



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie



ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 octobre 2021 à Poitiers

Par Monsieur Mohamed el Amine HASSINI

Maintien à domicile difficile :
Impact de la fermeture d'un service de
Gériatrie

COMPOSITION DU JURY

Président : Mr le Professeur **Marc PACCALIN**

Membres : Mme le Professeur **Virginie MIGEOT**
Mr le Docteur **Thierry PASDELOUP**

Directeur de thèse : Mr le Docteur **Florent SEITE**



Le Doyen

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDoux Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAFAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORJOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses

- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (en mission 1 an à/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIJU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A mon Président de jury, Mr le Professeur Marc PACCALIN,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements durant mon stage au sein de votre service. Vous me faites le grand honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici la marque de ma gratitude et recevoir l'expression de mon plus profond respect.

A Mme le Professeur Virginie MIGEOT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements. Merci de participer à cette thèse en tant que membre du jury. Je vous remercie de bien vouloir apporter votre expertise en Santé Publique sur mon travail.

A Mr le Docteur Thierry PASDELOUP,

Je te remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Merci de participer à cette thèse en tant que membre du jury. Ta bienveillance au sein du service m'a permis de me consacrer à la rédaction de ce travail. Reçoit l'expression de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Mr le Docteur Louis BEYSSAC,

Je te remercie pour ta collaboration à ce travail, ton aide si bienveillante et tes précieux conseils. Un grand merci pour ta disponibilité, et ta réactivité à ce projet. Je te remercie de ta patience, tes encouragements, et ton enthousiasme quotidien. J'ai eu et j'aurai un grand plaisir à travailler avec toi. Ce travail n'aurait pas abouti sans ta concorde. Tes conseils et remarques m'ont permis de venir à bout de la rédaction.

A mon directeur de Thèse, Mr le Docteur Florent SEITE,

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta grande disponibilité. Je te remercie de m'avoir fait confiance. J'espère avoir été à la hauteur. Les erreurs qui y sont éventuellement contenues sont bien sûr de ma seule responsabilité. Reçoit l'assurance de ma plus haute considération et de mon plus profond respect.

Je tenais à te remercier chaleureusement pour ton accueil dans ton service, ton accompagnement et ta pédagogie durant le semestre effectué à tes côtés. C'était tellement enrichissant. Avec toi j'ai progressé sur le plan médical et humain.

A mes collègues actuels,

Dr PASDELOUP, Dr BOIFFARD et Dr BLIDI, merci de m'avoir accueilli parmi vous. C'est un plaisir de travailler à vos côtés et de continuer à parfaire ma formation. Chanceux je suis d'être tombé sur une équipe si soudée et bienveillante. J'espère poursuivre l'aventure avec vous le plus longtemps possible.

A ma famille,

Merci tout d'abord à mes parents. Merci de m'avoir permis de faire ces études. Votre soutien a été la meilleure des motivations. Je vous en serais toujours reconnaissant. Je vous aime plus que tout.

Merci à Maman pour ton implication dans mes études. Je n'y serai pas arrivé sans toi. Tu es la meilleure des professeurs. Tu es le pilier de ma vie. Je te dois tout. Ta personnalité m'inspire quotidiennement. Tu as mon amour inconditionnel.

Merci à Papa d'être ce père qui m'a guidé et éduqué avec bienveillance. Je sais combien de sacrifices tu as fait pour nous.

Merci à mes frères Ahmed et Ibrahim. J'ai de la chance de vous avoir. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir et j'espère nous voir toujours unis.

Merci à ma tante Dadi, je te considère comme une grande sœur.

Merci à toi grand-mère, tu as pleinement participé à mon éducation, je te dédie l'aboutissement de mes études.

Que ce soit ici en France ou sur le continent voisin en Algérie, merci au reste de la famille pour votre présence chaleureuse et indispensable.

A mes amis

Merci à Bilal, Foued et Becherki d'avoir été présents avec moi durant ces longues années d'études à Poitiers. Beaucoup de nostalgie en repensant à cette époque. Vous êtes des personnes en or.

Merci à Sofiane d'être présent à mes côtés depuis le lycée, de ta bonne influence et de tes encouragements durant ces études.

Merci à mes amis de l'internat et désormais confrères, surtout Ali et Mathias, avec qui j'ai passé de nombreux semestres à Saintes.

Merci à Mathilde. Tu as toujours été là pour moi. Ton soutien est indéfectible. J'espère que notre avenir sera commun et heureux. Merci pour ton aide rédactionnelle et ta relecture.

Liste des abréviations

APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AIT	Accident ischémique transitoire
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipe mobile de gériatrie
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR	Groupe iso-ressources
HTCD	Hospitalisation de très courte durée
MADD	Maintien à domicile difficile
Med Int	Médecine Interne
Med Po	Médecine Polyvalente
RAD	Retour à domicile
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UGA	Urgences générales adultes

Sommaire

Liste des enseignants de Médecine	2
Remerciements	4
Liste des Abréviations	6
Sommaire.....	7
Abstract.....	8
Introduction	9
Quelques chiffres	10
Expériences personnelles	12
Problématique	13
Méthode	14
Type d'étude	14
Objectifs	14
Population étudiée	14
Période d'étude	15
Principales variables étudiées	15
Tests statistiques	16
Résultats	17
Taille de l'échantillon	17
Caractéristiques des patients et Devenir	18
Motif d'hospitalisation	20
Service d'hospitalisation de recours	21
Discussion	24
Conclusion	30
Liste des tableaux	31
Bibliographie	32
Serment	34

ABSTRACT

Maintien à domicile difficile : impact de la fermeture d'un service de Gériatrie.

INTRODUCTION : Le vieillissement de la population majore le nombre de patients dont le maintien à domicile est difficile. On estime que 4 millions de seniors seront en perte d'autonomie en 2050. La Nouvelle-Aquitaine est la région la plus âgée de France. En octobre 2019, le service de Gériatrie du Centre Hospitalier de Saintes a fermé. Nous avons voulu évaluer l'impact de cette fermeture sur la prise en charge des patients hospitalisés pour un maintien à domicile difficile (MADD). Notre hypothèse de travail est que l'absence de service gériatrique majore la durée moyenne de séjour (DMS) des patients hospitalisés pour motif de MADD.

METHODE : Pour cela nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, rétrospective. Nous avons analysé 100 dossiers de patients, ayant au moins 75 ans, hospitalisés pour motif de maintien à domicile difficile au sein du centre Hospitalier de Saintes entre juillet et décembre 2019. L'objectif primaire était d'évaluer la DMS avant et après la fermeture de l'unité gériatrique. Le critère de jugement principal était défini par la durée d'hospitalisation.

RESULTATS : Majoration de la DMS (15,4 jours vs 10,6 jours, $p = 0,033$). Majoration du nombre de passage aux urgences pour MADD ($p = 0,0496$). Nette diminution de la qualité de prise en charge, notamment sur les évaluations gériatriques (26% vs 100%, $p = 0,001$), la réalisation d'exams complémentaires (41% vs 85%, $p = 0,001$) et dans l'adaptation thérapeutique (45% vs 100%, $p = 0,001$). Pas de majoration significative des ré hospitalisations précoces. 74% des patients sont hospitalisés dans les services de Médecine Polyvalente et Médecine Interne, 12% restent aux urgences en HTCD. 93% des patients présentent un motif médical sous-jacent précipitant la perte d'autonomie, notamment 20% d'étiologie neurologique.

DISCUSSION : Première étude de ce type, visant à évaluer l'impact de la fermeture d'un service de Gériatrie sur la DMS. Notre étude a montré un allongement de la durée d'hospitalisation et une nette diminution des adaptations thérapeutiques. Dans la limite de notre population, nous n'avons pas observé de relation entre les ré hospitalisations et l'absence de service de gériatrie.

CONCLUSION : Au terme de ce travail nous sommes convaincus de l'importance de la présence d'un service de Gériatrie de recours pour l'optimisation de la prise en charge de nos seniors, notamment ceux en perte d'autonomie. La présence d'un service de Gériatrie permet d'optimiser le parcours de soin entre la médecine ambulatoire et les centres hospitaliers, en évitant le passage aux urgences. Un appui local par une unité d'hospitalisation est essentiel pour le médecin généraliste.

Mots clés : Personnes âgées – Maintien à domicile difficile – Durée d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile : impact de la fermeture d'un service de Gériatrie.

Introduction

Aujourd'hui, le vieillissement de la population est un des grands défis de notre société. Il donne une place importante à la prise en charge de la perte d'autonomie, grâce au modèle bio-psycho-social. La gestion de l'environnement des patients devient le maître mot pour faire face à la limitation fonctionnelle et à la restriction d'activité.

Depuis 1946, la santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Cette définition prend un nouveau sens avec le nombre grandissant de personne dépendante, notamment pour l'activité du médecin généraliste qui fait face à de nouveaux enjeux. Il est au premier plan d'une prise en charge sociale avec la nécessité de mettre en place des aides à la personne.

Le niveau d'autonomie d'une personne âgée peut être mesuré à l'aide de différents indicateurs, dont le Groupe Iso-Ressource (GIR) qui reste le plus utilisé aujourd'hui. (1) Il définit 6 degrés de dépendance, organisés de façon croissante, calculé selon la grille AGGIR. La détermination du GIR d'une personne permet son accès à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA permet de bénéficier d'aides financières pour le maintien au domicile ou pour le financement d'un établissement d'hébergement pour les personnes âgées (EHPAD). Le certificat est souvent rempli par le médecin traitant du patient.

Une analyse du mode de vie est nécessaire afin de permettre la mise en place d'aides adaptées à la dépendance, à la fois matérielles et humaines. Sans cela, le risque d'hospitalisation précipitée pour maintien à domicile difficile (MADD) est majoré. Les hospitalisations non programmées pour ce motif peuvent être vécues comme un échec d'anticipation pour le patient, sa famille et le médecin traitant.

Les structures gériatriques de proximité sont alors un support important au médecin généraliste, en accueillant les patients en hospitalisation programmée. Ainsi, le passage par les urgences adultes (UGA) est évité limitant la souffrance générée par l'attente et l'inconfort. L'amélioration et/ou le maintien de la qualité de vie d'une personne reste l'objectif principal de notre métier.

Le thème général de notre thèse concerne donc les patients âgés, hospitalisés pour MADD.

Afin d'établir une problématique, nous avons effectué des recherches de données statistiques pour estimer l'évolution démographique. Nous avons également effectué une revue de littérature sur ce sujet. Se basant sur nos expériences « locales », notamment d'interne au sein du centre hospitalier de Saintes, nous avons pu élaborer une question de recherche.

Quelques chiffres

L'objet de ce chapitre est de décrire la situation démographique des seniors à l'échelle nationale, régionale puis locale, et de présenter quelques chiffres clés relatifs à l'APA.

Situation démographique

Au 1^{er} janvier 2019, **13,4 millions de personnes en France ont 65 ans ou plus**, soit 20% de la population (contre 16% en 2000). (1)

Selon le scénario central des projections de population publiées par l'INSEE en 2016, la France compterait 76,4 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070. Si les tendances démographiques et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France compterait **4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050**, soit 16,4% des personnes âgées de 60 ans ou plus (contre 15,3% en 2015). (3)

La vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des seniors. L'INSEE a publié en 2014 un ensemble d'études sur la perte d'autonomie des seniors vivant à domicile. On retient que **6,3% des seniors vivant à domicile sont touchés par la perte d'autonomie**. (2)

L'avancée en âge augmente le risque de perte d'autonomie des personnes. L'hébergement en institution, plus fréquent pour les femmes, concerne une minorité de seniors. Il progresse rapidement avec l'âge à partir de 80 ans. L'âge d'entrée en institution est en moyenne de 85 ans et 2 mois en 2015. (2)

L'APA

L'aide financière initialement créée pour le maintien à domicile était la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), créée en 1997. (5) Elle a été remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) depuis la loi du 21 juillet 2001.

Pour être éligible à l'APA, il faut être âgé de 60 ans ou plus, et en perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie. Le montant de l'APA dépend du degré de dépendance. Le degré de dépendance (GIR) est évalué entre 1 (très dépendant) et 4 (moyennement dépendant). L'APA peut être attribuée aux personnes âgées résidant à domicile, chez des proches, ou hébergées en établissement ou en accueil familial.

Les services peuvent également être mobilisés dans le cadre d'une hospitalisation de l'aidant ou d'un besoin de répit de ce dernier. Elle est versée par les conseils départementaux. Elle n'est pas soumise à des conditions de ressources, mais le montant attribué dépend du niveau de revenu de la personne. (3)

Le taux de bénéficiaires de l'APA au mois de décembre 2018 était de 6,5% des 60 ans et plus, **17,8% des 75 ans et plus**, près de la moitié pour les 90 à 94 ans et plus de trois quarts pour les plus de 95 ans. (2). Le montant mensuel maximum est de 1 747,58 euros pour les GIR 1. (6)

En 2013, **1,2 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'APA**. Neuf bénéficiaires sur dix ont 75 ans ou plus. Le nombre de bénéficiaire a augmenté de 11% entre 2008 et 2013.

Dans le tableau de l'économie française édition 2020, on constate que les dépenses annuelles liées à l'APA représentent **5,9 milliards d'euros en 2017**. 59% des personnes bénéficiant de cette allocation vivent à domicile. La dépense **annuelle moyenne de 4 400 euros par bénéficiaire**. (7)

La DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé) a mené une enquête nationale sur les personnes de 60 ans ou plus, vivant à domicile : L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS). Les résultats concernaient notamment les remontées individuelles sur l'APA à domicile. Fin 2017, **770 000 personnes résidant à domicile sont bénéficiaires de l'APA**. En moyenne 31 heures mensuelles d'aide humaine sont notifiées aux bénéficiaires de l'APA à domicile. Près d'un bénéficiaire sur deux n'utilise pas la totalité de l'aide humaine prévue dans son plan, et **près d'un bénéficiaire sur deux (47%) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié**. (8)

Situation locale

La Nouvelle-Aquitaine est la **région française la plus âgée**, avec 29% de personnes de 60 ans ou plus, soit environ 1 700 000 personnes en 2014.

95% des séniors néo-aquitains vivent à domicile, 80% des 85 ans et plus. 6% de ces derniers sont affectés de perte d'autonomie.

La Nouvelle-Aquitaine offre en moyenne **124 places en EHPAD pour 1000 personnes de 75 ans et plus**, pour accueillir les personnes âgées dépendantes. **A l'horizon 2050, on estime que la région va compter deux fois plus de personnes d'au moins 75 ans**. La majorité des séniors âgés de moins de 75 ans vivent à domicile sans aide. Mais au-delà de 84 ans, seuls 18% des seniors restent sans aide. La perte d'autonomie nécessite alors un accompagnement renforcé que les proches aidants ne peuvent pas assumer seuls. (9)

En 2017, la Nouvelle-Aquitaine compte 639 938 habitants, dont **12,7% des habitants ont 75 ans et plus**, (10) soit 81 621 personnes. (11)

Sur la commune de Saintes, d'après les données de l'INSEE sur le dossier paru le 18/01/2021, on constate que la population de la commune est passée de 26 401 en 2007 à 25 470 en 2017. **En 10 ans, le nombre de personnes de plus de 75 ans est passé de 3 564 à 3 779**. Ils représentent environ 14.8% de la population (versus 13.5%). Les retraités représentent 35.8% de la population avec 7 910 personnes, soit une **augmentation de 3% en 10 ans**. (12)

Tableau 1 : Résumé de quelques chiffres importants

Démographie	1er janvier 2019, en France	13,4 millions personnes ont 65 ans ou plus	soit, 20% (vs 16% en 2000)
		6,3% des séniors (> 65 ans), vivants à domicile	sont en perte d'autonomie
		âge moyen d'entrée en institution	85 ans et 2 mois
	Prévisions	4 millions seniors en perte d'autonomie	en 2050
L'APA	5,9 milliards d'euros de dépenses en 2017		
	17,8% des 75 ans ou plus bénéficient de l'APA	+ 11% entre 2008 et 2013	
	4 400 euros annuel par bénéficiaire en moyenne		
	1 bénéficiaire sur 2	n'utilise pas la totalité	aide humaine / montant notifié
Nouvelle Aquitaine	La région la plus âgée de France	29% population à 60 ans ou plus	
		12,7% ont 75 ans ou plus	soit 81 000 personnes
	A l'horizon 2050	2 fois plus de 75 ans ou plus	
	Saintes	14,8% de la population a 75 ans ou plus	soit 3 779 personnes en 2017

Expériences personnelles

Lors de mon passage aux UGA du centre hospitalier de Saintes en tant qu'interne, j'ai été quotidiennement confronté à des patients étiquetés MADD. Ces patients pouvaient être adressés par le médecin traitant, ou par un membre de la famille, souvent un enfant, ou bien encore une aide-ménagère ou un personnel paramédical. Les UGA me paraissaient à ce moment la dernière étape avant une entrée en institution, via une hospitalisation.

Mon stage de SASPAS m'a confronté à ces situations, principalement en visite à domicile. Je me suis trouvé face à des patients, que je ne pouvais pas laisser seul après mon départ. J'étais alors « obligé » de les adresser aux UGA de Saintes, ou bien en Gériatrie, en entrée direct, si je me trouvais à proximité de Saint Jean d'Angely. Ce stage m'a fait prendre conscience qu'il est difficile pour un médecin généraliste de consacrer du temps pour les prises en charge social de ces patients âgés et fragiles au domicile, parmi les actes purement « biologiques » qui nous submergent.

Mon stage en gériatrie au CHU de Poitiers, m'a permis de voir les bénéfices d'un réseau gérontologique présent et réactif, aussi bien pour les patients que pour les médecins généralistes. Ces réseaux peuvent être sollicités en cas de situation aigue, évitant au maximum le recours aux UGA.

J'ai pu effectuer deux stages dans le service de médecine interne du centre hospitalier de Saintes en septembre 2017 en tant que faisant fonction d'interne et en novembre 2019 en tant qu'interne. Entre ces deux stages, j'ai constaté une augmentation importante du nombre de patient hospitalisés pour le motif « maintien au domicile difficile ». Je me suis questionné sur cette évolution. Outre le vieillissement de la population, j'ai pu identifier une modification de l'offre de soin proposée au sein du centre hospitalier. En effet, le service de Gériatrie est fermé depuis octobre 2019.

Le départ des médecins gériatres, non remplacés, a précipité la fermeture du service. Celui-ci accueillait une quinzaine de patients environ. Le service permettait une prise en charge gériatrique optimale. Il était un appui aux médecins généralistes du secteur en accueillant quasi quotidiennement les patients dont le maintien à domicile était difficile. La perte des médecins gériatres a également majoré les délais pour les consultations gériatriques. Ceci diminuant les possibilités de détection précoces de certaines fragilités qui aboutissent à la perte d'autonomie.

Problématique

A ce jour, nous ne connaissons aucune étude évaluant la prise en charge de la population âgée, avant et après la fermeture d'un service de Gériatrie. L'intérêt de cette thèse est de comprendre l'impact de la fermeture du service de Gériatrie dans un centre hospitalier périphérique comme celui de Saintes, dans la prise en charge des patients hospitalisés pour MADD.

Il a déjà été démontré par *Baztan et al.* (13) et par *Van Craen et al.* (14) que la prise en charge dans les services de Gériatrie aigüe réduit le risque de déclin fonctionnel (défini par le niveau de dépendance dans les activités de la vie courante) et d'institutionnalisation. Cependant, Il n'est pas démontré de diminution de risque de ré hospitalisation ou de la mortalité.

Question de recherche : la fermeture du service de gériatrie du centre hospitalier de Saintes a-t-elle un impact sur la prise en charge et le devenir des personnes âgées hospitalisées pour MADD ?

L'hypothèse de travail est que l'absence d'un service de gériatrie majore la durée moyenne de séjour (DMS) des patients hospitalisés pour motif de MADD.

Pour évaluer ce critère, nous avons étudié les patients consultant pour MADD aux UGA de Saintes, deux mois avant et deux mois après la fermeture de la gériatrie. Nous avons évalué également les différences de prises en charges ainsi que les modalités de sortie des patients.

Méthode

Type d'étude

Etude quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique et anonymisée.

Objectifs

L'objectif primaire était d'évaluer la durée moyenne de séjour, avant et après la fermeture de l'unité gériatrique.

Le critère de jugement principal a été défini par la durée moyenne de séjour.

Nous avons émis l'hypothèse que la disparition du service entraînait une augmentation de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés pour MADD.

Population étudiée

Sur dossier, en analysant les comptes rendus de passage aux UGA et les comptes rendus d'hospitalisation des différents services, via le logiciel *Crossway*.

Aucune donnée nominative n'a été enregistrée.

Critères d'inclusion :

- Patients d'un âge supérieur ou égal à 75 ans
- Patients vivants à domicile
- Patients ne relevant pas de soin médical ou chirurgical en urgence
- Patients dont aucune étiologie aigue n'a été identifiée à la fin du compte rendu de passage aux UGA
- Patients dont le compte rendu de passage aux UGA contient le terme « maintien à domicile difficile » ou « perte d'autonomie »

Critères d'exclusion :

- Patients d'un âge inférieur à 75 ans
- Patients résidents en EHPAD
- Patients souffrant d'une pathologie aigue identifiée lors du passage aux UGA
- Les patients décédés au cours de l'hospitalisation ont été également exclus.

Période d'étude

Le service de Gériatrie a fermé début octobre 2019. L'étude se déroule 2 mois avant la fermeture du service de Gériatrie (mois de juillet et août 2019) et 2 mois après sa fermeture (mois de novembre et décembre 2020).

La fermeture du service a été effective au début du mois d'octobre 2019, nous avons donc décidé de ne pas inclure de patients au mois d'octobre 2019.

Le début du mois de janvier 2020 ayant été marqué par le début de la pandémie de COVID-19, nous avons choisi d'arrêter les inclusions à la fin du mois de décembre 2019 pour éviter les biais dus à la diminution d'hospitalisation après cette période.

Principales variables étudiées

L'inclusion des données via un tableur *Excel* a été réalisée entre décembre 2020 et février 2021.

Les données récoltées ont été regroupées en 2 tableaux initialement.

Le premier tableau regroupait les caractéristiques des patients :

- Sexe
- Âge
- Polypathologie : nous avons défini la notion d'état polypathologique de manière arbitraire comme étant la présence d'au moins trois comorbidités.
- Polymédication : nous avons défini la notion de polymédication de manière arbitraire comme étant la présence d'au moins cinq principes actifs sur l'ordonnance d'entrée du patient aux UGA. (15)
- Hospitalisation l'année précédente (au sein du CH de Saintes)
- Troubles cognitifs connus : recherche dans le compte rendu des UGA ou le compte rendu d'hospitalisation de la présence de troubles cognitifs antérieurement objectivés.
- Plan d'aide au domicile : défini par la présence au domicile d'au moins une aide humaine avec un passage minimum hebdomadaire.
- La personne ayant adressée le patient aux UGA : « Médecin traitant », « personnel para médical », « famille », « pompiers » ou « seul »

Le second tableau regroupait le devenir des patients :

- Durée d'hospitalisation (jours)
- Ré hospitalisation à moins d'un mois
- Ré hospitalisation à moins de 6 mois
- Évaluation Gériatrique : défini par la réalisation d'au moins une évaluation parmi les cinq éléments suivants : « Cognition », « Locomotion », « Thymie », « Nutrition » ou « Social ».
- Examens complémentaires : défini par la réalisation d'une imagerie par radiologie/scanner/échographie ou la réalisation d'un électroencéphalogramme.
- Modification du traitement de fond : défini par la modification d'au moins un principe actif en lien avec une comorbidité.
- Motif « réel » de l'hospitalisation : en se basant sur le motif principal retenu dans le compte rendu d'hospitalisation.
- Service de recours en l'absence d'hospitalisation en Gériatrie.

- Évaluation par l'EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) : parmi les mesures pour mieux prendre en charge la population gériatrique hospitalisée, il existe au sein du Centre hospitalier de Saintes, depuis la fermeture de la Gériatrie, une EMG, composée d'un infirmier et d'un praticien gériatre, pouvant être sollicités.
Nous avons donc voulu étudier le nombre de sollicitation de cette équipe mobile spécialisée dans la prise en charge des patients gériatriques.
- Décès à 6 mois
- Devenir des patients : « RAD », « SSR », « EHPAD » ou « Transfert ».

Tests statistiques

Nous avons effectué nos tests statistiques en comparant les variables qualitatives par le test du *Chi2* et le test exact de *Fisher*, et en comparant les variables quantitatives par le test de *Student*.

Résultats

Taille de l'échantillon

Au total nous avons analysé 1004 dossiers. 571 entre juillet et août 2019 et 533 entre novembre et décembre 2019.

Après l'exclusion des patients présentant des critères d'exclusion, et des patients décédés au cours de leur hospitalisation, il restait 100 patients à analyser. 42 inclus durant la présence de la Gériatrie et 58 après la fermeture du service.

Figure 1 : Diagramme de flux 1 : Inclusion des patients de juillet et août

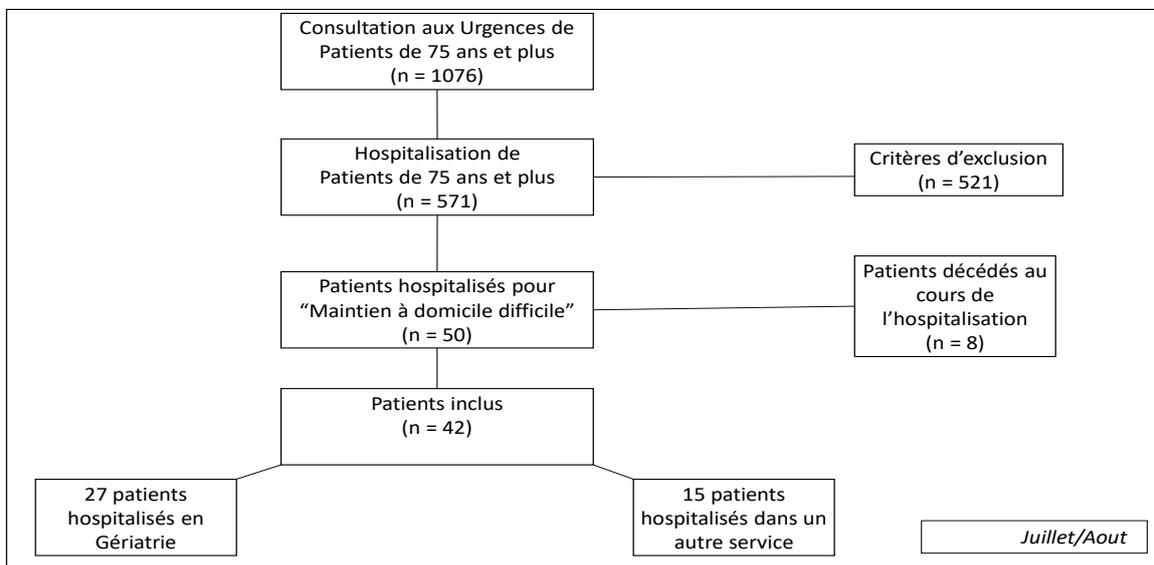
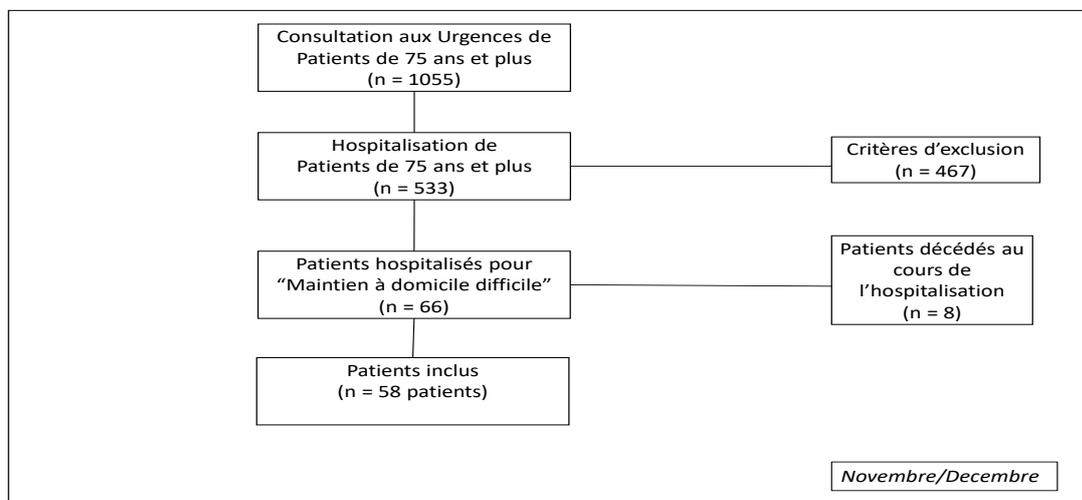


Figure 2 : Diagramme de flux 2 : Inclusion des patients de novembre et décembre



Il y a une augmentation significative du nombre de passage aux UGA pour MADD après la fermeture du service de Gériatrie : 66 vs 50 ($p = 0,0496$).

On constate qu'il y a 53% d'hospitalisation parmi les consultations aux UGA des patients de 75 ans et plus, entre juillet et août. Le taux d'hospitalisation n'est pas modifié après la fermeture du service de Gériatrie : 50% ($p = 0,239$). En moyenne, 8% des hospitalisations concernent un MADD avant la fermeture de la Gériatrie (environ 0,8 hospitalisation par jour), et 12% après la fermeture du service (environ 1,1 hospitalisation par jour).

Même avant sa fermeture, le service de Gériatrie ne permet pas à lui seul d'accueillir tous les patients hospitalisés pour ce motif : en effet 15 patients sont hospitalisés dans un autre service, soit 36%.

Caractéristiques des patients et Devenir

Il n'existe aucune différence significative dans les caractéristiques du groupe « Gériatrie » par rapport au groupe de patients hospitalisés en novembre et décembre. Il n'existe également pas de différence significative dans les modalités d'admissions aux UGA des patients.

On observe un taux élevé de patients souffrant de troubles cognitifs, équivalent dans le groupe « Gériatrie » par rapport aux patients hospitalisés en novembre et décembre (52% vs 47%, $p = 0,81$). 81% des patients dans le groupe « Gériatrie » ont déjà des aides au domicile (vs 64%, $p = 0,13$).

Une minorité des patients sont adressés aux UGA directement par le médecin traitant (22% vs 29%). Une majorité de patients sont poly pathologiques (70% et 59% $p = 0,34$) et poly médiqués (81% et 60% $p = 0,08$).

Environ un tiers des patients a déjà été hospitalisé dans l'année précédente (30% et 41% $p = 0,34$).

Durée d'hospitalisation

Il existe une majoration de la durée d'hospitalisation dans le groupe de patients hospitalisés après la fermeture de la Gériatrie (14 jours) comparé au groupe de patients hospitalisés en Gériatrie (10,6 jours) mais la différence n'est pas significative ($p = 0,109$).

En excluant les patients « hospitalisés » en HTCD, qui a vocation à être un service de courte durée d'hospitalisation, nous trouvons une durée de séjour statistiquement significative : 10,6 jours vs 15,4 jours ($p = 0,033$).

Nous avons comparé la DMS dans les différents services de recours. La moyenne en Gériatrie était de 10,6 jours. Hormis le service de Néphrologie où cette moyenne est plus basse (8,4 jours) tous les autres services sont plus élevés.

Nous retrouvons notamment des DMS par service :

- Médecine polyvalente : 16.1 jours
- Médecine interne : 17.4 jours
- Neurologie : 18.3 jours
- Oncologie : 30.5 jours

Devenir

On ne constate pas de différence significative dans les ré hospitalisation à 1 mois, avec 22% vs 14% ($p = 0,357$), ni à 6 mois : 26% vs 17% ($p = 0,390$).

Parmi les patients réhospitalisés à moins d'un mois, 92% avaient des aides au domicile, 57% avaient déjà été hospitalisés dans l'année précédente et 28% présentaient des troubles cognitifs connus.

Prise en charge

Les différences sont significatives pour :

- Evaluation gériatrique (100% vs 26%, $p < 0,001$)
- Réalisation d'exams complémentaires (85% vs 41%, $p < 0,001$)
- Modifications du traitement de fond (100% vs 45%, $p < 0,001$)

Utilisation de l'équipe mobile de gériatrie

On observe une diminution de l'utilisation de l'EMG après la fermeture du service, avec seulement 26% de patients qui en bénéficient comparativement à 53% initialement. Cependant cette différence n'est pas significative ($p = 0,06$). En excluant les patients « hospitalisés » en HTCD, on trouve une différence statistiquement significative : 67% vs 24% ($p = 0,012$).

On observe une diminution de la modification du traitement de fond en l'absence du passage de l'EMG : 70% vs 46% ($p = 0,40$).

Mortalité

Il existe une différence statistiquement significative de la mortalité à 6 mois. Nous observons une mortalité de 30% à 6 mois dans le groupe de patients pris en charge en Gériatrie, vs 7% dans le groupe de patients pris en charge après la fermeture du service ($p = 0,015$).

Modalité de sortie

On ne remarque pas de différence significative dans les modalités de sortie :

- Retour à domicile (70% vs 52%, $p = 0,156$)
- SSR (18% vs 21%, $p = 1$)
- EHPAD (11% vs 24%, $p = 0,245$)

On constate que deux patients sur sept hospitalisés en HTCD après la fermeture du service ont été transférés vers des centres hospitaliers voisins (Jonzac et Royan) dans des services de Gériatrie.

Tableau 2 : Caractéristiques et Devenir des patients

	JUILLET AOUT			NOVEMBRE DECEMBRE				
	GERIATRIE Patients = 27	AUTRE SERVICE Patients = 15	TOTAL Patients = 42	TOTAL Patients = 58				
CARACTERISTIQUES								
HOMMES	11	41%	5	33%	16	38%	21	36%
FEMMES	16	59%	10	67%	26	62%	37	64%
AGE (années)	87,9		85		86,9		87,7	
POLYPATHOLOGIQUE	19	70%	6	40%	25	60%	34	59%
POLYMEDIQUE	22	81%	10	67%	32	76%	35	60%
TROUBLES COGNITIFS CONNUS	14	52%	5	33%	19	45%	27	47%
PRESENCE AIDE AU DOMICILE	22	81%	8	53%	30	71%	37	64%
HOSPITALISE DANS L ANNE PRECEDENTE	8	30%	5	33%	13	31%	24	41%
ADRESSE AUX UGA PAR								
MEDECIN TRAITANT	6	22%	2	13%	8	19%	17	29%
FAMILLE	10	37%	4	27%	14	33%	15	26%
PERSONNEL PARA MEDICAL	4	15%	4	27%	8	19%	5	9%
POMPIERS	4	15%	3	20%	7	17%	14	24%
SEULS	3	11%	2	13%	5	12%	7	12%
DEVENIR DES PATIENTS								
RE HOSPITALISE A MOINS D UN MOIS	6	22%	0		6	14%	8	14%
RE HOSPITALISE A MOINS DE SIX MOIS	7	26%	5	33%	12	29%	10	17%
DECES A SIX MOIS	8	30%	2	13%	10	24%	4	7%
EVALUATION GERIATRIQUE	27	100%	7	47%	34	81%	15	26%
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	23	85%	9	60%	32	76%	24	41%
MODIFICATIONS TRAITEMENT DE FOND	27	100%	12	80%	39	93%	26	45%
EVALUATION PAR EMG			8	53%			15	26%
SORTIE								
RETOUR A DOMICILE	19	70%	10	67%	29	69%	30	52%
SSR	5	18%	2	13%	7	17%	12	21%
EHPAD	3	11%	1	7%	4	10%	14	24%
TRANSFERT			2	13%	2	5%	2	3%
DUREE D HOSPITALISATION (jours)	10,6		14,4		12		14	

Motif d'hospitalisation

Le motif d'hospitalisation pour MADD a pour la plupart des patients menés à des diagnostics de pathologie organique. Nous pouvons le voir à travers le Tableau 3, dans lequel 93% des patients inclus (deux groupes confondus) sont sortis d'hospitalisation avec un motif d'ordre « médical » et non « psychologique » ou « social ».

Les motifs d'origines neurologiques sont les plus fréquents : 13 hospitalisations pour démence, 4 pour épilepsie, et 1 pour AIT (accident ischémique transitoire), ataxie et hématome sous dural. Soit un total de 20% des hospitalisations.

Par ailleurs, il existe une part importante de pathologies infectieuses. En effet, on constate 6 pneumopathies, 5 infections urinaires, 3 érysipèles et 1 méningite, soit un total de 15 motifs infectieux soit 15% des hospitalisations.

Enfin, 8% des hospitalisations concernent des chutes.

Il est intéressant de remarquer qu'un motif « social » seul n'est retrouvé que pour 7 patients au total. De plus, pour ces hospitalisations avec seul motif « social », aucune ne l'a été durant la période juillet et août correspondant à la présence du service de gériatrie.

Aucun patient dont le motif était social n'a été réhospitalisé, ni à 1 mois ni à 6 mois.

En faisant la moyenne de la durée de séjour de ces 7 patients, on retrouve une moyenne de 17,4 jours.

En excluant les patients « hospitalisés » en HTCD, on trouve une durée moyenne de séjour de 19,6 jours.

Sur les 25 patients adressés par le médecin traitant, 1 seul relevé d'un motif social isolé.

Tableau 3 : Motif d'hospitalisation

MOTIF D HOSPITALISATION	JUILLET AOUT		NOVEMBRE DECEMBRE	TOTAL
	GERIATRIE	AUTRE SERVICE		
DEMENCE	5	3	5	13
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	6	2	1	9
CHUTE	2		6	8
DOULEURS		3	4	7
PNEUMOPATHIE	2		4	6
POLYARTHRITE			6	6
ANEMIE	2		3	5
INFECTION URINAIRE	2		3	5
INSUFFISANCE CARDIAQUE	1		4	5
CONSTIPATION		2	3	5
EPILEPSIE	3		1	4
DIARRHEE			4	4
ERYSIPELE	2		1	3
DESHYDRATATION			2	2
MAINTIEN A DOMICILE DIFFICILE			2	2
EPOUX HOSPITALISE			2	2
EPUISEMENT DE L AIDANT			1	1
CONJUGOPATHIE			1	1
ABSENCE D ELECTRICITE			1	1
IATROGENIE	1			1
ASTHENIE	1			1
HYPONATREMIE		1		1
MENINGITE		1		1
FIBRILLATION AURICULAIRE		1		1
DEPRESSION		1		1
HEMATOME SOUS DURAL		1		1
AIT			1	1
ATAXIE			1	1
LYMPHOME			1	1
HYPOGLYCEMIE			1	1

Service d'Hospitalisation de recours

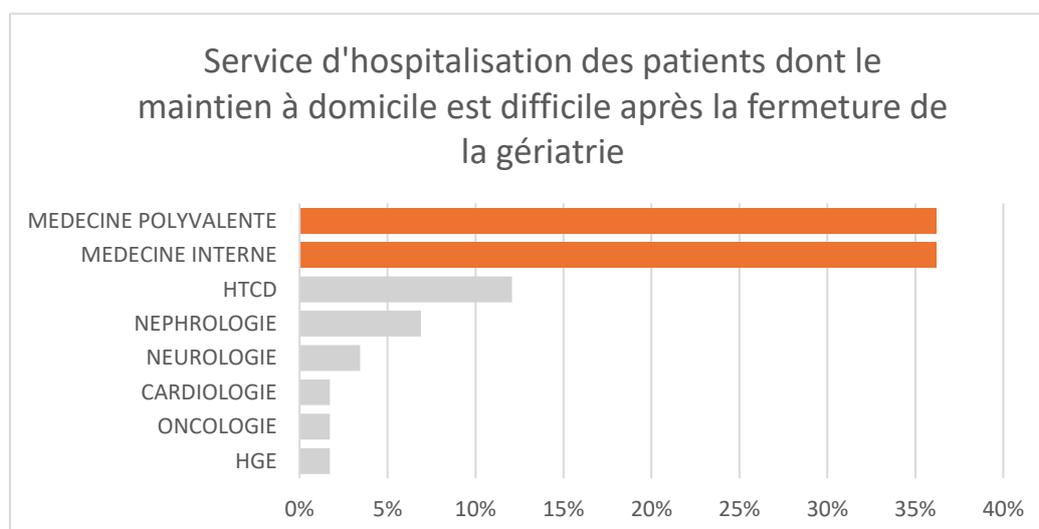
Tableau 4 : Service d'hospitalisation de recours

		SERVICE D'HOSPITALISATION			
		JUILLET AOUT	15	NOVEMBRE DECEMBRE	58
MEDECINE INTERNE	4	27%	MEDECINE INTERNE	21	36%
MEDECINE POLYVALENTE	0	0%	MEDECINE POLYVALENTE	21	36%
HTCD	3	20%	HTCD	7	12%
NEPHROLOGIE	4	27%	NEPHROLOGIE	4	7%
NEUROLOGIE	1	7%	NEUROLOGIE	2	3%
CARDIOLOGIE	1	7%	CARDIOLOGIE	1	2%
HGE	1	7%	HGE	1	2%
ONCOLOGIE	1	7%	ONCOLOGIE	1	2%

Le Tableau 4 montre les services d'hospitalisation de recours. Au mois de juillet et aout, 15 patients hospitalisés via les UGA pour MADD, ont été hospitalisés dans un service autre que celui de gériatrie.

En excluant les patients hospitalisés en HTCD, on observe que le nombre de patients hospitalisés pour MADD dans les services de recours a été multiplié par 3,4. Pour le service de Médecine interne, celui-ci a été multiplié par 5,25.

Figure 3 : Service d'hospitalisation après la fermeture du service de gériatrie



Parmi les services de recours, on observe que le service de Médecine interne et celui de Médecine polyvalente représentent 74% des hospitalisations.

On remarque également que 12% des patients restent hospitalisés en HTCD.

Tableau 5 : Principaux résultats significatifs

	Absence de Gériatrie	Présence de Gériatrie	<i>p</i>	
Majoration des passages aux UGA	66 patients	50 patients	0,0496	
Ré Hospitalisations	Pas de modifications des ré hospitalisations ni à 1 mois ni à 6 mois			
Modifications dans la prise en charge des patients				
Evaluation gériatrique		26%	100%	0,001
Réalisation d'examens complémentaires		41%	85%	0,001
Adaptation thérapeutique		45%	100%	0,001
Evaluation par l'EMG		26%	53%	0,06
Durée d'hospitalisation	15,4 jours	10,6 jours	0,033	
Service de recours	36% MADD vont dans un autre service	74% en Med Po et Med Int 12% en HTCD		
Nombre de MADD par service de recours		x 3,4 en moyenne x 5,25 en Médecine Interne		
Motifs d'hospitalisation	93% Motifs sont médicaux 20% sont Neurologiques 15% sont Infectieux 7% seulement sont "purement" sociaux	aucun patient réhospitalisé		

Discussion

Nous voulions évaluer les effets de l'absence de structure gériatrique disponible pour les patients du territoire de l'hôpital de Saintes. Nous avons choisi d'étudier plus particulièrement les patients hospitalisés pour MADD. Il s'agit à notre connaissance de la première étude de ce type, visant à évaluer l'impact de la fermeture d'un service de gériatrie sur la durée d'hospitalisation, et plus largement de l'impact de la fermeture de ce service de spécialité.

Principaux résultats et Résultats des autres études

On constate une majoration de la durée d'hospitalisation jusqu'à 15,4 jours vs 10,6 jours. Dans la littérature, la DMS est également de 10 jours. (16) La charge de travail pour les services de recours est multipliée par 5,25 pour certains services et la DMS peut aller jusqu'à 30,5 jours.

Notre étude retrouve des résultats secondaires significatifs.

Dans la limite de notre population, nous n'avons pas observé de relation entre les réhospitalisations et l'absence de service de Gériatrie. 18% des patients sont réhospitalisés dans les 30 jours. Notre travail montre un taux comparable à celui *Gautier et al.* (16,3%) (17) et celui de *Lanièce et al.* qui l'estimait à 14 % dans l'étude SAFES. (18)

Il avait déjà été démontré par *Baztan et al.* (13) et par *Van Craen et al.* (14) que la prise en charge dans les services de Gériatrie aigüe réduit le risque de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation. Cependant, il n'était pas démontré de diminution de risque de réadmission ou de la mortalité.

De manière inattendue, le taux de décès à 6 mois était plus élevé dans le groupe « Gériatrie » mais cela n'a pas été observé dans d'autres études. La méthode de recueil des décès se basait sur les données hospitalières retrouvées via le logiciel *Crossway*, celles-ci peuvent ne pas être exhaustives.

On constate une majoration significative du nombre d'hospitalisation pour MADD via les UGA après la fermeture du service de Gériatrie. Il existait probablement des entrées directes de patients directement du domicile, adressées par le médecin traitant avant la fermeture du service. Ces patients doivent désormais passer via les UGA. Malgré la présence du service de Gériatrie, un tiers des patients est orienté vers un service de recours faute de place.

C'est essentiellement dans la prise en charge des patients que nous constatons des différences significatives. En effet, on observe que le taux d'évaluation gériatrique est divisé par quatre après la fermeture du service.

Le taux de réalisation d'examens complémentaires est divisé par deux. En observant le taux important de motif médical précipitant l'hospitalisation pour MADD, on peut penser que des diagnostics ont pu être manqués avec un risque de perte de chance pour les patients.

Nous avons été interpellés par le cas d'un patient réhospitalisé de manière précoce. Celui-ci avait initialement un diagnostic établi de troubles cognitifs. Le diagnostic final retenu à la suite de la réhospitalisation et après avis de l'EMG, était une méningite à *Listeria*.

On observe que 17% des patients sont hospitalisés pour chute dont plus de la moitié sont expliquées par de l'hypotension orthostatique. Ce chiffre est équivalent au résultat retrouvé par *André et al.* qui retrouve un chiffre de 18%. (16) Ce diagnostic peut être posé de manière aisée, et la recherche peut être réalisée par une infirmière libérale au domicile du patient. La prise en charge avec pose de bas de contention ou diminution du traitement anti-hypertenseur peut éviter un nombre important d'hospitalisations.

La partie la plus importante est probablement la diminution des modifications du traitement de fond avec le risque élevé de iatrogénie. En effet, 100% des patients bénéficiaient d'une modification du traitement de fond, et seulement la moitié après la fermeture du service de Gériatrie. La prise en charge gériatrique repose notamment sur une réévaluation de l'ordonnance. Cela fait partie intégrante de la démarche de soins. Elle permet de limiter le risque de iatrogénie en optimisant la prise en charge des pathologies chroniques. En effet, il a été montré, notamment par *Andro et al.* (19) une prescription sous-optimale chez les patients hospitalisés en gériatrie. Celle-ci peut être une sur-utilisation, *overuse*, (jusqu'à 77% des patients), une sous-utilisation, *underuse*, ou une mauvaise utilisation, *misuse*.

Afin de mieux prendre en charge ses patients, il est impératif de faire appel à l'EMG. Celle-ci n'est pas encore optimale, car en prenant les patients hospitalisés en secteurs conventionnel (en excluant l'HTCD), on observe que la sollicitation de l'EMG est divisée par trois après la fermeture du service de gériatrie. Ce résultat peut être interprété par la diminution du nombre de gériatre au sein de la structure après la fermeture du service.

On constate une augmentation du taux de sortie de patients vers les EHPADs, après fermeture de la Gériatrie, même si cette majoration n'est pas significative. Avec un effectif plus conséquent nous aurions peut-être pu observer une différence significative. Cette solution semble être une modalité de sortie qui n'est pas privilégiée lorsque les patients sont en service de Gériatrie. C'est probablement une solution de « facilité » lorsque le patient est hospitalisé dans un service de recours.

Concernant le motif réel d'hospitalisation, on est frappé par la part très minoritaire de motifs « sociaux » uniques. Ceci doit attirer l'attention de tous les professionnels de santé prenant en charge une personne âgée fragile, à rechercher une cause aiguë à la modification de l'état de santé du patient qui a remis en question son maintien à domicile.

12% des patients restent hospitalisés en HTCD. Ce service n'est absolument pas adapté pour accueillir ce type de patients. Certains patients ont dû être transférés vers d'autres centres hospitaliers afin d'être admis dans un service spécialisé.

Pour la récolte de données, nous avons observé que les dossiers de patients pris en charge hors service de Gériatrie étaient beaucoup moins complets, notamment dans le renseignement de l'état cognitif du patient. Nous avons donc souvent dû compléter les données en étudiant les observations des infirmières, ou bien des assistantes sociales lorsqu'elles étaient intervenues pour le patient.

On remarque qu'environ 10% des hospitalisations des 75 ans et plus concerne un MADD. Ce chiffre est notamment équivalent au résultat retrouvé par *André et al.* qui retrouve un chiffre de 13%. (16)

Il existe un manque de lits de SSR et d'EHPAD, car on observe que certains patients restent hospitalisés dans l'attente d'une place dans une de ces structures. La littérature nous indique que pour les hospitalisations pour MADD, un hébergement avec soins paramédicaux aurait suffi dans 76% des cas. (20). La sortie vers un service de soins de suite et réadaptation (SSR) et la majoration des aides à domicile n'influençaient pas la réhospitalisation. (21)

Par la majoration de la DMS et des admissions pour MADD, il existe une majoration des dépenses de santé publique. L'absence de structure gériatrique est donc également un enjeu financier, qui passe par une gestion pertinente des ressources et offres de soins.

Biais, forces et faiblesses

Notre étude étant rétrospective, elle manque de puissance. Le temps de l'inclusion était restreint. L'arrivée de la pandémie de COVID-19 n'a pas permis d'allonger celui-ci. La période étudiée n'était pas la même dans les 2 groupes (saison estivale vs saison hivernale), la recrudescence des pathologies infectieuses saisonnières peut avoir eu un impact sur les motifs d'hospitalisation.

Un effort particulier a été porté pour croiser les sources de données (observation médicale, dossier de l'assistante sociale, kinésithérapie, diététicienne, transmissions infirmières) et ainsi augmenter la validité des données. La taille de l'échantillon était suffisante.

Il existe probablement un biais de sélection dans le fait que l'expression « maintien à domicile difficile » était cachée.

Motif médical caché

La qualification de MADD est retenue chez un patient pour lequel la survenue d'événements, médicaux ou non, impose un transfert vers les services d'urgence (aucun autre recours n'étant disponible) et chez qui la perte d'autonomie ou le défaut d'aide rendent le retour au domicile impossible. Il est arbitraire de poser le diagnostic de MADD. Celui-ci est généralement posé par l'urgentiste lorsque le retour au domicile n'est pas possible à l'issue de l'évaluation médicale.

Nous avons observé que le motif « maintien à domicile difficile » était retrouvé de manière plus explicite lorsque le service de Gériatrie était présent. En effet, le motif est souvent « caché » dans le compte rendu des UGA, probablement devant la réticence des services sollicités à prendre en charge ce type de patients. Il existe probablement une sous-estimation du nombre réel de passage pour MADD après la fermeture du service.

Les moyens pour améliorer la prise en charge et favoriser le MAD

Les problèmes liés à l'institutionnalisation conduisent à privilégier le maintien à domicile. Le domicile est un lieu où le principe d'autonomie s'exprime clairement, puisqu'il est le lieu de l'identité de chacun. « Être chez soi, c'est être soi ». Faire le choix d'accepter des aides matérielles ou humaines est rarement un choix positif.

Le maintien à domicile doit être privilégié car il contribue au maintien de la dignité de la personne tout en correspondant à la meilleure solution socio-économique pour la nation. 90% des personnes âgées de plus de 65 ans expriment la volonté de rester à domicile le plus longtemps possible.

La valorisation de ces activités médicales, anticipatrices et coordinatrices est indispensable pour favoriser la continuité des soins et retarder autant que faire se peut l'entrée des personnes âgées dépendantes dans le système de santé institutionnel. (22) Comme parfaitement énoncé par Denys Pellerin « le maintien à domicile demeure la meilleure réponse au respect de la dignité de la personne ». Il est nécessaire de poursuivre la réflexion du regretté Pierre Laroque, le « père de la sécurité sociale », qui engageait une réflexion éthique sur le vieillissement et la société, avant la fin des années 1990. (23)

Il en résulte des admissions hospitalières à répétition et souvent inappropriées car le motif médical apparent est banal et ne fait que cacher les vrais motifs que sont la sévérité de la dépendance fonctionnelle du malade âgé, la lourdeur de la prise en soins quotidienne et l'épuisement des aidants naturels. (24) Ces admissions hospitalières inappropriées entraînent une rupture de vie de la personne dépendante, provoquant des séjours hospitaliers inadéquates et aboutissent souvent à des solutions institutionnelles inappropriées et fort coûteuses. Les conséquences néfastes ne sont pas uniquement individuelles, elles contribuent aussi grandement aux dépenses de santé. (25)

Aidants naturels - Maximiser l'accès aux aides sociales

Comme nous l'exposons dans la partie introduction, « près d'un bénéficiaire sur deux n'utilise pas la totalité de l'aide humaine prévue dans son plan, et près d'un bénéficiaire sur deux (47%) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié ».

Il existe donc une certaine « marge de manœuvre » qu'il est possible d'utiliser, pour favoriser le maintien au domicile et l'autonomie des patients. L'enjeu de l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge « sociale » des patients paraît alors crucial. A l'échelle individuelle pour le bien être des patients, via le respect de la dignité de nos aînés qui passe par le principe éthique de dignité. A l'échelle collective, cela permettra d'optimiser les dépenses de sécurité sociales, qui représentent un bien public précieux, en ces temps de pandémie et de difficultés économiques mondiales. (8)

L'absence d'APA avant l'hospitalisation est un facteur de risque indépendant d'institutionnalisation pour les patients hospitalisés pour MADD. (26)

Le médecin traitant

C'est le pivot central du maintien à domicile. Il exerce un rôle d'évaluation et d'information sur les différentes aides possibles. Il permet une coordination, souvent pluridisciplinaire. Il doit s'efforcer de prévenir la perte d'autonomie. C'est la personne clé, assurant un suivi à long terme, en lien permanent avec les autres professionnels de santé. (27)

La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la patientèle des médecins généralistes est en moyenne de 30%, et peut aller jusqu'à 70%. Le temps nécessaire à l'évaluation et la prise en charge pour la personne âgée isolée à domicile est trop long. (28)

Il peut alerter sur un éventuel épuisement de l'aidant. Il joue également un rôle de suivi des aides mises en place. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans l'orientation des patients et il est valorisé dans la filière gériatrique. En effet, il connaît le patient et son environnement, il peut donc le conseiller au mieux. Néanmoins, il n'est pas toujours aisé de repérer les signes précoces de difficultés à domicile, en

raison du manque de temps lors des visites. C'est là où les intervenants de la filière gériatrique trouvent leur champ d'action, sollicités par le médecin traitant, ou par la famille de la personne âgée, pour une prise en charge globale.

Les syndromes et symptômes qui doivent attirer l'attention des médecins généralistes, quant au risque majoré d'hospitalisation pour MADD sont notamment les chutes récidivantes et les troubles cognitifs. (29)

En milieu rural, les médecins constatent souvent une offre de soin hétérogène rendant la réactivité difficile en fonction de la zone géographique. La faiblesse des retraites et la présence d'habitats inadaptés sont des freins au maintien à domicile. (28)

Equipe mobile de gériatrie

L'appui de l'EMG permettrait une meilleure évaluation initiale, avec une majoration de prescription d'exams complémentaires si nécessaires. La recherche de iatrogénie en serait également plus optimale. Ce type de patient va être hospitalisé dans des services qui ne sont pas prévus à leur prise en charge. Le personnel médical et paramédical n'y est souvent pas formé à cette prise en charge « spécialisée » de la personne âgée. Dans ses services de « recours », il existe alors une diminution de la capacité initialement prévue pour la prise en charge des patients correspondant à la spécialité en question. La prise en charge de ce type de patient n'en sera donc pas optimale, et la sortie des patients se fera souvent vers des structures médico-sociales, potentiellement sans possibilité de retour au domicile au décours.

L'EMG joue un rôle majeur au niveau intra hospitalier. Nous proposons la recherche systématique de critères de fragilité chez les patients de 75 ans et plus, afin de solliciter l'intervention de l'EMG. Il serait bénéfique d'avoir la possibilité d'effectuer une demande automatisée, sur le logiciel informatique hospitalier, dès l'admission aux UGA, de faire appel à l'EMG.

Les réseaux gérontologiques, les Plateforme territoriale d'appui

Ce sont des structures de médecins, paramédicaux, acteurs sociaux, s'associant pour rendre service aux personnes âgées. Ils évaluent les personnes à risque de rupture du maintien à domicile, et proposent en lien avec le médecin traitant un plan d'intervention. Leur développement permet de repérer, pour les patients qui en bénéficient, le moment où l'entrée en institution devient incontournable. On peut alors la préparer en évitant aux patients, ainsi qu'à leur famille, de se retrouver dans une situation de crise les conduisant aux UGA.

L'hôpital de jour de gériatrie

Il permet une évaluation gériatrique par une équipe pluridisciplinaire sur une journée.

L'hébergement temporaire

C'est un accueil temporaire organisé pour une durée limitée. Il peut être utile lorsque l'aidant principal est indisponible (hospitalisé) ou bien « épuisé ». Son coût est à la charge de la personne âgée.

Conclusion

Notre étude a donc montré un allongement de la durée d'hospitalisation et une nette diminution des adaptations thérapeutiques. Au terme de ce travail nous sommes convaincus de l'importance de la présence d'un service de Gériatrie de recours pour l'optimisation de la prise en charge de nos seniors, notamment ceux en perte d'autonomie. Leur prise en charge va s'accroître avec le vieillissement de la population. Ces patients requièrent la mise en place d'aides spécifiques et le médecin généraliste verra cette part de son activité s'accroître au fur et à mesure des années.

Le MADD recouvre deux notions distinctes : un maintien à domicile transitoirement impossible (en raison d'une pathologie aiguë nécessitant des soins spécialisés) ou un maintien à domicile impossible de manière définitive (en raison d'une pathologie chronique) nécessitant une entrée en institution. Certaines hospitalisations pourraient être évitées. Il existe souvent une sous-évaluation des aides nécessaires. Les aidants ne sont pas suffisamment renseignés sur les aides qui seraient disponibles et qui pourraient être mises à leur disposition.

Parallèlement, la tâche du médecin traitant s'alourdit. Il ne dispose pas d'assez de temps pour évaluer ces patients âgés et fragiles. Son but est d'offrir le parcours le plus adapté à une personne âgée lors d'un besoin de soin. Dans ce parcours, les UGA n'apparaissent pas comme un lieu privilégié. L'hospitalisation non programmée au motif de MADD est un échec dans cette prise en charge.

La présence d'un service de Gériatrie permet d'optimiser le parcours de soin entre la médecine ambulatoire et les centres hospitaliers, en évitant le passage aux UGA. Un appui local par une unité d'hospitalisation est essentiel pour le médecin généraliste. L'absence de structure gériatrique hospitalière locale ne permet pas au médecin traitant d'éviter les hospitalisations via les UGA pour MADD. Pour les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), il est impératif d'avoir un réseau bien organisé, coopératif, reposant sur la présence indispensable un service gériatrique de proximité.

Étymologiquement, le mot « maintien » vient du latin *manutenere* qui signifie « tenir avec la main ». A une époque où le progrès médical repousse sans cesse l'espérance de vie, la société devient de plus en plus âgée.

Paradoxalement, celle-ci a élu le plus jeune Président de la République de son Histoire. La recherche de cette « jeunesse » permanente, et les enjeux économiques importants actuels, ne doivent pas faire oublier la nécessité d'accompagner nos aînés, de les « tenir avec la main ».

La tragédie récente de l'épisode caniculaire de 2003, ou encore la pandémie virale actuelle viennent nous rappeler l'importance d'un réseau coordonné, à la fois professionnel et sociétal (familial, voisinage ...) pour leur assurer une protection et sauvegarder leur dignité.

Sensibiliser les internes de médecine générale aux réflexes gériatriques à travers un stage « obligatoire » en service de gériatrie pourrait être envisagé.

Liste des Tableaux

- Tableau 2 :** Résumé de quelques chiffres importants
- Figure 3 :** Diagramme de flux 1 : Inclusion des patients de juillet et août
- Figure 4 :** Diagramme de flux 2 : Inclusion des patients de novembre et décembre
- Tableau 2 :** Caractéristiques et Devenir des patients
- Tableau 3 :** Motif d'hospitalisation
- Tableau 4 :** Service d'hospitalisation de recours
- Figure 3 :** Service d'hospitalisation après la fermeture du service de gériatrie
- Tableau 5 :** Principaux résultats significatifs

Bibliographie

1. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
2. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
3. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>
4. Perte d'autonomie des personnes âgées | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/3562458>
5. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000747703/>
6. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) | service-public.fr [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
7. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71 [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082>
8. Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : portrait des bénéficiaires et évolution des plans d'aide entre 2011 et 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/communique-de-presse/allocation-personnalisee-dautonomie-domicile-portrait-des>
9. 95 % des seniors néo-aquitains vivent à domicile - Insee Flash Nouvelle-Aquitaine - 37 [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3561034>
10. PTS_Fiche_3volets_17.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-11/PTS_Fiche_3volets_17.pdf
11. Dossier complet – Département de la Charente-Maritime (17) | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-17>
12. Dossier complet – Commune de Saintes (17415) | Insee [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-17415#graphique-POP_G2
13. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and

case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 22 janv 2009;338(jan22 2):b50-b50.

14. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. janv 2010;58(1):83-92.

15. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES [Internet]. VIDAL. [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/14959-prevalence-de-la-polymedication-chez-les-personnes-agees-en-france-enquete-de-l-irdes.html>

16. André E. La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Etude réalisée auprès de 131 patients adressés au service d'accueil des urgences du CHR de Metz Thionville. 2014;93.

17. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. *Rev Med Interne*. 1 août 2016;37(8):521-8.

18. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 1 juill 2008;37(4):416-22.

19. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0248866311012215?token=22DD51AEE3D44C6E95EA8E3F906B8DE3DE03F33E62FFCA156C48E5F6468A628296B994FBDC3F3204C91E85CCB375DDCF&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210912205659>

20. Petriguet M. Accueil en urgence des personnes âgées dépendantes pour maintien à domicile difficile: étude prospective de 30 cas [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.

21. Gil H, Tervel P, Humbert S, Razanamahery J, Méaux-Ruault N, Magy-Bertrand N. Fréquence et causes des réhospitalisations dans les 30 jours après un séjour dans un service de post-accueil. *Rev Med Interne*. 1 juin 2017;38:A64-5.

22. 05-04 Le maintien de l'insertion sociale des personnes âgées – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/05-04-le-maintien-de-linsertion-sociale-des-personnes-agees/>

23. Rédaction. Le nouvel aspect de l'âge [Internet]. Académie des Sciences Morales et Politiques. 2007 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://academiesciencesmoralesetpolitiques.fr/2007/01/15/le-nouvel-aspect-de-lage/>

24. Andrieu S, Reynish E, Nourhashemi F, Shakespeare A, Moulias S, Ousset PJ, et al. Predictive factors of acute hospitalization in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. *Int J Geriatr Psychiatr.* mai 2002;17(5):422-6.
25. Lang P-O, Heitz D, Hédelin G, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *J Am Geriatr Soc.* juill 2006;54(7):1031-9.
26. Castro Etcheverry C. Hospitalisation pour « Maintien au domicile difficile » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB: caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2015.
27. Population domiciliée à Paris, décédée durant la canicule 2003 et examinée à l'Institut médico-légal – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/population-domiciliee-a-paris-decedee-durant-la-canicule-2003-et-examinee-a-linstitut-medico-legal/>
28. Azim NBS. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. :87.
29. Samoy L, Schmidt J. Le motif réel d'un maintien à domicile difficile des personnes dépendantes: étude quantitative rétrospective par analyse des dossiers de patients hospitalisée dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens. Amiens, France: Université de Picardie; 2016.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

