé. Ainsi, dans son enquête auprès des praticiens hospitaliers du CHU de Grenoble, le Dr Gavazzi a tenté de « mesurer l'impact ressenti du fait de l'accroissement de la population des plus de 75 ans, de comprendre les

²⁸ PUPH, PH, cadres de santé, assistante sociale, masseur-kinésithérapeute, contrôleur de gestion, médecin généraliste, venant de gériatrie, de pôles médicaux (médecine interne, psychiatre, oncologie médicale, urgences, neurologie, ...) et chirurgicaux (chirurgie orthopédie)

problématiques rencontrées »²⁹. Pour 95% des PUPH et 70% des PH, cette prise en charge pose problème. Les problèmes détectés sont avant tout des problèmes de filière (94% pour les PUPH), puis des problèmes thérapeutiques (52%), organisationnels (50%) et diagnostics (11%). Ce sont donc avant tout les problèmes de filière qui sont ciblés, avec un sentiment de stagnation des patients, plutôt que des préoccupations thérapeutiques et diagnostiques.

Face à ces deux exigences – offrir un soin adapté et un parcours de soins efficace, optimiser la gestion des séjours -, il semble nécessaire de s’interroger sur les prises en charge. Comme le souligne C. Jeandel dans son rapport, « il en va de l’intérêt du patient gériatrique comme de l’intérêt financier de l’hôpital, heureusement convergents ».

2 Des questions organisationnelles et soignantes dont les réponses restent encore à définir, dans l’intérêt du patient et de l’institution

« Derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est que, aujourd'hui, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital »³⁰.

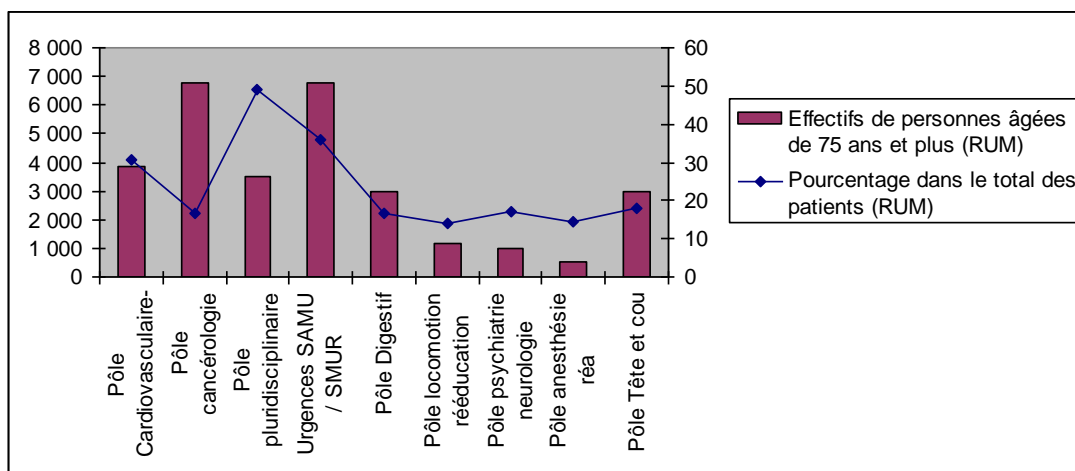
« L'hôpital est bien souvent le lieu d'accueil des situations qui n'ont pas de solutions ailleurs ; il est en tout cas le lieu sur lequel se concentrent beaucoup de problèmes de coordination et de prise en charge du grand âge, que ces problèmes aient ou non leur origine en son sein. Il cumule en quelque sorte les difficultés et cloisonnements liés à son propre fonctionnement, et les dysfonctionnements de son environnement (parcours fragmentés, insuffisance de prise en charge gériatrique précoce, difficulté à filtrer les vraies urgences, manques de capacités d'accueil alternatives, ...) qui viennent se répercuter sur lui »³¹.

²⁹ GAVAZZI (Gaëtan), 2010, Rapport concernant l’impact des hospitalisations des 75 ans et plus au CHU de Grenoble, 25 p.

³⁰ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., Op. Cit.

³¹ 22 avril 2010, Vieillesse, longévité et Assurance Maladie. Op. Cit.

Face à cette proportion croissante de personnes âgées dans les services (voir schéma ci-dessous), les équipes sont confrontées à des difficultés internes d'organisation et de prises en charge, auxquelles s'ajoutent des contraintes externes qui ne sont pas négligeables.



2.1 Des entrées non programmées en direction des urgences qui pèsent sur le fonctionnement de l'hôpital et compromettent la qualité de la prise en charge

2.1.1 Une très forte proportion d'entrées non-programmées qui seraient pour certaines évitables

A) De nombreuses entrées non programmées

On constate dans le cas des personnes âgées que les entrées programmées sont plus faibles que pour les autres catégories de population : les entrées non-programmées sont par ailleurs plus souvent réalisées par l'intermédiaire des urgences.

Il existe différents profils dans les services de spécialité qui ont été choisis :

- dans les cliniques de médecine interne, de médecine vasculaire et de cardiologie, il y a très peu d'entrées programmées de personnes âgées et les entrées non-programmées passent le plus souvent par les urgences
- La chirurgie est caractérisée par une plus forte proportion d'entrées programmées. Les entrées non-programmées sont souvent des entrées directes dans le service.

- En oncologie, les entrées sont souvent programmées, par l'intermédiaire d'une consultation préalable. Le passage aux urgences existe toutefois quand il n'y a pas de place dans le service.

Le recours à l'hôpital des personnes âgées se caractérise en effet par une transformation des conditions de ce recours : les urgences constituent une porte d'entrée essentielle à l'hôpital. La grande majorité (79%) des personnes âgées admises aux urgences médicales du CHU de Grenoble est hospitalisée par la suite en UHCD ou dans des services de spécialité, contre 39% pour les autres tranches d'âge. C'est pourquoi la proportion de personnes âgées admises aux urgences médicales est extrêmement significative: il y avait en 2010 au SAU médical du CHU environs 31% de personnes âgées de 75 ans et plus, contre 11% au SAU de traumatologie³².

B) Des hospitalisations le plus souvent justifiées

Dans les représentations, les admissions de patients âgées aux urgences sont souvent associées à des recours injustifiés : les personnes seraient alors souvent « abandonnées » à l'hôpital quand les familles ne souhaitent plus s'en occuper. Toutefois, les équipes des urgences grenobloises soulignent plutôt le sérieux des motifs qui justifient les recours au CHU. Le problème est rarement exclusivement social mais « les conséquences sociales consécutives à la crise que représente la pathologie ayant motivé le recours aux urgences sont généralement importantes »³³.

« 90% des admissions correspondent à des pathologies aiguës nécessitant un passage à l'hôpital », que le diagnostic soit médical ou traumatologique, souvent à la suite de chutes. Toutefois, 22% des patients n'ont pas de pathologie clairement identifiée à l'entrée, ce qui prouve la difficulté à cerner un état clinique instable et à évaluer les risques de décompensation³⁴. Dans la moitié des cas, l'adressage aux urgences a été

³² Chiffres du pôle des urgences.

³³ POTEL G., LAUQUE D., BOUGET J. et al., mai 2005, « L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions », Société Francophone de Médecine d'Urgence, 34 p.

³⁴ BOUGET J., CARPENTIER F., KOPFERSCHMITT J. et al., 5 mai 2003, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*, 10^{ème} Conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence, 19 p.

réalisé par le médecin généraliste, contre 26% seulement pour les personnes âgées de moins de 75 ans. Le problème est le plus souvent intervenu à domicile (64%)³⁵.

C) Des admissions aux urgences pourtant évitables

Si les motifs d'admission de ces patients semblent justifiés, cela ne signifie pas que le recours aux urgences soit approprié « c'est-à-dire non seulement adaptée aux besoins du patient mais encore la réponse la plus adaptée »³⁶ En effet, « une certaine partie des admissions ne relève pas nécessairement ou exclusivement des urgences ». En effet, certaines personnes âgées auraient pu être prises en charge à l'extérieur de l'hôpital, d'autres en consultation externe ou lors d'un passage en hôpital de jour (HDJ). Enfin, des entrées directes auraient souvent pu être organisées.

On peut avancer plusieurs explications à ces recours évitables aux urgences.

En première ligne, les difficultés du maintien à domicile, dans lequel sont pourtant fortement impliqués à la fois les personnes âgées et leurs familles. Souvent, c'est la survenue d'une pathologie médicale chez l'aidant, ou son épuisement qui font basculer la situation et précipiter l'arrivée aux urgences³⁷. Les professionnels de santé constatent la rareté des structures de répit en Isère, même si on note une augmentation des places.

L'offre de soins extra-hospitalière semble insuffisamment développée et connue. Lors de la survenue d'un problème de santé, les urgences sont souvent la solution la plus évidente : 24% des plus de 70 ans ignorent ainsi s'il y a un médecin de garde, 35% s'il y a un centre de santé³⁸. L'absence de maison de garde à Grenoble – malgré le fonctionnement de SOS-médecin – contribue peut-être à une faible visibilité de la permanence de soins libérale. Ce recours fréquent aux urgences est également une conséquence de la faible médicalisation des EHPAD : faute d'IDE et médecins en nombre suffisant, les urgences du CHU constatent le week-end un afflux de patients en fin de vie ou subissant des complications. Quant aux établissements privés, ils suscitent de nombreuses critiques puisqu'ils refuseraient les urgences de personnes âgées et orienteraient ces patients vers l'hôpital après une consultation.

³⁵ BAUBEAU D. et CARRASCO V., janvier 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Etudes et résultats, DREES, n°215, 12 p.

³⁶ BOUGET J., CARPENTIER F., KOPFERSCHMITT J. et al., Op. Cit.

³⁷ Les conjoints souvent âgés ont une sur-mortalité de 63% par rapport à la mortalité des conjoints de la même classe d'âge n'ayant pas de charge supplémentaire. RIALLE V., mai 2007, *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gériatriques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, 74 p.

³⁸ BAUBEAU D. et CARRASCO V., Op. Cit.

« Appel des urgences. 10 entrées en 1h, demande à la régulation d'un délestage : refus systématique de la clinique A et de la clinique B. Appel de la clinique B : ne veulent pas de grabataires car déjà 15 ont été admis et c'est le maximum, en accord avec leur direction » Extrait de rapport de garde

La coordination difficile avec les médecins généralistes peut être mise en avant : Si les équipes du CHU soulignent le manque d'anticipation et de formation des médecins généralistes grenoblois, ces derniers remarquent de leur côté la difficulté à obtenir une entrée directe de leurs patients non-programmables : les 327 médecins enquêtés jugent globalement l'accès aux soins satisfaisant (43,9%) mais il leur paraît difficile de contacter un médecin du CHU pour faire hospitaliser un patient (20,2 % d'avis favorables). Les durées d'attente pour obtenir un rendez-vous (hospitalisation ou consultation) sont trop longs et il est presque impossible de faire hospitaliser un patient en urgence directement dans les services de spécialité.

2.1.2 Les urgences face à l'afflux de patients âgés : une structure fortement contrainte par ses taux d'occupation et des locaux faiblement adaptés

Le contexte des urgences rend la prise en charge médicale particulièrement complexe : « Le défi permanent consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale », ce qui est particulièrement nécessaire quand le retour à domicile est compromis. Or, « le rôle de l'urgentiste est prioritairement médical et non social. Cette priorité donnée au médical est liée à la nécessité de faire face au flux important et fluctuant dans le temps des passages dans la zone d'accueil »³⁹. Les délais de prise en charge nécessairement courts et le très fort taux d'occupation des urgences ne sont pas les seules explications à ces prises en charge que les personnels considèrent eux-mêmes comme imparfaites.

Les locaux du CHU de Grenoble devraient faire l'objet d'une opération de réhabilitation. En attendant ces transformations, les contraintes architecturales sont particulièrement lourdes.

³⁹ POTEL G., LAUQUE D., BOUGET J. et al., Op. Cit.

A la ZES, après le passage dans les box d'examen, les personnes attendent dans 2 salles collectives (hommes / femmes) composées de 6 brancards délimités par des rideaux. Il n'y a pas d'attente assise au CHU de Grenoble. L'équipe constate la rapide perte d'autonomie que peut constituer pour les personnes âgées l'entrée aux urgences : absence de fenêtre dans certains locaux, position allongée qui favorise la perte de la marche, utilisation systématique des couches sur les personnes continentes ou non qui renforce ou crée l'incontinence. Les personnels déplorent également le manque de confidentialité et de respect de la pudeur. Les décès de personnes âgées ont parfois lieu dans la ZES : au vu de la promiscuité régnant dans les locaux, le personnel dit essayer de mettre les patients dans des box d'examens.

De plus, seuls les enfants hospitalisés, les patients souffrant d'un fort handicap ou nécessitant la présence d'un interprète ont la possibilité d'être accompagnés. Les personnes âgées se retrouvent donc le plus souvent seules. Le cas des patients âgés atteints de démences, souvent déambulantes, est encore plus complexe. Lors des tentatives de fugue, elles sont alors parfois placées en chambre d'isolement.

Pour la plupart des personnels et en l'absence de transformation proche des locaux, l'objectif est un passage le plus bref possible aux urgences.

2.1.3 L'orientation à partir des urgences : des lenteurs consommatrices de temps pour les services et les personnes âgées

A) La nécessité d'une bonne orientation des PA à partir des urgences

Les équipes des urgences ont un rôle central d'orientation des personnes âgées dans la filière de soins intra et extra-hospitalière. L'objectif est double : trouver une solution de sortie rapidement, trouver la solution de sortie la plus adaptée aux besoins du patient (retour à domicile, SSR, EHPAD, MCO, ...). La réussite de l'orientation conditionne en effet à terme la qualité de la prise en compte de l'état du patient

Dans cette orientation, une aide importante est apportée par l'Equipe Mobile de Gérontologie (EMG)⁴⁰. L'EMG coopère de manière intense avec les urgences et cette collaboration semble être perçue de manière très positive de part et d'autre. Les patients sont pré-sélectionnés par les urgentistes en fonction de leur poly-pathologie et de leur fragilité. Fonctionnant du lundi au vendredi, le binôme IDE / médecin effectue ensuite un

⁴⁰ Pour plus de détails sur l'EMG, voir la partie 2.3.1

bilan médico-social qui prend environs 1h30 et recommande une orientation : retour à domicile avec un rendez-vous à l'HDJ gériatrique pour bilan gériatrique ; orientation en gériatrie ; dans les services, plus ou moins de force. L'UMG ne cherche pas de lits puisque les médecins, cadres et assistantes sociales du service prennent le relai.

Toutefois, faute d'accès aux EHPAD ou d'organisation suffisante du retour à domicile, les personnes âgées n'ont souvent d'autre choix que de rester à l'hôpital. On a calculé au CHU de Grenoble que 14,3% des personnes hospitalisées en MCO un jour donné ne sont pas hospitalo-requérantes, dont une forte proportion de patients âgés⁴¹.

B) Des passages difficiles dans les services du CHU

Que cette hospitalisation soit réellement nécessaire ou faiblement utile (intrication des motifs médicaux et sociaux), il faut alors orienter les personnes âgées dans le service de soins qui correspond le mieux à leur spécificité. Cependant, entre l'orientation optimale dans les services gériatriques et non-gériatriques et la réalité de l'offre de soins intra-hospitalière, la marge est considérable. Ceci tient à la fois à des contraintes générales et aux difficultés particulières des hospitalisations de personnes âgées.

« Le cadre des urgences me demande mon autorisation pour imposer dans le service maxillo-faciale Mme H., 86 ans, dont le mari est hospitalisé au CHU et qui se trouve à l'UHCD depuis trois jours. Les assistantes sociales n'ont pas pu trouver avant le week-end un hébergement d'urgence. L'activité des urgences est forte et aucun lit de médecine n'est disponible. Le service maxillo-facial dispose de 3 lits libres. Je donne mon aval ». (Extrait de rapport de garde)

Une première limite à l'hospitalisation de la personne âgée dans le service adéquat tient au faible nombre de lits à la fois ouverts et disponibles. En effet, les urgences ont besoin chaque jour de 38 lits pour y hospitaliser les patients admis. Le CHU de Grenoble est caractérisé par des fermetures de lits très importantes (237 lits fermé en moyenne sur la période juillet 2011 – décembre 2011) et ne parvient donc pas à répondre correctement aux besoins, ce qui est accentué par la concurrence entre hospitalisations programmées et hospitalisations non programmées. Les urgences constatent par ailleurs le faible intérêt des équipes soignantes et médicales de spécialité envers les personnes âgées. Pour eux, « les patients aux urgences sont les patients des urgences ». Ce qui

⁴¹ CHU de Grenoble, enquête 2004, hospitalo-requérance des patients un jour donné.

explique la difficulté à obtenir le nombre précis de lits disponibles : les médecins choisissent les patients en fonction des cas qui les intéressent, même si les services de gériatrie et de médecine interne semblent recevoir les patients indistinctement.

Face à ces difficultés, les urgences sont dans l'obligation de recourir à des solutions radicales : imposition de personnes âgées dans les services de médecine, puis de chirurgie, ouverture de lits-couloirs, ce qui est une pratique relativement fréquente au CHU de Grenoble. Une amélioration a été apportée en juillet 2011 avec le déploiement d'un logiciel de disponibilité des lits : les services remplissent directement les données plusieurs fois par jour en fonction de plusieurs classes (lits libres immédiatement, devant se libérer, réservé pour le lundi). Cependant, ce système est essentiellement déclaratif et dépend donc de la bonne volonté de tous. Certains services considèrent faire plus d'efforts que les autres en acceptant par exemple des lits supplémentaires alors que d'autres spécialités sont plus épargnées. L'imposition de lits semble dépendre également des relations plus ou moins formalisées que les services entretiennent avec les urgences : ainsi, le pôle CVT souligne que l'organisation d'un temps partagé de cardiologie aux urgences permet de choisir les patients admis dans le pôle en fonction de la pertinence du motif médical.

Par conséquent, les durées de séjour ont tendance à fortement augmenter aux urgences : ainsi, à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), les séjours de plus de 48 heures sont passés de 16% en 2006 à 23% en 2008⁴². Pour Mme Beau, ancienne directrice de la MEAH⁴³ : « comme tout le monde sait que cette prise en charge sera longue, on ne se presse pas. Comme on sait que ces patients seront hospitalisés, on ne se presse pas davantage ; et comme on sait que les services d'hospitalisation seront réticents à les admettre, parce qu'ils occuperont longtemps un lit, on se presse encore moins ! ».

2.2 Des hospitalisations souvent associées à des durées de séjour trop longues

⁴² Données Urgences CHU

⁴³ COLOMBIER G, 2007, La prise en charge des urgences médicales, Rapport d'information à l'Assemblée Nationale, 584 p

Dans les services de spécialité choisis dans l'étude – médecine interne, médecine vasculaire, oncologie, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire et thoracique -, les séjours (RUM) de personnes âgées de 75 ans et plus représentent une forte proportion du total, de 44,46% pour la médecine interne à 14,8% pour l'oncologie (annexe 2). La part de plus de 85 ans est très significative dans certaines cliniques : la médecine interne et la médecine vasculaire (environ 15%) ainsi que la cardiologie (9,31%). Face à cette proportion de personnes âgées, les taux d'occupation des lits sont extrêmement élevés (88,25% en MCO, dont 92,65% en médecine) et c'est pourquoi la question de la DMS est cruciale. En effet, plus la DMS est forte, plus les hospitalisations de personnes âgées ont tendance à emboliser les services.

2.2.1 Des durées de séjour étendues qui pénalisent le patient et l'institution

A) Des DMS étendues en moyenne

Les personnes âgées sont surreprésentées dans les séjours longs et très longs (annexe 10). En effet, la croissance de la DMS est très forte à partir de 70-75 ans : elle passe de 2 jours environ à 40 ans, à 5,5 jours sur la tranche d'âge 75-79 ans, pour atteindre 8 jours pour les 95-99 ans⁴⁴.

Ces DMS cachent pourtant de grandes disparités : ce sont surtout certains cas extrêmes qui font augmenter les statistiques. Selon le HCAAM, « si près d'un quart des hospitalisations en MCO des personnes de plus de 80 ans dépassent 10 jours, plus de la moitié des séjours des personnes de plus de 80 ans ont une durée inférieure à la DMS, toutes classes d'âge confondues ». 22% des personnes âgées de 80 ans et plus réalisent un séjour sans nuitée, 35% un séjour de 1 à 5 nuitées (annexe 11)

B) Ces DMS constituent un véritable frein à des prises en charge optimales et à l'organisation cohérente de l'offre de soins

« Mme R., 89 ans, atteinte d'encéphalite herpétique, a souffert d'un retard de diagnostic aux urgences qui lui a fait perdre rapidement son autonomie. Au bout de 32 jours de traitement dans un des services de spécialité, on observe une récupération progressive. Malgré le besoin d'une rééducation, le SSR neurologique la juge trop âgée et elle est refusée dans les autres structures

⁴⁴ 22 avril 2010, Vieillissement, longévité et Assurance Maladie. Op. Cit.

d'aval. Du fait de l'éloignement, ses enfants ne veulent pas l'accueillir : cette patiente se trouve donc dans le service depuis 2 mois ». Récit tiré d'un entretien.

Ces durées de séjour plus longues sont d'abord problématiques pour les personnes âgées qui les subissent. En effet, les services qui les accueillent sont essentiellement tournés vers des prises en charge aiguës et les équipes n'ont que peu de temps à consacrer à ce qui est pourtant indispensable aux personnes âgées : la marche, le développement d'un projet de vie, ...

Ces situations sont également épuisantes pour les médecins, infirmiers, aides-soignants et ASH du CHU de Grenoble. Face à la charge de travail que constitue une personne âgée polypathologique fragile, les équipes du CHU de Grenoble sont aujourd'hui confrontées au manque d'infirmières et au sentiment que les patients « stagnent » dans le service.

D'un point de vue strictement organisationnel, diminuer les durées de séjour extrêmes dans les services de spécialité semble également constituer un impératif. En effet, comme le rappellent les équipes « débloquer les cliniques, c'est débloquer les urgences ». Par ailleurs, cette présence des personnes âgées est d'autant moins bien vécu que pour beaucoup, le patient âgé – surtout celui qui reste hospitalisé à cause de problèmes sociaux - est avant tout un bedblocker, qui prend le lit d'un patient qui aurait plus besoin de soins que lui, c'est-à-dire un patient jeune.

2.2.2 Une caractéristique à mettre sur le compte des spécificités du patient âgé ainsi qu'à la difficulté à organiser une prise en charge polyvalente des personnes âgées

La singulière complexité de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques fragiles constitue un premier élément de réponse. De plus, la fréquence croissante des entrées non programmées de personnes âgées est très désorganisatrice dans des établissements résolument tournés vers l'activité ambulatoire.

Une seconde explication tient à l'orientation inadéquate des patients dans les services. Le projet d'établissement 2011-2015 fait ainsi le constat que « le parcours de soins actuel d'un sujet âgé ne tient pas compte des problématiques liées à la typologie du patient. Un grand nombre d'entre eux ne se trouve pas dans les unités où la dépendance,

la diminution des réserves fonctionnelles, la iatrogénie, la malnutrition sont prises en compte. Certains présentent alors des complications inattendues en cascade débouchant sur un accroissement des durées d'hospitalisation, des dépendances fonctionnelles et des complications 'nosocomiales' ». C'est notamment le cas quand un patient a été imposé dans un service. Le patient est alors mal accepté, mal soigné car les compétences ne sont pas présentes, à plus forte raison quand un patient nécessitant une prise en charge médicale est hospitalisé en chirurgie.

On peut également poser la question complexe du choix entre gériatrie et spécialité. Les personnels rappellent que toutes les personnes âgées de 75 ans et plus ne relèvent pas d'une hospitalisation en gériatrie qui concerne certains cas particuliers : pathologies en cascade, grands symptômes gériatriques⁴⁵ et fragilité. Sans ces critères, ce sont des patients « classiques », pris en charge sans difficulté en spécialités. Une fois cette précision apportée, nombreux sont les personnels à constater une insuffisance de lits gériatriques : les services gériatriques ne peuvent accepter tous les patients et choisissent donc une partie d'entre eux en fonction des places disponibles⁴⁶. Par conséquent, des patients fragiles se trouvent également en spécialité, en priorité en médecine interne, puis dans les autres services de médecin et enfin en chirurgie. Ainsi, entre juillet 2010 et mai 2011, il y a eu entre 18 et 24 personnes de 75 ans et plus au SAU à 16h, pour 1 ou 2 lits disponibles en gériatrie au même horaire.

Face à ces patients de plus en plus lourds, constate-t-on un sous-équipement en lits de médecine gériatrique ? La région Rhône-Alpes semble plutôt bien dotée : 166 à 209 lits en Rhône-Alpes contre 151 en France en moyenne. Toutefois, ces chiffres ne disent rien de la répartition interne à la région Rhône-Alpes ou de la pertinence des choix qui sont faits au niveau national (annexe 12)

Plus largement, quelles doivent être les perspectives d'évolution des services de gériatrie ? Ces derniers devraient-ils recevoir l'intégralité des patients âgés fragiles ? Les services de spécialité doivent-ils accueillir ces mêmes patients, ce qui impliquerait alors un développement de leurs compétences gériatriques ? La première option semble difficilement réalisable au vu du vieillissement démographique et des entrées croissantes

⁴⁵ chutes, dénutrition, pathologie iatrogène, dépression et troubles du comportement, démences, syndrome d'immobilisation

⁴⁶ L'offre de soins gériatrique du CHU, en hospitalisation complète, comprend 391 lits dont 56 lits de médecine aiguë, 90 lits de Soins de suites, 135 lits de Soins de longue durée, 30 lits de psychogériatrie dont 15 lits d'Unité Hébergement Renforcé (UHR)

de personnes âgées auxquels sont et seront confrontés les hôpitaux. De plus, donner le monopole de l'accueil des personnes âgées à la gériatrie serait considérer que le sujet « normal » des spécialités d'organes est nécessairement un sujet jeune. C'est donc à une réflexion collective sur l'orientation des patients âgés et à un renforcement de la filière de prises en charge de personnes âgées dans les services non-gériatriques qu'on doit aboutir.

La prise en charge d'un nombre croissant de personnes âgées hors des services de gériatrie est compliquée par la forte spécialisation de l'hôpital de ce début de XXI^{ème} siècle. La prise en charge de patients âgés nécessite pourtant l'existence d'une médecine polyvalente qui semble avoir été progressivement abandonnée. Cette inadéquation « atteint son paroxysme dans les grands centres hospitaliers, où la participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées et programmées est de moins en moins compatible avec une activité de proximité plus polyvalente et non programmée »⁴⁷. Cette polyvalence est identifiée par le CHU de Grenoble comme étant représentée par le service de médecine interne (3°C) et quelque peu en médecine vasculaire, ce qui peut expliquer la très forte proportion de personnes âgées dans les entrées

2.2.3 Une difficulté à anticiper et organiser la sortie des patients qui constitue le principal motif de hausse des durées de séjours

- A) Une organisation du CHU tâchant d'anticiper au maximum les problèmes de sorties

Les équipes rencontrées évoquent de manière unanime ce qui constitue selon eux la principale raison des longues durées de séjour et leur difficulté première : la sortie des personnes âgées. En effet, alors que les problématiques sociales (isolement, coût des maisons de retraite, déni familial) sont nombreuses, il revient souvent à l'hôpital d'organiser le départ de ces personnes, vers le domicile, aussi bien qu'en SSR, Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou maison de retraite. Même si pour la plupart des patients et familles, ce travail revient à l'hôpital en premier lieu, on peut s'interroger sur la pertinence à ce que des services de soin dont ce n'est pas la mission première passent autant de temps à prendre en charge cet aspect. Cependant, en l'absence de solutions

⁴⁷ POTEL G., LAUQUE D., BOUGET J. et al., Op. Cit.

alternatives, il est dans l'intérêt organisationnel de l'hôpital d'éviter le blocage des lits. Cette mission sociale nécessite alors la coordination d'un grand nombre d'intervenants internes (médecins, infirmières, assistantes sociales) et externes (médecin traitant, assistante sociale du conseil général, soignants et aides à domicile, famille), ... d'où la complexité de l'organisation.

Les services du CHU de Grenoble tentent d'anticiper au mieux les situations qui pourraient se révéler bloquantes pour une sortie. La fiche réflexe pour la sortie complexe des patients, qui concerne en priorité les sujets âgés, décline les grandes étapes de la procédure : à partir de l'entretien d'accueil dans l'unité, l'infirmière identifie le patient pour qui la sortie risque d'être difficile et évalue la durée prévisionnelle du séjour lors du staff pluridisciplinaire. L'assistante sociale est alors sollicitée : elle travaille en coopération avec le médecin pour faire le bilan de ce qui a déjà été organisé pour le patient et des solutions envisageables. Ainsi au pôle cardiovasculaire et thoracique, là où la DMS est moins sujette à interrogation car la sortie est plus facilement programmable, c'est dès la consultation pré-opératoire que des demandes d'aval sont effectuées.

Là encore l'EMG du CHU de Grenoble intervient pour orienter le patient. Les évaluations sur le bénéfice d'une EMG pour l'organisation des services sont peu nombreuses pour le moment. Toutefois, les résultats semblent montrer que si elles ne diminuent pas de manière systématique la DMS des patients (l'évaluation réalisée par le binôme prend du temps), elles permettent à 90 jours de diminuer le taux d'institutionnalisation, de renforcer le nombre de retour à domicile et d'améliorer l'autonomie des patients⁴⁸.

B) Les services confrontés à la faiblesse de l'offre d'aval

Ce problème est celui qui est le plus facilement identifié par les services. Malgré la volonté d'anticiper les sorties, certains facteurs contraignants ont tendance à emboliser les services et à susciter la lassitude des équipes. Si certains soulignent des blocages internes (l'assistante sociale n'est parfois pas appelée assez tôt), le manque d'anticipation des familles et des médecins généralistes est également mis en avant. Rares sont les

⁴⁸ PERICAUD P., année 2008 – 2009, *Evaluation des solutions à l'engorgement aux urgences en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis), revue internationale de littérature*, Thèse pour le Doctorat de Médecine : Université Paris Descartes Paris 5, 91 p.

familles qui prévoient les conséquences d'une dégradation de l'état de santé de leur proche : les demandes de précaution en maisons de retraite sont peu nombreuses, la mise en place d'aides à domicile rarement effective. Conséquence de cette situation : les assistantes sociales et médecins doivent organiser en quelques jours ce qui peut avoir pu être prévu auparavant.

Cette situation est à mettre en parallèle avec des capacités de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en deçà de la moyenne française (18 à 19 places en Isère, contre 19,1 en France – annexe 13). Les places en EHPAD sont moins nombreuses (environ 100 places pour 1000 habitants, contre 118 au niveau national – annexe 14), comme c'est le cas également pour l'USLD (annexe 15). Les équipes soulignent également la fermeture des centres de convalescence et notamment de St Laurent du Pont, qui constituait une structure appréciée dans la mesure où elle accueillait les personnes âgées sans réels besoins de prise en charge médicalisée. Pour beaucoup, il manque une étape dans l'offre de soins. Autre lacune : le développement encore trop restreint des structures fermées destinées à accueillir des patients de plus en plus fréquemment atteints de la maladie d'Alzheimer. Quant au service d'hospitalisation à domicile (HAD) grenoblois, il semble être constitué d'une file active limitée, ce qui ne constitue pas une alternative véritable face aux demandes de prises en charge.

Mais c'est surtout l'indisponibilité de lits de soins de suite à rééducation (SSR) qui constitue pour les professionnels le principal barrage à la sortie. Cette tendance risque de s'accroître puisque du fait des transformations démographiques, « le nombre de patients transférés en SSR pourrait croître de +24% sur la période, soit une augmentation de 860 séjours »⁴⁹. Ce problème d'indisponibilité correspond à deux situations. D'abord, il existe une offre relativement faible de lits de SSR gériatrique ou de spécialité en Isère puisqu'en 2006⁵⁰, on comptait 1,16 lits pour 1000 habitants, contre 1,60 en Rhône-Alpes et 1,58 en moyenne nationale⁵¹. Cette situation de sous-équipement est encore plus marquée dans l'agglomération grenobloise, ce qui pousse les cadres de santé et médecins à rechercher des solutions souvent loin sur le département, voire sur la région.

⁴⁹ *Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015*, DIM, 52 p.

⁵⁰ Malgré l'ouverture en 2006 et 2008 de 30 lits de SSR gériatrique au Centre Médical de Rocheplane dédiés aux patients du CHU

⁵¹ Chambre régionale des comptes, 2011, Rapport d'observations définitives, Centre hospitalier Universitaire de Grenoble, Enquête sur la coopération hospitalière, Exercices 2006-2010, 34 p.

Seconde difficulté : le recrutement sélectif des personnes âgées par les SSR est fréquemment constaté. A cause de la lourdeur des cas, les SSR de spécialité refusent des patients âgés même si elles relèvent de leur spécialité. Toutefois, les liens entre MCO et SSR semblent souvent régis par l'histoire et les relations entre personnes : des filières informelles finissent par se créer, sans véritable logique institutionnelle. Ainsi, le pôle CVT jouit de bonnes relations avec le SSR cardiologie de l'hôpital Sud, ce qui est mis sur le compte de services gérés par des cardiologues et non des rééducateurs. Le plus souvent, les professionnels de santé privilégient donc le transfert dans les SSR gériatriques. Toutefois, ces derniers, confrontés au faible nombre de places disponibles réalisent également une sélection et refusent parfois les cas les plus difficiles. La situation semble plus simple pour les services de chirurgie interrogés, ce qui est à mettre sur le compte de la plus grande facilité à prévoir les durées de prise en charge. Certaines solutions de contournement sont par ailleurs mises en œuvre : ainsi, les chirurgiens vasculaires proposent des consultations dans les hôpitaux du territoire, opérant le patient à la condition que l'hôpital le reprenne une fois l'intervention réalisée.

« M. M, 80 ans, atteint d'une tumeur cérébrale, est transféré dans un SSR de l'agglomération après son hospitalisation dans le service d'oncologie. Comme le SSR ne souhaite plus accueillir le patient, un échange est réalisé : M. M est repris par le service d'oncologie, tandis qu'un autre patient âgé est transféré à sa place. M. M. est ensuite pris en charge par l'HAD, après un accord long à obtenir de la part de la famille ». Extrait d'entretien

Les médecins sont donc dans une perpétuelle négociation pour placer leurs malades, particulièrement pour les patients déments. Cette recherche d'une solution à tout prix pousse parfois à cacher la lourdeur de la pathologie dont est affligé le patient, la relation de confiance nécessaire entre SSR et MCO étant alors mise à mal.

Quant au médecin généraliste, sa fonction de pivot dans le parcours de soin du patient devrait en faire l'interlocuteur privilégié de l'hôpital dans la préparation de la sortie⁵². Si les personnes interrogées évoquent rarement cette question, certainement car elle est mal identifiée, les relations entretenues avec les médecins généralistes pour préparer la sortie semblent encore insuffisamment développées⁵³. Pour les 327 médecins ayant répondu à l'enquête, la sortie est l'indicateur le moins bien noté (29,3% d'avis positifs), ce qui est

⁵² En effet, l'article 37 de la loi HPST prévoit le recueil par l'établissement de santé des informations permettant d'assurer la continuité des soins, auprès du patient, mais aussi d'autres intervenants qu'ils appartiennent au secteur ambulatoire ou au secteur médico-social

⁵³ FRANVOIS (P). 2010, Etude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes, 32 p.

largement mis en lien avec leur faible association à la planification de la sortie (79%) et à des délais de réception des courriers de sortie très longs (76,1%), alors que la date de sortie est rarement transmise (74,7%).

2.3 Les patients âgés du CHU de Grenoble bénéficient-ils d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée ?

Face à la complexité du patients âgé polypathologique et fragile et à la nécessité d'une « production de soins global ou s'intrique la composante médicale, psychologique et sociale »⁵⁴, aucun acteur ne possède seul la solution et il est donc nécessaire de favoriser des coopérations poussées, tant au niveau de l'hôpital qu'avec l'extérieur :

- assurer la pluridisciplinarité : coopération entre spécialistes (médecins et chirurgiens) et gériatres
- assurer la transversalité : par un travail commun avec le personnel paramédical (IDE, nutritionniste, masseur-kinésithérapeute) et avec les assistantes sociales
- assurer la coopération entre les différentes étapes de prise en charge pour assurer l'articulation entre urgences, MCO, aval hospitalier
- assurer le travail commun entre la ville et l'hôpital.

2.3.1 Un développement encore modéré des coopérations entre médecins de spécialités différentes

A) L'EMG du CHU de Grenoble : une structure principalement tournée vers l'orientation des patients

Créé dès 1997 par le Professeur Couturier, l'EMG est repérée par les professionnels de santé comme l'acteur principal de la coopération entre gériatrie et spécialité. La circulaire du 28 mars 2007⁵⁵ en fait en effet le moyen privilégié de renforcement de la prise en charge gériatrique. Le binôme infirmière – gériatre réalise un

⁵⁴ COUTURIER P., FACHLER-BUATOIS S., ARGENTIER AM. et al., Op. Cit.

⁵⁵ « dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique ou thérapeutique, contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques, les orienter dans la filière de soins gériatriques, participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé), conseiller, informer et former les équipes soignantes »

bilan médico-social (environnement familial, lieu de vie, évolution fonctionnelle) visant à trouver des solutions aux difficultés liées à la fragilité du patient. Ce bilan est complété par la recherche d'informations complémentaires auprès des acteurs de santé extra-hospitaliers (médecin généraliste, soins infirmiers à domicile, famille, ...). Une proposition de projet de soins et de projet de vite est ensuite transmise, à charge des intervenants de la filière de s'en saisir.

Concrètement, il existe deux modes de fonctionnement : aux urgences, l'intervention est organisée systématiquement le matin, en fonction des signalements réalisés par les médecins. (de 1 à 4 patients par jour) C'est l'UHCD qui est la priorité, au détriment de la zone d'examen et de soins (ZES) et des urgences chirurgicales, faute de personnel en nombre suffisant. Dans les services de spécialité, la demande est faite par téléphone au secrétariat de l'EMG en fonction des difficultés rencontrées. Le principe d'intervention de l'UMG constitue à la fois le fondement de sa légitimité mais aussi sa propre limite, « par refus caractérisé ou, plus souvent, par méconnaissance de leurs réels besoins et des bénéfices qu'ils pourraient en attendre »⁵⁶. Dans les faits, l'EMG du CHU de Grenoble est donc très nettement orientée vers les urgences (75% des interventions), d'où un grand nombre de demandes insatisfaites (environ 1000 refus sur 1900 demandes en 2010), ce qui signale l'intérêt suscité par le dispositif.

Les services d'urgence et de spécialité semblent surtout identifier l'EMG comme une structure facilitant, du fait de sa bonne connaissance des réseaux gériatriques et d'aval, l'orientation des patients dans la bonne filière de soins, en fonction du profil médical du patient, de son origine géographique et de ses souhaits. Toutefois, certaines critiques sont également portées : il lui est notamment reproché de conseiller une orientation sans rapport avec les difficultés ensuite rencontrées par les équipes et assistantes sociales pour trouver une structure d'accueil au patient ou pour organiser un retour à domicile qui est en fait impossible à réaliser. Toutefois, ce partage des compétences entre conseil sur l'orientation et placement est revendiqué par le Dr Couturier qui considère que « l'unité ne se substitue en aucun cas aux équipes de soins qui assurent totalement la gestion médicale et sociale du patient »⁵⁷.

⁵⁶ ROUSSEAU A-C. Et BASTALIELLI J-P, mai 2005, Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, IGAS, 128 p.

⁵⁷ COUTURIER P., FACHLER-BUATOIS S., ARGENTIER AM. et al., Op. Cit.

Un second objectif de l'EMG est d'apporter d'éventuelles recommandations aux praticiens et soignants et de favoriser ainsi la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. Si la partie soignante aboutit à des propositions concrètes (douleur, matelas anti-escarre, soins de bouche) qui semblent bien suivies, les recommandations diagnostiques et thérapeutiques semblent moins bien acceptées par certains services qui la perçoivent parfois comme une intrusion. Ils disent déjà savoir s'occuper des personnes âgées et ne pas avoir besoin de conseils. Dans la même ligne d'idées, l'UMG grenobloise n'a pas de véritable action de formation, faute de personnels suffisante principalement. Toutefois, une sensibilisation des externes aux problématiques gériatriques est effectuée.

Il existe donc pour les équipes une certaine difficulté à cerner et délimiter les missions de l'EMG et leurs propres attentes envers cette structure.

B) Des collaborations ponctuelles organisées en fonction des volontés

Pour bénéficier d'un avis strictement médical et réaliser une évaluation gériatrique complète, les services ont parfois recours à l'HDJ gériatrique. C'est notamment le cas dans le service d'oncologie, où il est peu fait appel à l'EMG. Ce recours semble diversement mis en œuvre par les services, en fonction de liens historiques avec la gériatrie. De même, les services de spécialité programment parfois des consultations Alzheimer, mais les rendez-vous ont rarement lieu pendant l'hospitalisation de la personne âgée, ce qui s'explique par la difficulté à obtenir un créneau libre.

La collaboration gériatrie / spécialités existe également lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), où la présence d'un gériatre est parfois prévue. Cette coopération est un des axes mis en valeur par le Plan cancer⁵⁸. C'est dans cette perspective qu'a été créée au CHU de Grenoble une RCP oncogériatrique. L'objectif est de systématiser le passage en RCP des dossiers de personnes âgées atteintes de cancers, au bénéfice des patients du CHU hospitalisés en gériatrie ou en oncologie, mais aussi de patients accueillis dans d'autres établissements du sillon alpin. Sont présents lors de réunions bi-mensuelles un oncologue médical, un radiothérapeute un ou plusieurs gériatre, un pharmacien clinique spécialisé en oncologie et une diététicienne. Mise en place au début de l'année 2011, cette RCP doit encore trouver sa place : du fait de

⁵⁸ «une réelle coordination entre oncologues et gériatres pour offrir aux patients les meilleurs chances de guérison tout en conservant une qualité de vie spécifique des personnes âgées » (mesure 23)

l'organisation historique de la cancérologie au CHU de Grenoble⁵⁹, les spécialistes d'organe sont rarement présents, ce qui délégitime à leur yeux la portée de cette RCP. Cette absence s'explique notamment par le très grand nombre de RCP d'organes auxquels ils sont déjà présents (une quinzaine).

Il existe également certaines collaborations plus ciblées entre gériatrie et spécialité, comme c'est par exemple le cas dans le pôle CVT. Ainsi la pertinence de l'utilisation de la technique de valve aortique chez le sujet âgé, technique risquée et onéreuse, fait l'objet d'une convention de partenariat entre cardiologues et gériatres.

Enfin, il est à noter que la coopération entre spécialités différentes est rendue complexe par les habilitations partielles au dossier patient. En effet, les services sont habilités sur l'ensemble de leur pôle mais pas sur les urgences ou sur les services de spécialité ne relevant pas de leur pôle. Par conséquent, ce sont souvent les internes qui servent de lien, leur passage dans de nombreux services au cours de leur scolarité permettant une habilitation plus complète.

2.3.2 Le développement de prises en charge médicales transversales semble déjà bien engagé

A) Masseurs-kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues : de effectifs trop peu nombreux

L'enquête publiée sur la prise en charge des plus de 75 ans dans le Nord-Pas-de-Calais pointe la faible pluridisciplinarité de la prise en charge offerte aux patients⁶⁰. Au jour de l'enquête, 36,9% des personnes hospitalisées avaient vu un kinésithérapeute, 22,6% une assistante sociale, 11,2% une diététicienne et 2% un pédicure, ergothérapeute, psychologue ou orthophoniste.

Les personnes interrogées soulignent de manière unanime le manque de personnels paramédicaux, qui sont le plus souvent rattachés à plusieurs cliniques, ce qui

⁵⁹ un service d'oncologie, hématologie, et des spécialités d'organe prenant en charge les patients cancéreux qui relèvent de leur discipline

⁶⁰ DEFEBVRE M-M., 2007, « Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de courts séjour médecine de la région Nord-Pas-de-Calais », *Santé Publique*, volume 19, n°2, p. 133-146.

rend difficile le suivi des patients et une action cohérente. Ainsi en est-il des psychologues ou des masseurs-kinésithérapeutes dont les effectifs sont trop réduits pour organiser la rééducation à la marche, ce qui constitue une perte de chance pour les personnes âgées.

Toutefois, les services semblent s'accorder sur la priorité à apporter aux effectifs d'assistantes sociales. On compte au CHU de Grenoble 33 ETP d'assistantes sociales qui se partagent entre service social des malades et du personnel. Les assistantes sociales sont en général chargées de plusieurs unités et sont en général présentes lors des staffs, ce qui permet la communication sur les cas complexes. Toutefois, cette équipe semble insuffisante au vu des nombreux patients qui passent chaque année au CHU, rendant impossible la réalisation de bilans systématiques et précoces. Conséquence de quoi, les cadres de proximité regrettent que leur fonction se centre de plus en plus sur la recherche de solutions de sortie ainsi que sur les plannings, mettant souvent de côté les démarches de qualité et de management qui font pourtant partie de leur fonction.

B) Une expérience singulière : l'Equipe Mobile de Pesage

Comme dans la plupart des établissements de santé, le CHU de Grenoble est confronté à des problématiques de dénutrition des patients : en effet, on considère que de 30 à 50 % des patients sont sujets à la dénutrition, une bonne partie de ceux-ci étant constitués de personnes âgées⁶¹. Dans l'intérêt du patient, il est donc nécessaire d'organiser le dépistage. Cette nécessité est confortée par l'obligation réglementaire⁶² qui est désormais donnée de peser le patient dans les 48 heures suivant son hospitalisation, ce qui est rarement le cas dans les faits. Cette obligation rencontre les objectifs de l'institution sur 2 plans différents. D'abord la dénutrition augmente les durées de séjour et il paraît donc pertinent de les cibler rapidement. De plus, elle constitue une CMA pour 180 GHM sur 690, ce qui permet de valoriser financièrement le séjour du patient. Toutefois, en 2006, on a évalué que cette CMA n'était codée que dans 2 % des cas. Cette faible exhaustivité, coûteuse pour l'institution (environs 2 150 000€) correspond à une appropriation encore relativement faible des outils de dépistage mais aussi à l'absence de balance (20% des services) ou de pèse-personnes adaptées aux personnes grabataires.

⁶¹ Chez ces dernières, la dénutrition est très souvent renforcée ou créée par l'hospitalisation, qui bouleverse les habitudes alimentaires d'un patient déjà affaibli par sa maladie, soumis au jeûne nocturne ou au jeun lors des examens. La maladie d'Alzheimer a tendance à aggraver ces problèmes à cause des problèmes de mémoire des personnes ou de fausses routes.

⁶² Circulaire DHOS/E1/202/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Face à ces difficultés a été créée une Equipe Mobile de Pesage. Constituée à l'origine d'un 1 ETP d'aide-soignante, elle est passée à 2 ETP et permet désormais de dépister 600 patients par mois. La demande de recours au service est faite par fax : l'équipe réalise la pesée au lit de la personne, et dépiste également l'ensemble des patients du service. Le diagnostic appartient ensuite au médecin. Les fiches des patients dépistés sont ensuite envoyées au Département de l'Information Médicale (DIM) qui complète le dossier avec la CMA si nécessaire. Au final, 73 % des diagnostics sont réalisés par l'Equipe Mobile de Pesage. Au vu du succès de ce travail, l'équipe devrait passer sous peu à 3 ETP.

Toutefois, cette intervention est parfois mal vécue. L'arrivée d'une équipe extérieure dédiée à cette mission semble pour certains réduire ce dépistage généralisé à une logique financière, tandis qu'on peut craindre que cette organisation ne vide de son sens ce qui est essentiel à la prise en charge médicale et soignante et devrait donc être approprié par le service.

2.3.3 Un manque de coopération avec le médecin généraliste et la ville qui constitue un obstacle à un parcours de soin fluide

Nous avons déjà constaté que les relations avec l'amont et l'aval étaient essentielles pour pouvoir organiser un usage raisonné et utile de l'hôpital. Parmi les partenaires avec lesquels l'hôpital a à dialoguer, le médecin traitant est en première ligne : il a en effet pour mission « d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients »⁶³. Premier adresseur de l'hôpital, il constitue le pivot de la prise en charge de son patient et par conséquent le contact indispensable des équipes hospitalières. Cette place est encore plus centrale dans le cas des personnes âgées qui sont leur interlocuteur privilégié, à domicile ou en EHPAD.

Toutefois, l'organisation des entrées, programmée ou non, ainsi que des sorties est jugée peu organisée. La Chambre régionale des comptes relève ainsi sur la collaboration entre services d'urgences et médecins libéraux que « le CHUG se positionne en dessous de la moyenne des établissements de la région pour le repérage

⁶³ Article 4130-1 du Code de la Santé Publique

des risques chez les personnes âgées »⁶⁴. Certes, la majorité des 327 médecins isérois interrogés⁶⁵ est satisfaite de la qualité de la prise en charge offerte aux patients ainsi que de la forte accessibilité du CHU, y compris pour les patients polyopathologiques et âgés, mais elle regrette le manque de dialogue avec le CHU. La communication est difficile : pendant l'hospitalisation, les médecins de ville sont rarement contactés par leurs confrères, tandis qu'il est difficile d'identifier (75,8%) ou de joindre (82,6%) le médecin en charge de leur patient, pour prendre des nouvelles par exemple. Peu ont donc été invités à discuter du projet thérapeutique de leur patient. Ceci nuit à la prise en charge des patients, mais également à la réputation de l'établissement, puisque ce problème semble se rencontrer moins fréquemment dans les cliniques.

Le médecin généraliste peut en effet avoir des difficultés à joindre le secrétariat médical, tandis que la diffusion de numéros d'accès directs n'est pas clairement organisée. Il existe pourtant dans certains services, notamment en gériatrie ou en infectiologie un numéro d'astreinte qui facilite le contact direct, étant entendu que cette activité n'est pas valorisée par la T2A. L'outil principal de communication avec le médecin généraliste reste donc aujourd'hui le compte-rendu. Ils sont pourtant transmis avec retard (15 jours – 3 semaines), ce qui est problématique dans le cas des personnes âgées où des solutions doivent être trouvées dans des délais très brefs. Des outils informatiques ont également été déployés afin de faciliter l'insertion du médecin généraliste dans la filière de soins. Le Plan Cancer a par exemple promu la création d'un Dossier Communicant Cancer (DCC), mis en place dans la région Rhône-Alpes par le portail de santé de la région Rhône-Alpes (SISRA). Parallèlement a été développé par SISRA la Plateforme d'échange des professionnels de santé (PEPS) qui permet de partager et de créer pour chaque patient une fiche avec les éléments de son dossier, de faire des demandes de scintigraphie en TEP et un suivi pour évaluation. Toutefois, seuls 24,5% des médecins déclaraient connaître la PEPS et 8,5% l'avaient utilisé au moins une fois⁶⁶.

Le constat que nous venons de dresser sur la relation au médecin généraliste peut s'étendre à certains autres partenaires essentiels de l'hôpital – Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC), dont les personnels semblent méconnaître l'existence, HAD, EHPAD. Peu de collaborations ont été envisagées en ce qui concerne la file active de patients âgés du CHU de Grenoble. Il n'existe par exemple pas de réseau dédié aux

⁶⁴ Chambre régionale des comptes, 2011, Rapport d'observations définitives, Centre hospitalier Universitaire de grenoble, Enquête sur la coopération hospitalière, Exercices 2006-2010, 34 p.

⁶⁵ FRANVOIS (P). Op. Cit.

⁶⁶ FRANVOIS (P). Op. Cit.

personnes âgées. Le CHU semble marqué par un certain hospitalo-centrisme qui le dessert pour le moment et qui constitue un obstacle à une prise en charge concertée des patients âgés.

2.4 La qualité des soins : des prises en charge à la hauteur des enjeux ?

Des organisations transversales existent qui permettent de développer des prises en charge gériatriques là où le service n'a pas la compétence, le temps ou le matériel pour le faire. Même si ces interventions sont essentielles dans un hôpital très spécialisé, on peut s'interroger sur cette externalisation des compétences. En effet, l'expertise gériatrique apportée par l'extérieur est parfois ressentie comme une intrusion par les services. De plus, le recours à ces professionnels de santé dépend beaucoup de la conscience des enjeux que possèdent les équipes. Enfin, une prise en charge quotidienne réussie de cette population implique une base de connaissances solidement ancrée. Il paraît donc nécessaire que les équipes s'approprient une véritable culture gériatrique, certains interlocuteurs allant même jusqu'à suggérer que la gériatrie devrait davantage constituer un modèle de prise en charge plutôt qu'une clinique.

2.4.1 Un certain nombre de pistes d'amélioration est identifié par les personnels, ce qui semble indiquer une prise de conscience des enjeux gériatriques

Il faut d'abord souligner que les axes d'amélioration cernés par les équipes dépendent beaucoup de la conscience qu'elles ont de l'acuité des problématiques gériatriques. L'utilisation qui est faite de l'EMG est par exemple caractéristique d'une réflexion qui prend davantage pour cible les problématiques organisationnelles plutôt que les questions de diagnostic ou de thérapeutique (annexe 16). En effet, « ce ne sont pas les problèmes médicaux de leurs patients âgés qui semblent gêner les non gériatres, mais plutôt le temps passé à rechercher des solutions pour accélérer la sortie des patients âgés »⁶⁷. Une forte proportion de personnes âgées présente dans le service, pousse les personnels à considérer qu'ils sont aptes à traiter l'ensemble des problématiques gériatriques.

⁶⁷ ROUSSEAU A-C. Et BASTALIELLI J-P, Op. Cit.

Si certaines prises de conscience sont encore à réaliser, on constate malgré tout une sensibilisation croissante aux problématiques gériatriques ainsi qu'au nécessaire renforcement des pratiques professionnelles. La charge de travail supérieure et la désorganisation des services qu'implique l'accueil de personnes âgées bouleverse en effet les habitudes des médecins et paramédicaux et les pousse à la réflexion. Tous se sont montrés intéressés par le sujet abordé dans ce mémoire et la possibilité de mettre en perspective leur pratique professionnelle. De nombreuses questions éthiques ont été soulevées à cette occasion, notamment en ce qui concerne la démence ou la bientraitance, même si les personnes interrogées constatent que face à la charge de travail, c'est souvent le court-termisme qui est la règle.

Parmi les cliniques étudiées, celles de chirurgie semblent montrer de plus forts besoins et demandes d'évaluation gériatrique. Ceci est à mettre en parallèle avec la difficulté à intégrer l'expertise médicale à la pratique chirurgicale, dans des services où l'unité est rarement le lieu principal de l'exercice médical.

Ce sont les soignants qui semblent le plus sensibilisés à ces questions de prise en charge. Ils soulignent plusieurs difficultés :

- les pertes d'autonomie fonctionnelles, renforcées par la trop faible présence de masseurs-kinésithérapeutes
- la prise en charge des escarres, même si les services se disent mieux équipés et formés qu'il y a quelques années.
- Les patients déments déambulants face auxquels les services se trouvent démunis. Certains indiquent faire au mieux de leurs possibilités : des traitements médicamenteux qu'ils savent ne pas être appropriés, une étiquette accrochée au patient pour le retrouver en cas de fugue.

« M. P., 78 ans, est muté au CHU de Grenoble dans le service de cancérologie à partir d'un hôpital de périphérie. Cette personne est démente. Faute de place en service de gériatrie, la personne demeure en oncologie. On lui prescrit des traitements médicamenteux que le service admet ne pas trouver très satisfaisant ». Extrait d'entretien

Cette lente prise de conscience est à mettre en relation avec le fait que la question de la prise en charge gériatrique est encore peu identifiée institutionnellement. Ainsi, peu de

contrats de pôle font mention de cette population et organisent de manière explicite leur accueil.

2.4.2 La faible valorisation de la discipline gériatrique explique en partie certains réticences totalement cette problématique aux pratiques

Les personnels, surtout médicaux, sont selon un avis relativement partagé, peu enclins à s'intéresser aux questions de gériatrie. En effet, la gériatrie a longtemps constitué le parent pauvre des spécialités médicales.

Dans les représentations, le patient âgé constitue un faible intérêt médical. Dans un CHU fortement impliqué dans ses activités de recours, ce sont les pathologies rares, qui nécessitent une grande maîtrise de technologies de pointe qui est privilégiée. La polyvalence qu'implique leur prise en charge suscite donc peu d'enthousiasme. Dans les soins infirmiers, cette dévalorisation de la gériatrie a également existé : les personnes interrogées rappellent qu'il y a quelques années de cela, c'étaient les agents « à problème » qui étaient envoyés en gériatrie, car cette discipline était associée à plus de lenteurs et moins de précision dans la technique.

D'autre part, les personnes âgées sont très souvent associées à la charge de travail supérieure engendrée par l'intrication des pathologies et les difficultés de sorties. Face à la lourdeur des prises en charge, tant médicales que sociales, l'accueil des ces patients nécessite une forte implication des équipes et un travail social de grande ampleur. Or, ce versant social semble constituer pour la médecine une tâche complémentaire qui gêne la pratique médicale traditionnelle. Malgré les évolutions démographiques, le patient âgé n'est pas un patient « normal ». Dans les discours et dans les pratiques, la particularité de leur accueil ne semble pas totalement intégrée et le sentiment de perte de temps est d'autant plus fort que les contraintes liées à la T2A se font sentir.

Enfin, l'accueil de ces patients interroge les représentations de la société en général. Dans une civilisation fortement marquée par le jeunisme et dans laquelle le corps se doit d'être performant, la personne âgée symbolise la part de déni de nos sociétés. Face à des patients qu'ils « ne peuvent pas réparer », le corps médical et soignant est confronté à un sentiment d'échec douloureux au quotidien.

Ces représentations sont à mettre en relation avec l'enseignement délivré aux professionnels de santé, davantage orienté vers la technicité, voire la gestion. Pendant longtemps, la formation initiale médicale a été lacunaire, les internes apprenant sur le tas leur métier auprès des personnes âgées. Toutefois, l'arrêté du 4 mars 1997 a réformé le deuxième cycle d'études médicales (DCEM) en créant 11 modules transversaux – dont un sur le « handicap, l'incapacité et la dépendance », un sur « le vieillissement » et un sur « la douleur, les soins palliatifs et la dépendance » - qui doivent favoriser une approche globale de l'être humain et éviter la représentation du patient comme une somme d'organes. Toutefois, les services gériatriques ne font pas partie des stages obligatoires, qui ont lieu en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique, en chirurgie, en médecine interne et aux urgences).

2.4.3 Des actions de formation continue encore peu développées

Le Plan de formation du CHU de Grenoble prévoit plusieurs types de formation qui concernent directement ou indirectement la prise en charge des personnes âgées. Certaines sont ouvertes à l'ensemble du personnel du CHU : « La personne âgée, un enjeu dans la qualité des soins », « Pansements et escarres », « Pratique des soins palliatifs en unités de soins ». D'autres sont destinées exclusivement aux services de gériatrie : « Personnes âgées : démence et troubles du comportement », « Alimentation de la personne âgée », « Dépistage et prise en charge de la dénutrition ». « La personne âgée, un enjeu de la qualité des soins » est identifiée comme la formation de base en gériatrie pour les services non-gériatriques. Il ne s'agit pas d'une formation obligatoire. Les personnes interrogées soulignent l'intérêt de cette formation mais constatent que les agents privilégient les formations en psychiatrie. Les cadres supérieurs disent donc envoyer les agents à cette formation quand la charge de travail n'est pas trop lourde, en fonction des priorités du pôle.

Des actions de formation et de renforcement des compétences ont été entreprises par certains services. C'est le cas des cliniques de médecine interne et de gériatrie, qui s'étaient engagées en 2008 dans un travail de rapprochement entre les compétences des deux unités. Le premier objectif consistait en la création d'une fiche action faisant l'inventaire des bonnes pratiques soignantes dans prise en charge du patient âgé. Cette

fiche devait permettre l'élaboration d'un outil de transmission de ces savoirs⁶⁸ à destination du PPM, puis, à terme, de l'ensemble des pôles du CHU. Le second objectif était de créer un dispositif d'alternance intégrative par l'intermédiaire d'un contrat de formation entre l'IFSI et le PPM : intervention des soignants en gériatrie à l'IFSI, intervention des formateurs sur le terrain. Toutefois, le groupe de travail qui s'était constitué n'a pas pu mener son travail à terme, faute de temps principalement.

Quant aux outils que pourraient apporter l'Unité Transversale pour l'Education des Patients (UTEP), ils semblent inexistantes en ce qui concerne les personnes âgées. C'est surtout une vision par pathologie qui prédomine, sauf dans quelques cas, comme la surdité. L'approche populationnelle ne fait pas encore l'objet de véritables projets. Ceci s'explique notamment par le fait que l'UTEP ne travaille en général que sur sollicitation des équipes. Dans le cas des personnes âgées, aucun besoin n'a été pour le moment exprimé.

Il ne semble donc pas exister de stratégie bien définie en ce qui concerne la formation sur les problématiques gériatriques. Pourtant, la compétence est appréciée puisque les cadres supérieurs rencontrés disent privilégier le recrutement de cadres de proximité ayant une expérience préalable dans les services de gériatrie.

3 Quelles solutions pour un parcours de soins court, ciblé, coordonné et en adéquation avec les besoins des patients âgés ?

Le bilan est donc mitigé :

- pour le patient, dont la prise en charge est compliquée : temps d'attentes, réhospitalisations fréquentes⁶⁹, hospitalisations facteurs de dépendance, ...

⁶⁸ Indicateurs de résultats proposés : taux d'escarres acquis / importés, taux d'infections nosocomiales acquises, taux de fractures en cas de chute, taux de patients ayant présenté des fausses routes, taux de satisfaction des usagers, utilisation de l'outil référentiel

⁶⁹ entre 75 et 79 ans, la personne a 14% de probabilité d'être hospitalisé plusieurs fois dans l'année, contre environ 5% jusqu'à 70 ans, HCAAM

- pour les soignants et médecins, confrontés à un sentiment d'épuisement professionnel face à la lourdeur des prises en charge et à la répétition de problèmes sociaux semble-t-il sans solution
- pour l'organisation du CHU puisque ces prises en charge mal organisées et mal vécues sont des dysfonctionnements qui paralysent l'institution et peuvent se révéler coûteux.

Face à ces difficultés et dans l'intérêt de tous, il semble pertinent de repenser les organisations et les pratiques professionnelles. L'objectif est en effet de créer un parcours de soins court, ciblé et coordonné en intra comme en extra-hospitalier, un parcours plus conforme aux souhaits de personnes âgées et en cohérence avec les intérêts organisationnels et financiers de l'hôpital public.

Les volumes de populations concernées, la multiplicité des acteurs intervenant dans ces prises en charge complexes et le grand nombre de domaines impliqués (médecine, soin, formation, finances, systèmes d'information) appellent chez qui se donnerait pour objectif une véritable amélioration des prises en charge la mise en place d'une politique claire et affirmée en faveur de cette population. Au vu du changement de mentalités que cette évolution nécessite, il paraît indispensable qu'un tel programme soit largement porté institutionnellement et entrepris avec les partenaires de l'hôpital.

Afin de cerner des solutions différentes mais pourtant complémentaires, nous nous proposons de définir quelques pistes de réflexion élaborées autour des 4 problématiques identifiées dans la deuxième partie : entrées, sorties (principale cause des fortes DMS), coopérations entre professionnels intra et extra-hospitaliers, formation. Ces suggestions s'appuient en partie sur les orientations choisies par le projet d'établissement 2011-2015 et en développent de nouvelles, notamment par l'intermédiaire des propositions fournies par le projet d'UCOG.

3.1 Organiser les entrées non-programmées des personnes âgées et faciliter l'orientation vers le bon service

« Trop sollicité, mal sollicité, en partie parce que ses liens ne sont pas assez étroits et fluides avec son environnement ambulatoire et médico-social et qu'ils ont peut-être même tendance à se dégrader avec le temps, l'hospitalisation est un point de passage majeur,

inévitable, souvent répété, du parcours de soin des personnes âgées. C'est sans doute concernant le recours à l'hôpital que les plus importantes améliorations sont possibles »⁷⁰.

3.1.1 Faciliter l'accès à l'hôpital afin de renforcer les entrées programmées de personnes âgées ou d'organiser leurs entrées non programmées

Créer une Plateforme de régulation pré-hospitalière et d'orientation

Dans sa partie offre de soins (atelier 1), le Projet d'établissement 2011-2015 mise sur la création d'une plateforme de régulation pré-hospitalière et d'orientation. Cette plateforme serait un interlocuteur externe (médecine de ville, EHPAD, ...), ainsi qu'interne (urgences) visant à trouver des réponses aux entrées semi-urgentes. Elle aurait plusieurs missions : donner un avis spécialisé sur la pertinence du recours à l'hospitalisation ; programmer des consultations ; favoriser une hospitalisation directe, vers l'Unité Médicale Non Programmée (voir ci-dessous) ou directement vers les services de soins. Ce type d'organisation a l'avantage de constituer une porte d'accès à l'hôpital aisément identifiable.

Les modalités de fonctionnement de cette structure sont encore en discussion. Plusieurs interrogations existent qui conditionnent pourtant la réussite du projet. En effet, face à l'empilement des structures, la légitimité du projet doit être une priorité, ce qui passe par la transparence de cette organisation et son articulation avec l'existant :

- Personnels présents : certains souhaitent la présence exclusive de personnels médicaux et administratifs, chargés de juger de la pertinence du recours à l'hôpital, puis de l'organisation concrète de cette admission (prise de rendez-vous, liens avec les services, ...). D'autres souhaitent la présence de personnels sociaux dont le rôle pourrait consister à anticiper avec le médecin référent les futurs problèmes de sortie et à enclencher les contacts nécessaires à l'organisation d'une prise en charge fluide (SSIAD, EHPAD, SSR). Cette réponse tridimensionnelle (médicale, administrative, sociale) paraît très intéressante en ce qu'elle permet une réelle anticipation des besoins.
- Compétence médicale : les médecins présents devront être assez polyvalents pour apporter des réponses adaptées à des situations diverses et assurer la crédibilité de l'avis médical et donc renforcer le suivi des décisions. La présence

⁷⁰

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie. Op. Cit.*

médicale (interniste, chirurgien, gériatre ?) dépendra des arbitrages financiers que réalisera l'institution. On pourra prendre exemple sur le CHU de Lille dans lequel une permanence téléphonique est organisée par roulement par des praticiens du CHU.

- Organisation des appels : fonctionnement sur la base d'une hotline avec numéro unique largement diffusé auprès des médecins.
- Articulation avec le SAMU : on pourrait par exemple organiser un basculement des appels, à partir d'un protocole de fonctionnement créé entre les deux structures.
- Articulation avec les urgences : le risque est que les nombreux problèmes de placement de patients auxquels sont confrontées les urgences ne deviennent la mission principale de la plateforme. Il conviendra donc de circonscrire les interventions en protocolisant l'accès à la plateforme
- Articulation avec les services de soins : un travail collaboratif doit être absolument engagé avec les services, de sorte que la plateforme ne soit pas considérée comme une instance extérieure imposant des patients à des services peut investis. Il ne s'agit pas de créer une réservation centralisée des lits. Cela passe probablement par un conventionnement qui permettra de déterminer le profil des patients admis et de laisser le contrôle des admissions aux services. On pourrait par exemple imaginer la mise en place dans chacun des services du CHU d'un numéro d'astreinte médicale, visant à donner un avis complémentaire et organiser l'admission directe dans le service. La plateforme servirait alors de filtre.
- Transmission des données médicales et sociales du patient : le but de ce projet étant l'anticipation d'entrées désorganisatrices pour les services, la bonne transmission des informations concernant le patient est essentielle. Il s'agit donc de permettre l'ouverture par la plateforme du dossier patient, avec une fiche de liaison accessible dans la suite de la prise en charge⁷¹.
- Lien avec l'EMG externe et l'HAD : la plateforme devra pouvoir organiser des interventions de l'EMG externe et l'HAD.

Généraliser l'organisation des astreintes téléphoniques

Comme dans les services d'infectiologie ou de gériatrie, il s'agirait qu'un numéro de téléphone unique soit identifié qui permettrait un accès rapide et direct au service. Cette astreinte téléphonique pourrait être organisée par spécialité, avec les médecins seniors et

⁷¹ identité du malade, pathologie, délai et durée prévisionnelle d'hospitalisation, caractéristiques sociales

internes. Interrogés sur cette initiative, les médecins semblent craindre d'être trop dérangés. C'est pourquoi l'articulation avec la Plateforme semble indispensable, pour organiser l'avis médical et l'organisation des entrées. Une fois le patient entré, le portable permet d'obtenir rapidement des renseignements sur le patient et d'organiser sa sortie. Pour que cette activité de coordination et de prévention soit pérenne, l'hôpital doit trouver un moyen de la valoriser financièrement, par la T2A ou par l'intermédiaire des MIGAC.

3.1.2 Faciliter l'accès non-programmé des personnes âgées dans des services polyvalents

Créer une Unité Médicale Non-Programmée ?

Le projet d'établissement 2011-2015 envisage la création d'une unité médicale non programmée (UMNP) rattachée à un pôle clinique et indépendante des urgences. L'objectif de cette unité serait d'évaluer la situation des patients instables en coordonnant l'intervention de médecins de spécialités médicales et chirurgicales dans un délai très court et en favorisant la collaboration de l'ensemble des professionnels de soins (plateau technique, médecine de ville, structures de soins de ville).

- Patients accueillis : patients âgés ou non, de préférence porteurs de polyopathologies médicales ou chirurgicales
- Deux modes d'entrées : l'adressage par les urgences, l'adressage par l'intermédiaire de la plateforme de régulation pré-hospitalière.
- Organisation : il est proposé l'ouverture de 20 lits, la moitié pour la gériatrie, la moitié pour la médecine interne. Son fonctionnement devrait être assuré par les services dans lesquels le besoin de lits en aval des urgences est important.

Cette proposition a le mérite de reconnaître la nécessité d'une médecine polyvalente et de mettre l'accent sur la pluridisciplinarité des prises en charge. Toutefois, elle suscite plusieurs interrogations :

- le risque n'est-il pas que ce service devienne le réceptacle de situations dont les services se défausseraient : patients âgés aux pathologies complexes, dont on suspecte de fortes DMS, patients jeunes avec des questions sociales aiguës. Cette organisation risquerait alors d'entériner l'hyperspécialisation des services de soins considérant que la polypathologie ne relève pas de leur compétence.
- la polyvalence des services ne devrait-elle pas être généralisée et mise en œuvre dans l'ensemble des services ? En faire une spécificité de service ne va-t-il pas

contre l'évolution indispensable de l'offre de soins vers plus de coordination et des parcours de soins coordonnés ?

- N'aboutira-t-on pas à une stagnation des patients dans cette unité sans orientation clairement définie ?
- Quelle serait l'organisation avec le service de médecine interne qui semble déjà remplir cette fonction d'accueil des situations polyvalentes ?

Créer une unité de post-urgence gériatrique ?

On sait que la plupart des situations dans lesquelles l'évaluation du patient pose problème et l'accueil est complexe concerne les patients âgés en premier lieu. Au vu du nombre croissant de personnes âgées, pourquoi ne pas orienter résolument cette unité vers la gériatrie ? Il s'agirait de prendre en charge de manière pluridisciplinaire les patients pour lesquels ce sont les problématiques environnementales qui sont les plus aiguës ou qui nécessitent une évaluation préalable avant orientation dans le bon service. Cette organisation qui existe déjà au CHU de Nancy avec la création de Post-Urgences d'Orientation Gériatrique aurait plusieurs bénéfices :

- limiter la stagnation aux urgences de patients ne nécessitant pas de prise en charge médicale aiguë mais pour lesquels un travail social doit être entrepris. Ceci permettrait de limiter l'utilisation de l'UHCD, dont les conditions d'accueil ne sont pas adaptées aux personnes âgées et dont la T2A ne rémunère que les 48 premières heures.
- après contact avec la plateforme, faciliter un accès direct à l'unité, qui assure ensuite l'évaluation gériatrique dans de bonnes conditions de prise en charge.
- Bâtir une prise en charge réellement pluridisciplinaire, de sorte de créer une offre de soins polyvalente en faveur des personnes âgées.

L'organisation de cette unité pourrait suivre quelques principes :

- une durée médicale de séjours d'une semaine environ, laissant le temps d'organiser une prise en charge sociale, de réaliser une évaluation pluridisciplinaire puis d'organiser le passage dans le service adéquat.
- présence d'un gériatre, d'un médecin et d'un chirurgien pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire. Le recours ponctuel à des médecins de spécialité est organisé.
- attribution d'un temps dédié d'assistante sociale

- ces patients non-programmés sont admis à partir des urgences et de la Plateforme, sans négociation de la part du service.
- Organisation de la coordination avec l'EMG qui pourrait se centrer davantage sur les services de spécialité et moins sur l'UHCD.

3.1.3 Inscrire l'accueil des personnes âgées dans les contrats de pôle

La prise en charge des personnes âgées dans les services non-gériatriques pourrait faire l'objet d'une formalisation plus poussée. Le contrat de pôle ainsi que les projets de pôle constituent à cet égard des outils intéressants pour faire de la problématique gériatrique une priorité. Dans une perspective de renforcement de la qualité des soins, la contractualisation avec les pôles pourrait notamment passer par l'appropriation du concept de chemin clinique. Ce concept « repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse des processus. Elle a pour objectifs de planifier, organiser et assurer la prise en charge des patients de façon consensuelle au sein d'une équipe »⁷². Cela peut prendre la forme d'une liste d'actes à cocher afin d'assurer la traçabilité et la qualité de la prise en charge. Cette idée pourrait être adaptée aux personnes âgées pour chaque pathologie avec le détail des interventions à prévoir : assistante sociale, dépistage de la dénutrition, appel du médecin généraliste, ...

3.1.4 Développer le conventionnement avec les EHPAD

Au vu du nombre de patients âgés adressés par les EHPAD ainsi que la médicalisation encore insuffisante de ces structures, il pourrait sembler intéressant d'engager une démarche partenariale. Sur le modèle de la convention reliant aujourd'hui les EHPAD du territoire et la clinique universitaire de médecine gériatrique, favoriser le développement des conventions entre services de spécialité et EHPAD permettrait d'éclaircir les conditions dans lesquelles les personnes âgées sont accueillies par le CHU : accès aux consultations et hôpitaux de jour, organisation d'entrées directes pour éviter le passage aux urgences, engagements des deux parties. Ces conventions pourraient également organiser de manière plus formelle des consultations de spécialité, à l'hôpital ou directement dans les maisons de retraite.

⁷² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf

3.2 Dans l'intérêt des personnes âgées et de l'institution, améliorer la sortie du patient

La difficulté à organiser la sortie constitue à la fois une des explications les plus fortes des longues durées de séjour et le problème le plus facilement identifié par les professionnels. Il doit donc constituer une priorité institutionnelle et pousser à une véritable structuration de l'organisation de la sortie.

3.2.1 Augmenter les effectifs d'assistantes sociales, afin de les rendre référentes sur une clinique

Les services interrogés constatent unanimement le manque d'assistantes sociales qui travaillent en général sur plusieurs cliniques. C'est par exemple le cas dans le pôle pluridisciplinaire de médecine, où l'assistante sociale travaille à la fois en médecine interne et en médecine vasculaire. Ceci implique qu'il leur est difficile de répondre à toutes les demandes et que le suivi est compliqué à mettre en œuvre. Par conséquent, c'est le plus souvent le ou la cadre qui prend en charge ce versant social de l'activité hospitalière au détriment d'autres missions.

On pourrait donc envisager de recruter davantage d'assistantes sociales ce qui constitue pour le moment un choix difficile pour l'établissement, étant donné les problèmes de recrutement d'IDE. Toutefois, c'est à une véritable réflexion sur les champs de compétence de chacun qu'on doit s'engager. Ces recrutements permettraient en effet de faire des assistantes sociales les référentes exclusives d'un pôle, ce qui permettrait d'anticiper le suivi, en lien avec la plateforme, tout en les intégrant dans la vie des services.

3.2.2 Créer un poste d'infirmier coordonnateur de l'aval et du réseau ?

Si les assistantes sociales sont indispensables pour faire l'évaluation de la situation sociale du patient âgé et assurer la coordination des solutions mises en œuvre, la recherche de places dans l'aval est une tâche très coûteuse en temps dont on peut réfléchir à la centralisation. Créer un poste d'infirmier coordonnateur de l'aval et du réseau (ICAR), chargé de recueillir les demandes de transfert des patients, d'interroger le logiciel

de disponibilité des lits de SSR (Trajectoire) et de prendre les contacts nécessaires avec les structures, pourrait constituer une avancée qui demande à être examinée. Ce profil de poste existe déjà puisqu'à l'Hôpital Mondor, à Paris, une infirmière est chargée de rechercher des lits d'aval dans les établissements de soins conventionnés⁷³.

3.2.3 Etendre le logiciel Trajectoire à tous les types d'aval

Le Logiciel Trajectoire constitue un gain de temps très important pour le CHU de Grenoble dans la mesure où il permet d'avoir connaissance presque en temps réel des lits disponibles en SSR. On pourrait envisager que ce logiciel soit étendu aux autres catégories d'aval – HAD, SSIAD, EHPAD, USLD – ce qui permettrait d'assurer le lien direct entre la demande de places énoncée par les services et l'offre sur le territoire. Par ailleurs, ce logiciel constituerait une source non négligeable de statistiques.

3.2.4 Impulser une stratégie globale de développement et de conventionnement avec l'aval hospitalier

Nous avons déjà constaté que le développement de l'aval sur le territoire grenoblois ne permettait pas de répondre aux besoins du CHU, notamment en places de SSR. Une amélioration pourra être bientôt apportée par l'ouverture prochaine de 29 lits de SSR gériatriques supplémentaires au Centre Médical Rocheplane, même si les modalités de financement sont en attente. La mise en place actuelle des ateliers du prochain SROS, ainsi que les travaux autour du plan régional de santé (PRS), permettent d'ouvrir une fenêtre autour des enjeux liés à l'offre de soins. Elle est l'occasion de concrétiser l'ouverture de ces lits supplémentaires et de poser plus largement la question du sous-équipement de l'Isère.

⁷³ POTEL G., LAUQUE D., BOUGET J. et al., mai 2005, « L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions », Société Francophone de Médecine d'Urgence, 34 p.

3.3 Développer des outils et occasions de rencontre entre professionnels, au bénéfice de parcours de soins complets et fluides

Afin de faire bénéficier ces patients fragiles d'un vrai « continuum de soins »⁷⁴ à la fois vers l'amont et l'aval de l'hospitalisation, il faut donner aux médecins et soignants les moyens techniques et humains de dépasser l'étanchéité qui caractérise encore l'offre de soins et éviter certains « conflits de territoire, corporatisme ou de hiérarchie »⁷⁵. C'est pourquoi il paraît essentiel de développer des outils et des occasions de rencontres entre les professionnels de santé, qu'ils appartiennent au CHU ou à d'autres structures.

3.3.1 Favoriser une large habilitation au dossier patient

Les personnels constatent les difficultés liées à l'absence d'uniformisation du dossier patient. En effet, certains dossiers ne sont pas encore numérisés, tandis que nous avons déjà vu que l'habilitation aux autres pôles n'était pas possible pour le moment. De plus, l'interfaçage des logiciels n'est pas encore abouti : ainsi, le dossier médical des urgences (DMU) n'est pas relié avec le logiciel de l'établissement (Crystal Net), ce qui implique des doublons dans les entrées d'informations. Même si cela correspond à des difficultés de déploiement bien compréhensibles et des choix de sécurisation des informations médicales, il n'en demeure pas moins que cette étanchéité est préjudiciable à la prise en charge des personnes âgées. En effet, les patients âgés passent souvent dans un grand nombre de services et les réhospitalisations sont fréquentes. Il semble donc dommage de ne pas pouvoir profiter d'une mutualisation des informations à l'échelle de l'établissement. Une réflexion sur les conditions d'accès au dossier médical semble donc devoir s'engager.

3.3.2 Faciliter les transferts d'information entre spécialités et acteurs de la prise en charge du patient

⁷⁴ 22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

⁷⁵ AUBERT M., 2005, « Interprofessionnalité en gérontologie ». *Pratiques gérontologiques*, 280 p.

Comme le soulignait le Plan cancer 2009-2012, il semble nécessaire d'«élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions conjoint entre l'INCa et l'Agence des systèmes d'information en santé (ASIP) pour développer l'usage et les services du DCC dans le contexte du déploiement du Dossier médical personnel (DMP) ». Le développement d'outils informatiques communs entre la ville et l'hôpital est en effet essentiel à des transferts d'information fluides, au bénéfice du patient.

C'est dans cette perspective que l'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) a proposé la création d'une fiche d'évaluation partagée en oncogériatrie. Cet outil créé en partenariat avec le réseau régional de cancérologie (RRC) sera fondé sur un contenu structuré qui doit faciliter la synthèse des données du patient âgé. Les professionnels habilités incrémentent les 4 zones de cette fiche au fur et à mesure de la prise en charge : volet oncologique, volet gériatrique, une conclusion sous la forme d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS), et fiche spécifique sur le devenir des patients. Cet outil pivot du projet doit permettre de créer une expertise clinique pluridisciplinaire cohérente et constituera également une base de données indispensable à la recherche et au suivi des actions de l'UCOG (annexe 17).

3.3.3 Organiser des rencontres thématiques avec la médecine de ville

Il est à noter que le transfert des informations par informatique au médecin généraliste ne remplace pas la communication immédiate ainsi que le partage des connaissances et expériences entre collègues. Ainsi, seuls 24,5% des médecins déclaraient connaître la Plateforme d'Echanges des Professionnels de Santé (PEPS) et 8,5% l'avaient utilisé au moins une fois⁷⁶. Il semble donc intéressant de développer les rencontres entre médecins, autour de problématiques particulières. C'est ce que proposait le projet d'UCOG du CHU de Grenoble en demandant la mise en place d'une réunion annuelle entre gériatres, cancérologues et médecins généralistes. Ce pourrait constituer l'occasion de mener des actions de formation.

⁷⁶ FRANVOIS (P). 2010, Etude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes, 32 p.

3.4 Valoriser les bonnes pratiques gériatriques dans les services de spécialité

La maîtrise des « bonnes pratiques gériatriques » constituera à l'avenir un puissant critère de qualité pour les établissements de santé. Rappelons d'ailleurs que la prise en compte de la population âgée est un critère surveillé par le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁷⁷. Il s'agit de sensibiliser les professionnels de santé aux spécificités de l'accueil des personnes âgées, mais aussi de donner certaines réponses aux nombreuses questions qui peuvent troubler la pratique soignante (éthique, démences, ...).

3.4.1 Développer les compétences des soignants

Faire des formations sur les personnes âgées une priorité de plan de formation

L'institution doit s'interroger sur la possibilité de rendre obligatoire la formation de prise en charge des personnes âgées, au moins pour les nouveaux arrivés des spécialités les plus touchées par le vieillissement démographique (c'est-à-dire celles que nous avons choisies pour ce travail). Cette formation est en effet l'occasion de sensibiliser les soignants aux problématiques médicales, soignantes mais aussi sociales, et d'apporter des outils concrets afin de structurer les pratiques. Prescription, nutrition et prise du repas, mobilisation, prévention des escarres, ... autant de thèmes qui constituent le base de la pratique. Certaines actions de formation en faveur des personnes âgées rencontrent d'ailleurs les priorités réglementaires⁷⁸. Ainsi en est-il de la préparation de la sortie du patient hospitalisé ou de la promotion de la bientraitance.

En sus, on pourrait promouvoir des formations spécifiquement tournées vers certaines pathologies. C'est ce qui a été proposé dans le projet d'UCOG du CHU de Grenoble. En effet, une formation onco-gériatrique destinée aux soignants a été prévue qui doit permettre de transmettre les bases d'une meilleure compréhension de la

⁷⁸ Lettre-circulaire N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

problématique gériatrique en cancérologie. On peut imaginer des programmes développés en chirurgie, là où les enjeux sont certains.

Créer un référent en gériatrie dans les services d'hospitalisation

Sur le modèle de ce qui existe déjà pour le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), c'est-à-dire une aide-soignante référente dans chaque service, chargée de transmettre des informations et de faire remonter certaines données au CLAN, on pourrait imaginer l'identification dans chaque service d'hospitalisation d'un référent gériatrie. Cette personne pourrait être une infirmière mais aussi une aide-soignante. En effet, nombreuses sont les questions qui concernent directement certaines de leurs missions (toilette, marche, repas, ...). L'aide soignante-référente pourrait dépendre d'un gériatre chargé d'assurer une formation spécifique qui la rendrait ensuite capable de favoriser la diffusion des bonnes pratiques dans son service. Elle constituerait certainement un bénéfice dans l'acquisition progressive d'une culture gériatrique.

3.4.2 Développer la recherche en gériatrie

Afin de promouvoir la discipline gériatrique et d'en faire un objet d'excellence, il semble intéressant de pousser les professionnels de santé à s'emparer de thèmes de recherche en lien avec le vieillissement. C'est faire entrer les soins de proximité que représente pour un CHU la prise en charge polyvalente des personnes âgées dans le domaine de l'excellence. De nombreuses pistes sont à explorer, dans la suite du Plan Solidarité grand Age qui avait déjà identifié cette piste d'amélioration : développer l'inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques, favoriser la recherche médicale ou paramédicale dans le domaine de l'évaluation des systèmes de soins ou de la qualité de vie de ces patients.

C'est cette piste qu'a souhaité explorer le CHU de Grenoble avec son projet d'UCOG : présence d'un attaché de recherche clinique (ARC) aux RCP afin de favoriser l'inclusion de patients dans les essais, utilisation de la plateforme oncogériatrique en tant que base de données, lancement de projets de recherche spécifiques.

Conclusion

« La France doit avoir une politique ambitieuse de la longévité »

Cette exigence énoncée par le Plan Solidarité Grand Age doit également être celle des hôpitaux. En effet, la prise en charge des patients âgés dans l'ensemble des services hospitaliers constitue désormais une réelle priorité des pouvoirs publics. Ainsi, le manuel de certification de la HAS détaille dans son critère 19A les conditions d'un accueil réussi : formalisation d'un projet spécifique de prise en charge, sensibilisation et formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge de ces populations, coordination des différents professionnels, évaluations régulières, développement de réseaux et conventions, ...

De nombreux axes d'amélioration peuvent en effet être ciblés : il s'agit aujourd'hui d'adapter l'établissement à un phénomène démographique qu'il semble urgent de préparer, au bénéfice du patient âgé, du personnel médical et soignant qui les accueille ainsi que de l'institution.

Le CHU de Grenoble possède d'ores et déjà une large expertise gériatrique qu'il s'agit de diffuser dans les services de spécialité et de mettre à profit des personnes âgées. Toutefois, dans une structure complexe, naturellement portée vers un certain cloisonnement intra et extra-hospitalier ainsi que la valorisation de la technicité, la prise en charge polyvalente de la personne âgée constitue un véritable défi. Afin de créer un parcours de soins court, ciblé, coordonné et en adéquation avec les besoins du patient, de nombreuses évolutions sont à entreprendre qui concernent tant la mise en œuvre de structures et de collaborations permettant d'organiser le recours à l'hôpital et d'anticiper la sortie, que la constitution d'interfaces efficaces avec les autres acteurs de la filière de soins ou encore le renforcement des bonnes pratiques gériatriques.

Pour créer la dynamique nécessaire à cette transformation, la thématique de la prise en charge des personnes âgées doit être identifiée comme une véritable priorité par l'ensemble des acteurs et une chance de moderniser en profondeur l'hôpital du XXIème siècle.

Bibliographie

Articles

TRIVALLE C., mai/juin 2000, « le syndrome de fragilité des sujets âgés », *Gériatries*, n°20, p.11-13.

COUTURIER P., FACHLER-BUATOIS S., ARGENTIER AM. et al., 2002, « Place et rôle des unités mobiles de gériatrie dans la prise en charge des patients fragiles et hospitalisés », *l'année gériatrique*, p.27-41.

FOURNIER P., janvier 2002, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gériatrique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile ». *Gériatrie et société*, n° 100, p. 131-147.

BAUBEAU D. et CARRASCO V., janvier 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et résultats*, DREES, n°215, 12 p.

DELPIERRE S. et LEGRAIN S., 2005, « Les médicaments du sujet âgé et les risques avec l'anesthésie », *JEPU 2005*, p.323-331.

AUBERT M., 2005, « Interprofessionnalité en gériatrie ». *Pratiques gériatriques*, 280 p.

ROBELET M., janvier 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, p. 231-260.

STANECK A., janvier – février 2005, « Mieux prendre en charge la personne âgée malade », *Revue hospitalière de France*, n°502, 8 p.

POTEL G., LAUQUE D., BOUGET J. et al., mai 2005, « L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions », Société Francophone de Médecine d'Urgence, 34 p.

D'AMOUR D. et OANDASSAN I., mai 2005, « Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept », *Journal of Interprofessional Care*, p.8-20.

DEFEBVRE M-M., 2007, « Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de courts séjour médecine de la région Nord-Pas-de-Calais », *Santé Publique*, volume 19, n°2, p. 133-146.

CUDENNEC T., mars/avril 2007, « Les équipes mobiles de gériatrie : un plus dans la prise en charge des patients âgés », *Soins gériologiques*, n°64, p.17.

CUDENNEC T. et GALIANO O., mars/avril 2007, « Sensibiliser les services de spécialités à la gériatrie via l'EMG », *Soins gériologiques*, n°64, p.22-24.

COUTURIER P., TRANCHANT L., LANIECE I. et al., mars/avril 2007, « Equipes mobiles de gériatrie : états des lieux, bilan et perspectives », *Soins gériologiques*, n°64,, p.18-21.

COUTURIER P., 2008, « Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble », *Annales de Gerontologie*, Volume 1, Numéro 1, p.17-26.

BRECHAT P-H., VOGEL T., BERARD A., LONSDORFER J., KALTENBACH G. et BERTHEL M., 2008, « Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? », *Santé publique*, volume 20, n° 5, p. 475-487.

MOUQUET MC. Et OBERLIN P., août 2008, « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 ». *DREES*, Etudes et résultats, n°654, 8 p.

MALERBA G., 2009, « Les passages itératifs des personnes âgées aux urgences », *Urgences 2009*, chapitre 105, p.1011-1018.

octobre 2010, « 15 000 centenaires en France en 2010, 200 000 en 2060 ? », *INSEE Première*, n°1319, 4 p.

Rapports

BENHAMOU A-C., décembre 2003, *Mission gérontologique numérique, rapport d'étape*.
Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 23 p.

HAS, 2005, *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance*, 16 p.

ROUSSEAU A-C. Et BASTALIELLI J-P, mai 2005, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, 128 p.

Prospective des métiers de la santé, mai 2005, Journée d'étude du 18 novembre 2004.
N°3.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie*,
avril 2006, 54p.

2007, *Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences. Retours d'expériences*,
ANAP, Tome 3 – Partie 1., 239p.

COLOMBIER G, 2007, *La prise en charge des urgences médicales*, Rapport d'information
à l'Assemblée Nationale, 584 p.

HAS, avril 2007, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique
chez la personne âgée*, 8 p.

RIALLE V., mai 2007, *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques
gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, 74 p.

MEAH, avril 2008, *Gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques
organisationnelles et retours de pratique*, 128 p.

HAS, mai 2009, *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de
l'agitation*, 12 p.

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

ANAP, août 2010, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, retour d'expériences*, 76 p.

ANAP, 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire – retour d'expérience*, 76p.

Chambre régionale des comptes, 2011, *Rapport d'observations définitives, Centre hospitalier Universitaire de Grenoble, Enquête sur la coopération hospitalière, Exercices 2006-2010*, 34 p.

Ouvrages publiés

BOURDILLON F., 2004, *Traité de Santé Publique*, Flammarion.

JOLLY D., LESAGE I. et al., *Quelle politique de santé pour le grand âge ?*, Les dossiers de l'Institut d'études politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion.

Thèses et mémoires

PERICAUD P., année 2008 – 2009, *Evaluation des solutions à l'engorgement aux urgences en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Canada, États-Unis)*, revue internationale de littérature, Thèse pour le Doctorat de Médecine : Université Paris Descartes Paris 5, 91 p.

HENON – LIM A., mars 2010, *Les personnes âgées de 75 ans et plus ayant recours aux urgences du CHU de Bondy (93) : caractéristiques épidémiologiques et place de la prise en charge dans la filière gériatrique*, Thèse pour le Doctorat en médecine : Université Paris Descartes Paris 5, 100 p.

Conférence publiée

BOUGET J., CARPENTIER F., KOPFERSCHMITT J. et al., 5 mai 2003, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences*, 10^{ème} Conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence, 19 p.

Textes législatifs et réglementaires

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Circulaire DHOS/E1/202/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Plan Solidarité Grand-Age 2007-2012

Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services de SSR thématiques.

Améliorer l'organisation de la filière gériatrique. SROS 3, Rhône-Alpes.

Plan Cancer 2009-2013.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Lettre-circulaire N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Documents du CHU de Grenoble

FONTAINE E. *Intérêt économique à dépister la dénutrition intra-hospitalière, 1 an après.* 7 p.

Faire évoluer la nutrition des personnes âgées hospitalisées, 16 novembre 2003, 3ème journée du CLAN, 8 p.

FONTAINE E, 2008, *Création de l'Equipe Mobile de Pesage, à quoi ça sert ?*, 7 p.

Prévention des escarres de décubitus, janvier 2008, Vdoc, 6 p.

Prise en charge des escarres adultes et sujets âgés, janvier 2008, Vdoc, 5 p.

Rapport de la CRUQPC 2009,

Contrat des pôles 2010-2013

FRANCOIS P. et BAL G. *Données démographiques et sanitaires, département de l'Isère, bassin hospitalier de Grenoble, rapport 2010*, 16 p.

FRANVOIS (P). 2010, *Etude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes*, 32 p.

GAVAZZI (Gaëtan), 2010, *Rapport concernant l'impact des hospitalisations des 75 ans et plus au CHU de Grenoble*, 25 p.

COUTURIER P., 2011, *Reunion Interfilière Gériatrique Grenoble-Grésivaudan : Eléments diagnostic*, 15 p.

Projet d'établissement 2011-2015, 2011, CHU de Grenoble, 110 p.

Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015, DIM, 52 p.

Fiche réflexe pour la sollicitation de l'assistant(e) social(e) si sortie complexe du patient à organiser, septembre 2011, Vdoc, 3 p.

Plan de formation du CHU de Grenoble 2012, 18 p.

Liste des annexes

Annexe 1 – Entretiens réalisés et participations à des réunions

Annexe 2 – Proportion de séjours de 75 ans et plus réalisés dans les cliniques choisies

Annexe 3 – Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge

Annexe 4 – Part des 75 ans et plus en Rhône-Alpes, Isère, et dans la Zone de Soins de Proximité de Grenoble

Annexe 5 – Dépenses de santé par classe d'âge (données HCAAM)

Annexe 6 – Evolution de l'activité du CHU de Grenoble par discipline en fonction de l'évolution démographique

Annexe 7 – Principales causes de décès des personnes âgées

Annexe 8 – Nombre de maladies déclarées par âge en 2006

Annexe 9 – Recettes réalisées par l'intermédiaire des séjours de personnes de 75 ans et plus

Annexe 10 – Durée de séjours des personnes âgées de 75 ans et plus dans les cliniques choisies

Annexe 11 – Durée de séjours hospitaliers en MCO des personnes âgées de 80 ans et plus (2008)

Annexe 12 – Nombre de lits en courts séjour gériatrique pour 100 000 habitants de 75 ans ou plus en 2008

Annexe 13 – Nombre de places en SSIAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2009)

Annexe 14 – Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2008)

Annexe 15 – Taux d'équipement en lits de soins de longue durée pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2008)

Annexe 16 – Besoins en expertise gériatrique relevés par l'Equipe Mobile de Gériatrie du CHU de Grenoble (2002)

Annexe 1 – Entretiens réalisés et participations à des réunions

Entretiens réalisés

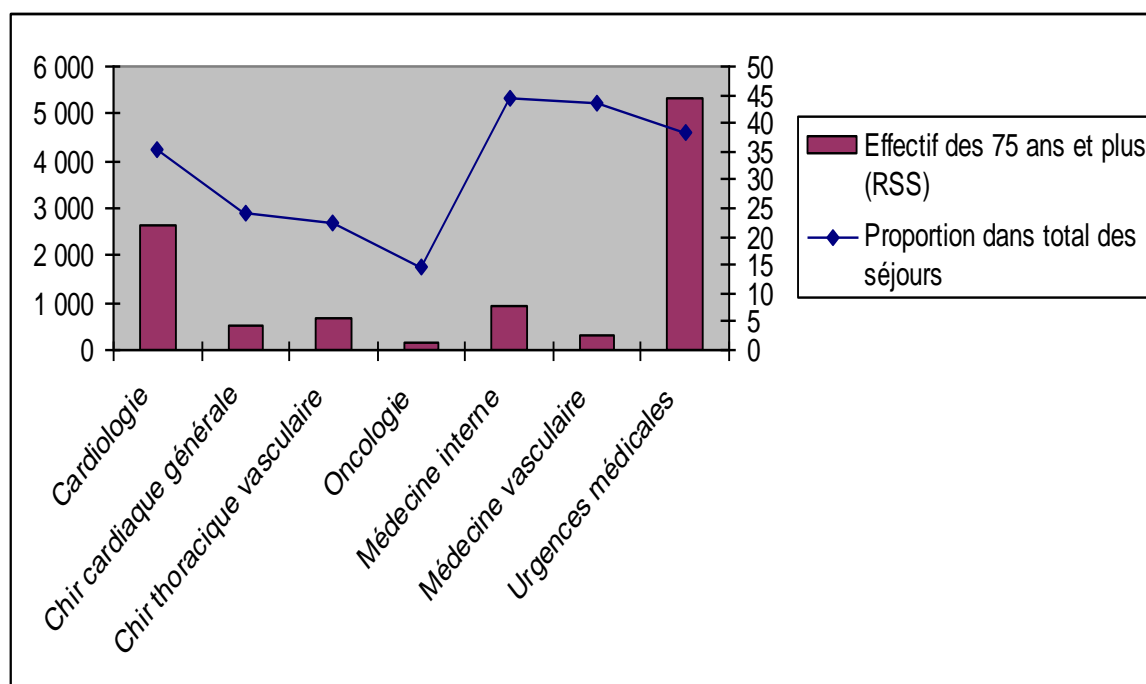
	Fonction	Date
Mme Stempfle	Cadre du service social	18 juillet
Mme Ferley	Cadre supérieur des urgences	18 juillet
M. Gavazzi	PUPH en gériatrie	21 juillet
Mme Dionnet	Cadre de l'UHCD aux urgences	21 juillet
Mme Vaillant	Responsable du CLAN	30 août
Mme Gronnier	Infirmière d'évaluation à l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG)	30 août
Mme Biguenet	Cadre Supérieur de Santé du Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	2 septembre
Mme Bonnet	Cadre Supérieur de Santé du Pôle Cardiovasculaire et Thoracique	7 septembre
Mme Lanièce	Médecin coordonnateur de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG)	13 septembre
Mme Riethmuller	Cadre de la clinique de médecine interne	19 septembre
Mme Debaty	Unité Transversale d'Education Thérapeutique	21 septembre
Mme Bouillet	PHU du service de médecine interne	21 septembre
Mme Mousseau	PH onco	28 septembre
Mme Zimmerman	Directeur des Soins	13/10/11

Réunions en rapport avec le sujet

Réunion de démarrage du projet de création d'Unité de Coordination en Oncogériatrie, avec M. Gavazzi (gériatre) et Mme Guillem (3C)	29 mars
Visioconférence UCOG avec les gériatres et oncologues des établissements suivants :	6 avril
Réunion avec les 3 établissements candidats au projet d'UCOG (Lyon et St Etienne) ainsi que le Réseau Régional de Cancérologie pour la création de l'UCOG	29 avril
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Oncogériatrie	13 juillet
Relecture du projet d'établissement avec la Directrice de la Stratégie	6 septembre
Bureau de pôle du Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	7 septembre
Visite de conformité des urgences médicales	9 septembre

Annexe 2 – Proportion de séjours de 75 ans et plus réalisés dans les cliniques choisies

Données PMSI Pilot



Annexe 3 – Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge

<http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6&nivgeo=0&type=2>

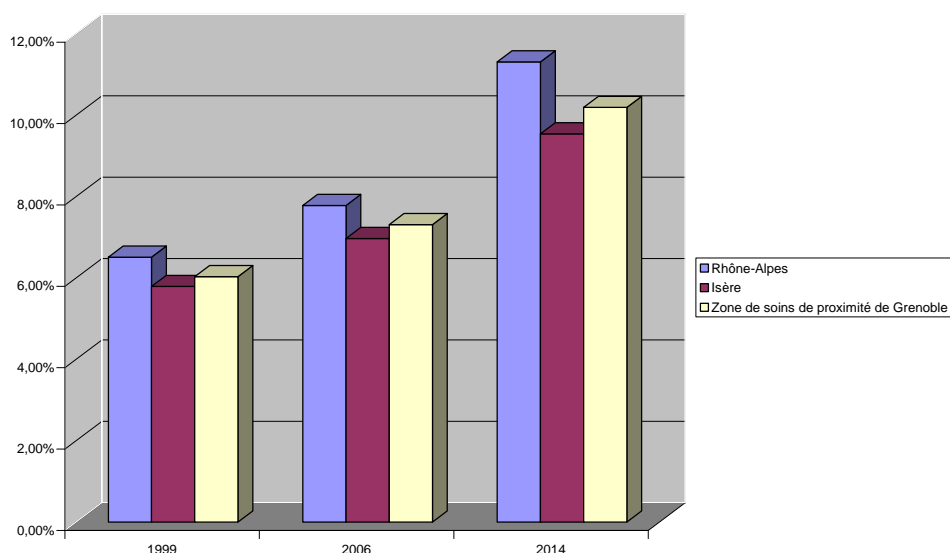
	Population au 1 ^{er} janvier (en millions)	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	75 ans ou plus
					en %
2015	64,5	24,2	51,0	15,5	9,3
2020	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
2025	67,3	23,5	48,4	17,2	10,9
2030	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
2035	69,7	22,6	46,7	17,1	13,6
2040	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
2050	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
2060	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, projections de population 2007-2060.

Annexe 4 – Part des 75 ans et plus en Rhône-Alpes, Isère, et dans la Zone de Soins de Proximité de Grenoble

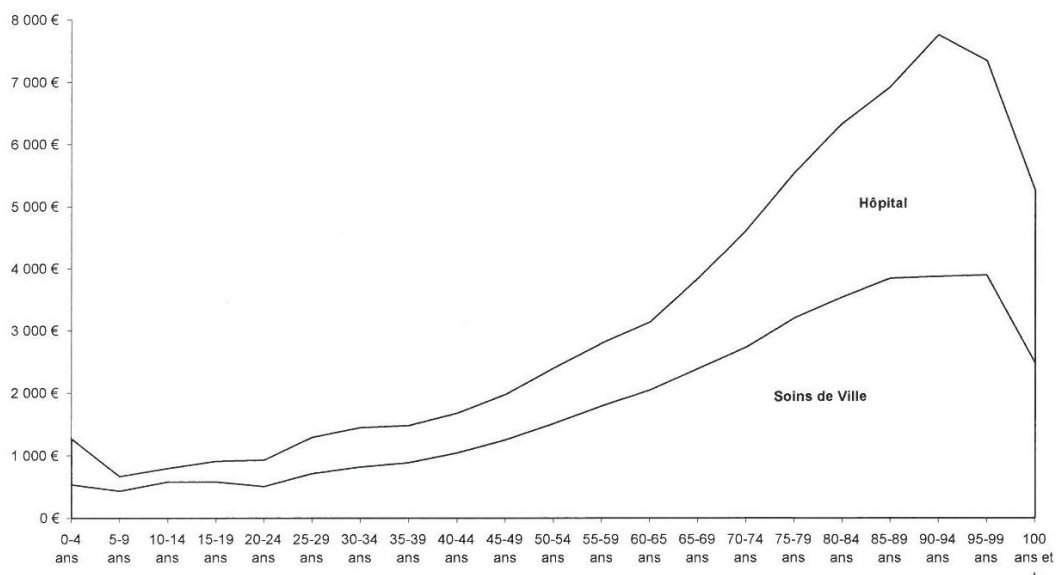
Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015, DIM, 52 p.



Annexe 5 – Dépenses de santé par classe d'âge

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

Même graphique, avec décomposition entre les soins de ville (+ cliniques) et les soins hospitaliers (MCO, SSR, Psy)



Sources : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008 ; Insee, estimations de population

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Annexe 6 – Evolution de l'activité du CHU de Grenoble par discipline en fonction de l'évolution démographique

Diagnostic du projet d'établissement 2011-2015, DIM, 52 p.

Evolution de l'activité pour le CHU de Grenoble par discipline en fonction de l'évolution de la démographie (2006-2014)

Discipline	Evolution en entrées (%)	Evolution en journées (%)
Pôle Anesthésie Réanimation	190 (6,2%)	1731 (14,8%)
Pôle Cancérologie	1224 (14,5%)	3589 (15,4%)
Pôle Cardiovasculaire.Thoracique	1575 (12,4%)	10459 (23,9%)
Pôle CoupleEnfant	808 (3,7%)	2844 (5,2%)
Pôle Digestif_DUNE	2155 (11,8%)	13008 (19,5%)
Pôle Locomoteur Sud Gériatrie	716 (11,0%)	5217 (20,3%)
Pôle Médecine aiguë communautaire	918 (11,2%)	5894 (19,7%)
Pôle Physiologie Rééducation	85 (14,5%)	83 (15,4%)
Pôle Pluridisciplinaire Médecine	1014 (16,1%)	16953 (31,3%)
Pôle Psychiatrie Neurologie	339 (10,1%)	5451 (21,4%)
Pôle Tête Cou	1815 (12,4%)	11148 (23,9%)
Pôle Urgences SAMU	2112 (12,4%)	2896 (23,9%)

Annexe 7 – Principales causes de décès des personnes âgées (source INSEE)

<http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&nivgeo=0&type=2>

Principales causes de décès des personnes âgées

Principales causes de décès des personnes âgées

en 2008

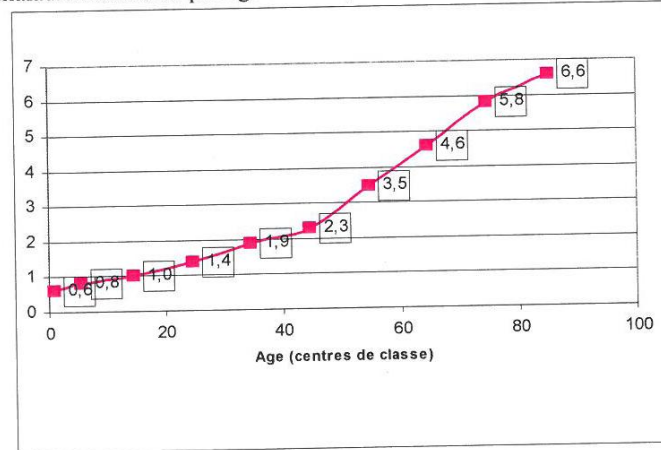
	de 65 à 74 ans		de 75 à 84 ans		de 85 à 94 ans		95 ans et plus		Ensemble tous âges	
	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %
Maladie de l'appareil circulatoire	15 126	21	46 635	29	54 935	36	15 073	37	146 127	28
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	4 835	7	12 477	8	12 468	8	2 732	7	37 526	7
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	3 442	5	11 289	7	11 943	8	2 706	7	32 181	6
Tumeurs	34 096	47	49 799	31	26 018	17	3 175	8	157 812	30
<i>Tumeurs malignes du larynx, trachée, bronches et poumon</i>	7 637	11	7 938	5	2 213	1	119	ns	30 140	6
<i>Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques</i>	2 671	4	4 805	3	2 608	2	253	1	12 867	2
<i>Tumeurs malignes du côlon</i>	2 343	3	4 725	3	2 919	2	363	1	12 474	2
Maladies de l'appareil respiratoire	3 462	5	10 922	7	11 907	8	3 680	9	32 621	6
<i>Pneumonie</i>	753	1	3 039	2	4 469	3	1 602	4	10 573	2
Causes externes	3 568	5	7 240	5	7 316	5	2 072	5	36 673	7
<i>Chutes accidentelles</i>	539	1	1 564	1	1 909	1	528	1	5 517	1
<i>Suicides</i>	1 115	2	1 232	1	533	ns	40	ns	10 313	2
Maladies du système nerveux et des organes des sens	2 802	4	10 718	7	11 563	7	2 333	6	30 545	6
Maladies de l'appareil digestif	3 459	4	6 417	4	5 617	4	1 336	3	23 482	4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 743	4	6 907	4	7 031	5	2 111	5	21 592	4
Autres causes	7 198	10	20 204	13	26 753	18	10 660	27	81 791	15
Toutes causes	72 454	100	158 842	100	151 140	100	40 440	100	530 643	100

Annexe 8 – Nombre de maladies déclarées par âge en 2006

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

Figure 11

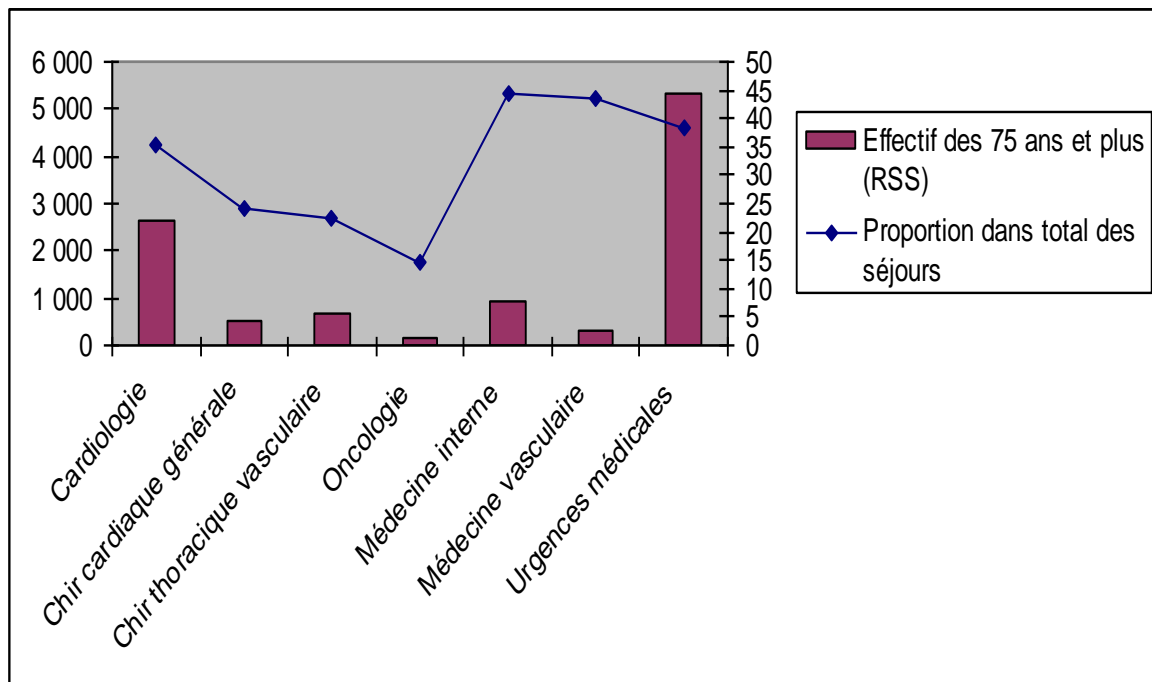
Nombre moyen de maladies déclarées par âge en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires



Source : IRDES –ESPS 2006

Annexe 9 – Recettes réalisées par l'intermédiaire des séjours de personnes de 75 ans et plus

Données PMSI Pilote

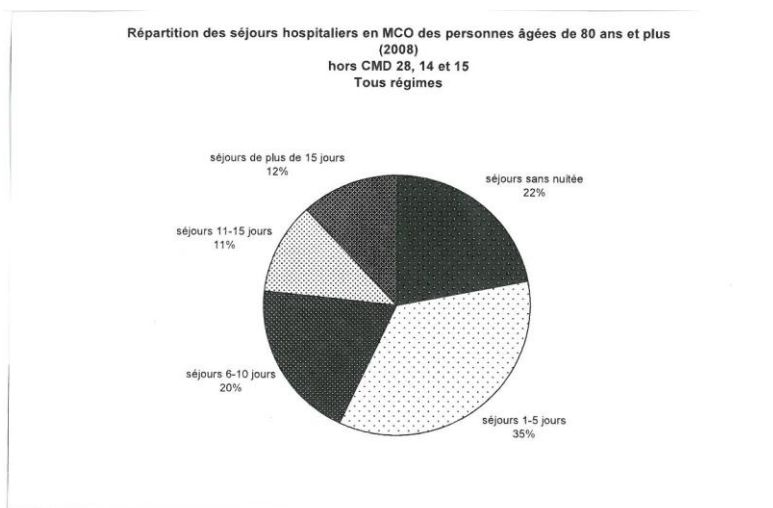


Annexe 10 – Durée de séjours des personnes âgées de 75 ans et plus dans les cliniques choisies

donnees_duree_sej_75_85			
Code_serv_sect	Libellé_servSect_long	duree_sej_venue	duree_sej_uf
0206	MÉDECINE INTERNE	12,0860585197935	9,48364888123924
0215	ONCOLOGIE	7,02272727272727	4,5
0218	CARDIOLOGIE	7,75750469043152	3,24812382739212
0228	CHIRURGIE CARDIAQUE ET GÉNÉRALE	14,1309012875536	3,67167381974249
0246	URGENCES MÉDICALES	9,35679611650485	0,787216828478964
0257	MEDECINE GERIATRIQUE	9,82803738317757	7,65420560747664
0289	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE ENDOCRINIENNE	11,5399129172714	4,51959361393324

Annexe 11 – Durée de séjours hospitaliers en MCO des personnes âgées de 80 ans et plus (2008)

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.



Source : PMSI DHOS, ATIH

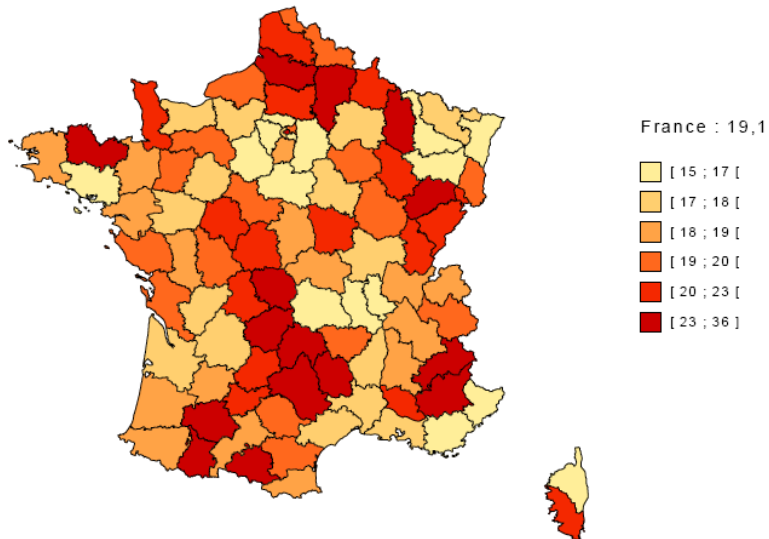
Champ : population générale, hospitalisations en MCO tous établissements, hors CMD 28, 14 et 15

Note de lecture : la durée d'un séjour hospitalier d'une personne âgée de 80 ans et plus est inférieure à 1 jour (sans nuitée) dans 22 % des cas.

Annexe 12 – Nombre de lits en courts séjour gériatrique pour 100 000 habitants de 75 ans ou plus en 2008

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

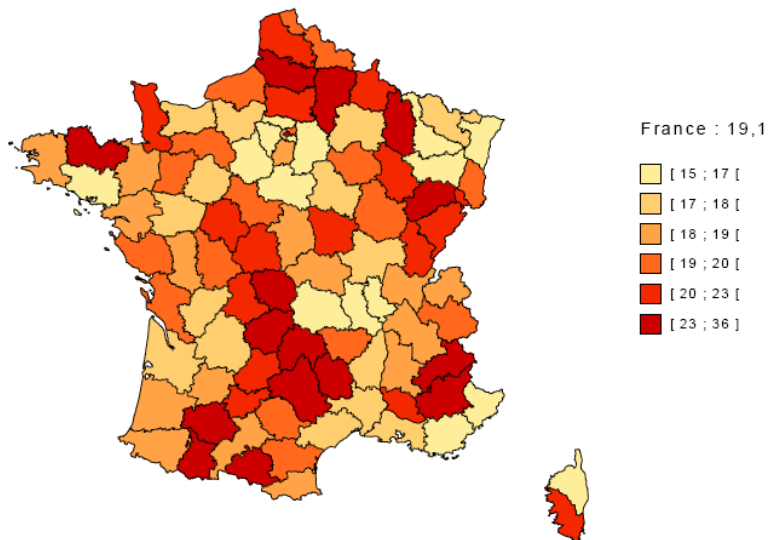
Nombre de places en SSIAD pour 1.000 habitants de 75 ans ou plus, en 2009



Annexe 13 – Nombre de places en SSIAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2009)

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

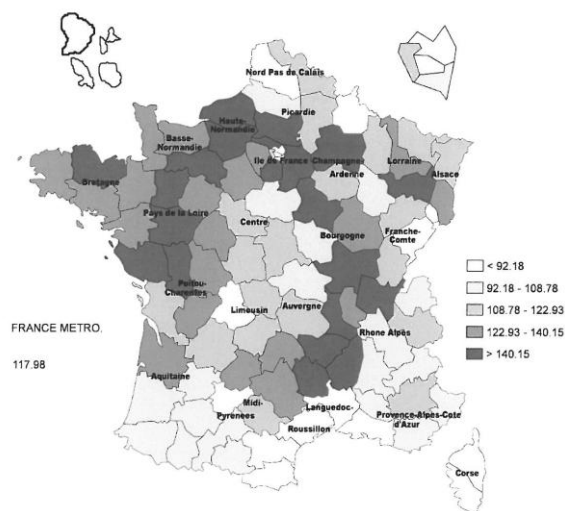
Nombre de places en SSIAD pour 1.000 habitants de 75 ans ou plus, en 2009



Annexe 14 – Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2008)

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus
01/01/2008

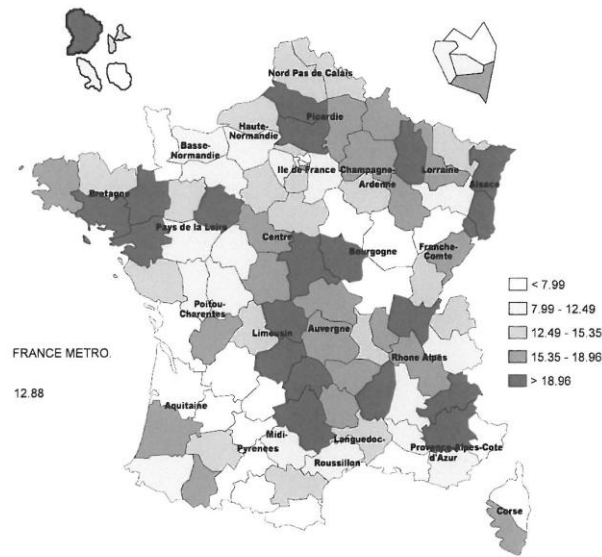


Source : DRASS - FINISS
Extrait de STATISS 2009, Les régions françaises
DRASS, DREES - Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Annexe 15 – Taux d'équipement en lits de soins de longue durée pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2008)

22 avril 2010, *Vieillesse, longévité et Assurance Maladie*. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, 126 p.

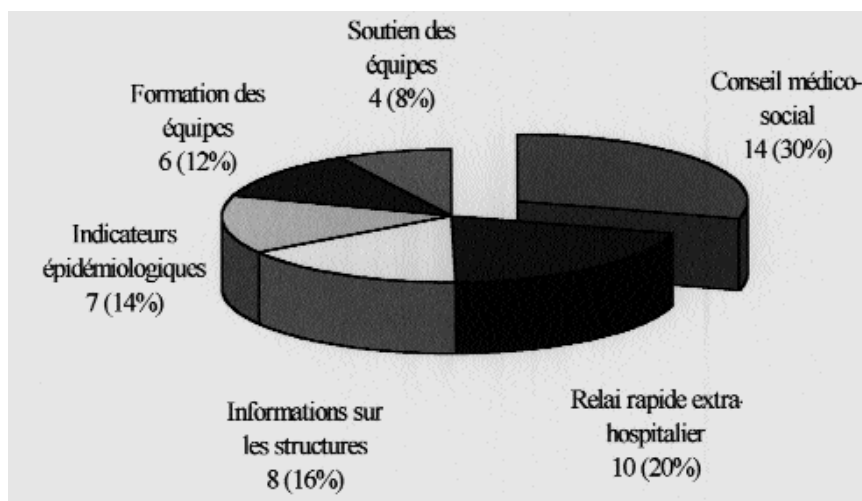
Taux d'équipement en lits de soins de longue durée pour
1000 habitants de 75 ans et plus au 01/01/2008



Source : DRASS - FINESS
Extrait de STATISS 2009, Les régions françaises
DRASS, DREES - Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Annexe 16 – Besoins en expertise gériatrique relevés par l'Equipe Mobile de Gériatrie du CHU de Grenoble

COUTURIER P., FACHLER-BUATOIS S., ARGENTIER AM. et al., 2002, « Place et rôle des unités mobiles de gérontologie dans la prise en charge des patients fragiles et hospitalisés », *l'année gérontologique*, p.27-41.



FERRIER

Maud

Novembre 2011

Elève Directeur d'hôpital

2010-2012

La prise en charge des personnes âgées dans les services non-gériatriques du CHU de Grenoble

Résumé :

Le vieillissement démographique constitue aujourd'hui un enjeu organisationnel, médical et soignant majeur pour les services de spécialité – urgences, médecine et chirurgie – qui accueillent un nombre croissant de personnes âgées. Afin de moderniser l'hôpital public et de l'adapter à ces évolutions, il semble nécessaire de s'interroger sur les difficultés auxquelles sont confrontés les services ainsi que les pratiques innovantes qu'ont mis en place certains d'entre eux.

Nombreuses entrées non-programmées par l'intermédiaire des urgences, durées de séjour trop longues, faible coordination intra et extra-hospitalière, renforcement nécessaire de la qualité de des prises en charge : l'accueil des patients âgés pose de nombreuses questions auxquelles l'institution peine à répondre.

C'est donc au bénéfice des patients, des équipes mais aussi de l'institution que doit être menée une politique gériatrique globale dont l'objectif est le développement de parcours de soins courts, ciblés, coordonnés et en adéquation avec les besoins des personnes âgées. La polyvalence et la transversalité indispensables à leur accueil peuvent toutefois sembler difficiles à impulser dans un établissement dans lequel les soins de recours constituent à la fois une large part des moyens humains et financiers déployés et une forte motivation des équipes.

Certaines démarches peuvent être entreprises pour faciliter cette approche globale : formation, renforcement des outils informatiques, création de nouvelles organisations et coopérations, interfaces avec l'extra-hospitalier. Les pistes d'amélioration sont nombreuses.

Mots clés : Gériatrie, Personnes âgées, Prise en charge, Accueil, Parcours de Soins, Formation, Recherche, Pluridisciplinarité, Organisations, Système d'information

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.